



Efectos de una intervención breve cognitivo-conductual en el consumo excesivo ocasional de alcohol en mujeres universitarias

María Guadalupe Cruz-Maldonado^{1,✉}, Ana Leticia Becerra Gálvez^{1,✉}, Jennifer Lira Mandujano^{2,✉}, Alejandro Pérez-Ortiz^{2,✉}

¹ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México, México.

RESUMEN

Introducción: en los últimos años, el consumo excesivo ocasional de alcohol ha aumentado entre las mujeres universitarias. Este patrón implica mayores riesgos para ellas en comparación con los hombres, sin embargo, la búsqueda de atención profesional es baja y los tratamientos existentes suelen dirigirse a la población masculina y mixta. Las intervenciones breves basadas en el modelo cognitivo-conductual han demostrado eficacia para modificar esta conducta de riesgo. **Objetivo:** evaluar el efecto de una intervención breve cognitivo-conductual (IBCC) en mujeres universitarias con episodios de consumo excesivo ocasional. **Método:** se utilizó un diseño de caso único con réplica intrasujeto en seis participantes que reportaron al menos un episodio de consumo excesivo ocasional en los últimos 180 días. Se evaluaron cambios en el consumo (tragos estándar [TE], frecuencia y duración), autoeficacia percibida y disposición al cambio. El análisis incluyó el cálculo del nivel y de la tendencia en la variable TE, los Índices de No Solapamiento de Todos los Pares (NAP), Cambio Clínico Objetivo (CCO) e Índice de Cambio Fiable (RCI_F), así como escalas numérico análogas (ENA). **Resultados:** se observaron reducciones graduales en la cantidad de TE y en la frecuencia de los episodios, así como mejoras en la autoeficacia percibida y disposición para modificar hábitos de consumo. **Discusión y conclusiones:** los hallazgos sugieren que las IBCC adaptadas a las necesidades específicas de las mujeres son prometedoras para la prevención del consumo excesivo y sus consecuencias. Realizar adaptaciones de intervenciones breves, remotas y sensibles al género es de gran utilidad para disminuir los episodios de consumo en esta población.

Palabras clave: consumo excesivo ocasional, consumo de alcohol en mujeres, intervención breve, diseño de caso único, terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Introduction: binge drinking has increased among female university students in recent years. This pattern poses greater risks for women compared to men; however, their rate of seeking professional help remains low, and existing treatments are typically targeted at male or mixed populations. Brief interventions based on the cognitive-behavioral model have demonstrated effectiveness in modifying this risk behavior. **Objective:** evaluate the effect of a brief cognitive-behavioral intervention (BCBI) in undergraduate female students with binge drinking episodes. **Method:** a single case with an intrasubject replication design was used with six participants who reported at least one episode of binge drinking in the past 180 days. Changes in alcohol consumption (in terms of standard drinks [SD], frequency, and duration), perceived self-efficacy, and readiness to change were assessed. Data analysis included calculating level and trend for the SD variable, Nonoverlap of All Pairs (NAP) Index, Objective Clinical Change (OCC), Reliable Change Index (RCI_F), and numerical rating scales (NRS). **Results:** gradual reductions were observed in the amount of SD consumed and the frequency of binge drinking episodes, along with improvements in perceived self-efficacy and readiness to modify drinking habits. **Discussion and conclusions:** the findings suggest that BCBI tailored to the specific needs of women are a promising strategy for preventing binge drinking and its associated risks. Brief, remote, and gender-sensitive intervention adaptations are beneficial for reducing episodes of use in this population.

Keywords: binge drinking, alcohol consumption in women, brief intervention, single-case design, cognitive behavioral therapy.

Autor de correspondencia:

Ana Leticia Becerra Gálvez. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Av. Guelatao núm. 66, col. Ejército de Oriente Indeco II ISSSTE, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México. Correo electrónico: ana.becerra@zaragoza.unam.mx

Recibido: 2 de septiembre de 2025

Aceptado: 5 de noviembre de 2025

doi: 10.28931/riiad.2025.407



INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo ocasional de alcohol (*binge drinking*) es un patrón recurrente entre la población adulta joven de 18 a 29 años (Colchero et al., 2022; Ramírez-Toscano et al., 2023). Se caracteriza por la ingesta de cinco o más tragos estándar (TE) en una sola ocasión para los hombres y cuatro TE o más en las mujeres en un lapso aproximado de dos horas o menos (Krieger et al., 2018).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2023 (Shamah-Levy et al., 2024), el 41,9% de la población adulta mayor de 20 años reportó episodios de consumo excesivo ocasional en los últimos 12 meses, mientras el 19,3% lo hizo en los últimos 30 días previos a la encuesta. Aunque estos datos reflejan una tendencia general, resultan especialmente preocupantes en jóvenes universitarios, quienes también forman parte de este grupo poblacional y se encuentran entre los sectores con mayor exposición a factores de riesgo asociados con el consumo de alcohol. En población universitaria, la prevalencia de *binge drinking* alcanzó el 52,93% (Rivera-Rivera et al., 2021), lo que evidencia una alta vulnerabilidad vinculada con la búsqueda de nuevas experiencias, la necesidad de aceptación en grupos de pares y el estrés académico (López et al., 2022).

En cuanto a las diferencias por sexo, si bien la incidencia sigue siendo mayor entre los hombres, estudios recientes sugieren que la brecha se ha reducido considerablemente. Autores como Ramírez-Toscano et al. (2023) reportaron prevalencias sin variaciones significativas (hombres 18,9%, mujeres 16,5%). De manera similar, Cordero-Oropeza et al. (2021) documentaron que en una muestra de 3,888 estudiantes el 79,5% de las mujeres tuvieron al menos un episodio de consumo excesivo ocasional, frente al 72,5% de los hombres.

