

TESIS DOCTORAL

2023



**FACTORES PSICOSOCIALES DE LA BÚSQUEDA
DE AYUDA POR CONSUMO DE RIESGO Y
PERJUDICIAL DE ALCOHOL Y PREVENCIÓN
SELECTIVA EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS**

DANIELA ROMERO REYES

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DIRECTORES:

DR. JUAN ANTONIO MORIANO LEÓN

Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones. UNED

DR. JOSÉ LUIS YBARRA SAGARDUY

**Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo
Humano. Universidad Autónoma de Tamaulipas. UAT.**

Dedicatoria

*A Dios, a mis padres Esequiel Romero Hinojosa y Martha Laura Reyes Morales, a mis hijos
Mauricio Ponce Romero y Regina Ponce Romero.*

Agradecimientos

A Dios y a mis padres Ezequiel Romero Hinojosa y Martha Laura Reyes Morales, por su amor y apoyo incondicional.

A mis hijos Mauricio Ponce Romero y Regina Ponce Romero, por ser mi motivación, por su alegre y paciente acompañamiento en todo este proceso de formación doctoral.

A mis hermanos Laura Elena Romero Reyes y Ezequiel Romero Reyes por su apoyo.

A mis directores de tesis: Dr. Juan Antonio Moriano León por todo su apoyo, por sus respuestas a mis correos siempre inmediatas y con valiosas observaciones, por su paciencia, consejos y guía y al Dr. José Luis Ybarra Sagarduy, por todo su apoyo, sus consejos, sus revisiones y observaciones, su compromiso, paciencia y su dedicación y por creer en mí desde hace tantos años. Gracias a ambos este proyecto ha logrado materializarse, lo que he aprendido de ustedes, su disciplina, rigor y amor por el conocimiento fue un gran soporte e inspiración para mí.

A mis compañeros del Cuerpo Académico de Estudios de Psicología, a Luz Adriana Orozco Ramírez, Adrián Alberto Andaverde Vega, Elizabeth Aurora Pérez Hernández y Katia Cecilia Uresti Maldonado, sus ejemplos de vida y superación, sus consejos, ánimos y compañía.

A mis amigas y maestras de vida Ma. Gloria Ávalos Loredó y Dania Sánchez Hernández por todo su apoyo, entusiasmo, y por alegrarse por cada paso que daba en este proceso de formación, siempre estuvieron conmigo.

A mi amiga de la infancia Adriana de la Garza Saucedo, que aún a la distancia siempre tuvo la disposición a dar un buen consejo y ha sido de inspiración en mi vida para seguir estudiando.

A la maestra Blanca Irene Gracia Riestra por su amistad y consejos desde el comienzo de la elaboración de esta tesis.

A los directivos de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Mtro. César Humberto Carranza Aveldaño y Dra. Guillermina de la Cruz Jiménez Godínez, que en su administración dieron las facilidades para la realización de los estudios que conforman esta tesis.

Y un agradecimiento especial a todos los jóvenes que participaron en estos estudios.

Índice

Resumen.....	15
Abstract.....	19
Introducción	23
SECCIÓN I: MARCO TEÓRICO	35
CAPÍTULO 1. EL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL.....	36
1.1. Introducción.....	36
1.2. Definición del consumo de riesgo y perjudicial del alcohol	39
1.3. Panorama internacional del uso del alcohol en universitarios.....	43
1.4. Uso de alcohol en universitarios en México	48
1.5. Consecuencias del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en universitarios	51
CAPÍTULO 2. INTERVENCIONES BREVES	69
2.1. Introducción	69
2.2. La prevención primaria y las intervenciones breves	71
2.3. Las intervenciones basadas en tecnologías	74
2.4. Las intervenciones breves como estrategias de alfabetización en salud sobre el alcohol	76
2.5. Intervención breve desde la Teoría de la Acción Planificada.....	76
CAPÍTULO 3. BÚSQUEDA DE AYUDA POR PROBLEMAS CON EL USO DE ALCOHOL	80
3.1. Introducción	80
3.2. La Búsqueda de ayuda y su funcionalidad en distintos campos y disciplinas	81
3.3. La Búsqueda de ayuda en el contexto de la salud mental	83
3.4. El concepto de búsqueda de ayuda.....	85
3.5. Búsqueda de ayuda de universitarios por problemas con el uso del alcohol	85
3.6. Búsqueda de ayuda desde la Teoría de la Acción Planificada	87
3.7. Estudios empíricos basados en la TAP	92

SECCIÓN II: ESTUDIOS EMPÍRICOS..... 97

CAPÍTULO 4. ESTUDIO 1. CREENCIAS DE COMPORTAMIENTO, NORMATIVAS Y DE CONTROL ACCESIBLES EN LA INTENCIÓN DE BÚSQUEDA DE AYUDA DE JÓVENES UNIVERSITARIOS CON CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL..... 98

4.1. Introducción 100

4.2. Método 104

4.3. Resultados 109

4.4. Discusión 115

CAPÍTULO 5. ESTUDIO 2. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE INTENCIÓN INTENCIÓN DE BÚSQUEDA DE AYUDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL 119

5.1. Introducción 121

5.2. Método 127

5.3. Resultados 134

5.4. Discusión 142

CAPÍTULO 6. ESTUDIO 3. INTERVENCIÓN BREVE BASADA EN LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANIFICADA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS..... 146

6.1. Introducción..... 155

6.2. Método..... 156

6.3. Resultados 175

6.4. Discusión 197

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES..... 204

7.1. Discusión general..... 205

7.2. Creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol 205

7.3. Desarrollo y validación de escala de intención de búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol..... 209

7.4. Intervención breve basada en internet para reducir consumo de alcohol en universitarios. 213

7.3. Conclusiones 218

REFERENCIAS 220

ANEXOS 261

Índice de figuras

Figura 1. Regiones cerebrales implicadas en el consumo excesivo de alcohol	57
Figura 2. Modelo de la conducta de búsqueda de ayuda desde la Teoría de la Acción Planificada.....	88
Figura 3. Hipótesis sobre los constructos de la TAP en la predicción de la intención de buscar ayuda.....	126
Figura 4. Estimación del modelo <i>path</i>	139
Figura 5. Diagrama de flujo de los participantes del estudio	158
Figura 6. Flujo del procedimiento de la intervención	173

Índice de tablas

Tabla 1. Uso nocivo de alcohol: términos y definiciones	41
Tabla 2. Concentración de alcohol en sangre: efectos físicos y psicológicos.....	52
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra (estudio 1)	103
Tabla 4. Creencias conductuales sobre buscar ayuda	109
Tabla 5. Creencias normativas sobre buscar ayuda	111
Tabla 6. Creencias de control sobre buscar ayuda	112
Tabla 7. Diferencias en la intención según creencias conductuales.....	113
Tabla 8. Diferencias de sexo en la intención de buscar ayuda	114
Tabla 9. Relación entre creencias conductuales y sexo	114
Tabla 10. Escalas sobre búsqueda de ayuda	122
Tabla 11. Cargas factoriales y fiabilidad	135
Tabla 12. Validez discriminante (criterio de Fornell Larcker)	136
Tabla 13. La ratio HTMT con SmartPLS algoritmo	137
Tabla 14. Descriptivos y correlaciones de Pearson entre constructos	137
Tabla 15. Coeficientes path (coeficientes de regresión estandarizados).....	139
Tabla 16. Tamaños de efecto f^2	140
Tabla 17. Correlaciones de Pearson escalas IBA-COPA con escalas de barreras y recursos	140
Tabla 18. Correlaciones de Pearson escalas IBA-COPA con subescalas de barreras .	141
Tabla 19. Correlaciones de Pearson escalas IBA-COPA con subescalas de recursos	141
Tabla 20. Correlaciones entre creencias conductuales, norma subjetiva, control conductual y total de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT).....	160
Tabla 21. Descripción de la variable independiente	163
Tabla 22. Descripción de la variable dependiente	168
Tabla 23. Comparación de variables sociodemográficas en la pre-intervención (análisis por protocolo)	176
Tabla 24. Comparación de edad y variables de interés en la pre intervención (análisis por protocolo)	177
Tabla 25. Diferencias entre recibir tratamiento o no (análisis por protocolo)	178
Tabla 26. Diferencias entre recibir tratamiento o no en jóvenes con consumo de riesgo	179
Tabla 27. Diferencias entre recibir tratamiento o no en jóvenes con consumo de bajo riesgo.....	180
Tabla 28. Comparación Libare e intención de beber en GE y GC con T de Wilcoxon	

(análisis por protocolo)	181
Tabla 29. Comparación de puntuaciones IBA-COPA en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)	181
Tabla 30. Comparación de TCP para beber y confianza situacional en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)	182
Tabla 31. Comparación de consecuencias en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)	183
Tabla 32. Comparación de variables sociodemográficas de los participantes en la pre intervención.....	184
Tabla 33. Comparación de edad y variables de interés de los participantes en la pre intervención.....	185
Tabla 34. Diferencias entre recibir tratamiento o no en cada variable de interés	186
Tabla 35. Diferencias entre recibir tratamiento o no en jóvenes con consumo de riesgo.....	187
Tabla 36. Diferencias entre recibir tratamiento o no en cada variable de interés en jóvenes con consumo de bajo riesgo.....	188
Tabla 37. Comparación Libare e intención de beber en grupo experimental y control con T de Wilcoxon.....	189
Tabla 38. Comparación de puntuaciones IBA-COPA en grupo experimental y control con T de Wilcoxon	190
Tabla 39. Puntuaciones TCP para beber y confianza situacional en GE y GC con T de Wilcoxon.....	191
Tabla 40. Puntuaciones consecuencias en grupo experimental y control con T de Wilcoxon.....	191
Tabla 41. Comparación de edad y variables de interés de casos perdidos respecto a completos del GE.....	192
Tabla 42. Comparación de edad y variables de interés de casos perdidos respecto a completos del GC.....	193
Tabla 43. Diferencias entre recibir tratamiento o no en cada una de las variables de interés (análisis por intención de tratar)	194
Tabla 44. Puntuaciones LIBARE en grupo control en lista de espera con T de Wilcoxon.....	195
Tabla 45. Puntuaciones IBA-COPA en grupo control en lista de espera con T de Wilcoxon.....	196
Tabla 46. Variables TAP hacia consumo, confianza situacional y consecuencias en GC	197

Listado de símbolos, abreviaturas y siglas

Ac:	Actitud
ADH:	Enzima alcohol deshidrogenasa
AF:	Anisotropía fraccional
AICISHs:	Escalas de Intención de buscar Ayuda [acrónimo anglosajón]
ALDH:	Aldehído deshidrogenasa
AMM:	Asociación Médica Mundial
APA:	Asociación Americana de Psiquiatría [acrónimo anglosajón]
ASAM:	Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción [acrónimo anglosajón]
AUDIT:	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [acrónimo anglosajón]
AUDIT-C:	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol conciso [acrónimo anglosajón]
AUTOEF:	Autoeficacia
AVE:	Varianza promedio extraída
BAI:	Intervenciones breves sobre alcohol [acrónimo anglosajón]
BAC:	Concentración de alcohol en la sangre [acrónimo anglosajón]
BASICS:	Detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios
BAYPAS:	Búsqueda de ayuda en el pasado [acrónimo anglosajón]
CAGE:	Cuestionario de detección de los trastornos por consumo de alcohol
CIE-11:	Clasificación Internacional de las Enfermedades - Undécima Edición
CC:	Casos completos
CC+	Creencia conductual positiva
CC-	Creencia conductual negativa
CCP:	Control conductual percibido
CONAHCYT:	Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología
CONSORT:	Normas Consolidadas para la publicación de Ensayos Clínicos [acrónimo anglosajón]
COVID 19:	Enfermedad por coronavirus de 2019 [acrónimo anglosajón]
CP:	Casos perdidos
CYP2E1:	Abreviación de citocromo P450 2E1
D:	Distancia de omisión
DE:	Desviación estándar
DIS:	Escala de Grado de Deficiencia [acrónimo anglosajón]
DSM-5:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Quinta Edición [acrónimo anglosajón]

DSM-IV-TR:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Cuarta Edición - Texto Revisado [acrónico anglosajón]
DTI:	Imágenes de tensor de difusión [acrónico anglosajón]
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EEG:	Electroencefalograma
ENCODAT:	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
E-TAP	Teoría de la acción planificada-extendida
f²:	Tamaño del efecto de un constructo predictor sobre una variable endógena
GC:	Grupo control
GE:	Grupo experimental
GL:	Grados de libertad
IB:	Intervención breve
IBA-COPA:	Intención de búsqueda de ayuda en adultos jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol [acrónico en castellano]
IH-RHAC:	Intención de búsqueda de ayuda en adultos jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol [acrónico anglosajón]
HTML:	Ratio heterotrait-monotrait
iAIs:	Intervenciones de alcohol basadas en internet
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INT:	Intención
IT:	Análisis por Intención de tratar
ITm:	Análisis por Intención de tratar modificado
LIBARE:	Línea Base Retrospectiva
MCAR:	Faltantes completamente al azar [acrónico anglosajón]
Mdn:	Mediana
MRI:	Imágenes por resonancia magnética [acrónico anglosajón]
n	Tamaño muestral
NS:	Norma subjetiva
NSDUH:	Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud [acrónico anglosajón]
NIAAA:	Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo
NOM:	Norma oficial mexicana
NS:	Norma subjetiva
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OMSMCD:	Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas
OR:	Riesgo de Odds
p	Valor de probabilidad
P3:	Electrodo medio parietal P3
PLS-SEM:	Ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados parciales [acrónico anglosajón]
Q²:	Medida del poder predictivo del modelo
r:	Correlación de Pearson

r_s:	Correlación de Spearman
RP:	Rango promedio
SAMHSA:	Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias [acrónimo anglosajón]
SCP:	Cambio porcentual simétrico [acrónimo anglosajón]
SNC:	Sistema nervioso central
SmartPLS:	Software para el modelado de ecuaciones estructurales utilizando el método de modelado de ruta de mínimos cuadrados parciales
SR:	Suma de rangos
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences [acrónimo anglosajón]
TAP:	Teoría de la Acción Planificada
TAR:	Teoría de la Acción Razonada
TEAMS:	Aplicación de colaboración creada para el trabajo híbrido
U	U de Mann Whitney
UAT:	Universidad Autónoma de Tamaulipas
VIF:	Factor de inflación de la varianza
WHO:	Organización Mundial de la Salud [acrónimo anglosajón]
X²:	Estadístico Chi cuadrado
λ:	Cargas factoriales
β:	Coefficientes beta estandarizados, relaciones <i>path</i> estimadas en el modelo estructural

Resumen

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es un problema de salud pública que puede tener serias consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la vida de quien consume, así como de sus allegados o incluso en su comunidad. Los jóvenes adultos universitarios suelen presentar algún grado de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, por ejemplo, dentro de los más reportados en esta población por la literatura especializada se encuentra el consumo excesivo de alcohol, es por ello que a nivel internacional se han realizado esfuerzos por prevenir y atender esta problemática. Existen diversas estrategias englobadas en el término de Intervenciones Breves que pueden emplearse para hacer frente al consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, dichas estrategias se han empleado en el sector salud, pero también en el contexto educativo, sin embargo, también es reportado por la literatura internacional que las opciones de ayuda son infrutilizadas por los jóvenes, es por ello que el motivo de llevar a cabo este estudio fue analizar los factores psicosociales que intervienen en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol y ofrecer una propuesta de intervención dentro del marco de la Teoría de la Acción Planificada (TAP, Ajzen, 1991). Para lograr este objetivo, esta tesis se desglosó en tres estudios: (1) Creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. (2) Desarrollo y validación de escala de intención de búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. (3) Intervención breve basada en internet para reducir consumo de alcohol en universitarios. Ensayo clínico aleatorizado exploratorio. A continuación, se describirán los objetivos y los principales hallazgos que se obtuvieron a partir de estas investigaciones:

Estudio 1. Creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, el cual presentó los objetivos de identificar las creencias de comportamiento, normativas y de control sobre la búsqueda de ayuda en universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, comparar diferencias en la intención de búsqueda de ayuda según la presencia o ausencia de cada creencia, conocer diferencias de sexo en la intención de búsqueda de ayuda y describir la relación entre sexo y creencias, estos resultados servirían de evidencia para ayudar a conformar un instrumento sobre búsqueda de ayuda en esta población, lo que se realizaría en el siguiente estudio. Los principales hallazgos de esta investigación fueron que los jóvenes con la creencia de aprender a regular el consumo mostraron una intención de buscar ayuda significativamente mayor que los que no la presentaban. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre sexo y las creencias aprender a regular el consumo y prejuicios de la sociedad. Este estudio permitió acceder a las creencias sobresalientes que tuvieron los jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en torno a la intención de búsqueda de ayuda, acceder a las creencias subyacentes fue paso previo para construir un instrumento principal sobre búsqueda de ayuda en jóvenes universitarios basado en evidencia empírica.

Estudio 2. Desarrollo y validación de escala de intención de búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Este estudio tuvo el objetivo general de desarrollar una escala psicométrica “Intención de búsqueda de ayuda en adultos jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol” IBA-COPA (acrónimo en castellano) IH-RHAC (acrónimo anglosajón), basada en la TAP para evaluar la actitud, norma subjetiva, control conductual percibido (evaluado a través de la autoeficacia), y la intención de búsqueda de ayuda de adultos jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Los principales resultados de este estudio fueron que la escala presentó favorables características

psicométricas, pudo observarse a través del modelo de medición interna que la actitud, la autoeficacia y la búsqueda de ayuda en el pasado predijeron un 27% de la varianza sobre la intención de búsqueda de ayuda. La norma subjetiva no fue predictora de la intención en el modelo de este estudio. La escala IBA-COPA puede ser de utilidad para diseñar y/o evaluar intervenciones que promuevan la búsqueda de ayuda por problemas con el alcohol en población universitaria.

Estudio 3. Intervención breve basada en internet para reducir consumo de alcohol en universitarios. Ensayo clínico aleatorizado exploratorio. Esta investigación tuvo el objetivo general de desarrollar y probar la eficacia de una intervención breve basada en internet diseñada bajo los preceptos de la Teoría de la Acción Planificada para disminuir la intención y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios de primeros semestres de licenciatura. Los principales resultados de este trabajo indicaron que en el análisis por intención de tratar modificado (ITm) existió una diferencia estadísticamente significativa en la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental respecto al grupo control en lista de espera, realizando un análisis por subgrupos los jóvenes con consumo de riesgo presentaron una disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y la disminución de los días de consumo que fue estadísticamente significativa en comparación con el grupo control en lista de espera en el análisis por intención de tratar modificado (ITm). La norma descriptiva presentó una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje post respecto del pre en los participantes del grupo experimental en comparación al grupo control en el análisis por ITm, siendo este puntaje menor en la evaluación post. Sobre la intervención breve aquí propuesta se puede decir que, si bien no se encontraron evidencias de su eficacia como estrategia de alfabetización en salud mental sobre el alcohol para promover la búsqueda de ayuda, si mostró eficacia para reducir la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental y disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas

estándar por ocasión de consumo y disminución de los días de consumo en el grupo de los jóvenes con consumo de riesgo. También se vio disminuida la norma descriptiva del grupo experimental, lo que sugiere que la estrategia del abordaje de las normas sociales pudo relacionarse con los cambios conductuales observados en la disminución del consumo del grupo experimental.

Este trabajo contribuye al análisis y comprensión de factores psicosociales antecedentes de la intención de buscar ayuda en jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Inicialmente la propuesta de intervención surgió como una respuesta ante una necesidad ética de retribuir a los participantes de los primeros dos estudios que contribuyeron con sus respuestas a dar forma a un instrumento válido y confiable sobre la búsqueda de ayuda, se consideró diseñar una intervención breve de dos sesiones que pudiera aplicarse de manera grupal a distancia o de manera híbrida (con apoyo de terapeuta) y que además pudiera ser de utilidad por su brevedad y recursos materiales para la institución educativa que permitió la aplicación de la misma en sus estudiantes, y también que pudiera adaptarse al contexto histórico que se vivió puesto que la conformación de este estudio en parte coincidió con la pandemia por Covid 19. Es por ello que las principales aportaciones de este trabajo de tesis son un instrumento válido y confiable para evaluar la intención de búsqueda de ayuda y una intervención breve grupal basada en internet para reducir el consumo de alcohol en jóvenes universitarios, aportaciones enmarcadas bajo la Teoría de la Acción Planificada.