La transformación de roles de género ha desempeñado un papel fundamental en este panorama, ya que la incorporación de las mujeres en espacios académicos y en otros ámbitos tradicionalmente masculinos ha favorecido la normalización del consumo de alcohol en este sector (Kulis et al., 2018; Patrón-Hernández et al., 2020). Sin embargo, este tipo de consumo implica riesgos diferenciados, por ejemplo, a nivel físico las mujeres metabolizan el alcohol de manera distinta, lo que las hace más vulnerables a efectos nocivos, incluso con pocas dosis (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). Además, ellas tienen mayores probabilidades de experimentar situaciones de violencia y relaciones sexuales de alto riesgo como

embarazos no deseados, contraer enfermedades, agresiones o prácticas no consensuadas (Krieger et al., 2018; Murray & Mullan, 2019; OPS, 2021). En el ámbito académico, también se han observado repercusiones como bajo rendimiento escolar, ausencias a clases y, en casos extremos, deserción universitaria (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2021; White & Hingson, 2013).

Aunque el consumo excesivo ocasional de alcohol es un problema de salud pública por su carga social y sanitaria (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2022), la búsqueda de atención profesional es limitada. Se estima que nueve de cada 10 personas no han recibido asesoramiento o algún tipo de apoyo profesional (Natera et al., 2023) y en el caso de las mujeres esta proporción podría ser menor.

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Villatoro-Velázquez et al., 2017), cerca de 326 mil hombres acudieron a tratamiento por consumo de alcohol, y en el caso de las mujeres solo lo hicieron 122 mil. Entre las causas de esta baja demanda destacan la negación o desconocimiento del problema (Schamp et al., 2020), la creencia de que el consumo puede mejorar por sí solo o con el tiempo (Villatoro-Velázquez et al., 2017), el temor de juicios y señalizaciones derivados de los estigmas sociales (OPS, 2021), la preferencia por la moderación en lugar de la abstinencia, y la ausencia de enfoques terapéuticos sensibles al género (Davey, 2021).

Frente a este escenario, la detección temprana desde el primer nivel de atención puede reducir estas brechas de búsqueda de apoyo psicológico (Natera et al., 2023). La World Health Organization (WHO, 2024) recomienda implementar tratamientos accesibles y de bajo costo, siendo las intervenciones breves una opción respaldada por amplia evidencia (Chang et al., 2011; Natera et al., 2023). Las intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual muestran especial solidez empírica al centrarse en modificar pensamientos y conductas asociadas con el consumo, mediante procedimientos sistemáticos orientados a la motivación y el entrenamiento de habilidades para adquirir y mantener conductas más saludables (Ingesson et al., 2023; Martínez et al., 2020; Palafox et al., 2017).

Actualmente, se dispone de programas diseñados desde este enfoque para población mexicana como el Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problemáticos (ACD; Ayala et al., 1998), el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA; Martínez et al., 2012) y el Programa de Prevención de Recaídas (Barragán et al., 2014).

Asimismo, distintas investigaciones nacionales han mostrado que las intervenciones breves cognitivo-conductuales (IBCC) generan mejoras tanto en los patrones de consumo como en variables psicológicas asociadas.

Muestra de ello son las investigaciones de [Stepanov & Cárdenas-López \(2022\)](#) que aplicaron el ACD en modalidad virtual bajo un diseño de caso único, y reportaron reducciones de consumo de entre 37.69% y 59.23%. Por su parte, [Bravo-Alcocer et al. \(2024\)](#) implementaron un tratamiento en tres personas jóvenes y se logró no solo la disminución en la ingesta de alcohol y otras drogas, sino también cambios clínicos significativos en la reducción de síntomas de estrés y ansiedad.

Finalmente, [Salazar et al. \(2024\)](#) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con dos versiones de intervención breve (un programa de cuatro sesiones y una sesión de consejo breve) y un grupo control, en el que se encontraron reducciones en la cantidad y frecuencia de consumo, así como mejoras en la autoeficacia situacional.

A pesar de la evidencia sobre la eficacia de las IBCC, la mayoría de los programas existentes se han enfocado principalmente a poblaciones masculinas o mixtas, mientras que los programas dirigidos exclusivamente a mujeres son limitados ([Gilbert et al., 2019](#)).

Esta situación adquiere especial relevancia social ante el aumento sostenido del consumo de alcohol en mujeres jóvenes y la necesidad de atender los factores diferenciales asociados con su género ([Lamb & Kougiali, 2024](#)).

En este sentido, [Gebara et al. \(2013\)](#) señalaron que el uso de las intervenciones breves es prometedor para mujeres universitarias y embarazadas, al mostrar mayor efectividad en comparación con otras poblaciones femeninas. Por su parte, [Vázquez-Moreno et al. \(2024\)](#) evidenciaron que la impulsividad constituye un factor clave en la conducta de consumo femenino; esto implica que las intervenciones, además de concebir los procedimientos con mayor eficacia en poblaciones de ambos sexos, requieren de componentes que mejoren la regulación emocional, fortalezcan la autoeficacia y generen un límite de consumo por ocasión (control de estímulos), elementos esenciales en las mujeres en general, y en universitarias en particular.

Con base en lo anterior, el objetivo principal del presente estudio fue evaluar el efecto de una IBCC sobre el consumo excesivo ocasional en mujeres universitarias. Los fines específicos fueron evaluar cambios clínicos en la autoeficacia percibida para afrontar situaciones de riesgo, así como la disposición al cambio de hábitos de consumo.

MÉTODO

Diseño

Se implementó un diseño de caso único ($n = 1$) de tipo A-B con seguimiento. Esta estructura permitió observar, a través de mediciones repetidas, el cambio conductual del consumo de alcohol, a partir del establecimiento de la línea base (LB). La bondad de estos diseños radica en que el control experimental se logra intrasujeto por medio de las medidas repetidas y sistemáticas a lo largo del tiempo ([Byiers et al., 2012](#)).

Participantes

Se incluyó la participación de seis mujeres de entre 19 y 25 años de edad ($M = 21.33$, $DE = 2.58$). Las características solicitadas para formar parte de la IBCC fueron: ser mayores de edad (tener entre 18 y 30 años), residir en la Ciudad de México o área metropolitana, estudiar alguna licenciatura y reportar por lo menos un episodio de consumo excesivo ocasional en los últimos seis meses (180 días) hasta el momento en que fueron convocadas. La carrera a la que pertenecía la mayoría fue Psicología ($n = 4$: 66.7%), y se integraron dos estudiantes de Biología y de Ingeniero Arquitecto, del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Instrumentos

Cuestionario de Datos Personales y de Variables Asociadas con el Consumo de Alcohol (CVCA). Elaborado específicamente para este estudio, se compone de dos apartados: el primero recoge datos sociodemográficos e historia clínica, y el segundo incluye preguntas dirigidas a identificar la conducta de consumo en tres niveles de respuesta (motor, cognitivo y fisiológico). Asimismo, explora antecedentes (situaciones que desencadenan la conducta) y consecuencias asociadas que funcionan como complemento de la entrevista conductual.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) validado por [Salazar et al. \(2019\)](#) en una muestra de 1,175 jóvenes universitarios mexicanos que cursaban su primer año de formación académica, con un rango de edad entre 18 y 29 años. Contiene cuatro ítems con opciones de respuesta tipo Likert ("no confío en mí mismo", "confío poco en mí mismo", "confío mucho en mí mismo" y "confío totalmente en mí mismo"), los cuales evalúan la percepción de autoeficacia en diferentes situaciones de riesgo de consumo: probando el control sobre el consumo, necesidad física, conflicto con otros y momentos agradables con

otros. Posee una consistencia interna de $a = .78$, que tiene un nivel de confiabilidad aceptable para implementarse en programas de intervención.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE), validada por Sobell et al. (2001) en una muestra de 308 adultos consumidores de alcohol de cuatro países: Canadá ($n = 122$), Australia ($n = 46$), Suecia ($n = 49$) y México ($n = 99$). La media de edad para los respondientes de México fue de 37.6 (DE = 11.7). Es un método de registro tipo calendario que permite recordar las fechas de consumo, así como estimar la cantidad e intensidad de la ingesta de bebidas alcohólicas durante un periodo determinado. De acuerdo con los autores, tiene una fiabilidad de .80 obtenida de *Coficiente de Correlación Intraclase (ICC)*.

Autorregistro. Se diseñó un formato para monitorear la conducta de consumo, el cual incluyó un apartado para anotar el número de TE ingeridos, la duración del episodio y las situaciones que evocaron el consumo.

Escalas Numérico-Análogas (ENA). Son escalas de medición subjetiva que valoran la intensidad de síntomas o emociones en un rango del 0 (ausencia sintomática) al 10 (máxima intensidad sintomática; Herrero et al., 2018). En el presente estudio se emplearon para evaluar motivación y autoconfianza, a fin de estimar la disposición al cambio de hábitos de consumo durante las sesiones de intervención.

Procedimiento

La búsqueda de participantes se llevó a cabo mediante la difusión de *flyers* para promocionar el programa de intervención. Esta difusión se realizó por redes sociales (Facebook® e Instagram®) y en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z).

Las personas interesadas fueron citadas para una valoración inicial donde respondieron el CVCA. En total, 13 mujeres manifestaron interés en el programa; sin embargo, tres no cumplieron con las características del estudio por rebasar el rango de edad, y dos rechazaron la intervención al considerar que no requerían tratamiento. Las candidatas no incluidas recibieron orientación para buscar los servicios psicológicos que ofrece el Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la FES-I, y adicionalmente se les proporcionó una lista de instituciones públicas que atienden conductas adictivas. Ocho mujeres cumplieron con los criterios de inclusión y formaron parte del programa, pero solo seis culminaron el tratamiento.

Las participantes firmaron una carta de consentimiento informado donde se detallaron sus funciones en el proyecto *Programa de Intervención Breve para*

Reducir el Consumo Excesivo Ocasional de Alcohol en Mujeres Universitarias. Las sesiones se aplicaron en modalidad híbrida para las estudiantes de la FES-I, mientras que las estudiantes de la FES-Z y del IPN recibieron el tratamiento únicamente en modalidad virtual, a través de la plataforma Zoom®. La IBCC se compuso de tres fases:

1. *Establecimiento de la línea base*: se aplicó la LIBARE de manera retrospectiva, con la cual se orientó a las participantes a recordar los días de consumo desde el día de la evaluación hacia 180 días previos. Posteriormente, respondieron el CBCS como parte de la evaluación pretest.
2. *Fase de tratamiento*: se implementó la IBCC en seis sesiones de 60 minutos cada una (ver Tabla 1). El programa se diseñó a partir de la adaptación de ejercicios de otros programas validados en población mexicana como el ACD (Ayala et al., 1998), el PIBA (Martínez et al., 2012), el Programa de Prevención de Recaídas (Barragán et al., 2014), y el libro *La Ciencia del Autocontrol: Cómo aplicarla a la Solución de Problemas*, en los capítulos 10 (Martínez et al., 2020) y 11 (Lira-Mandujano et al., 2020). Cabe resaltar que la IBCC, aunque siguió un orden secuencial con respecto a la aplicación de técnicas en cada sesión, las participantes eligieron el establecimiento de su meta de consumo (abstinencia o consumo moderado de hasta tres TE por episodio), y en función de ello, las actividades se adaptaron considerando su análisis funcional y las situaciones de riesgo identificadas. Al término de la sexta sesión, las jóvenes respondieron un cuestionario de satisfacción adaptado del ACD.
3. *Seguimiento*: después de 30 días, las participantes fueron contactadas para responder el CBCS, la LIBARE, las ENA y recibir los resultados de su desempeño. Durante las fases de tratamiento y seguimiento, las jóvenes respondieron al autorregistro para hacer el conteo de TE ingeridos, la duración del episodio y las situaciones que evocaron el consumo.

Análisis de datos

En la LIBARE y los autorregistros se utilizó la variable TE como medida cuantitativa de la conducta de consumo. Se calculó el nivel (Y_t) y la tendencia (b), con el fin de evaluar los cambios individuales en función de la magnitud y la dirección de la conducta entre fases (LB, intervención, seguimiento). Esta información se complementó con la estimación del tamaño del efecto mediante el índice de No Solapamiento

Tabla 1

Componentes de la IBCC "Programa de Intervención Breve para Reducir el Consumo Excesivo Ocasional de Alcohol en Mujeres Universitarias".