Abstract

The hazardous and harmful consumption of alcohol is a public health problem that can have serious consequences in the short, medium and long term in the life of the person who consumes it, as well as their relatives or even their community. Young university adults usually present some degree of hazardous and harmful consumption of alcohol, for example, among the most reported in this population by the specialized literature is excessive alcohol consumption, which is why international efforts have been made to prevent and address this problem. There are various strategies encompassed in the term of Brief Interventions that can be used to deal with hazardous and harmful consumption of alcohol, these strategies have been used in the health sector, but also in the educational context, however, it is also reported by the literature internationally that help options are underused by young people, which is why the reason for carrying out this study was to analyze the psychosocial factors that intervene in the intention to seek help from university students with hazardous and harmful consumption of alcohol and to offer an intervention proposal within the framework of the Theory of Planned Action (TAP, Ajzen, 1991). To achieve this objective, this thesis was broken down into three studies: (1) Behavioral, normative, and accessible control beliefs in the intention to seek help among university students with hazardous and harmful alcohol use. (2) Development and validation of the scale of intention to seek help in university students with hazardous and harmful consumption of alcohol. (3) Brief internet-based intervention to reduce alcohol consumption in university students. Exploratory randomized clinical trial. The objectives and main findings obtained from these investigations will be described below:

Study 1. Behavioral, normative, and control beliefs accessible in the intention to seek help among young university students with hazardous and harmful alcohol use, which presented the objectives of identifying behavioral, normative, and control beliefs about

seeking help in university students with hazardous and harmful consumption of alcohol, compare differences in the intention to seek help according to the presence or absence of each belief, know differences between sex in the intention to seek help and describe the relationship between sex and beliefs, these the results would serve as evidence to help shape an instrument on seeking help in this population, which would be carried out in the following study. The main findings of this research were that young people with the belief that they are learning to regulate their consumption showed a significantly higher intention to seek help than those who did not. A statistically significant relationship was found between sex and the beliefs of learning to regulate consumption and society's prejudices. This study allowed us to access the outstanding beliefs that young people with hazardous and harmful consumption of alcohol had regarding the intention to seek help. Accessing the underlying beliefs was a previous step to build a main instrument on help-seeking in university students based on empirical evidence.

Study 2. Development and validation of the scale of intention to seek help in university students with hazardous and harmful consumption of alcohol. This study had the general objective of developing a psychometric scale "Intention to seek help in young adults with hazardous and harmful consumption of alcohol" IBA-COPA (acronym in Spanish) IH-RHAC (Anglo-Saxon acronym), based on the TAP to assess attitude, subjective norm, perceived behavioral control (assessed through self-efficacy), and help-seeking intention of young adults with hazardous and harmful alcohol use. The main results of this study were that the scale presented favorable psychometric characteristics, it could be observed through the internal measurement model that attitude, self-efficacy and help-seeking in the past predicted 27% of the variance on the search intention of help-seeking. Subjective norm was not a predictor of intention in this study's model. The IBA-COPA scale can be useful for

designing and/or evaluating interventions that promote help-seeking for alcohol problems in the university population.

Study 3. Brief Internet-based intervention to reduce alcohol consumption in university students. Exploratory randomized clinical trial. This research had the general objective of developing and testing the efficacy of a brief Internet-based intervention designed under the precepts of the Theory of Planned Action to reduce the intention and consumption of alcohol in young university students in their first semesters of undergraduate studies. The main results of this work indicated that in the analysis with the complete groups (young people with low hazardous and with hazardous consumption) there was a significant difference in the number of drinks per consumption occasion in the experimental group compared to the control group on the waiting list. In the subgroup analysis, young people with hazardous alcohol consumption presented a decrease in monthly consumption, the number of standard drinks per consumption occasion, and a decrease in days of consumption that was statistically significant compared to the control group on the list of expected in the modified intention-to-treat (ITmT) analysis. The descriptive norm presented a statistically significant difference in the post score compared to the pre in the participants of the experimental group compared to the control group in the analysis by ITm, this score being lower in the post evaluation. Regarding the brief intervention proposed here, it can be said that, although no evidence was found of its efficacy as a mental health literacy strategy on alcohol to promote help-seeking, it did show efficacy in reducing the number of drinks per consumption occasion in the experimental group and decrease in monthly consumption, the number of standard drinks per occasion of consumption and decrease in days of consumption in the group of young people with risky consumption. The descriptive norm of the experimental group was also decreased, which suggests that the strategy of approaching social norms could be related to the behavioral changes observed in the decrease in consumption of the experimental group.

This work contributes to the analysis and understanding of psychosocial factors antecedents of the intention to seek help in young people with hazardous and harmful consumption of alcohol. Initially, the intervention proposal arose as a response to an ethical need to reward the participants of the first two studies who contributed with their answers to shape a valid and reliable instrument on help-seeking, it was considered to design a brief intervention of two sessions that could be applied in a group at a distance or in a hybrid way (with the support of a therapist) and that could also be useful due to its brevity and material resources for the educational institution that allowed its application to its students, and also that could be adapted to the historical context that was experienced since the conformation of this study partly coincided with the pandemic by Covid 19. That is why the main contributions of this thesis work are a valid and reliable instrument to evaluate the intention of help seeking and a brief Internet-based group intervention to reduce alcohol consumption in university students, contributions framed under the Theory of Planned Action.

«Hay siempre tanta belleza en todo principio»

Rainer Maria Rilke (1929)

Introducción

El consumo de alcohol es una práctica habitual en los jóvenes universitarios (Ajayi et al., 2019; Cortaza-Ramírez et al., 2022; Davoren et al., 2016; del Carmen Gogeochea-Trejo et al., 2021; Messina et al., 2021; Krieger et al., 2018; Yi et al., 2017), por ejemplo, en una revisión realizada en universitarios ingleses e irlandeses, donde se investigaron sus patrones de consumo de alcohol desde 2002 a 2014, la proporción de estudiantes que reportó un consumo peligroso de alcohol osciló entre el 62% en 2003 al 84% en 2014 empleando el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), la proporción de estudiantes con problemas con el alcohol osciló entre el 22% y el 76% evaluados con el Cuestionario de detección de los trastornos por consumo de alcohol (CAGE) (Davoren et al., 2016). En Estados Unidos de América durante el año 2021, 16,8 millones de adultos jóvenes de 18 a 25 años, es decir, el 50,1 % de ese grupo de edad, reportaron que bebieron alcohol en el último mes, el consumo excesivo de alcohol en el último mes se presentó en 9,8 millones de los adultos jóvenes (29,2%) según la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud ([NSDUH] SAMHSA, 2022). En este grupo de edad, durante el año 2021, la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes fue de 4,8 millones de estudiantes universitarios de tiempo completo (51,8%) y 2,7 millones de estudiantes universitarios de tiempo completo (28,7%) presentaron consumo excesivo de alcohol en el último mes según el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, 2023a).

En Europa, una investigación tuvo el objetivo de comparar los patrones de consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol por medio de una encuesta realizada a 2191 estudiantes universitarios de Dinamarca, Inglaterra, Alemania, Italia, Portugal y Suiza, los resultados arrojaron que la mayoría de los estudiantes presentaron un consumo de bajo riesgo

(63%), el 30% se categorizó como bebedor peligroso, 4% bebedores nocivos y 3% con posible dependencia, los estudiantes de los países del norte de Europa presentaron puntajes significativamente más altos que los de los países del centro y sur de Europa (Cooke et al., 2019). En otro trabajo realizado en España con 5260 estudiantes en 2005, 2012 y 2016, se observó un aumento en las tasas de prevalencia de consumo excesivo de alcohol y consumo de riesgo entre las mujeres durante los tres periodos del estudio no siendo así en el consumo de los hombres. Una mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol se asoció a un alto nivel educativo materno, vivir fuera del hogar de los padres, iniciar el consumo de alcohol antes de los 15 años y las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol (Busto et al., 2021).

El proyecto internacional de estudiantes universitarios de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS buscó estimar la prevalencia y los correlatos sociodemográficos básicos de los trastornos mentales comunes en estudiantes de primer año, aplicando encuestas a 13,984 jóvenes de 19 universidades de 8 países (Australia, Bélgica, Alemania, México, Irlanda del Norte, Sudáfrica, España y Estados Unidos). Respecto al trastorno por consumo de alcohol los resultados arrojaron un 6,8% de prevalencia de por vida y 6,3% de prevalencia de 12 meses en los estudiantes (Auerbach et al., 2018).

La revisión sistemática realizada por Rangel et al. (2017), en estudiantes universitarios latinoamericanos sobre la prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles, entre ellos el consumo nocivo de alcohol, mostró un rango de prevalencias reportadas en los artículos incluidos del 3,1% al 64,2%. Sin embargo, en 20 de los 27 estudios se presentaron prevalencias de consumo perjudicial de alcohol superiores al 20%. Los autores concluyen que la población universitaria latinoamericana presenta un estilo de vida poco saludable.

En México en un estudio realizado con 19,815 estudiantes universitarios mexicanos, la prevalencia del consumo de alcohol fue del 55%. Estos jóvenes presentaron mayor

probabilidad de consumir drogas ilegales (del Carmen Gogeochea-Trejo et al., 2021). En otro estudio el 90,6% de los jóvenes universitarios de primer ingreso refirió haber bebido alcohol alguna vez en su vida, el 8,4% indicó beber de 7 a 9 bebidas alcohólicas por ocasión de consumo (Ramírez et al., 2021). Otra investigación realizada en 260 estudiantes de enfermería se encontró que el 35% de los encuestados refirió no beber alcohol, el 59,6% presentó un consumo de bajo riesgo, el 4,6% un consumo de riesgo y el 0,4% posible dependencia (Cortaza-Ramírez et al., 2022).

Los factores de riesgo que se han asociado a un consumo perjudicial de alcohol en los jóvenes universitarios de acuerdo con lo mencionado en la literatura internacional son de tipo familiar como un alto nivel educativo materno, ingresos familiares más altos, vivir fuera del hogar de los padres; factores personales como ser del sexo masculino, iniciar el consumo de alcohol antes de los 15 años, expectativas positivas sobre el consumo de alcohol, fumar, niveles más altos de estrés, síntomas depresivos, tendencia a emplear la evitación como estrategia de afrontamiento del estrés, menor actividad religiosa, falta de conocimiento sobre los efectos del alcohol sobre la salud, creencias débiles sobre la importancia de limitación del consumo de alcohol, mal estado de salud subjetivo, menor nivel de satisfacción con la vida (Ajayi et al., 2019; Busto et al., 2021; Chow et al., 2021; Yi et al., 2017).

Desde hace décadas el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, donde se incluye el consumo excesivo de alcohol en jóvenes de etapa universitaria, ha despertado el interés y la preocupación de diversos investigadores por las implicaciones a corto y a largo plazo sobre la salud de los jóvenes (Krieger et al., 2018). Por ejemplo, en Estados Unidos de América, se han encontrado tasas más altas de consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados en población de estudiantes universitarios en comparación con jóvenes no universitarios. El consumo de alcohol en la universidad puede estar influenciado por diversos factores individuales y sociales como la vulnerabilidad genética del joven ante los efectos del alcohol,

el consumo de alcohol previo en la secundaria y preparatoria, las normas del campus sobre el consumo del alcohol, las expectativas sobre los beneficios y efectos negativos del alcohol, las actitudes de los padres sobre el consumo de alcohol en la etapa universitaria, formar parte de hermandades y la accesibilidad al alcohol (White & Hingson, 2014). Si bien esta información compete a población universitaria estadounidense, otros estudios de países con economías emergentes reportan un comportamiento similar a los patrones de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de los universitarios de América del Norte (Ajayi et al., 2019; Busto et al., 2021; del Carmen Gogeochea-Trejo et al., 2021; Ramírez et al., 2021; Yi et al., 2017).

Ahora bien, algunos patrones de consumo de alcohol pueden ser considerados de riesgo o perjudiciales comprometiendo así la salud de esta población (Rangel et al., 2017). Actualmente, no existe una definición exacta del consumo de riesgo en el plano internacional (Curry et al., 2018). No obstante, sintetizando diversas aproximaciones, el consumo de alcohol puede categorizarse como un continuo que va desde el *consumo de riesgo*, el cual incrementa las probabilidades de consecuencias negativas para el consumidor, al *consumo perjudicial*, que se caracteriza por consecuencias de tipo médico, psiquiátrico, familiares y/o sociales que aparecen en la vida de quien consume, y, finalmente, a la *dependencia del alcohol*, que es el patrón más grave del consumo con una fuerte dependencia fisiológica y serias dificultades para regular la ingesta de alcohol (Serecigni et al., 2015).

Desde la óptica de la salud pública, cada nivel o categoría de consumo requiere atención, para ello existen tres niveles de prevención: (1) prevención primaria, centrada en la protección de personas sanas contra los trastornos por uso de alcohol, este nivel de prevención puede ser universal, selectivo o indicado, donde las intervenciones evalúan el riesgo de desarrollar un consumo problemático, brindan psicoeducación y fortalecen los factores de protección; (2) prevención secundaria, la cual se enfoca en la prevención del deterioro del trastorno por uso de alcohol en personas ya diagnosticadas con esta afectación, para ello se

emplea consejería e intervenciones estructuradas en grupos de alto riesgo de padecer un trastorno por uso de alcohol y se desarrollan habilidades para hacer frente al alcohol; (3) la prevención terciaria trabaja con pacientes que ya han desarrollado un trastorno por uso de alcohol grave, estas intervenciones tienen el objetivo de desarrollar motivación para la abstinencia y la prevención de recaídas (Trova et al., 2015).

La prevención primaria universal tiene el objetivo de ofrecer intervención a todos los jóvenes sin emplear como filtro el nivel de riesgo y está orientada al desarrollo de habilidades y educación normativa. La prevención también puede ser selectiva, es decir, enfocada en brindar la intervención a poblaciones específicas que presenten un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol (Newton et al., 2018). Existe evidencia de que las intervenciones preventivas universales y selectivas realizadas en el contexto escolar pueden tener efectos duraderos, pueden reducir el consumo riesgoso de alcohol y las consecuencias relacionadas en la vida adulta (Newton et al., 2022).

Dentro de las estrategias de prevención primaria y secundaria de los riesgos ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas, se encuentran las Intervenciones Breves (IB) (Organización Mundial de la Salud, 2011), las cuales tienen el objetivo de identificar los diferentes niveles de riesgo del consumo, brindar consejo breve de acuerdo al nivel de consumo y representan un marco para la derivación oportuna a otro nivel de atención para las personas con consumos más graves. Las intervenciones breves pueden implementarse en diferentes contextos como el primer nivel de atención de salud, así como en ámbitos escolares (Martínez Martínez et al., 2008), las sesiones pueden llegar a ser de una sesión breve de 10 a 30 minutos o hasta cuatro sesiones (Ronzani et al., 2019), pueden incluir estrategias cognitivo conductuales e implementarse en formato digital (Garnett et al., 2018). Los programas preventivos entregados en línea o empleando computadoras tienen el potencial de reducir el consumo de alcohol, así como las intenciones de consumir en un futuro aunado a que el formato de entrega

es prometedor para las escuelas o la comunidad (Champion et al., 2013; Kaner et al., 2017). Por ejemplo, el ensayo clínico aleatorizado en línea para jóvenes universitarios de primer año realizado por Norman y colaboradores (2018), buscaba reducir el consumo de alcohol de los jóvenes a través de una intervención que combinaba la autoafirmación, mensajes basados en la TAP e intenciones de implementación. Los resultados mostraron que los participantes que estuvieron expuestos a los mensajes basados en la TAP presentaron significativamente menos cogniciones favorables hacia el consumo excesivo de alcohol, exceptuando al control percibido, bebieron menos unidades de alcohol, bebieron en exceso en menor frecuencia y presentaron patrones de consumo de alcohol menos dañinos durante los primeros 6 meses en la universidad.

El abuso de alcohol aumenta la mortalidad y causa diversas patologías, ante lo cual las intervenciones breves orientadas a la reducción del consumo de alcohol o la abstinencia se asocian a efectos positivos. Por ejemplo, se reducen las lesiones asociadas al alcohol, la presión arterial disminuye, mejoran los síntomas de depresión y ansiedad, la persona aumenta la confianza en sí misma, se incrementa la calidad de vida física y mental, disminuyen las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol, menor estrés psicosocial. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden beneficiarse en gran manera de la reducción del consumo de alcohol, por lo que es relevante la identificación e intervención temprana del consumo problemático de alcohol (Charlet & Heinz, 2017).

A pesar de que existen diversas estrategias de intervención para el abordaje del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en universitarios, estos servicios se encuentran infrautilizados (Codd y Cohen, 2003; Cellucci et al., 2006; Caldeira et al., 2009; Lowinger, 2012). Por lo que, la motivación principal para llevar a cabo este estudio fue analizar los factores psicosociales que intervienen en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y ofrecer una propuesta de

intervención para disminuir el consumo de alcohol y promover la búsqueda de ayuda dentro del marco de la Teoría de la Acción Planificada (Ajzen, 1991), tomando en cuenta que la búsqueda de ayuda temprana y por lo tanto una exposición temprana a los servicios de atención puede alterar la progresión del consumo y prevenir las consecuencias desfavorables del mismo (Bhochhibhoya et al., 2015; Ronzani et al., 2019). De este objetivo general se desprendieron tres objetivos específicos que comprenden los tres estudios realizados en esta tesis doctoral, a continuación, se describen cada uno de ellos.

Estudio 1. Creencias de Comportamiento, Normativas y de Control Accesibles en la Intención de Búsqueda de Ayuda de Jóvenes Universitarios con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol

Lograr identificar las creencias individualmente sobresalientes sobre la búsqueda de ayuda en jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es crucial para alterar la intención o el comportamiento de búsqueda de ayuda en futuras intervenciones (Ajzen, 2019). Por lo tanto, este estudio presentó los siguientes objetivos: (a) Identificar las creencias individualmente sobresalientes (creencias de comportamiento, normativas y de control) sobre la búsqueda de ayuda en jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. (b) Comparar las diferencias sobre la intención de búsqueda de ayuda según la presencia o ausencia de cada creencia sobresaliente. (c) Conocer las diferencias de sexo en la intención de buscar ayuda. (d) Describir la relación entre sexo y creencias conductuales, normativas y de control accesibles. Para lograr estos objetivos, el método del estudio incluyó el diseño desde un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, ex post facto (Montero & León, 2007). La muestra se integró por 114 participantes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol con una media de edad de 21.48 (DE=2,73), que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: (a) ser mayor de edad (mayor de 18 años), (b) participación

voluntaria en el estudio, (c) obtener un puntaje ≥ 8 en el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Saunders et al., 1993)

Los principales resultados de esta investigación permitieron identificar que las creencias conductuales principales sobre las ventajas de buscar ayuda mencionadas por los jóvenes fueron: dejar de beber, recibir ayuda, cuidar la salud, tomar mejores decisiones, regular las emociones, mejorar la calidad de vida y aprender a regular el consumo; en el rubro de las creencias normativas sobre qué grupos apoyarían la búsqueda de ayuda por problemas relacionados con el alcohol, los jóvenes mencionaron principalmente que sus padres, hermanos, amigos cercanos y pareja les mostrarían apoyo; las creencias de control (factores que le facilitarían o imposibilitarían buscar ayuda por problemas con el alcohol fueron el perder el control sobre el consumo (como facilitador) y el desinterés (como barrera). De todas estas creencias mencionadas, se pudo observar que los jóvenes con la creencia de aprender a regular el consumo mostraron una intención de buscar ayuda significativamente mayor que los que no presentaban esta creencia. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre sexo y las creencias aprender a regular el consumo y prejuicios de la sociedad, siendo las mujeres quienes presentaron mayormente la creencia de aprender a regular el consumo en comparación con los hombres y los hombres refirieron percibir más prejuicios de la sociedad en comparación a las mujeres. A partir de estos hallazgos se pudo concluir que es relevante acceder a las creencias sobresalientes de los jóvenes para poder elaborar estrategias de promoción de intervenciones breves más precisas, además estos resultados fueron de utilidad para la conformación del instrumento del estudio sobre la búsqueda de ayuda en jóvenes universitarios, lo que representa trabajar en una sugerencia de Ajzen (2019) para la elaboración de instrumentos basados en la TAP. El autor indica que es importante que los instrumentos principales provengan de investigaciones previas que permitan elicitar las creencias subyacentes propias de la población de estudio, lo que refiere contribuirá a la conformación de

instrumentos de medición con características psicométricas más sólidas. A partir de los hallazgos también se sugiere incrementar la psicoeducación sobre los trastornos por uso de alcohol y favorecer la normalización del empleo de los programas preventivos, contribuyendo así a la disminución de los prejuicios y estigmatización, lo que más adelante podría impactar en el aumento de la intención y de la conducta de búsqueda de ayuda. Este estudio aportó evidencia sustentada en la TAP sobre las creencias subyacentes a la intención de búsqueda de ayuda por consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, lo que ayuda a comprender esta intención y conducta poco frecuente en esta población.