Sesiones	Actividades / técnicas
Evaluación	Entrevista conductual, establecimiento de la LB y evaluación pretest
1	Psicoeducación: consumo excesivo ocasional
	Análisis funcional de la conducta de consumo
2	Balance decisional
	Establecimiento de metas de consumo
3	Control de estímulos
4	Entrenamiento en autoinstrucciones
5	Manejo de contingencias (autorreforzamiento y autocastigo)
6	Prevención de recaídas y evaluación postest
Seguimiento	Evaluación a un mes después de la última sesión

de Todos los Pares (*Nonoverlap of All Pairs* [NAP]) calculado con la herramienta *NAP Calculator* de la página web *Single Case Research*[®] (Vannest et al., 2016). Este análisis no paramétrico es recomendado en este tipo de diseños por su robustez y versatilidad para trabajar incluso con pocos datos (Sanz & García-Vera, 2015).

Para evaluar cambios clínicos relevantes en la autoeficacia percibida medida con el CBCS, se emplearon dos indicadores: el Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO; Cardiel, 1994) y el Índice de Cambio Fiable (*Reliable Change Index* [RCI_{IT}]; Jacobson & Truax, 1991) empleando los totales obtenidos. Para el CCO, se aplicó la fórmula que resulta de la diferencia entre el *postest* y el *pretest*, dividida entre esta última (Candelaria et al., 2016). Se considera que existe un cambio clínico significativo cuando los valores son iguales o mayores a .20 (Cardiel, 1994).

El RCI_{IT} se calculó a partir de la diferencia entre el *pretest* y el *postest*, dividida entre el error estándar de la diferencia, estimada a partir de la desviación estándar (DE) de las puntuaciones *pretest*, y el coeficiente de fiabilidad del CBCS ($\alpha = .78$). Adicionalmente, se calculó el Punto de Corte (PC) siguiendo la estrategia A, que corresponde a la sumatoria de la población disfuncional y de dos veces la DE de dicha población. Los valores de RCI_{IT} iguales o mayores a 1.96 se consideran evidencia de cambio real y significativo (Jacobson & Truax, 1991; Gómez & Roussos, 2012). Finalmente, las puntuaciones de las ENA (autoconfianza y motivación) se graficaron según la media calculada del total de los niveles reportados en las sesiones.

Consideraciones éticas

Este estudio se apejó a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010) y de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [AMM], 2024). La participación fue voluntaria en todos los casos y sin repercusiones académicas, ya que la intervención fue implementada por personal no docente. Se garantizó la confidencialidad mediante el empleo de folios y acceso restringido a los datos clínicos. Todas las estudiantes fueron informadas sobre sus resultados, avances y posibles riesgos; asimismo, se ofreció la opción de solicitar seguimiento del caso ante los hallazgos clínicos (comorbilidades y probabilidad de recaídas).

En todo momento, las participantes podían expresar sus dudas o quejas de forma anónima.

RESULTADOS

Cambios conductuales del consumo de alcohol

En la Tabla 2 se puede observar que los autorregistros mostraron una reducción, tanto en el número de episodios como en la cantidad de TE en todas las participantes. El análisis de nivel (\bar{Y}) evidenció disminuciones progresivas, desde la intervención hasta el seguimiento (a excepción de la participante 1, la cual no contó con medidas de seguimiento), aunque se presentaron algunos episodios en las participantes 1, 2, 3 y 6, que superaron el límite de consumo moderado. La participante 4 por su parte, tuvo la menor cantidad de consumo de alcohol sin recaídas, mientras que la 5 fue la única que eligió la abstinencia como meta autoestablecida, manteniendo esta conducta hasta el seguimiento.

En la tendencia (b) se pueden notar pendientes más reducidas en la fase de intervención, en comparación con la LB, lo cual refleja una disminución en el consumo a través de las sesiones. En el seguimiento, las pendientes se mantuvieron estables o ligeramente negativas, lo que indica el mantenimiento del cambio, en particular, en los casos de las participantes 4 y 5. Con respecto a las participantes 2 y 6, fue más acentuada la dirección negativa en la fase de seguimiento, y la participante 3 tuvo valores que reflejaron mayor inestabilidad.

Tamaño del efecto NAP de la IBCC

En general, la intervención mostró un impacto moderado (ver Tabla 3), aunque con variaciones notables.

Tabla 2

Registros de consumo y resultados de los índices cuantitativos.

Participante	Línea base				Intervención				Seguimiento			
	Episodios /Días	TE (\bar{Y}_t) (min máx.)	Duración (\bar{Y}_t) (horas)	b TE	Episodios /Días	TE (\bar{Y}_t) (min-máx.)	Duración (\bar{Y}_t) (horas)	b TE	Episodios /Días	TE (\bar{Y}_t) (min-máx.)	Duración (\bar{Y}_t) (horas)	b TE
1	7/180	4.86 (4-7)	3.29	-.10	6/40	2.5 (2-10)	2.5	-1.74	S/D	S/D	S/D	S/D
2	28/180	6.71 (4-10)	3.04	.04	6/40	4.9 (2-8)	2.14	.07	4/30	4.5 (4-8)	2.8	-1
3	10/180	4.0 (4-6)	1.8	-.01	8/40	3 (1-5)	2.38	.19	4/30	4.25 (2-7)	4.2	-.7
4	10/180	4.6 (1-8)	0.68	-.17	5/40	1.17 (1-2)	0.28	.03	1/30	2 (2)	1.0	-
5	9/180	3.89 (1-8)	1.28	.14	0/40	0	0	0	0	0	0	0
6	9/180	5.22 (1-9)	3.00	-.48	4/40	2.67 (1-6)	2.25	-3.18e	1/30	1	0.75	-

Nota: Las letras S/D representan la ausencia de datos en la fase de seguimiento, por lo que no se sabe si su valor sería mayor, menor o igual al de las fases previas. Se ofrecen los rangos min-máx según los TE reportados por las participantes.