Estudio 2. Desarrollo y Validación de Escala de Intención de Búsqueda de Ayuda en Estudiantes Universitarios con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol

Los constructos de la TAP ofrecen una pauta favorable para el estudio de comportamientos específicos en contextos particulares (Ajzen, 1991), por lo que representa un marco conceptual apropiado para evaluar la intención de búsqueda de ayuda. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar una escala psicométrica IBA-COPA, IH-RHAC (por sus siglas en inglés) “Intención de búsqueda de ayuda en adultos jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol” basada en la TAP que evalúa la actitud, norma subjetiva, control conductual percibido (medido a través de la autoeficacia), y la intención de búsqueda de ayuda de adultos jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Los objetivos de este estudio fueron (a) analizar la estructura, confiabilidad y validez de las escalas del instrumento y (b) identificar si la actitud, la norma subjetiva y la autoeficacia predecirán la intención de búsqueda de ayuda. La metodología el estudio fue de tipo instrumental (Ato et al., 2013). De un total de 2,011 estudiantes que respondieron los instrumentos en línea, se trabajó con una muestra por conveniencia de 263 estudiantes de dos universidades públicas del noreste de México: 135 hombres y 128 mujeres con una edad promedio de 20,89 (DE = 2,24). Los criterios de inclusión fueron: (a) tener entre 18 y 29 años, (b) ser estudiante universitario mexicano, (c) participar

voluntariamente en el estudio, (d) obtener un puntaje igual o mayor a cinco puntos en el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT, Saunders et al., 1993). Los participantes respondieron una batería de instrumentos en línea que incluía el AUDIT, IBA-COPA y una escala de barreras y recursos para el consumo de alcohol. Para los análisis se emplearon ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) para probar las hipótesis sobre confiabilidad, validez de las escalas y predicción de los constructos: actitud, norma subjetiva, autoeficacia y búsqueda de ayuda en el pasado sobre la intención. Se utilizaron las correlaciones de Pearson para obtener evidencia de validez concurrente con las subescalas del instrumento de barreras y recursos para la búsqueda de ayuda (Salazar-Garza et al., 2020). En los resultados de este estudio el modelo de medición interna mostró que la actitud, la autoeficacia y la búsqueda de ayuda previa predijeron una variación de búsqueda de ayuda del 27 %. La norma subjetiva no predijo la intención. El instrumento IBA-COPA mostró características psicométricas favorables, se logró obtener evidencia de su validez de constructo, validez convergente, discriminante y concurrente, con índice de confiabilidad adecuado. La técnica no paramétrica PLS-SEM permitió adquirir evidencias de la validez de constructo del instrumento.

Estudio 3. Intervención Breve Basada en Internet para Reducir Consumo de Alcohol en Universitarios. Ensayo Clínico Aleatorizado Exploratorio

Las intervenciones breves representan una opción factible para atender los problemas relacionados con el consumo de alcohol de la población joven universitaria. Las intervenciones basadas en internet representan una alternativa viable y de bajo costo para las instituciones educativas (Champion et al., 2013; Kaner et al., 2017) que pueden servir de estrategia de alfabetización en salud mental sobre el alcohol y promover la búsqueda de ayuda. Teniendo en cuenta que la TAP puede ser una base teórica parsimoniosa y efectiva para el diseño e implementación de intervenciones breves para disminuir el consumo del alcohol aunado a la

necesidad de realizar pruebas experimentales de la TAP sobre el comportamiento relacionado con el alcohol (Cooke et al., 2016), el objetivo general de este estudio fue desarrollar y probar la eficacia de una intervención breve basada en internet diseñada bajo los preceptos de la TAP para disminuir la intención y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios de primeros semestres de licenciatura.

Se contempló una metodología experimental con grupo experimental (GE) y grupo control en lista de espera (GC), con evaluación pre y post. La muestra final estuvo integrada por 43 participantes del grupo control y 44 del grupo experimental todos estudiantes universitarios de primer y segundo semestre. En el seguimiento se presentaron 6 abandonos del GE y 5 del GC, por lo tanto, se realizaron tres tipos de análisis de acuerdo con la disponibilidad de los datos: análisis por protocolo (GE=31 participantes, GC=38); por intención de tratar modificado (GE=38, GC=38); y un análisis por intención de tratar con la imputación múltiple de los casos perdidos.

Los principales resultados de este trabajo mostraron que existió una diferencia estadísticamente significativa en la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental respecto al grupo control en lista de espera. En el análisis por subgrupos (jóvenes con bajo riesgo y con riesgo) los jóvenes con consumo de riesgo de alcohol presentaron una disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y la disminución de los días de consumo que fue estadísticamente significativa en comparación con el grupo control en lista de espera en el análisis por intención de tratar modificado (ITm). La norma descriptiva presentó una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje post respecto del pre en los participantes del grupo experimental en comparación al grupo control en el análisis por ITm, siendo este puntaje menor en la evaluación post. A través del estudio no se observaron evidencias a favor de la intervención breve acerca de su eficacia como estrategia de alfabetización en salud mental sobre el alcohol para promover la búsqueda de ayuda, sin

embargo, si mostró eficacia para reducir la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental y disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y disminución de los días de consumo en el grupo de los jóvenes con consumo de riesgo. Además, la norma descriptiva del grupo experimental disminuyó, lo que sugiere que la estrategia del abordaje de las normas sociales pudo relacionarse con los cambios conductuales observados en la disminución del consumo del grupo experimental.

Esta tesis doctoral contribuye al análisis y comprensión de factores psicosociales antecedentes de la intención de buscar ayuda en jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Las principales aportaciones de este trabajo de tesis son un instrumento válido y confiable para evaluar la intención de búsqueda de ayuda y una intervención breve grupal basada en internet para reducir el consumo de alcohol en jóvenes universitarios, aportaciones enmarcadas bajo la TAP. Esta tesis se organiza en dos grandes secciones, la primera de ellas aborda el marco teórico a través de tres capítulos: (1) Capítulo 1. El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol; (2) Capítulo 2. Intervenciones breves; (3) Capítulo 3. Búsqueda de ayuda por problemas con el uso de alcohol. La segunda sección corresponde a los tres estudios empíricos, donde se presentan cada uno de ellos con sus respectivos objetivos, metodología, resultados y discusión, finalmente se desarrolla una discusión general de los estudios que integran la tesis, tomando en cuenta los principales hallazgos y aportaciones, las limitaciones, las líneas futuras de investigación y las conclusiones.

SECCIÓN I. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. El Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol

«Talvez amar es aprender a caminar por este mundo, aprender a quedarse quieto como el tilo y la encina de la fábula, aprender a mirar»

Octavio Paz (1987)

1.1. Introducción

Desde principios de la historia, los efectos del alcohol han sido conocidos por la humanidad, puesto que las condiciones para su elaboración han existido desde hace miles de años, donde el azúcar, agua, levaduras y temperatura adecuada se mezclan en el proceso de fermentación (Brailowsky, 2010). La palabra alcohol proviene del árabe *alcohol* que inicialmente designaba a un polvo fino que empleaban las mujeres orientales para maquillar los ojos, más adelante el término se usó para nombrar al líquido resultante de la destilación de licores espirituosos (Godoy et al., 2003). El consumo de bebidas alcohólicas (cerveza o vino) es mencionado en los registros de civilizaciones antiguas (Harutyunyan & Malfeito-Ferreira, 2022), desde hace 6000 años los egipcios tenían destilerías, los griegos consumían vino en honor al dios Baco. En el México prehispánico las bebidas alcohólicas se preparaban en base al maguey y al maíz (Brailowsky, 2010). Se cree que en el periodo 700-900 dC los teotihuacanos extraían la sabia del maguey para obtener aguamiel y producir pulque; a partir del maíz se preparaban bebidas como el tepache (Godoy et al., 2003). Los códices, relatos y narración histórica de la presencia ancestral del alcohol en México, destacan el carácter mágico religioso que se le atribuía a los líquidos espirituosos, ligados a las concepciones que los pueblos indígenas tenían sobre la vida y universo (Bernal et al., 1983).

En la época precolonial de México, en los pueblos de la triple alianza: los aztecas o mexicas, acolhuas y texcocanos el alcoholismo no representaba una problemática social alarmante, pues no disponían de elementos industriales para la fabricación de bebidas embriagantes, no existían los medios de comunicación para llevar dichas bebidas a lugares alejados de los centros productores y porque existían penas muy severas para los indígenas que llegaran a embriagarse. Por ejemplo, aquellos que intoxicados cantaban o gritaban eran trasquilados en la vía pública y su casa era derribada, pues consideraban que, si se comportaban como bestias, perdiendo la razón, debían vivir como tales privados de cualquier oficio honorable y si reincidían eran sentenciados a pena de muerte. Para los nobles la pena era más severa pues se pensaba que su nivel de moralidad exigía más de ellos, por tanto, si se emborrachaban debían morir. Solo se permitía la embriaguez en determinadas fiestas públicas y ceremonias solemnes, los ancianos mayores de sesenta años si tenían permitida la embriaguez (Mendieta, 1937).

Con la llegada de los conquistadores españoles llegó la religión, el vino, la manzana, el trigo y las técnicas para la elaboración de bebidas alcohólicas siendo transformadas las costumbres de los pueblos indígenas (Castaño, 2008). En la época colonial (1521-1821) las bebidas que se consumían eran el pulque, mezcal, aguardiente, chinguiritos de caña, cerveza, vino y bebidas importadas, el consumo fue masivo y se incrementó el alcoholismo; de la independencia (1821) al porfiriato (1877) descendió el consumo de bebidas importadas, aunque el consumo seguía siendo masivo, existieron importantes variaciones por las luchas armadas, en este periodo comenzó la producción de cerveza a gran escala; después de la revolución mexicana (1917), el consumo continuó siendo masivo, descendió el consumo de pulque y se incrementó el de cerveza; durante el siglo XX con el desarrollo de las vías de distribución y promoción del alcohol, existieron campañas publicitarias agresivas para promover su ingesta

entre la juventud mexicana aludiendo a supuestos beneficios de la sustancia (Bernal et al., 1983).

Actualmente se sabe que el consumo de alcohol no es seguro, y que sus aparentes beneficios a corto plazo son confrontados a la luz de las serias consecuencias que acarrea su empleo, por ejemplo, un informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas de México (Secretaría de Salud, 2021), que informó acerca de los cambios en el uso de sustancias psicoactivas durante la pandemia por Covid-19, en una muestra de 17,267 personas mayores de 18 años, mostró que el alcohol fue la sustancia de mayor consumo (32,5%) en hombres y mujeres, además el alcohol fue la sustancia más asociada a emergencias médicas y fallecimientos, por lo que se resaltó la necesidad de promover políticas públicas para afrontar esta problemática y promover medidas preventivas para que aquellas personas que no consumen no inicien el consumo, las personas que ya consumen no transiten hacia la dependencia y quienes tengan un consumo perjudicial reduzcan los riesgos asociados.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que tiene propiedades que pueden causar dependencia, su uso perjudicial conlleva a una carga de morbilidad, consecuencias sociales y económicas negativas ya que el consumo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, interviene en la incidencia y desenlace de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/Sida, trastornos mentales, cirrosis hepática, cáncer, enfermedades cardiovasculares, traumatismos intencionales o no intencionales por accidentes de tránsito y violencia. En los grupos de edad más jóvenes suelen ocurrir las lesiones mortales relacionadas con el alcohol, por ejemplo, entre las personas de 20 a 39 años, el 13,5% de muertes se atribuyen al alcohol (WHO, 2022).

Dentro de la franja etaria de jóvenes, los estudiantes universitarios representan un grupo donde el empleo de alcohol es un problema de salud pública pues los niveles de consumo llegan a ser más altos que los de otros grupos de la misma edad no estudiantes (White & Hingson,

2013), desde hace años el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, donde se incluye el consumo excesivo de alcohol en universitarios, ha despertado el interés y la preocupación de diversos investigadores por su influencia en la salud de los estudiantes (Krieger et al., 2018). Para desarrollar una visión integral del consumo de alcohol en esta población, a través de este capítulo se abordarán diversos subtemas como la definición del consumo de riesgo y perjudicial, un panorama internacional y del contexto mexicano del consumo de alcohol en universitarios y una descripción de las principales consecuencias del consumo de alcohol en las esferas biológica y psicosocial de los jóvenes.

1.2. Definición del Consumo de Riesgo y Perjudicial del Alcohol

A nivel internacional, en la actualidad no existe un consenso exacto sobre la definición del consumo de riesgo de alcohol (Curry et al., 2018). El consumo de alcohol puede clasificarse en diferentes categorías, por ejemplo, el consumo de riesgo es un consumo que incrementa las probabilidades de consecuencias desfavorables para el individuo de tipo médico, psiquiátrico, familiares y/o sociales, pero éstas aún no se han producido; cuando estas consecuencias adversas aparecen el consumo se considera perjudicial; a la existencia de estas consecuencias más el consumo de alcohol como una conducta adictiva, es decir, cuándo la persona no puede parar ni controlar su consumo, se le denomina dependencia del alcohol o alcoholismo (Serecigni et al., 2015).

Para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) de la *American Psychiatric Association* (APA, 2014) el trastorno por consumo de alcohol tiene una conceptualización dimensional, donde el diagnóstico se establece en función de la severidad del cuadro, de esta manera una persona puede tener un trastorno leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (seis o más síntomas) del total de 11 síntomas

propuestos. Para la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el concepto de salud pública sirve de referencia para la clasificación de los trastornos por uso de sustancias, para la salud pública es importante la prevención de enfermedades, la prolongación de la vida y la promoción de la salud a través de los esfuerzos de diferentes agentes sociales como organizaciones, comunidades privadas, públicas y las personas, desde esta perspectiva se concibe al consumo y a los trastornos por consumo de sustancias como un espectro de comportamientos y daños a la salud que ameritan distintos enfoques, servicios y recursos para impactar en los objetivos de la salud pública, se requiere que la clasificación incluya fases y patrones de consumo, dónde las categorías diagnósticas formen parte de un continuo que muestre las etapas y gravedad del trastorno, siendo de esta forma una herramienta útil para la práctica clínica (Bascaran et al., 2019).

En el CIE-11 los trastornos por consumo de sustancias y comportamientos adictivos, donde se incluye el alcohol, quedan agrupados en las siguientes categorías: (1) Episodio único de consumo nocivo de sustancias, (2) patrón de consumo nocivo de sustancias y (3) dependencia de sustancias. Estos diagnósticos primarios son mutuamente excluyentes. El patrón de consumo nocivo puede especificarse como continuo o episódico y se define como un uso del alcohol que ha generado daño importante en la salud física o mental de una persona o un daño importante hacia otras personas causado por el comportamiento inducido por el uso de la sustancia. La inclusión de la categoría de uso nocivo (como patrón o consumo episódico) favorece la detección de personas que pueden ser candidatas a recibir intervenciones breves contribuyendo con ello a la prevención oportuna (Bascaran et al., 2019).

Tabla 1*Uso nocivo de alcohol: términos y definiciones*

Término	Fuente	Definición
Uso de bajo riesgo	ASAM	Consumo de alcohol debajo de la cantidad identificada como peligrosa y en situaciones no peligrosas.
Uso riesgoso	NIAAA	Consumo de alcohol por encima de las cantidades diarias, semanales o por ocasión recomendadas, pero sin cumplir los criterios para el trastorno por consumo de alcohol.
Uso insalubre	ASAM	Cualquier consumo de alcohol que aumente el riesgo de consecuencias para la salud (uso peligroso) o que ya haya tenido consecuencias para la salud (uso nocivo).
Uso peligroso	OMS	Patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias perjudiciales, patrones de uso que son importantes para la salud pública, a pesar de la ausencia de un trastorno por consumo de alcohol en el usuario.
	ASAM	Consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias para la salud; no incluye el consumo que ya ha tenido consecuencias para la salud.
Uso nocivo	OMS	Un patrón de consumo que ya está causando daños a la salud a nivel físico (p.e. daño hepático por consumo crónico de alcohol) o mental (p.e. episodios depresivos secundarios al consumo de alcohol).
	ASAM	Consumo de alcohol que genera consecuencias para la salud, sin presencia de adicción.
Episodios de consumo excesivo de alcohol	NIAAA	Patrón de consumo de alcohol que provoca elevación de los niveles de concentración de alcohol en la sangre a 0,08g/dl, lo que ocurre después de la ingesta de 4 copas estándar en las mujeres y 5 copas estándar en los hombres en un periodo de 2 horas aproximadamente.
	SAMHSA	Beber >5 bebidas estándar en la misma ocasión en al menos 1 día en el último mes.
Consumo excesivo de alcohol	SAMHSA	Beber >5 bebidas estándar en la misma ocasión en cada uno de >5 días en los últimos 30 días.

Término	Fuente	Definición
Trastorno por consumo de alcohol	DSM-V	Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conduce a un deterioro clínicamente significativo, cumpliendo dos de los 11 síntomas detallados en el manual.
Dependencia del alcohol	OMS/CIE-11	Trastorno de la regulación del consumo de alcohol por su ingesta repetida, se caracteriza por un impulso fuerte para consumir alcohol, incapacidad de controlar el consumo, se le prioriza sobre otras actividades y se persiste en el consumo a pesar de las consecuencias negativas y daños.

Nota: Adaptación de Curry et al. (2018). ASAM: Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción; NIAAA: Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo; OMS: Organización Mundial de la Salud; SAMHSA: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias; DSM-V: Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales, quinta edición; CIE-11: Clasificación Internacional de enfermedades, onceava revisión.

Como puede observarse en la Tabla 1, el consumo de alcohol puede categorizarse en un continuo que va del bajo riesgo hasta la dependencia del alcohol. Diversas instituciones han elaborado definiciones para las distintas categorías del consumo, al referirse al consumo de riesgo o peligroso de alcohol, las definiciones propuestas hacen hincapié al incremento del riesgo de consecuencias negativas para la salud, así como el uso nocivo o perjudicial se define por las consecuencias a nivel físico y/o mental que han empezado a ocurrir, pero dónde dicho consumo no llega al grado de dependencia. Estos tipos de consumo tienen fuertes implicaciones en el contexto de la salud pública, puesto que una franja más amplia de la población los mantiene exponiéndose así a consecuencias negativas derivadas de los mismos (Anderson et al., 2008).

En el marco de la salud pública lograr una identificación de las poblaciones que mantienen consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol resulta relevante con miras a que puedan beneficiarse de intervenciones tempranas que disminuyan los riesgos de

consecuencias negativas en la salud individual y de sus allegados. En este sentido las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) contribuyen al objetivo de reconocer tempranamente el impacto negativo del consumo de alcohol sobre la salud y a promover intervenciones oportunas (Bascaran et al., 2019).

1.3. Panorama Internacional del Uso de Alcohol en Universitarios

El consumo de alcohol en universitarios es considerado un problema de salud pública (Davoren et al., 2016; Krieger et al., 2018; Yi et al., 2017). De acuerdo con una revisión realizada en universitarios ingleses e irlandeses, donde se investigaron sus patrones de consumo de alcohol desde 2002 a 2014, la proporción de estudiantes que reportó un consumo peligroso de alcohol osciló entre el 62% en 2003 al 84% en 2014 empleando el AUDIT, la proporción de estudiantes con problemas con el alcohol osciló entre el 22% y el 76% evaluados con el Cuestionario de detección de los trastornos por consumo de alcohol (CAGE). Asimismo, los autores reportaron que disminuyó la brecha de consumo entre hombres y mujeres en el periodo evaluado (Davoren et al., 2016).

En Italia, Messina et al. (2021), en su estudio realizado en 1928 estudiantes de 17 universidades, encontraron que el 53,3% de los jóvenes eran bebedores de alto riesgo de acuerdo con el Cuestionario de identificación de trastornos por consumo de alcohol conciso (AUDIT-C), el 13,1% de los participantes indicó tener un comportamiento de consumo excesivo de alcohol al menos una vez al mes y los varones presentaron mayor probabilidad de beber en bajo riesgo que sus compañeras ($p \leq 0,008$). En una muestra de 1830 estudiantes universitarios de primer año de Brasil, Chile y España, se encontró que el 25% de los participantes clasificaron para un riesgo intermedio de problemas relacionados con el alcohol,

el 9,9% clasificó en un riesgo alto, el riesgo de problemas relacionados con el alcohol se asoció a una peor calidad subjetiva del sueño (Sirtoli et al., 2022).

Ajayi et al. (2019) examinaron el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes adultos de dos universidades de Nigeria, sus resultados evidenciaron que el 43,6% había consumido alcohol alguna vez, y uno de cada tres de los participantes había consumido alcohol en el último mes; los alumnos de 20 años o más tuvieron una mayor prevalencia de consumo actual de alcohol; el consumo de alcohol alguna vez y en el último mes se asoció significativamente con el sexo masculino, asistencia poco frecuente a rituales religiosos y la pertenencia a una familia rica o de clase media; vivir en el mismo hogar con el padre se asoció con menores probabilidades de consumo actual y alguna vez de alcohol. En una revisión sistemática y metanálisis realizado en Etiopía sobre la prevalencia del consumo de alcohol y sus factores asociados en estudiantes, se encontró una prevalencia estimada mensual de consumo de alcohol del 26,19% en estudiantes universitarios y de preparatoria, es decir, uno de cada cuatro estudiantes experimentó el consumo de alcohol durante el último mes, dentro de los factores asociados al consumo de alcohol entre los estudiantes se encontró el ser hombre, vivir solo y la presión de los pares (Amare & Getinet, 2020).

En Australia, en un estudio realizado con una muestra de 486 estudiantes universitarios con edades comprendidas de 18 a 50 años, se encontró que el 82% de los encuestados consumía alcohol y de ellos el 50% consumía más de dos bebidas estándar cualquier día; los estudiantes de 18 a 20 años presentaron mayor probabilidad de consumir más de dos estándar cualquier día y más probabilidades de sufrir un desmayo que las personas de 31 a 50 años, por lo que los autores concluyen que las intervenciones deben dirigirse a la población universitaria más joven (Tanudjaja et al., 2021).

En Europa, una investigación tuvo el objetivo de comparar los patrones de consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol por medio de una encuesta realizada a 2191

estudiantes universitarios de Dinamarca, Inglaterra, Alemania, Italia, Portugal y Suiza, donde se empleó el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT). Los resultados arrojaron que la mayoría de los estudiantes tuvo un consumo de bajo riesgo (63%), el 30% se categorizó como bebedor peligroso, 4% bebedores nocivos y 3% con posible dependencia. Los estudiantes de los países del norte de Europa presentaron puntajes significativamente más altos que los de los países del centro y sur de Europa (Cooke et al., 2019). En otro trabajo realizado en España con 5260 estudiantes en 2005, 2012 y 2016, se observó un aumento en las tasas de prevalencia de consumo episódico excesivo y consumo de riesgo entre las mujeres durante los tres periodos del estudio no siendo así en el consumo de los hombres; una mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol se asoció a un alto nivel educativo materno, vivir fuera del hogar de los padres, iniciar el consumo de alcohol antes de los 15 años y las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol (Busto et al., 2021).

En Hong Kong, se llevó a cabo una investigación con una muestra de 345 estudiantes universitarios que completaron el AUDIT, el cuestionario CAGE, el cuestionario de salud del paciente-9 para medir síntomas depresivos y el Inventario de orientación de afrontamiento a los problemas experimentados para evaluar afrontamiento del estrés: el estudio reveló que el 43,2% de los participantes fueron categorizados como bebedores de riesgo moderado a alto, pero solo el 23,2% se consideraron como bebedores de nivel moderado a alto, el 57,9% presentó síntomas depresivos de leves a severos. Los bebedores de alto riesgo tuvieron mayor probabilidad de ser estudiantes de mayor edad, fumadores, con ingresos familiares más altos y niveles más altos de estrés. Los estudiantes con síntomas depresivos y mayor riesgo de consumo de alcohol tendieron a emplear la evitación como estrategia de afrontamiento del estrés. El 89,5% de los participantes pensó que el consumo de alcohol era perjudicial para la salud, pero exhibieron niveles moderados de conocimiento sobre los efectos del consumo de alcohol en la salud (Chow et al., 2021).

En China, un país que alberga la segunda población más grande del mundo, se llevó a cabo un metanálisis que abordó las tasas de prevalencia, diferencia de sexo y edad en el consumo de alcohol de adolescentes chinos durante las últimas tres décadas, además buscaban conocer si posterior a una política nacional estricta sobre el consumo de alcohol en menores de edad promulgada en 2006, los niveles de consumo de alcohol habían disminuido en ese grupo etario. Los resultados mostraron que los hombres tuvieron una mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, último año y en la vida y edad del primer consumo antes de los 13 años. No existió una disminución significativa de ningún comportamiento de consumo de alcohol después del 2006, lo que indica que las tasas de prevalencia de los comportamientos de consumo de alcohol continúan siendo altas entre los adolescentes de este país, sin embargo, los autores refieren ser más bajas en comparación con adolescentes de Europa o Norteamérica (Zheng et al., 2023).

En Estados Unidos de América, en un trabajo de investigación realizado en 1008 jóvenes adultos de 18 a 35 años, que fueron reclutados a través de las redes sociales para una encuesta en línea, el 30% de los participantes reportaron niveles nocivos de consumo de alcohol y el 44% informó que bebía en exceso al menos una vez al mes durante el comienzo de la pandemia por SARS COV2 (COVID19) (Horigian et al., 2021). Por otro lado el Monitoring the Future, una encuesta nacional estadounidense sobre el uso de drogas y alcohol en adolescentes y jóvenes universitarios, financiada por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, realizada por investigadores del Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan, encuesta que se ha realizado continuamente desde 1975, reportó una disminución significativa del consumo de alcohol en los últimos 30 días, estar en ebriedad y en el consumo excesivo de alcohol durante las últimas dos semanas, donde cayeron 3,5, 5,0 y 3,8 puntos porcentuales al 65%, 31% y 28%, respectivamente entre 2019 y 2020; sin embargo, mencionan

que esta disminución pudo deberse al impacto de la pandemia en la socialización de los jóvenes (Schulenberg et al., 2021).

Otra conducta de riesgo relacionada con el consumo de alcohol son los juegos de beber, esta conducta se refiere a una actividad social donde se incentiva la intoxicación por lo que está asociada a consecuencias negativa derivadas del consumo de alcohol, este comportamiento de riesgo es frecuente entre los jóvenes universitarios entrantes puesto que se encuentran explorando su reciente autonomía, según la revisión narrativa realizada por Zamboanga et al., (2016). En otra revisión metanalítica sobre los juegos de beber en estudiantes universitarios donde se incluyeron 48 estudios, se mencionó que esta práctica de riesgo de consumo de alcohol representa un problema de salud pública por su relación con el consumo excesivo del alcohol, los resultados del estudio encontraron que participar en los juegos de beber se asoció a una mayor frecuencia de consumo de alcohol, mayor consumo de alcohol, además tanto hombres como mujeres corrieron el riesgo de experimentar consecuencias negativas relacionadas con el alcohol (Zamboanga et al., 2021).

El proyecto internacional de estudiantes universitarios de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS tiene el objetivo de estimar la prevalencia y los correlatos sociodemográficos básicos de los trastornos mentales comunes en estudiantes de primer año, para ello aplicaron encuestas a 13,984 jóvenes de 19 universidades de 8 países (Australia, Bélgica, Alemania, México, Irlanda del Norte, Sudáfrica, España y Estados Unidos), respecto al trastorno por consumo de alcohol los resultados arrojaron un 6,8% de prevalencia de por vida y 6,3% de prevalencia de 12 meses en los estudiantes (Auerbach et al., 2018).

La revisión sistemática realizada por Rangel et al. (2017), en estudiantes universitarios latinoamericanos sobre la prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles, entre ellos el consumo nocivo de alcohol, mostró

un rango de prevalencias reportadas en los artículos incluidos del 3,1% al 64,2%. Sin embargo, en 20 de los 27 estudios se presentan prevalencias de consumo perjudicial de alcohol superiores al 20%. Los autores concluyen que la población universitaria latinoamericana presenta un estilo de vida poco saludable.

1.4. Uso de Alcohol en Universitarios en México

En el plano nacional en un estudio llevado a cabo en el estado de Tabasco, México, en una muestra de 367 estudiantes de una universidad pública, se encontró que el índice general de la percepción de políticas públicas se relacionó de manera negativa y significativamente con el consumo de bajo riesgo, perjudicial y dependiente del alcohol ($r_s = -0,34$, $p < 0,001$), además la percepción de las políticas públicas de reducción de daños y la percepción general de políticas públicas mostraron ser predictores del consumo de alcohol de los universitarios, por lo que los autores concluyen que estas políticas requieren ser claras y difundirse entre la población de estudiantes para que pueda favorecerse su cumplimiento (González et al., 2023).

Méndez et al., (2023) llevaron a cabo una investigación en 238 estudiantes de inscritos en la Licenciatura de Enfermería de la ciudad de Veracruz, en el estado de Veracruz, México, durante el periodo de agosto 2021 a enero 2022, el estudio tenía el objetivo de determinar el consumo de alcohol de los jóvenes durante la pandemia por COVID-19. Los resultados arrojaron que la mayor parte de la muestra se integró por mujeres (74,4%), la mayoría de los estudiantes no presentaron COVID-19 (72,8%). El 70,9% de los jóvenes presentó consumo ocasional de alcohol, el 17,5% de los participantes se reportaron como abstinentes, 11% presentó un patrón de consumo de riesgo, 0,3% un consumo perjudicial y 0,3% una posible dependencia al alcohol de acuerdo con el AUDIT. Según los resultados las mujeres consumieron alcohol con mayor frecuencia que los hombres, aunque estos últimos bebieron en mayor volumen lo que podría comprometer su salud (Méndez et al., 2023).

Una investigación realizada al sureste de México en una muestra probabilística estratificada de 601 estudiantes universitarios, tuvo el objetivo examinar la percepción de riesgo y el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad pública, para ello se emplearon diversos instrumentos como una cédula de datos personales y prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, la prueba AUDIT y un cuestionario de percepción de riesgo de consumo de drogas lícitas. Los resultados arrojaron que el 65,1% de los participantes pertenecieron al sexo femenino, la media de edad fue de 19,5 años (DE=1,9), el 42,2% de los participantes cursaba el primer o segundo semestre de la universidad, el 73,5% reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida y 51,6% de los estudiantes reportaron haberlo consumido en el último año, 28% el último mes y 11,6% la última semana, el promedio de edad de inicio en el consumo de alcohol fue los 16,6 años (DE=2,0). La mayoría de los estudiantes presentó una alta percepción de riesgo de consumir alcohol y tabaco con una media de 69,4 (DE=11,6) como índice global. Se presentó una relación positiva significativa entre la percepción de riesgo y la edad ($r_s=0,10$, $p<.05$), es decir a mayor edad mayor la percepción de riesgo del consumo, también se identificó una relación negativa significativa de la percepción de riesgo con la cantidad de bebidas consumidas ($r_s=0,18$, $p<.01$) y consumo de alcohol ($r_s=0,20$, $p<.01$) lo que sugiere que a mayor percepción de riesgo de la cantidad de bebidas alcohólicas el nivel de consumo de alcohol se puede reducir (Rodríguez et al., 2022).

Otro estudio realizado en la frontera de México, específicamente en la ciudad de Matamoros, Tamaulipas, en una muestra por conveniencia de 365 estudiantes de una universidad pública, tuvo el objetivo de identificar la relación entre la inteligencia emocional y la prevalencia del consumo de alcohol, los resultados reportados por los autores mostraron que la muestra estuvo integrada principalmente por mujeres (76,7%), el rango de edad fue de 18 a 24 años, de 77% fue la prevalencia de consumo de alcohol en la vida, el 56,4% reportó que la edad de inicio en el consumo se ubicó entre los 15 y los 18 años de edad. En las mujeres,

se presentó una correlación negativa estadísticamente significativa entre la edad de consumo de alcohol por primera vez y las dimensiones de inteligencia emocional de atención a sentimientos claridad emocional y reparación emocional, lo que podría dejar entrever los efectos negativos del inicio temprano del consumo de alcohol en aspectos importantes para la regulación emocional en las mujeres (Murillo et al., 2022).

En un trabajo de investigación realizado en 19,815 estudiantes universitarios mexicanos, la prevalencia del consumo de alcohol fue del 55%, estos jóvenes presentaron una mayor probabilidad de consumir drogas ilegales (del Carmen Gogeochea-Trejo et al., 2021). Otro estudio nacional reportó que el 90,6% de los jóvenes universitarios de primer ingreso refirió haber bebido alcohol alguna vez en su vida, el 8,4% indicó beber de 7 a 9 bebidas alcohólicas por ocasión de consumo (Ramírez et al., 2021). Otra investigación realizada en 260 estudiantes de enfermería donde se aplicó el AUDIT se encontró que el 35% de los encuestados refirió no beber alcohol, el 59,6% presentó un consumo de bajo riesgo, el 4,6% un consumo riesgoso y el 0,4% posible dependencia (Cortaza-Ramírez et al., 2022).

El informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas de México (Secretaría de Salud, 2021) entre otros resultados, brindó información relevante acerca de los cambios en el uso de sustancias psicoactivas durante la pandemia mundial. La población objetivo fueron hombres y mujeres mayores de 18 años y la muestra se conformó por 17,267 personas a quienes se les preguntó sobre sus estados emocionales, relaciones de convivencia en casa, los patrones de consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses, razones del aumento del consumo y dificultad para obtener las sustancias. Los resultados mostraron que el alcohol fue la sustancia de mayor consumo (32,5%) en hombres y mujeres. Asimismo, en el informe se menciona que el alcohol continúa siendo la sustancia más asociada a emergencias médicas y fallecimientos, haciendo hincapié en la importancia de las políticas públicas para afrontar esta problemática, además de resaltar la prevención para que

aquellas personas que no consumen no inicien el consumo, las personas que ya consumen no transiten hacia la dependencia y que quienes tengan un consumo nocivo reduzcan los riesgos asociados al uso.

1.5. Consecuencias del Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol en Universitarios

La adultez temprana continúa siendo una etapa de maduración, por lo que el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol puede afectar el desarrollo neuronal y cognitivo durante ese periodo (Cservenka & Brumback, 2017; de Goede et al., 2021). A continuación, se revisarán los principales efectos del consumo de alcohol en los jóvenes adultos; primero se describen las consecuencias a nivel biológico del consumo agudo del alcohol, y después se continúa con los efectos del consumo excesivo de alcohol en el área biológica, psicológica y social de los jóvenes; se hace una descripción de las consecuencias de este tipo de consumo por ser un patrón de consumo riesgoso y perjudicial bastante frecuente entre la población universitaria (Messina et al., 2021; Monteiro et al., 2020).

1.5.1. Consecuencias Agudas del Consumo de Alcohol a Nivel Biológico

El nivel de consumo de alcohol impacta en el grado de depresión del sistema nervioso (SNC) y en la conducta, los efectos sobre el SNC dependerán de varios factores como el uso de alcohol previo del sujeto, la frecuencia del uso, la cantidad de comida en el cuerpo e incluso la situación en la que se bebe (Brailowsky, 2010). Al consumir alcohol éste pasa del estómago y los intestinos al torrente sanguíneo, de ahí se distribuye de manera uniforme en los tejidos y fluidos del cuerpo. Cuando se bebe con el estómago vacío la tasa de absorción aumenta y por tanto también se incrementa el nivel de alcohol en la sangre. Después de la ingestión en un lapso de segundos el cuerpo comienza a metabolizar el alcohol a un ritmo constante, en el hígado el alcohol se descompone por la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) la cual transforma el etanol en acetaldehído, un compuesto tóxico cancerígeno. El acetaldehído se descompone en acetato por el aldehído deshidrogenasa (ALDH), después el acetato se

descompone en distintos tejidos del hígado, en dióxido de carbono y agua para eliminarse, otras enzimas (CYP2E1 y catalasa) también participan en la descomposición del alcohol en acetaldehído. La tasa del metabolismo es constante en todas las personas, sin embargo, presenta variabilidad entre los sujetos dependiendo de diversos factores como el tamaño del hígado, la masa corporal y la genética (NIAAA, 2023b).

La concentración de alcohol en la sangre (BAC) está determinada por la cantidad y la rapidez con la que se bebe y las tasas de absorción, distribución y metabolismo del alcohol en el cuerpo, el consumo excesivo de alcohol es alcanzar un BAC de 0,08 gramos de alcohol por decilitro o más, el adulto común alcanza este BAC al ingerir 4 o más copas en el caso de las mujeres y 5 o más copas en el caso de los hombres en un lapso de 2 horas (NIAAA, 2023b). La ingesta de alcohol incluso en sujetos que no están habituados al mismo genera consecuencias que pueden ser graves, ver Tabla 2.

Tabla 2

Concentración de alcohol en sangre: efectos físicos y psicológicos

N. de tragos	Alcohol en sangre %	Efectos físicos y psicológicos
1	0,02-0,03	Sin efectos evidentes. El estado de ánimo se eleva ligeramente.
2	0,05-0,06	Sensación de calor, relajación, el tiempo de reacción y coordinación fina disminuye.
3	0,08-0,09	Se altera ligeramente el equilibrio, el habla, visión y oído, pérdida de coordinación motora fina, sensación de euforia.
	0,1	En E.U.A. intoxicación legal en algunos estados.
4	0,11-0,12	Se dificultan la coordinación y el equilibrio, las facultades mentales y el juicio se alteran.
5	0,14-0,15	Dificultad en la visión y el habla, mayor alteración del control físico y mental.
7	0,2	Se pierde el control motor y existe confusión mental.
10	0,3	Mínimo control consciente, intoxicación severa.
14	0,4	Inconsciencia; umbral del estado de coma
17	0,5	Coma profundo

Nota: Basada en Brailowsky (2010). Efectos en sujetos no habituados al alcohol, en intervalos de 60 minutos entre cada bebida. Un "trago" es igual a una cerveza o una copa de vino.

1.5.2. Efectos del Consumo Excesivo de Alcohol en el Cerebro

El alcohol es una sustancia que refuerza doblemente el cerebro: por un lado, activa el sistema de recompensas que influye en el placer y por otro, disminuye la actividad de los sistemas del cerebro que median los estados emocionales displacenteros como el estrés, ansiedad y dolor emocional. El uso excesivo de alcohol puede generar adicción ya que está asociado a una función de recompensa reducida y a una activación mayor de los sistemas de estrés cerebral. En el proceso de llegar a una adicción ocurre un cambio en la motivación para beber, de un refuerzo positivo (antes se bebía para sentir placer) a un refuerzo negativo, donde la persona bebe para no sentir el malestar de la abstinencia aguda y prolongada.

Los cambios cerebrales pueden explicarse en un ciclo de tres etapas: atracones/intoxicación, abstinencia/afecto negativo y preocupación/anticipación (NIAAA, 2022). Los atracones de alcohol (consumo excesivo de alcohol), son un patrón de consumo habitual entre los estudiantes universitarios (Messina et al., 2021; Monteiro et al., 2020), la importancia de conocer los efectos que tienen en el cerebro son importantes en miras de su intervención oportuna puesto que algunos autores sostienen que el consumo excesivo y el trastorno por uso de alcohol son parte de un continuo (Almeida-Antunes et al., 2021). A continuación, se describen las implicaciones del consumo excesivo de alcohol en el cerebro de los jóvenes.