Por una parte, las participantes 4 y 5 registraron las mejoras más pronunciadas con valores cercanos al umbral de efecto grande. En contraste, las participantes 2 y 3 mostraron los efectos más débiles; sin embargo, en la primera se observó una ligera mejoría en el seguimiento. Por último, la participante 6 presentó un incremento considerable en su nivel de mejoría durante la fase de seguimiento.

Cambio clínico en función de la autoeficacia percibida

Como se observa en la Tabla 4, la mayoría de las participantes presentaron incrementos en sus puntuaciones del CBCS tras la intervención, lo cual se reflejó en

Tabla 3

Resultados NAP de la variable TE.

Participante	NAP	NAP
	LB / Intervención	LB / Seguimiento
1	75%	S/D
2	61.48%	67.86%
3	68.75%	50%
4	91.43%	90%
5	88.89%	88.89%
6	67.59%	83.33%

Nota: El rango de los índices del tamaño del efecto y su interpretación para la técnica NAP empleados en este estudio son: efecto débil (0-65%), efecto medio (66-92%), efecto grande (93-100%) (Bono & Arnau, 2014). Las letras S/D representan la ausencia de datos en la fase de seguimiento, por lo tanto, no fue posible determinar si los efectos de la IBCC fueron sostenidos.

valores de CCO superiores a .20 tanto en la comparación *pretest-postest* como en la de *pretest-seguimiento*. En el caso del RCI_{IT} , cinco participantes (1, 2, 4, 5 y 6) alcanzaron el umbral de cambio clínico confiable ($p < .05$); no obstante, al considerar el $PC = 8.63$, ninguna de ellas superó este criterio, lo que indica que la intervención favoreció una mejoría significativa en la autoeficacia, aunque no se alcanzó un nivel de recuperación total. Tras aplicar el programa, las participantes reportaron percibir mayor control en contextos sociales (momentos agradables con otras personas); sin embargo, algunas reportaron dificultades en situaciones estresantes (conflictos interpersonales y mayor carga de trabajo escolar).

Evaluación subjetiva del nivel de disposición al cambio de hábitos

Las puntuaciones de las ENA reflejaron incrementos progresivos en la motivación y autoconfianza para modificar sus hábitos de consumo, desde la primera sesión hasta el seguimiento (ver Figuras 1 y 2).

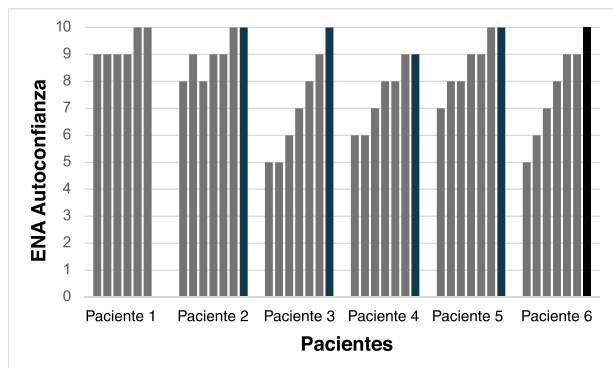
Conforme avanzaron las sesiones, las participantes se autocalificaron con valores más altos en ambas dimensiones. La media calculada desde la sesión 1 hasta el seguimiento indica que tuvieron mayor autoconfianza (8.14 - 9.57) que motivación (7.86 - 9.29); sin embargo, de manera complementaria, los datos sugieren una mejoría en la disposición al cambio.

Tabla 4
Resultados del CCO y RCI en la autoeficacia percibida del CBCS.

Participante	Pretest	Postest	Seguimiento	Comparaciones	CCO	RCI
1	7	12	S/D	Pre y Post Pre y Seg	71* S/D	7.67** S/D
2	7	9	9	Pre y Post Pre y Seg	.28* .28*	3.07** 3.07**
3	8	7	8	Pre y Post Pre y Seg	-.12 0	-1.53 0
4	7	11	11	Pre y Post Pre y Seg	.57* .57*	6.13** 6.13**
5	5	8	9	Pre y Post Pre y Seg	.60* .60*	4.6** 6.13**
6	7	10	10	Pre y Post Pre y Seg	.43* .43*	4.6** 4.6**

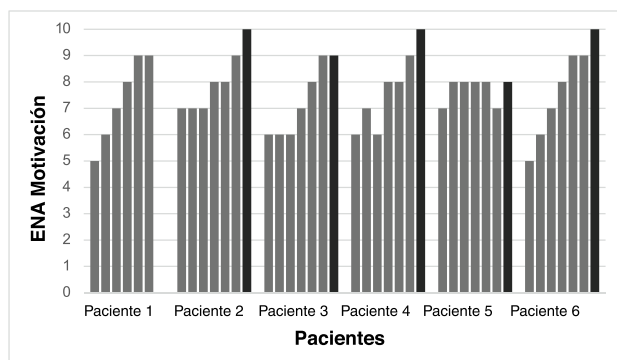
Nota: * Cambio Clínico Objetivo (CCO) es significativo en valores ≥ 0.20 . ** Índice de Cambio Fiable (RCI) es clínicamente significativo en valores ≥ 1.96 . Punto de Corte (PC) = 8.63. Las letras S/D representan la ausencia de datos en la fase de seguimiento, por lo que no se sabe si su valor sería mayor, menor o igual al de las fases previas.

Figura 1
Disposición de cambio de hábitos (autoconfianza).



Nota: Las calificaciones se puntuaron del 0 (sin autoconfianza para reducir el consumo de alcohol) al 10 (máxima autoconfianza para reducir el consumo de alcohol). Las barras en color gris corresponden a las valoraciones de la intervención (6 sesiones), mientras que la barra de color negro corresponde a la valoración del seguimiento.

Figura 2
Disposición de cambio de hábitos (motivación).