1.5.2.1. A Nivel Estructural.

En una revisión de literatura sobre los efectos del consumo excesivo sobre el cerebro en desarrollo se encontró que los atracones de bebida en la adolescencia provocaron una

disminución del volumen de la materia gris y del espesor de la materia gris cortical, disminución en el volumen de la materia blanca, niveles similares o más bajos de activación cerebral en las regiones relevantes para la tarea al inicio del estudio, seguido de un aumento exacerbado en la activación después del consumo excesivo de alcohol, asimismo mostraron niveles más bajos de respuesta cerebral con el tiempo durante la toma de decisiones arriesgadas y la respuesta de recompensa, lo que puede revelar porque los adolescentes que beben en exceso muestran mayor comportamiento riesgoso, la comprensión de estas características neurobiológicas alteradas es importante puesto que los cambios en la estructura y función del cerebro se relacionan con los cambios en la cognición de los jóvenes (Jones et al., 2018).

Otro estudio tuvo como objetivo examinar de manera transversal y longitudinal, el efecto del patrón de consumo excesivo de alcohol en el cerebro de adultos emergentes, comparando un grupo de bebedores compulsivos con un grupo control, utilizando el cambio porcentual simétrico (SCP) en las medidas estructurales de espesor, área de superficie y volumen, utilizando la resonancia magnética en dos momentos, en un intervalo de dos años, al inicio (a la edad de 18-19 años de los jóvenes) y en el segundo momento a los 20-21 años. Los resultados mostraron que el consumo excesivo continuo en jóvenes puede generar anomalías estructurales a la materia gris en regiones asociadas al procesamiento de recompensas, la regulación emocional y las funciones ejecutivas (Pérez-García et al., 2022).

En la revisión realizada por Cservenka y Brumback (2017) se encontró que los adolescentes y jóvenes con un patrón de consumo excesivo de alcohol, presentaron un volumen más bajo y delgado en la corteza prefrontal y las regiones del cerebelo, un desarrollo atenuado de sustancia blanca, actividad cerebral elevada en las regiones fronto-parietales durante la memoria de trabajo, aprendizaje verbal y tareas de control inhibitorio, también mostraron una mayor respuesta neuronal en regiones mesocorticolímbicas, el cuerpo estriado, corteza cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala.

En una metanálisis sobre el consumo problemático de alcohol y volumen hipocampal, donde se analizaron 23 estudios, se encontró que el consumo problemático de alcohol se asoció con reducciones significativas y moderadas en el volumen del hipocampo, lo que muestra un efecto neurotóxico de la exposición al alcohol en el cerebro y que puede explicar las deficiencias en el funcionamiento neurocognitivo y emocional que se observa en individuos con consumo problemático de alcohol (Wilson et al., 2017). Otro estudio longitudinal empleó imágenes por resonancia magnética (MRI), para determinar las relaciones dependientes de la dosis de alcohol con el cambio de volumen del hipocampo en estudiantes universitarios en un lapso de dos años, sus resultados arrojaron que el consumo excesivo en universitarios se asoció con una disminución acelerada del volumen hipocampal/parahipocampal, estos patrones de consumo riesgoso también presentaron asociación con más episodios de pérdida de memoria inducida por el alcohol y a un peor funcionamiento de la memoria, mediado probablemente por la pérdida de volumen cerebral del hipocampo, lo que podría influir potencialmente en el éxito universitario y la calidad de vida hasta la edad adulta, por lo que sugieren que la moderación del consumo de alcohol mientras se curse la universidad es un factor clave del éxito de los estudiantes (Meda et al., 2018).

En una revisión se incluyeron estudios recientes que usaron imágenes de tensor de difusión (DTI) para estimar de manera no invasiva la materia blanca, en personas con diversas sustancias de abuso. La imagen de tensor de difusión (DTI) es una técnica de imagen por resonancia magnética, los datos del DTI se utilizan para inferir información sobre la macroestructura, microestructura y la conectividad de la materia blanca, la anisotropía fraccional (AF) es la medida comúnmente reportada de la microestructura de la materia blanca, en esta revisión los adolescentes como los adultos con consumo excesivo o abuso de alcohol presentaron niveles más bajos de AF que los controles, los usuarios de alcohol mostraron una

AF más baja en el cuerpo calloso (Hampton et al., 2019) lo que sugiere la posible interrupción de la mielinización y la integridad axonal (Nutt et al., 2021).

La amígdala está encargada de formar asociaciones entre eventos ambientales discretos y estímulos aversivos, está implicada en la expresión del miedo por las estructuras del tronco encefálico que manejan las respuestas conductuales, autonómicas y endócrinas a la amenaza, déficits conductuales de los bebedores compulsivos pueden deberse a alteraciones en la amígdala, los episodios repetidos de abstinencia presentes en el consumo excesivo de alcohol, deterioran la función prefrontal, por lo que ésta pierde la capacidad de inhibir los comportamientos mediados por sistemas subcorticales como la amígdala, lo que contribuye a la pérdida de control sobre el consumo y a largo plazo generar efectos en el comportamiento emocional (Stephens & Duka, 2008).

El control inhibitorio está asociado a una mayor sensibilidad a la recompensa del alcohol en modelos animales y humanos, el circuito de inhibición de la respuesta incluye las regiones frontales derechas, el área motora suplementaria, la circunvolución frontal inferior, la ínsula, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal dorsolateral, estas regiones forman una red inhibitoria al lado de los ganglios basales e incluye al cuerpo estriado dorsal, ello favorece la inhibición cortical de “arriba a abajo” de las respuestas motoras subcorticales. El control inhibitorio y la sensibilidad de la recompensa al fármaco están vinculados a la actividad dentro del circuito fronto-estriatal. En un estudio que examinó las asociaciones entre los correlatos neuronales del control inhibitorio y las sensaciones de estimulación en comparación a la sedación después del consumo de alcohol en una muestra de jóvenes bebedores moderados, se encontró que una menor actividad frontal derecha durante la inhibición se asoció con una mayor estimulación inducida por el alcohol (Weafer et al., 2021).

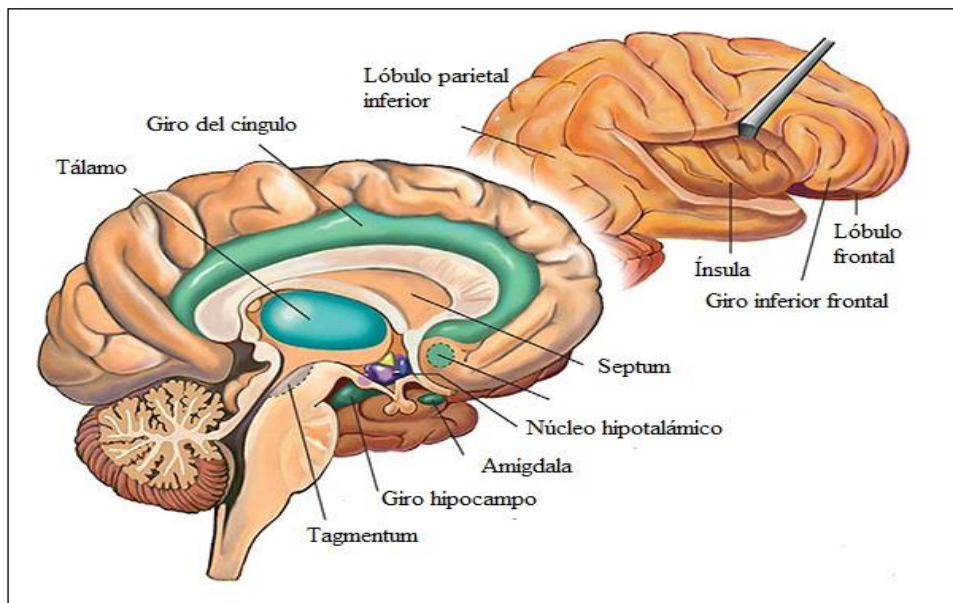
Siguiendo los resultados del estudio de Weafer et al. (2021) la relación entre el área motora suplementaria derecha y los informes subjetivos de estimulación podrían ser resultado

de la conectividad fronto estriatal entre el área motora suplementaria y el cuerpo estriado, esta conectividad está implicada en la inhibición de la respuesta, por lo tanto, es posible que las personas que tengan una menor regulación de arriba hacia abajo de las respuestas motoras del cuerpo estriado por parte del área motora suplementaria durante la inhibición también tengan menor regulación del cuerpo estriado a la recompensa, lo que incluiría los efectos positivos similares a los estimulantes del alcohol.

La ínsula juega un papel importante en la adicción, puesto que responde a estímulos significativos desde el punto de vista motivacional, Weafer et al. (2021) encontraron una relación entre la actividad de la ínsula durante la inhibición y la estimulación proveniente del alcohol, de esta manera la actividad de la ínsula está vinculada a las respuestas subjetivas positivas al alcohol y otras drogas, sugiriendo que las respuestas de la ínsula anterior dorsal a las señales inhibitorias externas podrían estar relacionadas de manera inversa con las respuestas de la ínsula anterior ventral a las drogas interoceptivas. Ver figura 1.

Figura 1

Regiones cerebrales implicadas en el consumo excesivo de alcohol



1.5.2.2. A Nivel Funcional.

Los jóvenes con trastornos por consumo de alcohol presentan alteraciones en su memoria de trabajo, esta función es sostenida por la corteza cerebral la cual madura de manera tardía, la memoria de trabajo es un elemento importante para la planificación, la toma de decisiones y el razonamiento, sin embargo, esta función también puede verse comprometida en jóvenes con un consumo de alcohol de borrachera, como lo muestra un estudio que dio seguimiento por seis años a estudiantes universitarios con el objetivo de analizar la relación entre la trayectoria consumo de borrachera (evaluado con el ítem 3 de la prueba AUDIT) y la memoria de trabajo. Los participantes se clasificaron en no consumo de borrachera, consumo de borrachera estable y ex consumo de borrachera, los autores concluyeron que el consumo de borrachera se asoció con déficits en la memoria de trabajo, específicamente en perseveraciones y baja amplitud de la memoria de trabajo, la estabilidad de los déficits de perseveración a lo largo del tiempo pueden ser indicios de la toxicidad del alcohol, al abandonar el patrón de consumo de alcohol los jóvenes tuvieron un desempeño parecido a los jóvenes sin consumo, lo que puede implicar una recuperación parcial (Carbia et al., 2017).

Dando continuidad al estudio sobre la memoria, otro trabajo realizado con adolescentes tardíos (18 a 19 años) con antecedentes de consumo excesivo de alcohol, empleó la escala de memoria de Wechsler para evaluar la memoria visual inmediata y la memoria de trabajo. Los autores encontraron que el grupo de bebedores compulsivos moderados presentaron puntuaciones más bajas en la memoria visual inmediata no así en la memoria de trabajo, por lo que sugieren que en estos jóvenes se podrían estar empleando mecanismos compensatorios de áreas cerebrales adicionales para ejecutar de manera adecuada las tareas de la memoria de trabajo. Aquellos jóvenes pertenecientes al grupo de bebedores compulsivos con una mayor concentración de alcohol en la sangre presentaron puntuaciones más bajas en ambas memorias (Vinader-Caerols et al., 2017).

Otro estudio que abordó la memoria de trabajo espacial en bebedores compulsivos mujeres y hombres con edades entre los 16 y 19 años, encontró diferencias significativas en el consumo excesivo de alcohol y el sexo en ocho regiones cerebrales que abarcaron la corteza frontal, cíngula anterior, temporal y cerebelosa bilaterales. Las mujeres que bebían en exceso presentaron menor activación de la memoria de trabajo espacial que los controles femeninos, los autores concluyen que hay una mayor vulnerabilidad de las mujeres a los efectos neurotóxicos del consumo excesivo de alcohol y resaltan la necesidad de continuar estudiando a poblaciones de jóvenes de manera longitudinal explorando las implicaciones del consumo excesivo de alcohol en este periodo de transición hacia la vida adulta donde podrían observarse las consecuencias del mismo en el área académica, ocupacional y social. El desempeño cerebral más deficiente observado en las mujeres podría influir en la realización de más comportamientos riesgosos como un mayor uso de sustancias (Squeglia et al., 2011).

El consumo excesivo de alcohol también afecta la memoria episódica verbal, como lo expone un estudio que tuvo como objetivo investigar el deterioro de la memoria verbal con este tipo de patrón de consumo en estudiantes universitarios, los resultados arrojaron que la memoria de trabajo verbal no se observó afectada, sin embargo la memoria episódica verbal sí, puesto que fueron menos eficientes los procesos de almacenamiento y recuperación de información, los autores también mencionan que estos resultados pueden ayudar a explicar el bajo rendimiento académico de jóvenes con consumo riesgoso de alcohol, debido en parte a las afectaciones en la memoria, de igual manera estos deterioros pueden obstaculizar la integración de las consecuencias negativas de los episodios de borrachera y ser un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno por uso de alcohol (Gierski et al., 2020).

Una revisión que tuvo el objetivo de sintetizar la evidencia empírica sobre los efectos del consumo excesivo de alcohol en la actividad cerebral de adolescentes y adultos jóvenes, encontró que los bebedores compulsivos presentaron una señal del electroencefalograma

anormal durante el rendimiento cognitivo y las condiciones del estado de reposo, se observó una amplitud aumentada del electrodo P3 en tareas de memoria de trabajo, inhibición de la respuesta, tareas de atención, lo que mencionan que puede ser un marcador temprano de consumo excesivo de alcohol, este aumento de actividad neuronal en el desempeño cognitivo, evoca la utilización de recursos extra para ejecutar tareas en niveles adecuados apoyando la hipótesis de la neuro-compensación, además el perfil del electroencefalograma de los bebedores excesivos fue similar al de personas con dependencia del alcohol puesto que presentaron una señal EEG espontánea aumentada en reposo, mayor reactividad a señales alcohólicas y actividad reducida durante la detección de errores, lo que apoya la hipótesis del continuo, la cual postula que el consumo excesivo y el trastorno por uso de alcohol son dos eslabones de un mismo fenómeno (Almeida-Antunes et al., 2021).

El consumo de alcohol con patrón de borrachera genera daños en la corteza prefrontal del cerebro lo que se traduce en una importante alteración de las funciones ejecutivas las cuáles se necesitan para la organización de la conducta y la consecución de metas y objetivos, este patrón de consumo intermitente puede acelerar el deterioro por las secuencias de consumo y abstinencia, puesto que aumentan los efectos neurotóxicos del alcohol en el cerebro, al mantenerse la abstinencia puede mejorarse la cognición, sin embargo las funciones ejecutivas pueden no llegar a recuperarse completamente incluso después de un amplio periodo de abstinencia total, por lo tanto es importante que los jóvenes conozcan la forma en que puede verse afectada su vida a largo plazo por este tipo de consumo (García-Moreno et al., 2008).

El consumo intermitente de grandes cantidades de alcohol en un breve periodo de tiempo tiene un impacto en la función cognitiva de adultos jóvenes, como lo reporta un estudio realizado con universitarios donde las funciones ejecutivas principalmente la flexibilidad cognitiva se vio afectada por este patrón de consumo, las mujeres parecen ser más vulnerables a este daño, el cual puede presentar un efecto de acumulación aún a edades tempranas, los

autores de este estudio sugieren que se reflexione y se tomen medidas respecto a la permisividad de la sociedad sobre el uso de alcohol a tempranas edades (Salas-Gómez et al., 2016).

En Colombia, una investigación realizada en jóvenes de entre 16 y 19 años, buscó estudiar las funciones ejecutivas desde una perspectiva ecológica a través de un estudio de caso, el objetivo fue observar la correspondencia entre la autopercepción de jóvenes con diferente patrón de consumo de alcohol sobre sus funciones ejecutivas en tareas cotidianas y la ejecución de tareas autoadministradas en situaciones de laboratorio. Los resultados arrojaron que los jóvenes con un consumo intensivo de alcohol indicaron una peor capacidad de inhibición y autorregulación en situaciones sociales, en comparación con los jóvenes de consumo moderado o controles (Mendoza, 2019).

En un estudio realizado en España sobre las repercusiones cognitivas del consumo de alcohol en el rendimiento académico de 100 universitarios del primer curso de psicología con edades comprendidas entre los 17 y 25 años, se encontró que los estudiantes con un mayor consumo de alcohol obtuvieron significativamente peores calificaciones académicas, además de menores resultados en las tareas de función ejecutiva, específicamente en flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, fluidez verbal fonológica y velocidad de procesamiento, que aquellos estudiantes que tuvieron un consumo de alcohol sin riesgo (Bernabéu & De la Peña Álvarez, 2019).

1.5.3. Consecuencias a Nivel Psicosocial

1.5.3.1. Calidad de Vida.

La calidad de vida relacionada con el alcohol se refiere a la influencia negativa del consumo de alcohol sobre la calidad de vida, está compuesta por los sentimientos y la manera de funcionar de los jóvenes y el impacto de su relación con el alcohol trascendiendo el simple listado de síntomas o consecuencias relacionadas con el alcohol, es decir, la persona realiza

una identificación detallada de las áreas específicas de vida que se han visto afectadas por el alcohol, por lo tanto brinda una descripción mucho más subjetiva de la relación con el alcohol que tiene dicha persona (Luquiens et al., 2018).

Un estudio realizado en 21,980 estudiantes universitarios europeos, que abordó la relación entre consumo de alcohol y calidad de vida, encontró que el patrón de consumo excesivo de alcohol moderado o intenso se asoció a una disminución de la calidad de vida, el consumo excesivo se encontró asociado con actividades sociales, personales y laborales, pero vinculado a un aumento de la percepción de pérdida de control sobre el consumo, el consumo nocivo o peligroso de alcohol también se asoció a una disminución de la calidad de vida, ser hombre y ser estudiante de Europa del este presentaron una fuerte asociación entre el consumo excesivo y la afectación de la calidad de vida (Dormal et al., 2018).

Un estudio en línea realizado en 16,930 estudiantes de diversas universidades francesas tuvo el objetivo de identificar grupos con diferentes patrones de consumo de alcohol, el impacto relacionado con el alcohol en la calidad de vida y la identidad del bebedor, los resultados arrojaron cinco grupos, donde tres de ellos presentaron características de alto consumo de alcohol, los grupos 1 y 2 presentaron niveles muy bajos y bajos de consumo de alcohol, el grupo 3 presentó una identidad de bebedor y consumo muy alto de alcohol pero una baja percepción de impacto en la calidad de vida, los autores refirieron que dicho grupo parecía estar muy adaptado subjetivamente al entorno del consumo excesivo de alcohol, el grupo 4 fue identificado como egodistónico al presentar una baja identidad de bebedor, pero un consumo excesivo de alcohol y alto malestar en la calidad de vida, por último el grupo 5 fue un grupo pequeño que presentó consumo excesivo de alcohol con una identidad de bebedor, y un alto impacto negativo en la calidad de vida, los autores señalaron que este grupo podría ser del tipo de bebedores problemáticos que no buscan ayuda, también señalaron que podría ser un tipo de evolución negativa de los jóvenes del conglomerado 3. El estudio sugiere que la experiencia

subjetiva de los estudiantes es relevante para poder diseñar estrategias de intervención considerando las particularidades de subgrupos, adaptando los mensajes preventivos a cada uno de los grupos con consumos problemáticos de alcohol (Luquiens et al., 2018).

El consumo excesivo de alcohol puede estar motivado psicológicamente por un bienestar subjetivo, asociándolo a la diversión, sin embargo, esta motivación no parece ser sostenida en el tiempo, puesto que los resultados de un estudio español realizado en 1992 con participantes de los cuáles 3075 fueron clasificados como bebedores compulsivos, es decir, presentaron un consumo de seis o más tragos en al menos una ocasión el año anterior al reclutamiento, tuvo un seguimiento de los participantes durante 8 años, encontrando que el consumo excesivo de alcohol se asoció a una peor calidad de vida mental, una más pobre salud mental y vitalidad, los análisis estratificados sugirieron que la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la peor calidad de vida fue más fuerte entre los que presentaban comorbilidades y en los jóvenes, lo que comentan podría explicar que los atracones de bebida sean frecuentes en esa etapa de vida (Pérez et al., 2023).

1.5.3.2. Comorbilidad.

Una revisión sistemática que estudió los procesos emocionales en el consumo excesivo de alcohol en jóvenes reportó que los síntomas de depresión y ansiedad, así como los estados emocionales actuales se encuentran relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Asimismo, se encontró que en la adolescencia temprana fue más frecuente la soledad, mientras que en la adolescencia tardía fueron más frecuentes los niveles altos de estrés. En los estudios sobre el consumo de alcohol y la abstinencia se observó que existió un aumento del estado de ánimo positivo después de beber alcohol, pero apareció un estado de ánimo negativo al dejar de beber o un día después del consumo de alcohol (Lannoy et al., 2021).

En población general se encuentra documentada la relación entre el consumo de alcohol y síntomas específicos de depresión, por ejemplo, un estudio prospectivo identificó una

asociación positiva entre el consumo excesivo de alcohol inicial y síntomas depresivos cinco años después (Paljärvi et al., 2009). Los resultados de una revisión sistemática también mostraron una relación que se sugiere causal entre los trastornos por consumo de alcohol y la depresión mayor, una mayor implicación en el consumo de alcohol aumenta el riesgo de depresión, puesto que existen elementos que subyacen en la relación entre el alcohol y la depresión como los cambios neurofisiológicos y metabólicos resultado de la exposición a la sustancia (Boden & Fergusson., 2011). En población joven se cuenta con evidencias que apuntan a una relación entre el consumo excesivo de alcohol y los síntomas depresivos (Lannoy et al., 2021), también existen evidencias de lo contrario (Herrero-Montes et al., 2022; Nourse et al., 2017), sin embargo, se considera importante tomar en cuenta que la cronificación del consumo puede llevar al desarrollo de síntomas o trastornos depresivos (Boden & Fergusson, 2011).

En una revisión actual de la literatura que se centró en estudiar el lugar de factores relacionados con el afecto (labilidad afectiva, urgencia y rumiación en la etiología del consumo problemático de alcohol, se remarcó la relación recíproca entre estos factores y el consumo de alcohol, así por ejemplo las personas con labilidad afectiva pueden llegar a tomar decisiones que no aportan a sus metas a largo plazo, el consumo excesivo de alcohol sería una toma de decisión inadaptada, asimismo el consumo excesivo de alcohol predice aumentos posteriores de labilidad afectiva. Respecto a la urgencia descrita como la tendencia a actuar precipitadamente en presencia de emociones fuertes, existe una predicción recíproca entre el comportamiento de consumo de sustancias y la urgencia, cuando una persona con mucha urgencia realiza un comportamiento imprudente para aliviar el malestar, dicho comportamiento imprudente y la urgencia también se refuerzan, el consumo problemático de alcohol predecirá aumentos en la urgencia que a su vez producirá otras formas de comportamientos disfuncionales como mayor consumo de alcohol o tabaco (Atkinson et al., 2020).

Siguiendo los resultados del estudio antes citado respecto a la rumiación, se define esta como una respuesta al afecto negativo donde existe un enfoque repetitivo de las causas y consecuencias de la propia angustia, pueden existir diferentes tipos de rumiación como la rumiación melancólica (comparar la situación actual con ideales no alcanzados), la reflexiva (resolución cognitiva de problemas) o rumiación de la ira (centrarse insistentemente en los sentimientos de ira), la rumiación melancólica y la rumiación de la ira se relacionan positivamente con los problemas por consumo de alcohol. Beber puede aumentar la ansiedad, tristeza y hostilidad, los problemas con la bebida también predicen comportamientos externalizantes donde existe el riesgo de daños a otras personas, y se aumenta el comportamiento agresivo a corto plazo (Atkinson et al., 2020).

La labilidad afectiva se refiere a la tendencia a experimentar un afecto intenso y que cambia rápidamente, el estudio realizado por Peterson et al. (2021), mostró que la labilidad afectiva predijo aumentos en los problemas con la bebida, además mostraron una relación recíproca, en la que los aumentos en uno, predijeron aumentos en el otro en diferentes puntos de tiempo, por lo que señalan que múltiples maneras de perturbación afectiva funcionen como causas y consecuencias de los problemas con el alcohol, aquellos en los que los problemas con la bebida aumentan con el tiempo, se colocan en un mayor riesgo de tener problemas y trastornos relacionados con el alcohol en el futuro, dado que el primer año de universidad es cuando se incrementan los patrones de consumo de alcohol, dicho consumo puede ser la antesala de consecuencias negativas posteriores donde se incluye la desregulación afectiva, por lo que sugieren que se desarrollen intervenciones basadas en el afecto para reducción del riesgo de problemas con el consumo de alcohol (Peterson et al., 2021).

1.5.3.3. Consecuencias a nivel social.

Existen diferencias en las consecuencias generadas por el consumo de alcohol en jóvenes en comparación con población adulta, en los jóvenes se llegan a presentar cambios en

las relaciones familiares, con sus compañeros y profesores, pueden presentar conductas agresivas, actos delictivos, conductas riesgosas como conducir bajo los efectos del alcohol, conducta sexual inapropiada que podría generar embarazos no planeados o enfermedades de transmisión sexual, todas estas consecuencias comprometen su permanencia en la universidad y la calidad de su aprendizaje que en esta etapa podría impactar en su desarrollo profesional posteriormente (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014).

Conducir bajo los efectos del alcohol resultó el factor de riesgo más importante para predecir muerte prematura en adolescentes y adultos jóvenes (Feigelman & Gorman, 2010). Desde el inicio de los estudios universitarios hasta la transición a la edad adulta joven, la conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol u otras drogas es alto, en un estudio longitudinal que siguió a una gran muestra de universitarios por siete años, se documentó que la conducción bajo los efectos de las drogas y la conducción en estado de ebriedad fueron muy prevalentes, estas conductas alcanzaron su punto más alto en el año 4 con 19,1% y un 24,3% respectivamente. A partir de la salida de la universidad estas conductas tendieron a disminuir. Los autores refieren la importancia de la implementación de intervenciones en esta población, puesto que visualizan que podrían tener efectos duraderos incluso en comportamientos posteriores a la etapa universitaria (Caldeira et al., 2017).

En los Estados Unidos de América Hingson et al. (2017) evaluaron la magnitud y tendencias en episodios de consumo excesivo de alcohol y consecuencias relacionadas en jóvenes universitarios emergentes de 18 a 24 años, de 1998 a 2014, la tendencia hacia un aumento de muerte por lesiones no intencionales relacionadas con el alcohol, el consumo excesivo de alcohol y la conducción bajo los efectos del alcohol entre 1998 y 2005 se revirtió en 2014, sin embargo las muertes por sobredosis relacionadas con el alcohol aumentaron de 207 en 1998 a 891 en 2014, las hospitalizaciones por sobredosis del alcohol aumentaron 26% por cada 100,000 entre 1998 y 2014, también se enfatizó la necesidad de intervenciones,

programas de colaboración entre la comunidad y la universidad y políticas que contribuyan a disminuir el consumo de alcohol y sus consecuencias relacionadas.

El alcohol juega un papel importante en la perpetración de la violencia sexual, la investigación sobre la administración del alcohol (estudios experimentales dónde se asigna al azar a los participantes para ingerir una bebida alcohólica o no alcohólica), explica que cuando beben las personas pueden comportarse más agresivamente, siendo esos efectos más fuertes en las personas que ya tienden a la agresión. Los resultados de investigaciones por medio de encuestas, muestran que la personalidad, las actitudes y las experiencias pasadas de los perpetradores de agresiones sexuales que beben durante la agresión, son similares a las de los que no beben durante la agresión, por lo que la intoxicación resulta un importante determinante de cuando algunos hombres comenten agresión sexual (Abbey, 2011). En un metaanálisis sobre factores de riesgo y protección de la violencia sexual de hombres contra mujeres en universidades, entre otros factores, el consumo de alcohol se asoció con mayores probabilidades de violencia sexual, y fue el factor de riesgo más evaluado en los artículos incluidos (Steele et al., 2022).

Respecto a las consecuencias en el área académica, en el estudio realizado por Tembo et al. (2017) los factores de llegar tarde a clase, faltar a clases, incapacidad para concentrarse en clases, incapacidad para completar tareas y angustia moderada o alta predijeron de forma independiente el consumo peligroso de alcohol, por tanto los autores sugieren la aplicación de intervenciones para promover la salud mental y el consumo responsable del alcohol, dichas intervenciones se plantean amigables y universales para disminuir el estigma asociado a la salud mental, incluir la perspectiva de género, orientadas al individuo por medio de la detección y motivación breve, que puedan ayudar a los jóvenes con problemas derivados de su consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.

Como se describió en este capítulo, las consecuencias del consumo excesivo de alcohol

impactan en diversas áreas de la vida de los jóvenes y de sus allegados, entre las que pueden mencionarse el mayor riesgo de daño físico, problemas legales, incumplimiento de responsabilidades escolares y relacionales, interacciones sociales negativas, asimismo puede verse afectado el procesamiento cognitivo (Krieger et al., 2018). Desde hace tiempo existen estrategias como técnicas de detección e intervenciones breves para aminorar el impacto negativo relacionado con el uso problemático del alcohol (Prieto & Bares, 2016) sin embargo, pocos jóvenes acceden a ellas (Lowinger, 2012; Westberg et al., 2022) en este contexto se vuelve relevante la comprensión y estudio de la conducta de la búsqueda de ayuda, temas que se revisarán en los siguientes capítulos.

Capítulo 2. Intervenciones Breves

«La flor, la flor, la flor en el cemento brota contra marea y viento»

Jorge Drexler (2022)

2.1. Introducción

Dadas las consecuencias negativas que tiene el consumo perjudicial de alcohol en la salud de los jóvenes es relevante la intervención oportuna para prevenir la progresión hacia un trastorno por uso de alcohol grave, en esta línea, las recomendaciones internacionales sugieren la planificación e implementación de intervenciones preventivas a nivel biológico, psicológico o social a las personas que abusan del alcohol, existen para ello tres niveles de prevención: (1) prevención primaria, centrada en la protección de personas sanas contra los trastornos por uso de alcohol, este tipo de prevención puede ser a nivel universal, selectivo o indicado, en este nivel las intervenciones evalúan el riesgo de desarrollar un consumo problemático, brindan psicoeducación y fortalecen los factores de protección, (2) prevención secundaria, la cual se enfoca en la prevención del deterioro del trastorno por uso de alcohol en personas ya diagnosticadas con esta afectación, para ello se emplea consejería y ayuda estructurada en grupos de alto riesgo de padecer un trastorno por uso de alcohol, en esos programas se desarrollan habilidades para hacer frente al alcohol, (3) la prevención terciaria trabaja con pacientes que ya han desarrollado un trastorno por uso de alcohol grave, estas intervenciones tienen el objetivo de desarrollar motivación para la abstinencia y la prevención de recaídas (Trova et al., 2015).

Al respecto el Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles (World Health Organization, [WHO], 2020), establece que los

gobiernos nacionales y las ciudades deben participar en las medidas relacionadas con enfermedades no transmisibles, entre ellas desalentar el consumo nocivo de alcohol y promover la salud mental. La estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol (WHO, 2021) contempla el apoyo a la detección e intervenciones preventivas relacionadas con el consumo peligroso de alcohol en atención primaria de salud y otros entornos.

El plan de acción mundial sobre el alcohol 2022-2030 (WHO, 2021), tiene el objetivo de aplicar la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol y se compone de seis esferas de acción: (1) *Aplicación de estrategias e intervenciones de gran impacto* para lograr reducir el 20% del uso nocivo de alcohol en el 2030 respecto al año 2010 y que los países apliquen intervenciones de gran impacto como la detección e intervenciones breves sobre los patrones de riesgo del consumo de alcohol; (2) *Promoción, concienciación y compromiso*, promulgando políticas nacionales sobre el alcohol y se informe periódicamente sobre el consumo y sus daños; (3) *Asociación, diálogo y coordinación*, los países establecerán coordinación multisectorial para implantar respuestas relativas al alcohol y participarán en redes mundiales para dialogar sobre la reducción del consumo de alcohol; (4) *Apoyo técnico y creación de capacidad*, para lograr mayor capacidad de aplicación de estrategias e intervenciones eficaces para reducir el uso nocivo de alcohol y que los servicios de salud tengan más capacidad para llevar a cabo las intervenciones, (5) *Creación de conocimiento y sistemas de información*, los países presentarán datos sobre el consumo de alcohol, daños, medidas de control y seguimiento de la cobertura sanitaria y (6) *Movilización de recursos*, los países destinarán recursos para reducir el consumo mediante políticas públicas y la cobertura y calidad de las intervenciones (WHO, 2022). En estas esferas se observa la importancia de llevar a cabo intervenciones para prevenir y reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.

En México existe un marco legal que protege y promueve las acciones encaminadas a la prevención del consumo perjudicial de alcohol, por ejemplo la Ley General de Salud (1984)

en su artículo 185, establece el programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo de alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, entre sus acciones se encuentra la promoción de los servicios de prevención, detección temprana, orientación, atención, derivación y tratamiento a personas y grupos con uso nocivo de alcohol evitando toda forma de estigmatización. La Norma Oficial Mexicana 028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM028, 2009), se refiere a la prevención como a aquellas acciones encaminadas a disminuir el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas y señala que los programas preventivos deben disponer de un marco teórico y metodológico e incluir a poblaciones vulnerables, tomando en cuenta principalmente a la población juvenil.

Como se ha descrito, existe toda una serie de normativas y estrategias internacionales y nacionales que enmarcan y promueven la atención del consumo de riesgo y perjudicial del alcohol, asentadas en la necesidad de garantizar el derecho universal a la salud y que impactan de manera directa o indirecta en los objetivos de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible de la que México forma parte, como el objetivo fin de la pobreza, reducción de la desigualdades, educación de calidad, fomentar la paz y salud y bienestar (WHO, 2015). Es por ello que en este capítulo se hará un recorrido sobre diversos puntos de la atención preventiva del consumo de riesgo y perjudicial del alcohol en jóvenes universitarios como la descripción de la atención primaria y las intervenciones breves, las intervenciones breves basadas en tecnologías y la intervención breve desde la TAP, que permita vislumbrar un panorama de estas estrategias prometedoras para la juventud universitaria.

2.2. La Prevención Primaria y las Intervenciones Breves

La prevención primaria universal tiene el objetivo de ofrecer intervención a todos los jóvenes sin emplear como filtro el nivel de riesgo y está orientada al desarrollo de habilidades y educación normativa, la prevención también puede ser selectiva, es decir, enfocada en brindar

la intervención a poblaciones específicas que presenten un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol (Newton et al., 2018). Un metanálisis que evaluó la eficacia de 288 programas escolares preventivos de consumo de tabaco, alcohol o drogas, abarcando a un total de 436,180 participantes, concluyó que existen necesidades específicas para cada etapa del desarrollo, así por ejemplo los adolescentes tardíos podrían beneficiarse de programas de intervención universales basados en un enfoque de influencias sociales y entrenamiento en habilidades de rechazo puesto que en este periodo los jóvenes buscan desarrollar su propia identidad, la educación para la salud sobre el bloqueo del consumo de sustancias en las metas personales también es una estrategia eficaz, así como el desarrollo del autocontrol, la resolución de problemas y la toma de decisiones; para los jóvenes de alto riesgo que ya tengan mucha experimentación con el uso de sustancias y donde dicho consumo lo hubieran ya integrado como un elemento de su identidad, sería más adecuado emplear programas basados en el modelo transteórico de cambio (Onrust et al., 2016).

Existe evidencia de que las intervenciones preventivas universales y selectivas realizadas en el contexto escolar pueden tener efectos duraderos, pueden reducir el consumo riesgoso de alcohol y las consecuencias relacionadas en la vida adulta (Newton et al., 2022), la prevención también puede realizarse empleando la tecnología en diversos entornos como el escolar, donde se pueden implementar por ejemplo sitios web, aplicaciones o la incorporación de mensajes de texto (Diestelkamp et al., 2021), dentro de las estrategias de prevención primaria y secundaria de los riesgos ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas, se encuentran las Intervenciones Breves (IB) (OMS, 2011), las cuales tienen el objetivo de identificar los diferentes niveles de riesgo del consumo, brindar consejo breve de acuerdo al nivel de consumo y representan un marco para la derivación oportuna a otro nivel de atención para las personas con consumos más graves, las intervenciones breves pueden implementarse en diferentes contextos como el primer nivel de atención de salud así como en ámbitos escolares (Martínez

Martínez et al., 2008), las sesiones pueden llegar a ser de una sesión breve de 10 a 30 minutos o hasta cuatro sesiones (Ronzani et al., 2019), pueden incluir estrategias cognitivo conductuales e implementarse en formato digital (Garnett et al., 2018).

En América Latina, una primera revisión sistemática sobre intervenciones breves reportó que las intervenciones estudiadas se dieron en formato tradicional cara a cara, la mayoría de ellas en Brasil y México, siendo heterogéneos los enfoques teóricos y metodológicos utilizados (Ronzani et al., 2019), sin embargo se mencionó que puede ser favorable transitar hacia el desarrollo y empleo de intervenciones basadas en las tecnologías ya que también existe evidencia de que este tipo de formatos pueden ser beneficiosos para grupos con menores probabilidades de asistir a programas tradicionales relacionados con el alcohol, es decir, grupos de mujeres, jóvenes y consumidores de riesgo (White et al., 2010), además los programas preventivos entregados en línea o empleando computadoras tienen el potencial de reducir el consumo de alcohol así como las intenciones de consumir en un futuro aunado a que el formato de entrega es prometedor para las escuelas o la comunidad (Champion et al., 2013; Kaner et al., 2017).

El abuso de alcohol aumenta la mortalidad y causa diversas patologías, ante lo cual las intervenciones breves orientadas a la reducción del consumo de alcohol o la abstinencia se asocian a efectos positivos en los bebedores en riesgo u problemáticos, por ejemplo, se reducen las lesiones asociadas al alcohol, la presión arterial disminuye, mejoran los síntomas de depresión y ansiedad, la persona aumenta la confianza en sí misma, se incrementa la calidad de vida física y mental, disminuyen las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol y se genera un menor estrés psicosocial, los adolescentes y adultos jóvenes pueden beneficiarse en gran manera de la reducción del consumo de alcohol, por lo que es relevante la identificación e intervención temprana del consumo problemático de alcohol según una revisión sistemática sobre la reducción de daños al reducir el consumo de alcohol (Charlet & Heinz, 2017) lo que

justifica el empleo de estas intervenciones preventivas las cuáles pueden diseñarse y efectuarse por medio formatos electrónicos, empleando la tecnología para alcanzar los objetivos mencionados (Diestelkamp et al., 2021; White et al., 2010).

2.3. Las Intervenciones Basadas en Tecnologías

Las intervenciones en línea han resultado efectivas para reducir el consumo de riesgo del alcohol, la literatura científica anglosajona apoya el uso del internet para realizar intervenciones destinadas a reducir el consumo de alcohol en los universitarios (Bhochhibhoya et al., 2015). Utilizar el internet como medio para realizar intervenciones breves puede ser beneficioso para estudiantes universitarios que se encuentren en regiones donde exista poca información sobre el consumo de alcohol o en estudiantes que tengan dificultades para participar en estrategias presenciales (Bedendo et al., 2017). Existen diversas intervenciones que emplean la tecnología para abordar los problemas con el alcohol de adolescentes y jóvenes adultos, el desarrollo de innovaciones tecnológicas ha aumentado para reducir la escalada y las consecuencias del consumo problemático de alcohol, las intervenciones que están basadas en las tecnologías presentan el beneficio de acceder a personas que de otra manera tendrían dificultad para buscar y acceder a tratamiento, por ejemplo, personas que vivan en áreas remotas, las que no perciben la necesidad de tratamiento o que presentan resistencias al tratamiento por el estigma asociado a los problemas relacionados con el alcohol o la búsqueda de ayuda (Resko et al., 2017).

Las intervenciones que emplean tecnologías de la información y la comunicación pueden ser: intervenciones basadas en computadoras, sitios web educativos, intervenciones en dispositivos móviles (tablets, teléfonos), aplicaciones, asesoramiento en línea y grupos de apoyo, juegos, mensajes de texto, así como herramientas interactivas basadas en la web como programas modelados a partir de intervenciones presenciales; el uso de la tecnología puede promover la difusión de intervenciones basadas en la evidencia para el abuso de alcohol ya que

puede implementarse en diversos entornos, por ejemplo, las intervenciones basadas en la web pueden aplicarse en el hogar, en salas de emergencia, en el trabajo, organizaciones comunitarias, clínicas de atención primaria, en dispositivos móviles o en contextos escolares; las intervenciones que emplean las tecnologías tienen el beneficio de ofrecer intervenciones complejas a bajo costo por lo que representan una opción rentable (Resko et al., 2017).