Nota: Las calificaciones se puntuaron del 0 (sin motivación para reducir el consumo de alcohol) al 10 (máxima motivación para reducir el consumo de alcohol). Las barras en color gris corresponden a las valoraciones de la intervención (6 sesiones), mientras que la barra de color negro corresponde a la valoración del seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio mostraron que la IBCC favoreció la disminución del consumo excesivo ocasional de alcohol en mujeres universitarias, además de generar mejoras en variables asociadas como la autoeficacia y la disposición al cambio. No obstante, esta reducción no se presentó de forma progresiva en todas las participantes, ya que algunas experimentaron recaídas durante la intervención o seguimiento. Este patrón coincide con lo reportado por Bravo-Alcocer et al. (2024) en población masculina, lo que sugiere que la presencia de recaídas es lo esperado en intervenciones breves y que su manejo constituye un elemento clave en el tratamiento.

En este estudio, las recaídas se abordaron desde el análisis funcional y la elaboración de estrategias alternativas propuestas por las propias participantes, mientras que en la última sesión correspondiente a la prevención de recaídas se instigó a consolidar dichos aprendizajes.

La heterogeneidad en los resultados también se atribuyó a que las participantes establecieron sus propias metas de consumo, donde todas, salvo la participante 5, prefirieron la moderación, lo cual es consistente con lo señalado por Davey (2021) y Palafox et al. (2017), quienes destacan que la regulación suele ser preferida en etapas iniciales de consumo por ser más realista y sostenible que la abstinencia. Del mismo modo, el punto de partida del tratamiento pudo influir en los resultados, ya que se observó variabilidad en las condiciones iniciales de las participantes: dos de ellas habían realizado intentos previos de cambio, pero la mayoría informó no haber considerado modificar su patrón de consumo.

En cuanto al tamaño del efecto, la mayoría de las participantes alcanzaron valores de *NAP* clínicamente relevantes, aunque no homogéneos. Estos datos son congruentes con lo reportado por Bravo-Alcocer et al. (2024), quienes observaron progresión de efectos medios a grandes en seguimientos de hasta seis meses. Si bien en este estudio ninguna participante alcanzó el efecto grande, al menos dos de ellas tuvieron valores cercanos que se mantuvieron hasta el seguimiento, lo que sugiere que la intervención podría mostrar beneficios sostenidos en evaluaciones a largo plazo.

Respecto a la autoeficacia percibida, los análisis clínicos (*CCO* y *RCl_{IT}*) mostraron que, aunque las participantes no alcanzaron un nivel de recuperación total, la mayoría logró mejoras significativas y fiables. Este resultado respalda la idea de que la intervención resultó efectiva para favorecer el proceso de cambio, aunque los efectos fueron más consistentes en mujeres con menor frecuencia de consumo, al igual que en el estudio de Salazar et al. (2024). De manera complementaria, las evaluaciones de las ENA mostraron el incremento de la motivación y la autoconfianza a lo largo de las sesiones. A medida que las participantes adquirieron mayores estrategias, también fortalecieron su disposición para modificar su patrón de consumo.

Desde una perspectiva de género y considerando el elemento de la violencia y la seguridad, las participantes reportaron experiencias de riesgo vinculadas con el consumo, tales como prácticas sexuales no consentuadas, hostigamiento y agresiones en el noviazgo.

Estos hallazgos concuerdan con lo señalado por la OPS (2021), en cuanto a que las mujeres enfrentan consecuencias diferenciales, y en muchos casos más graves que las de los hombres, tanto por consumo propio como por el consumo de otras personas. Además, se identificó que a pesar de que estos incidentes no fueron provocados por las participantes, ellas experimentaron sentimientos de culpa y vergüenza, los cuales influyen en la limitación de la búsqueda de apoyo profesional (Gebara et al., 2013; Gilbert et al., 2019). Crear intervenciones sensibles a los cambios según el género es fundamental, ya que las necesidades, características y consecuencias asociadas con el consumo excesivo de alcohol son distintas en las mujeres por factores biológicos, emocionales y sociales (Krieger et al., 2018; OPS, 2015). Si bien existen programas breves basados en evidencia y desarrollados para población mixta, estos no son responsivos al género, elemento que potencia la adherencia al tratamiento y el cambio clínico significativo (Natera et al., 2023; Vázquez-Moreno et al., 2024).

El impacto académico fue reportado con consecuencias mínimas, en contraste con lo informado por el NIAAA (2021) y White y Hingson (2013). Esta

diferencia podría deberse a que dichos estudios analizaron poblaciones con episodios semanales de *binge drinking*, mientras que las participantes de esta investigación reportaron episodios esporádicos a lo largo de cada mes.

Finalmente, la aportación novedosa de este estudio radica en la adaptación de la IBCC específicamente para mujeres universitarias. Si bien se derivó de manuales previamente validados, se incorporaron contenidos sensibles al género (riesgos diferenciales físicos, psicológicos y sociales), se contextualizaron las técnicas en escenarios propios de la vida universitaria (demandas académicas y presión social), y se mantuvo la flexibilidad en la elección de metas de consumo. Desde el aspecto metodológico, la combinación de medidas repetidas con evaluaciones pretest y postest otorgó una visión integral de los cambios y redujo posibles riesgos por sensibilización (familiaridad con los instrumentos de medición). También, la inclusión de las ENA funcionó como un complemento para monitorear en tiempo real la percepción subjetiva de las participantes sobre el programa, sus habilidades y el aprovechamiento de las estrategias para regular su consumo.

Direcciones futuras

Es recomendable que investigaciones futuras incluyan mujeres de diferentes carreras e instituciones, y con mayor frecuencia en la conducta de consumo de alcohol con el fin de incrementar la variabilidad demográfica. Asimismo, sería indispensable incorporar más sesiones de seguimiento que permitan valorar si los efectos de la IBCC son sostenibles a mediano y largo plazo (por ejemplo, tres, seis, doce meses).