De acuerdo con Tebb et al. (2016), 52% de 100 intervenciones basadas en computadora incluidas en su revisión sistemática mencionaron uno o varios marcos teóricos que las sustentaban, entre estos marcos se encontraron la teoría cognitiva social, el modelo transteórico, el modelo de creencias sobre la salud, la teoría de la acción razonada y la teoría de la acción planificada, 48% de las intervenciones estudiadas no utilizaron la teoría, sólo mencionaron un constructo teórico o técnica de intervención, los autores de la revisión mencionaron que sólo pocos estudios brindaron detalles acerca de cómo aplicaron la teoría a la intervención, sin embargo sugieren dar mayor importancia a la selección y el empleo de la teoría para sustentar las intervenciones breves basadas en computadora, puesto que estas mostraron resultados conductuales significativos en comparación con las que solo usaron una técnica de intervención aislada de una teoría más amplia, los autores reconocen la amplia variedad de las intervenciones basadas en computadora además de las diferencias en el sustento teórico, también existen diferencias en el alcance, la población objetivo, la dosis, la duración y la medición de sus resultados, sin embargo por su eficacia representan un rol importante en la mejora de los conocimientos y actitudes que contribuyen al comportamiento.

Cada vez se cuenta con mayor evidencia de que las intervenciones en salud pública con sustento en teorías de las ciencias sociales y de la conducta son más efectivas que las que no cuentan con dicha base teórica (Glanz & Bishop, 2010) la teoría es un elemento fundamental de las intervenciones comportamentales, las teorías explican las vías que conducen o predicen la conducta y con ello orientan sobre cómo influir o modificar dicha conducta, las

intervenciones que están articuladas a teorías pueden ayudar a aumentar la comprensión no solo de que dichas intervenciones funcionen sino a saber por qué lo hacen (Tebb et al., 2016).

2.4. Las Intervenciones Breves como Estrategias de Alfabetización en Salud Sobre el Alcohol

Las intervenciones breves preventivas del consumo riesgoso de alcohol en contextos escolares, dónde se muestren los riesgos para la salud derivados de la cantidad de alcohol que se consume y donde se desarrollen habilidades para dosificar o reducir el consumo de alcohol a patrones no riesgosos, son un elemento clave de la alfabetización en salud sobre el alcohol (Manthey et al., 2023), la cual consiste en la habilidad de obtener y comprender conocimientos sobre el alcohol y sus riesgos lo que puede llevar a tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud y a la búsqueda de ayuda oportuna, el concepto de alfabetización en salud sobre el alcohol forma parte de un concepto más amplio denominado alfabetización en salud (Okan et al., 2020). Por otro lado, la alfabetización en salud mental tiene un rol destacado en la conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en estudiantes universitarios, puede mejorar sus actitudes hacia la búsqueda de ayuda e incrementar sus intenciones de búsqueda de ayuda, la alfabetización puede lograrse a través de intervenciones individuales o grupales (Kim et al., 2020), en el caso de las intervenciones sobre el alcohol, se recomienda que los programas se adapten a la edad de los participantes para la formulación de objetivos y métodos adecuados, por ejemplo fomentar el consumo moderado en estudiantes de mayor edad, en los más jóvenes buscar retrasar el inicio del consumo de alcohol (Manthey et al., 2023). Los efectos de ser alfabetizado en salud sobre el alcohol son la reducción del consumo de alcohol, sus consecuencias y mejora de la salud (Okan et al., 2020).

2.5. Intervención Breve desde la Teoría de la Acción Planificada

La Teoría de la Acción Planificada es una base teórica fuerte para desarrollar intervenciones para realizar cambios en comportamientos relacionados con la salud (Norman

et al., 2018). De acuerdo con la TAP, la conducta está precedida por las intenciones, que a su vez están formadas por la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido. La actitud está conformada por las creencias conductuales (creencias sobre los resultados del comportamiento y la evaluación de éstos resultados), la norma subjetiva se compone de las creencias normativas, es decir, creencias sobre las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir con esas expectativas, el control conductual percibido se integra de las creencias de control (creencias sobre la presencia de factores que pueden facilitar u obstaculizar el comportamiento) (Ajzen, 2011), el constructo de control conductual percibido es compatible con el de autoeficacia percibida de Bandura (1982), la cual se refiere a la percepción de confianza de poder llevar a cabo un comportamiento, las creencias de autoeficacia o control conductual percibido son situadas por la TAP en un marco de relaciones entre las actitudes, creencias, intenciones y conducta (Ajzen, 1991).

Las intervenciones para modificar el comportamiento pueden apuntar a las actitudes, norma subjetiva y al control conductual percibido o autoeficacia, los cambios en dichos factores formarán nuevas intenciones que podrán llevarse a cabo en determinadas circunstancias (Ajzen, 2011). En un metaanálisis realizado con 40 estudios, que buscaba medir las correlaciones entre los elementos de la TAP, las intenciones y el comportamiento de consumir alcohol, se encontró que las intenciones tuvieron la relación más fuerte con las actitudes, le siguieron las normas subjetivas y el control conductual percibido. La autoeficacia presentó una relación más fuerte con todas las intenciones en comparación con el control conductual percibido. El consumo de alcohol tuvo una fuerte relación con la intención y con la autoeficacia. Por lo que los autores recomendaron que las intervenciones para reducir las intenciones de consumo de alcohol se enfoquen en las actitudes, normas subjetivas y autoeficacia, puntualizando que las intervenciones podrían aumentar la autoeficacia sobre la evitación de determinadas conductas de consumo de alcohol (Cooke et al., 2016).

El ensayo clínico aleatorizado en línea para jóvenes universitarios de primer año realizado por Norman y colaboradores (2018), buscaba reducir el consumo de alcohol de los jóvenes a través de una intervención que combinaba la autoafirmación, mensajes basados en la TAP e intenciones de implementación. Los resultados mostraron que los participantes que estuvieron expuestos a los mensajes basados en la TAP presentaron significativamente menos cogniciones favorables hacia el consumo excesivo de alcohol, exceptuando al control percibido, bebieron menos unidades de alcohol, bebieron en exceso en menor frecuencia y presentaron patrones de consumo de alcohol menos dañinos durante los primeros 6 meses en la universidad.

En un ensayo controlado aleatorio que buscaba examinar si la intervención basada en la web *What Do You Drink* generaba cambios en la autoeficacia de rechazo al consumo de alcohol, los resultados revelaron un aumento en la autoeficacia de rechazo a la presión social después de la intervención y a seis meses de seguimiento (Voogt, Kuntsche, Kleinjan, & Engels., 2014). Otro estudio dónde se aplicó a jóvenes universitarios una intervención en línea diseñada bajo la integración de teorías como la TAP, la teoría social cognitiva, el modelo transteórico del cambio y el modelo de creencias en salud, donde sus variables clave fueron el conocimiento, las normas sociales y la autoeficacia, demostró que la intervención fue efectiva para prevenir un aumento en el consumo semanal de alcohol y la frecuencia del consumo excesivo de alcohol después de la intervención y a los 3 y 6 meses después de la misma (Voogt, Kuntsche, Kleinjan, Poelen & Engels., 2014).

En los Estados Unidos hay diversas investigaciones que han reportado la eficacia de la intervención *21 Web Basic* (Neighbors et al., 2009; Neighbors et al., 2012) la cual estuvo asentada en la TAP y se aplicó por medio de comentarios normativos personalizados sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol previstas por los jóvenes en su cumpleaños 21, también ofreció educación sobre el alcohol y la concentración de alcohol en la sangre y se

solicitó a los participantes generar alternativas a la bebida. Una investigación más reciente que obtuvo sus datos del ensayo controlado de Neighbors et al. (2012) reveló que la concentración estimada de alcohol en la sangre del celebrante del 21 cumpleaños fue predicha con fuerza por las creencias de la celebración del cumpleaños número 21 de un amigo y de sus propias creencias, asimismo la influencia de los amigos inició antes del evento formando las intenciones de beber de los jóvenes celebrantes (Fillo et al., 2020).

En México se buscó evaluar la eficacia de un programa selectivo de prevención de consumo de drogas en adolescentes en formato tradicional cara a cara, los autores utilizaron la TAP como base del diseño de la intervención, las actitudes y norma subjetiva se abordaron mediante estrategias de información y comunicación persuasiva y el control conductual percibido por medio del desarrollo de habilidades sociales. Los resultados demostraron que en el grupo experimental disminuyó de manera estadísticamente significativa la intención de consumir drogas en comparación con el grupo control (Rodríguez Kuri et al., 2011). Teniendo en cuenta estos antecedentes, queda de manifiesto que la TAP puede ser una base teórica parsimoniosa y efectiva para el diseño e implementación de intervenciones breves para disminuir el consumo del alcohol aunado a la necesidad de realizar pruebas experimentales de la TAP sobre el comportamiento relacionado con el alcohol (Cooke et al., 2016).

Capítulo 3. Búsqueda de Ayuda por Problemas con el Uso de Alcohol

«Hay esperanza, hay ayuda, y tengo el derecho inalienable a la dignidad humana»

En todas nuestras acciones (Literatura ALANON).

3.1. Introducción

Los problemas de salud mental entre los que se encuentran los problemas con el uso de alcohol, impactan en la calidad de vida de los jóvenes, a pesar de las altas tasas de problemas de salud mental podría pensarse que existe por igual una alta tasa de búsqueda de ayuda y de la utilización de los recursos de apoyo, sin embargo, no ocurre así, por ejemplo, desde hace dos décadas, Codd y Cohen (2003) se preguntaban porque en su estudio, a pesar de que los estudiantes universitarios mostraban relativamente actitudes favorables ante la búsqueda de ayuda por problemas relacionados con el alcohol, las intenciones de llevar a cabo la conducta de buscar ayuda habían resultado neutrales, en los siguientes años otros investigadores llegaron a conclusiones similares, reportando que son pocos los jóvenes que buscan ayuda para atender el consumo perjudicial de alcohol (Cellucci et al., 2006; Caldeira et al., 2009; Lowinger, 2012), más recientemente y en contexto latinoamericano, un estudio llevado a cabo en jóvenes y adultos de 18 a 39 años de 33 países de la región, encontró que el consumo excesivo de alcohol fue el patrón más prevalente en ese grupo de edad, sin embargo el comportamiento de búsqueda de ayuda tuvo prevalencias bajas en los años 2019 y 2020 (Monteiro et al., 2020).

La búsqueda de ayuda es importante ya que conduce a los jóvenes a una exposición temprana a los servicios de atención profesional que podrían brindar las herramientas y recursos para cambiar la trayectoria del consumo perjudicial hacia otros comportamientos más funcionales que promuevan la salud y el bienestar de los jóvenes (Bhochhibhoya et al., 2015; Ronzani et al., 2019). Según Guerrero et al. (2016) la búsqueda de ayuda está influenciada por

las características individuales, expectativas y creencias culturales arraigadas sobre los roles sociales; para Cornally y McCarthy (2011) la búsqueda de ayuda es un comportamiento planificado que incluye la intención de llevarla a cabo y autores como White (2018) identifican la búsqueda de ayuda como el intento de comunicar un problema personal con la finalidad de aminorar la angustia, a partir de estas aproximaciones se deja entrever el carácter interpersonal del constructo de búsqueda de ayuda, puesto que incluye variables del individuo en relación con su ambiente. Los factores individuales y contextuales que integran la búsqueda de ayuda impactan en el complejo proceso de la oferta de intervenciones apropiadas por lo que resulta necesario comprender este constructo ante los problemas de salud mental (Westberg et al., 2022), es por ello que el objetivo de este capítulo es analizar el constructo de búsqueda de ayuda, su descripción a partir diferentes modelos psicosociales, la definición del concepto, su abordaje en el contexto del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de universitarios y el marco que ofrece la TAP para operacionalizar el constructo.

3.2. La Búsqueda de Ayuda y su Funcionalidad en Distintos Campos y Disciplinas

Buscar ayuda en una tercera persona para resolver alguna problemática actual, es una conducta que se emplea en diferentes ámbitos como el educativo, laboral, de atención a víctimas o asistencia gubernamental e incluye tres elementos: la persona que busca la ayuda, el problema a resolver y la persona a la que se le pide ayuda, este comportamiento es un proceso de toma de decisiones que comienza cuando se reconoce y define un problema que sobrepasa los recursos personales lo que conlleva a la decisión de actuar, este proceso se ve influido por factores sociocognitivos (Cornally & McCarthy, 2011).

El término de búsqueda de ayuda suele emplearse para describir el comportamiento de llevar a cabo la acción de buscar ayuda de otras personas al comunicarse con ellas para obtener apoyo, el cual puede consistir en un consejo, comprensión o tratamiento de un problema o angustia, por lo tanto, hablar de búsqueda de ayuda es hablar de una manera de afrontamiento

basada en las relaciones sociales y que involucra las habilidades interpersonales. La búsqueda de ayuda puede ser informal la cual se solicita de familiares y amigos, o formal, la cual proviene de fuentes profesionales de ayuda que cuentan con formación en la prestación de asesoramiento, como los trabajadores de la salud en general y de la salud mental, maestros, clero, la búsqueda de ayuda también puede explorarse en otras fuentes como el internet (Rickwood et al., 2005).

La búsqueda de ayuda puede denominarse como un estilo de afrontamiento de enfoque, el cual se caracteriza por reconocer el problema y abordarlo de manera activa, existe una variedad en la complejidad de los problemas a enfrentar, algunos problemas resultan ser más sencillos de resolver que otros, aunque reconocer un problema, realizar el intento de resolverlo o gestionar las emociones en torno al mismo son estrategias más adaptativas que negar o evitar el problema y las emociones derivadas del mismo (Rickwood et al., 2005).

Los modelos para la búsqueda de ayuda (diseñados para colectivos diferentes, por ejemplo, para adultos mayores, personas con problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda en las organizaciones (Butcher & Crosbie, 1977; Greenley & Mullen, 1990; Shapiro, 1984), coinciden en describir esta conducta como un proceso que inicia con el reconocimiento de un problema a resolver. Este proceso también fue identificado en un estudio cualitativo (desde un enfoque sociológico) realizado en jóvenes por medio de entrevistas semiestructuradas con el objetivo de promover la discusión acerca de percepciones y experiencias de búsqueda de ayuda de los mismos jóvenes, el modelo incluyó dos aspectos: la legitimación del problema de los propios jóvenes y las vías previas de búsqueda de ayuda (Murray, 2005).

La legitimidad del problema ha sido menos explorada en los jóvenes, sin embargo, su estudio es relevante ya que proporciona la mirada del propio actor e influye en la búsqueda de ayuda, la percepción de enfermedad o malestar puede aparecer tras el proceso de legitimidad, en el estudio inglés sobre la búsqueda de ayuda en jóvenes, por ejemplo, las historias de

intimidación y acoso denotaron legitimidad, por otro lado, las vías previas de búsqueda de ayuda fueron seis: “callejón sin salida” se refiere a que el joven pide ayuda pero no se le da una solución a su problema, “vía contraproducente”, en este caso, el joven busca ayuda de un adulto sobre un problema, pero este problema se reformula y el solicitante queda convertido en la persona de la que se tiene un problema, la “vía tortuosa” hace mención a cuando un problema se disemina en la comunidad del joven a diversas fuentes pero ninguna de ellas acciona por resolver la problemática planteada, la “vía a través de un intermediario” es aquella en la que el joven recluta a otra persona para que de voz a su problema, la “vía conformada” es aquella donde se incluye la propia visión del joven sobre cómo puede resolverse el problema, es decir, da alternativas para la resolución, por último en la “vía directa” se solicita ayuda a una fuente y el problema se resuelve (Murray, 2005).

Por tanto, el modelo alternativo de Murray (2005), incluye (a) la percepción de malestar, (b) la motivación para actuar, (c) la percepción de que se puede actuar, (d) la decisión de accionar, (e) la elección de la fuente de ayuda. La búsqueda de ayuda es dinámica en lugar de estática o lineal, incorpora el presente y el pasado, también a los que buscan ayuda como a los que la ofrecen e incorpora la legitimidad de los problemas, esta propuesta sociológica es interesante puesto que no solo aborda las características de quien busca la ayuda, sino también lo que sucede en el contexto de los que brindan la ayuda, los jóvenes que buscaron ayuda y la obtuvieron de manera directa, podrán incorporar en un futuro la conducta de búsqueda de ayuda, esto será más difícil para aquellos que en su pasado se hubieran encontrado con dificultades en las vías previas de búsqueda de ayuda como las vías tortuosas o de callejón sin salida.

3.3. La Búsqueda de Ayuda en el Contexto de la Salud Mental

Desde el contexto de la salud mental existen diversos modelos que enmarcan a la búsqueda de ayuda como un proceso, donde lo personal se vuelve interpersonal, este proceso

es fluido y psicosocial, donde el primer paso es reconocer que se tiene una problemática, sin embargo, no todos los jóvenes tienen claridad de que los síntomas corresponden a un problema que requiere atención lo que puede generar atrasos en la solicitud de apoyo, por lo que se sugiere la alfabetización en materia de salud mental para promover la búsqueda de ayuda adecuada, la que finalmente podrá impactar en el bienestar de los jóvenes (Cornally & McCarthy, 2011; Rickwood et al., 2005; Westberg et al., 2020; Westberg et al., 2022).

Por otro lado estudios internacionales han encontrado diversas barreras para la búsqueda de ayuda profesional en población joven como la negación del problema, déficits de gestión emocional, actitudes y creencias negativas sobre la búsqueda de atención, el estigma y la vergüenza relacionadas con la búsqueda de ayuda, desconocimiento de los síntomas que pueden ser un problema de salud mental, preocupaciones sobre la confidencialidad, dificultad para acceder a los servicios (el costo, la falta de tiempo o transporte), la autosuficiencia de los jóvenes, falta de conocimientos sobre los servicios de apoyo, los cuales llegaron a percibir como fragmentados, sensación de inseguridad o miedo, estas barreras pudieron impactar en los jóvenes y retrasar la búsqueda de ayuda en materia de salud mental (Gulliver et al., 2010; Radez et al., 2021; Rickwood et al., 2005; Westberg et al., 2020; Westberg et al., 2022).

Como facilitadoras de búsqueda de ayuda mencionadas en la literatura internacional se encuentran las experiencias positivas pasadas de búsqueda de ayuda (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005). Los hallazgos sobre barreras y facilitadores aportan luz sobre posibles alternativas para mejorar el acceso a los servicios para jóvenes con problemas de salud mental, entre las que destacan la minimización del estigma y la alfabetización sobre la búsqueda de ayuda y la salud mental, fomentar habilidades y estrategias de autoayuda para abordar la autosuficiencia propia de esta etapa de la vida, romper mitos sobre la ayuda profesional por medio de comunicar qué problemas requieren atención y cuáles no, promover información sobre los lugares de atención, se sugiere que la provisión de servicios sea altamente disponible,

integral y con la posibilidad de implementarla en los contextos escolares, emplear intervenciones en línea y poder ofrecer estos servicios de manera gratuita (Gulliver et al., 2010; Radez et al., 2021; Rickwood et al., 2005; Westberg et al., 2020; Westberg et al., 2022).

3.4. El Concepto de Búsqueda de Ayuda

La primera característica de la conducta de búsqueda de ayuda se refiere a estar centrado en un problema, es decir, toda persona que busca ayuda de manera informal o formal, lo hace puesto que presenta un problema que rebasa sus recursos personales para hacerle frente. La segunda característica es que la acción es intencional, lo cual implica el ejercicio de la voluntad, se habla de un accionar con albedrío, y se puede describir como un comportamiento planificado. La tercera característica es la interacción interpersonal que implica la revelación del problema a un potencial ayudante. El comportamiento de búsqueda de ayuda se define entonces como una conducta planificada que implica interactuar de manera interpersonal con un profesional de la salud (Cornally & McCarthy, 2011). Una definición proveniente de un estudio de revisión que tuvo el objetivo de brindar una clara definición de la intención de búsqueda de ayuda, para guiar el desarrollo de instrumentos de medición sólidos con una buena validez de constructo, y para lo cual dicha revisión se basó en la opinión de expertos de la literatura publicada sobre el tema desde 1970 a 2013, es la siguiente: la intención de búsqueda de ayuda es “un plan consiente por esforzarse en comunicar un problema, un dolor emocional o un problema psicológico, donde esa comunicación es un intento de obtener apoyo, consejo o asistencia percibidos que reducirán la angustia personal” (White et al., 2018).