Se sugiere evaluar por separado el impacto de las modalidades de aplicación (presencial, virtual, híbrida) para identificar posibles diferencias en su efectividad y optimizar la implementación en diversos contextos universitarios. También sería relevante controlar variables relacionadas con la historia de consumo, intentos previos y tratamientos concomitantes, dado que estas condiciones iniciales pueden incidir directamente en la magnitud de los cambios alcanzados. Se recomienda integrar un módulo específico orientado al afrontamiento de sentimientos de culpa y vergüenza, así como explorar una adaptación grupal de la intervención e incluir un grupo de control o en lista de espera. Estas mejoras permitirán obtener revisiones más robustas que otorguen mayor validez externa a los resultados y consolidar su efectividad.

Limitaciones del estudio

El tipo de diseño, el número reducido de participantes y la ausencia de un grupo de control o de comparación

restringe la generalización de los resultados a poblaciones más amplias, no obstante, la estructura metodológica permite que el presente estudio sea replicable. Otra limitación es que solo se incluyó una sesión de seguimiento a 30 días, lo que no permitió determinar con certeza si los efectos de la intervención pueden mantenerse en periodos más prolongados.

En cuanto a los aspectos éticos del estudio, si bien se procuró el apego a las normativas y lineamientos para la implementación de investigaciones en temas de salud señaladas por el Código Ético del Psicólogo (SMP, 2010) y de la Declaración de Helsinki (AMM, 2024), no se integró un aviso de privacidad para garantizar aún más el uso de los datos sensibles y protección de los derechos ARCO.

Por otro lado, se detectaron factores externos que pudieron influir en el desempeño de algunas participantes, y en consecuencia en sus resultados, tales como el estado emocional y la falta de continuidad entre sesiones. Sería relevante considerar los aspectos emocionales y los rasgos temperamentales ligados al consumo de alcohol en las mujeres jóvenes (Vázquez-Moreno et al., 2024).

Otro aspecto relevante fue la modalidad de implementación; factores como la disponibilidad de horarios, actividades escolares y situaciones externas como paros estudiantiles dificultaron que la IBCC se desarrollara exclusivamente en modalidad presencial. Para atender esta situación, se permitió que las participantes eligieran entre sesiones presenciales y virtuales, de acuerdo con sus posibilidades. Si bien esta flexibilidad favoreció la continuidad del programa, se reconoce como limitación al introducir variabilidad en las condiciones de aplicación; no obstante, investigaciones previas han documentado que tanto las intervenciones presenciales como las virtuales han mostrado resultados favorables en la reducción del consumo de alcohol (Gebara et al., 2013; Ingesson et al., 2023; Stepanov & Cárdenas-López, 2022).

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No se recibió ningún financiamiento para la realización de esta investigación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Al Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la FES Iztacala, por facilitar el espacio

necesario para la realización de las sesiones de intervención. Se reconoce y valora la participación de las estudiantes que formaron parte de este proyecto; su colaboración fue fundamental para el desarrollo de este estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

María Guadalupe Cruz-Maldonado: conceptualización, metodología, análisis formal de los datos, tratamiento estadístico de los datos, redacción del borrador original, revisión y edición.

Ana Leticia Becerra Gálvez: metodología, elaboración de material psicoeducativo para las sesiones, análisis formal de los datos, tratamiento estadístico de los datos, redacción del borrador original, revisión y edición.

Jennifer Lira Mandujano: metodología, supervisión a pacientes, administración del proyecto y logística.

Alejandro Pérez-Ortiz: revisión de casos, tratamiento de los datos y redacción del borrador original, revisión y edición.

REFERENCIAS

- Asociación Médica Mundial [AMM]. (31 de diciembre de 2024). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ayala, H. E., Cárdenas, G., Echeverría, L., & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. https://www.nova.edu/gsc/forms/guided_selfchange_treatment_in_spanish.pdf
- Barragán, L., Flores, M.A., Hernández, L., Ramírez, C.A., & Ramírez, C. (2014). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Byiers, B. J., Reichle, J., & Symons, F. J. (2012). Single-subject experimental design for evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4), 397–414. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012\)11-0036](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012)11-0036)
- Bono, R., & Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Bravo-Alcocer, O., Martínez-Martínez, K. I., Oropeza-Tena, R., & Colunga-Rodríguez, C. (2024). *Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas*. *Psicología y salud*, 34(2), 225-234. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2904>
- Candelaria, M., García, I., & Estrada, B.D. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano & H. García (Eds.). *Epidemiología clínica* (pp.189-199). Interamericana-McGraw-Hill.

- Chang, G., Fisher, N. D., Hornstein, M. D., Jones, J. A., Hauke, S. H., Niamkey, N., Briegleb, C., & Orav, E. J. (2011). Brief intervention for women with risky drinking and medical diagnoses: a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(1), 105-114. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.02.011>
- Colchero, M. A., Barrientos-Gutiérrez, T., Guerrero-López, C. M., & Bautista-Arredondo, S. (2022). Density of alcohol-selling outlets and prices are associated with frequent binge drinking in Mexico. *Preventive Medicine, 154*(106921). <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106921>
- Cordero-Oropeza, R., García-Méndez, M., Cordero-Oropeza, M., & Corona-Maldonado, J. J. (2021). Characterization of alcohol consumption and related problems in university Students from Mexico City. *Salud Mental, 44*(3), 107-115. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.015>
- Davey, C. (2021). Online sobriety communities for women's problematic alcohol use: a mini review of existing qualitative and quantitative research. *Frontiers in Global Women's Health, 2*(1). <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.773921>
- Gebara, C., Monteiro, F., Mota, T., Moura, L., & Noto, A. R. (2013). Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 8*(31). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-31>
- Gilbert, P. A., Pro, G., Zemor, S. E., Mulia, N., & Brown, G. (2019). Gender differences in use of alcohol treatment services and reasons for non-use in a national sample. *Alcohol Clinical & Experimental Research, 43*(4), 722-731. <https://doi.org/10.1111/acer.13965>
- Gómez, J. M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la Significancia Clínica en Psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*(2), 173-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588009>
- Herrero, V., Delgado, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez M. V., & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor: revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 25*(4), 228-236. <https://doi.org/10.20986/reesd.2018.3632/2017>
- Ingesson, S., Wallhed, S., Rosendahl, I., Andréasson, S., Jayaram-Lindström, N., & Hammarberg, A. (2023). Behavioural self-control training versus motivational enhancement therapy for individuals with alcohol use disorder with a goal of controlled drinking: A randomized controlled trial. *Addiction, 119*(1), 86-101. <https://doi.org/10.1111/add.16325>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). Consumo excesivo de alcohol entre jóvenes mexicanos. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/avisos/consumo-excesivo-de-alcohol-entre-jovenes-mexicanos>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Krieger, H., Young, C. M., Anthenien, A. M., & Neighbors, C. (2018). The Epidemiology of Binge Drinking Among College-Age Individuals in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews, 39*(1), 23-30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104967/>
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Nuño, B. L., Lozano, M. D., & Medina-Mora, M. E. (2018). Traditional gender roles and substance-use behaviors, attitudes, exposure, and resistance among early adolescents in large cities of Mexico. *Journal of Substance Use, 23*(5), 471-480. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1405088>
- Lamb, R., & Kougiouli, Z. G. (2024). Women and shame: narratives of recovery from alcohol dependence. *Psychology & Health, 40*(10), 1-38. <https://doi.org/10.1080/08870446.2024.2352191>
- Lira-Mandujano, J., Rosales, M., & Cruz, S. E. (2020). Estrategias de autocontrol eficaces en el tratamiento para dejar de fumar. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas* (pp. 143-159). Manual Moderno.
- López, M. A., Un, L. T., Telumbre, J. Y., Armendáriz, N. A., & Alonso, M. M. (2022). Consumo De Alcohol Binge Drinking en estudiantes universitarios del área de Ciencias de la Salud. *IBN SINA, 13*(1), <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/1261>
- Martínez, K. I., Contreras, M. E., & Sánchez, B. E. (2020). Estrategias de autocontrol: la base para manejar el consumo de alcohol. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas* (pp. 130-142). Manual Moderno.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Jiménez, A. L., Ruiz, G. M., & Ayala, H. (2012). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas* (PIBA). Manual del Terapeuta. (4ta ed.). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Secretaría de Salud.
- Murray, K. S., & Mullan, B. (2019). Can temporal self-regulation theory and 'sensitivity to reward' predict binge drinking amongst university students in Australia? *Addictive Behaviors, 99*(1). <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106069>
- Natera, G., Arroyo, M., Medina, P. S., Bartolo, F., Bautista, N., Pérez, A., & Anderson, P. (2023). Detección del consumo de alcohol en México durante la pandemia del COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública, 47*(1). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.22>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2021). *Women and alcohol*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/women-and-alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la región de las Américas 2020*. Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275322215>
- Palafox, G., Morales, S., Félix, V., López, F., Martínez, K., & Vázquez, J. L. (2017). *Transferencia de las Intervenciones Breves para la Prevención de Recaídas en Adicciones* (OEA/Ser./L/ XIV.6.59). Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). <https://www.issup.net/files/2020-08/Transferencia%20de%20las%20Intervenciones%20breves%20para%20la%20Prevencion%20de%20Recaidas%20en%20Adicciones.pdf>
- Patró-Hernández, R. M., Nieto, Y., & Limaña-Gras, R. M. (2020). The relationship between gender norms and alcohol consumption: a systematic review. *Addictions, 32*(2), 145-158. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/1195/1044>

- Ramírez-Toscano, Y., Canto-Osorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., & López-Olmedo, N. (2023). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 65(1), 575-583. <https://doi.org/10.21149/14817>
- Rivera-Rivera, L., Séris-Martínez, M., Reynales-Shigematsu, L. M., Villalobos, A., Jaen-Cortés, C. I., & Natera-Rey, G. (2021). Factores asociados con el consumo excesivo de alcohol: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. *Salud Pública de México*, 63(6), 789-798. <https://doi.org/10.21149/13187>
- Salazar, M. L., Vacío, M. A., & González, A. (2024). Ensayo clínico aleatorizado con dos intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 24(1), 93-110. <https://doi.org/10.21134/haaj.v24i1.783>
- Salazar, M. L., Vacío, M. A., & Macías, J. J. (2019). Adaptación y validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en universitarios mexicanos que consumen alcohol. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 30-37. <https://doi.org/10.28931/riiad.2019.2.04>
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremaux, L., & Vanderplasschen, W. (2020). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 175-189. <https://doi.org/10.1177/1455072520964612>
- Shamah-Levy, T., Lazcano-Ponce E. C., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Gaona-Pineda E. B., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R., & Méndez-Gómez-Humarán I. (2024) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023*. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://insp.mx/novedades-editoriales/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-continua-2023-resultados-nacionales>
- Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverría, L., Leo, G. I., Rybakowski, J. K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S., & Zióikowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse*, 36(3), 313-331. <https://doi.org/10.1081/JA-100102628>
- Sociedad Mexicana de Psicología [SMP]. (2010). Código ético del psicólogo. Trillas
- Stepanov, N., & Cárdenas-López, G. (2022). Estudio de caso único de efectividad de intervención en línea para bebedores problema. *Acta Comportamental*, 30(4), 725-750. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/83986>
- Vannest, K.J., Parker, R.I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). *Single Case Research: web-based calculators for SCR analysis*. (Version 2.0). College Station, TX: Texas A&M University. Single Case Research. Retrieved Sunday 24th March 2024. <https://singlecaseresearch.org/>
- Vázquez- Moreno, A., Martínez-Velázquez, E. S., Negrete-Cortés, A. J., & García-Gomar, M. L. (2024). Asociación entre el consumo de alcohol y la impulsividad en estudiantes universitarios: influencia del sexo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 17(2), 103-112. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.17210>
- Villatoro-Velázquez, J. A., Reséndiz, E., Mujica, A., Bretón-Cirret, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doctos/informes/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- White, A., & Hingson, R. (2013). The Burden of Alcohol Use: Excessive Alcohol Consumption and Related Consequences Among College Students. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 201-218. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/201-218.htm>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/377960>