3.5. Búsqueda de Ayuda de Universitarios por Problemas con el Alcohol

En el contexto de las conductas adictivas la búsqueda de ayuda es la solicitud de asistencia a persona o institución para consultar sobre problemas por el consumo de alcohol u otras sustancias (Belló et al., 2008), la búsqueda de ayuda temprana y por lo tanto una exposición temprana a los servicios de atención puede alterar la progresión del consumo y

prevenir las consecuencias desfavorables del mismo (Bhochhibhoya et al., 2015; Ronzani et al., 2019).

Desde diversos enfoques se han elaborado instrumentos para identificar variables relacionadas con la búsqueda de ayuda por consumo de alcohol en universitarios. Algunos de ellos han abordado el estigma por la búsqueda de ayuda psicológica (Cellucci et al., 2006; Vogel et al., 2006), la disposición a buscar ayuda (Lowinger, 2012), la probabilidad de participar en diversas opciones de tratamiento (Buscemi et al., 2010), o las barreras y recursos para la búsqueda de ayuda (Salazar-Garza et al., 2020).

La búsqueda de ayuda se ha tratado de vincular a diversas variables sin embargo estos vínculos no se han estudiado bajo un modelo teórico unificado (Salazar-Garza et al., 2020). Las teorías explican cómo funciona un constructo (por ejemplo, el comportamiento o rasgo a evaluar), de esta manera la teoría especifica los subtemas que deben estudiarse para que un constructo sea debidamente representado (White et al., 2018), como se había mencionado anteriormente, el constructo de intención de búsqueda de ayuda se refiere a un plan pensado para realizar el esfuerzo de comunicar un problema con el objetivo de obtener apoyo para reducir el malestar personal, al respecto los mismos autores refieren que la Teoría de la Acción Planificada (TAP, Ajzen, 1991) abarca los aspectos de la definición mencionada, por ejemplo, la TAP incluye a la actitud como predictor de la intención, siendo que la definición sugiere que los ítems debieran medir las actitudes hacia el problema y hacia la búsqueda de ayuda para esa problemática en particular, por otro lado las normas sociales son compatibles con el aspecto de la definición del concepto de búsqueda de ayuda en torno a que las percepciones de los otros podrán influir en la voluntad de una persona para hablar sobre su experiencia, por otro lado el control conductual percibido incluye la percepción de las barreras a la atención y la capacidad para trascender dichos obstáculos lo que impactará en el esfuerzo que un sujeto esté dispuesto

a invertir en la búsqueda de ayuda, por lo que identifican a la TAP como un modelo completo de utilidad para estudiar la intención de búsqueda de ayuda (White et al., 2018).

3.6. Búsqueda de Ayuda Desde la Teoría de la Acción Planificada

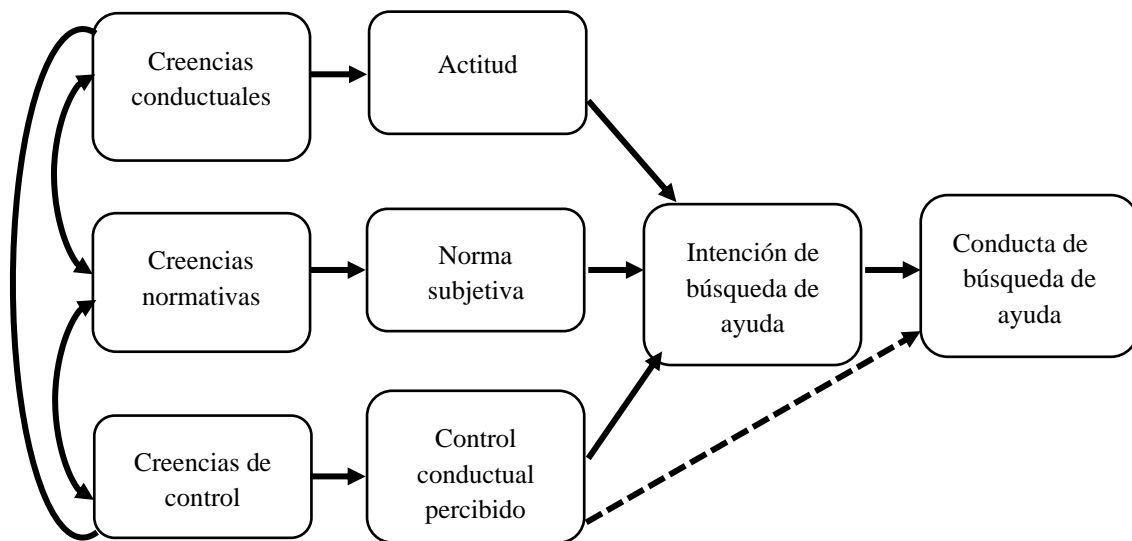
La TAP está respaldada fuertemente por evidencia empírica (Armitage & Conner, 2001; Cooke & French, 2008), es altamente precisa para predecir intenciones de realizar comportamientos de diferentes tipos a partir de los elementos que la componen: actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido (Ajzen, 1991). La TAP es una reformulación de la Teoría de la Acción Razonada (TAR, Ajzen & Fishbein, 1980) donde se incluye el constructo control conductual percibido el cuál guarda semejanza con el concepto de autoeficacia (Ajzen, 1991), ambos conceptos se refieren a la habilidad percibida para realizar una conducta determinada (Bandura, 1982). La TAP ofrece un marco conceptual conveniente, sus constructos permiten la comprensión de comportamientos concretos en contextos particulares; además las creencias subyacentes pueden revelar los elementos que incitan a una persona a participar en el comportamiento de interés o a elegir una trayectoria diferente (Ajzen, 1991).

La TAP explica que las conductas humanas se encuentran guiadas por las actitudes favorables o desfavorables hacia el comportamiento, estas actitudes están formadas por las creencias de comportamiento que a su vez se conforman por creencias sobre los resultados probables del comportamiento y la evaluación de estos resultados; la norma subjetiva se compone de las creencias sobre las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir, a lo que se llama creencias normativas; el control conductual percibido se integra por las creencias de control, éstas son las que facilitan o dificultan la realización de un comportamiento y el poder percibido de esas creencias (Ajzen, 1991), siguiendo este modelo la conducta de búsqueda de ayuda estaría precedida por la intención, que a su vez sería precedida por las actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido (estos tres

constructos precedidos por las creencias base que los conforman) como se puede observar en la Figura 2.

Figura 2

Modelo de la conducta de búsqueda de ayuda desde la Teoría de la Acción Planificada



De acuerdo con la literatura, un predictor de la búsqueda de tratamiento en materia de salud mental (Rickwood et al., 2005) y en el alcoholismo, es la búsqueda de ayuda previa (Finney & Moos, 1995). Freyer et al., (2007) encontraron que las personas que habían utilizado ayuda en el pasado tendieron más a asistir a grupos de autoayuda, a entrar a programas de desintoxicación y a recibir tratamiento ambulatorio, los autores trabajaron con un espectro amplio de consumidores, pero recomendaron estudiar poblaciones de consumidores de riesgo o perjudiciales para contar con referentes empíricos para diseñar intervenciones tempranas y oportunas. En los instrumentos de medición basados en la TAP puede agregarse un elemento sobre el comportamiento pasado para optimizar la predicción de intenciones y acciones (Ajzen, 2002b; Hagger et al., 2018).

3.6.1. *La Actitud*

La evaluación favorable o desfavorable de un comportamiento particular corresponde a la actitud hacia el comportamiento (Ajzen, 1991). Para lograr explicar el comportamiento humano, además de predecir la conducta, la TAP sostiene que las creencias son los antecedentes de las actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido, en este sentido el comportamiento es una expresión de las creencias destacadas acerca de un comportamiento, las personas pueden tener diversas creencias sobre un comportamiento, pero sus intenciones y acciones serán impulsadas por las creencias sobresalientes (Ajzen, 1991).

En el caso de las actitudes, las creencias conductuales son las que las preceden, esas creencias se forman en torno al objeto de actitud, asociando este objeto a ciertos atributos, cada creencia asocia el comportamiento a un resultado específico o a otro atributo como el costo por la realización del comportamiento, de esta manera los atributos asociados al comportamiento serán valorados positiva o negativamente, de esta manera se conforma la actitud hacia el comportamiento, los seres humanos desarrollan actitudes favorables cuando creen que obtendrán consecuencias deseables y forman actitudes desfavorables a acciones asociadas a consecuencias desagradables (Ajzen, 1991). Bajo un modelo de expectativa-valor, la actitud sería el resultado de la combinación multiplicativa de las creencias y la valoración de estas, como se observa en la siguiente ecuación:

$$Actitud = \sum_{1}^{n} Creencias_n \times Valor\ de\ las\ creencias_n$$

Como se mencionó anteriormente, las personas pueden tener múltiples creencias en relación a un comportamiento, sin embargo, la intención y la acción serán generadas a partir de creencias sobresalientes, para elaborar instrumentos fiables de acuerdo con la TAP es recomendable obtener las creencias destacadas de la población objetivo por medio de un estudio piloto con una muestra representativa, de esta manera se garantiza que las creencias

que conformarían los constructos de la TAP están sustentadas empíricamente y serían de gran valor para diseñar intervenciones a partir de las mismas (Ajzen, 1991; Ajzen, 2019).

Respecto a la conducta de búsqueda de ayuda, desde la TAP se han llevado a cabo estudios para predecir la búsqueda o retención en tratamiento de pacientes con trastorno por uso de sustancias (Kelly et al., 2011; Kelly et al., 2016; Kleinman et al., 2002; Vederhus et al., 2015; Zembre et al., 2021). Codd y Cohen (2003), trabajaron desde la Teoría de la Acción Razonada, con jóvenes universitarios, encontrando que la actitud y la norma subjetiva predijeron el 12% de la varianza de la intención de búsqueda de ayuda por problemas con el uso del alcohol.

3.6.2. La Norma Subjetiva

El segundo predictor de la TAP es la norma subjetiva (NS), este factor captura las influencias sociales, se describe como la presión social que percibe la persona para realizar la conducta, la norma subjetiva está conformada por las creencias normativas, estas creencias indican la probabilidad de que figuras importantes para la persona (ya sean individuos o grupos) aprueben o no la realización de una determinada acción; la norma subjetiva se puede expresar por medio de la siguiente fórmula, donde la fuerza de cada creencia normativa se multiplica por la motivación del sujeto para cumplir con el referente (Ajzen, 1991).

$$Norma\ subjetiva = \sum_1^n Creencias\ referentes_n \times Importancia\ de\ referentes_n$$

La TAP tiene la flexibilidad de agregar otros elementos normativos adicionales para mejorar su poder predictivo, al respecto se puede mencionar la norma moral o norma personal, la cual se refiere al sentimiento de responsabilidad personal para realizar o no un comportamiento, es entendible que en ciertos contextos sea de utilidad evaluar dicho factor (Ajzen, 1991; Rivas et al., 2009); otro elemento es la norma descriptiva, ésta muestra lo que las personas hacen en determinadas circunstancias sin tomar en cuenta la aprobación, por otro

lado la norma inductiva es aquella que indica lo que debe hacerse en un contexto específico, y que se percibe como conducta aceptada por otros individuos (Rivis et al., 2009).

En el estudio de la conducta de búsqueda de ayuda en jóvenes universitarios con abuso de alcohol, Codd y Cohen (2003) desde la Teoría de la Acción Razonada (precursora de la TAP), encontraron que las actitudes y la norma subjetiva predijeron la intención de búsqueda de ayuda, por lo que recomendaban que las intervenciones se centraran en incentivar un entorno normativo que favoreciera la búsqueda de ayuda y abordar las actitudes hacia la misma. Por otro lado, la norma subjetiva no predijo la asistencia a tratamiento posterior a desintoxicación de drogas y alcohol (Kelly et al., 2016), también la NS ha tenido relaciones más débiles con la intención de buscar ayuda en servicios de salud mental de jóvenes universitarios (Aldalaykeh et al., 2019).

3.6.3. El Control Conductual Percibido

La percepción de control conductual percibido (CCP) está conformada por las creencias de control las cuáles se refieren a la presencia de factores que puedan facilitar o no la realización de un comportamiento determinado. El control conductual percibido modera los efectos de la actitud hacia el comportamiento y la norma subjetiva sobre la intención. Si el control conductual percibido es fuerte y la actitud y norma subjetiva son favorables, más fuerte será la intención de una persona de realizar determinada acción, al existir el grado de control adecuado, es decir que se presenten las condiciones adecuadas, se prevé que la persona lleve a cabo el comportamiento (Ajzen, 2019).

El constructo de control conductual percibido es similar al de autoeficacia de Bandura (1982), puesto que ambos se refieren a la capacidad percibida de realizar un determinado comportamiento o secuencia de comportamientos (Ajzen, 2002a), la evidencia empírica ha mostrado que el concepto de control conductual percibido al evaluarse puede integrarse de dos componentes: autoeficacia, que se encarga de medir la facilidad o dificultad para realizar una

acción y controlabilidad, que mide la realización de la conducta que depende del sujeto. El control conductual percibido es el constructo general compuesto de la autoeficacia y controlabilidad en un nivel inferior, ello implica que al medirlo puedan incluirse elementos que evalúen la autoeficacia y la controlabilidad, podrán agregarse todos los elementos, medir el control conductual percibido solamente o la autoeficacia y controlabilidad, dependiendo de los objetivos de la investigación (Ajzen, 2002a).

3.6.4. La Intención

La intención de realizar un comportamiento es definida como el tratar de llevar a cabo un comportamiento en particular, por lo que difiere de la ejecución del comportamiento real, las intenciones albergan las motivaciones que tienen influencia en un comportamiento, también son una expresión de la cantidad de esfuerzo que una persona planea ejercer para llevar a cabo una acción particular, hay que señalar que la ruta para que una intención se convierta en comportamiento es la de la voluntad, es decir, la conducta será elegida libremente por la persona lo que será potenciado si tiene los recursos y oportunidades (aspectos no motivacionales) necesarios para llevar a cabo la acción (Ajzen, 1991).

3.7. Estudios Empíricos Basados en la TAP

La Teoría de la Acción Planificada ha sido empleada para comprender la búsqueda de ayuda en salud mental, y ha sido favorecida como un óptimo enfoque para enmarcar el estudio de la búsqueda de ayuda, al respecto un estudio de revisión de alcance, tuvo como objetivo rastrear la literatura sobre TAP aplicada a la búsqueda de ayuda en salud mental en adultos mayores de 18 años; 49 estudios cumplieron con los criterios de selección para la revisión, los autores señalan que el primer artículo identificado dató de 1998, asimismo refieren un aumento de la literatura sobre este tema desde el año 2008, la mayoría de los estudios fueron de países occidentales de América del Norte y Europa, siendo los estudiantes universitarios y las muestras comunitarias las poblaciones objetivo más empleadas (Adams et al., 2022).

Siguiendo con el estudio de revisión mencionado, los autores concluyeron que existe una base de evidencia considerable en el empleo de TAP para predecir las intenciones de búsqueda de ayuda en salud mental, frecuentemente las actitudes y el control conductual percibido fueron predictores significativos de la búsqueda de ayuda, sólo seis estudios realizaron intervenciones basadas en la TAP las cuáles utilizaron las tecnologías digitales para impactar en la búsqueda de ayuda, por lo que el empleo de la TAP en el diseño de las intervenciones para fomentar la búsqueda de ayuda aún es escaso, de tal forma que existe la oportunidad de desarrollar y evaluar intervenciones basadas en la TAP que puedan ser efectivas para promover la búsqueda de ayuda y el acceso a los servicios de salud, empleando para ello diversos formatos de entrega que podrán ser empleados en poblaciones en riesgo, también reconocieron la necesidad de desarrollar instrumentos estandarizados basados en la TAP sobre la búsqueda de ayuda en salud mental, ya que la escasez de los mismos merma la confianza en la medición precisa de los constructos de la TAP (Adams et al., 2022).

En poblaciones universitarias se cuenta con evidencias del empleo de la TAP para predecir la intención de búsqueda de ayuda, por ejemplo, un estudio exploró los constructos de la TAP: actitud, norma subjetiva y control conductual percibido, e incluyeron en el modelo como predictores las condiciones de salud mental y el conocimiento sobre los servicios de salud, se encontró que las condiciones de salud mental graves predijeron una actitud negativa alta, menos aprobación percibida por los demás para buscar ayuda y menos control conductual percibido, por otro lado el conocimiento sobre los servicios de salud mental predijo indirectamente la intención de búsqueda de ayuda al contribuir al control conductual percibido, los autores mencionaron que las variables TAP brindaron información para comprender el comportamiento de búsqueda de ayuda de los estudiantes y pueden ser de utilidad para sistematizar los servicios de salud mental, recomiendan el desarrollo y aplicación de programas psicoeducativos que incrementen las actitudes favorables, reduzcan el estigma y aumenten el

control conductual percibido de los jóvenes promoviendo y dando a conocer los servicios de salud mental disponibles para esta población (Lee & Shin, 2022).

Otro estudio que tuvo el objetivo de emplear un modelo modificado basado en la TAP para estudiar las intenciones y comportamientos de estudiantes universitarios chinos con problemas psicológicos en la búsqueda de ayuda profesional, también encontró que el modelo TAP puede explicar efectivamente las intenciones y comportamientos de búsqueda de ayuda profesional de los estudiantes, recomendado diseñar estrategias de intervención con dichos resultados para mejorar intención y comportamiento de búsqueda de ayuda en los universitarios (Pan & Hao, 2022). Otro estudio tuvo como objetivo emplear un modelo de la TAP extendido (E-TAP) para predecir la intención de utilizar ciberconsejería en adolescentes, este modelo incluía las variables adicionales de actitud hacia el internet y la autoeficacia informática, el E-TAP general explicó el 29.8% de la varianza en la intención de usar ciberconsejería, siendo la norma subjetiva el predictor más fuerte, al que siguieron el control conductual percibido y la actitud, la actitud hacia el internet predijo la actitud y la autoeficacia predijo el control conductual percibido, el estigma social no tuvo un efecto significativo en la norma subjetiva, los autores concluyeron que el E-TAP fue un modelo eficiente para explicar la intención del uso de la ciberconsejería, y demostró la influencia de la norma social percibida en este tipo de intención (Teo et al., 2020).

En el contexto de problemas con el uso de sustancias, también se ha empleado la TAP para predecir la asistencia posterior a grupos de autoayuda, los investigadores de un estudio desarrollaron un cuestionario de TAP basado en los directrices de Ajzen. El comportamiento objetivo, fijado por los investigadores, era asistir por lo menos a dos reuniones de grupo de autoayuda por mes durante los 6 meses siguientes a la desintoxicación, en sus resultados encontraron que las actitudes, la norma moral y el control conductual percibido, pero no la norma subjetiva, fueron determinantes significativos de la intención de asistir al menos dos

reuniones mensuales en grupo de autoayuda en el período de seguimiento. La intención predijo significativamente el comportamiento. El comportamiento pasado fue completamente mediado por los componentes de TAP de primer orden en la explicación de la variación en la intención. El estudio mostró que el cuestionario TAP facilitó de manera importante la identificación de factores que podrían explicar la intención de participar en grupos de autoayuda después de desintoxicación (Vederhus et al., 2015).

Desde la Teoría de la Acción Razonada (TAR), se realizaron tres estudios para evaluar la intención de buscar servicios psicológicos profesionales para problemas con el abuso de alcohol de jóvenes universitarios, los autores encontraron que la actitud y la norma subjetiva contribuyeron de manera significativa en la predicción de la intención de buscar ayuda, sin embargo al nivel de creencias, las creencias de resultados y las creencias normativas no predijeron la intención, la TAR representó el 12% de la varianza de la intención de buscar ayuda. Desde entonces los autores recomendaron emplear la TAP como la extensión de la TAR, al incluir el control conductual percibido, el cual referían podría ayudar a explicar la varianza en la intención de búsqueda de ayuda en jóvenes con problemas con el uso de alcohol, puesto que la creencia de los jóvenes acerca de no tener control para buscar ayuda psicológica podría predecir su disposición o no a buscar tratamiento (Codd & Cohen, 2003).

Como ha podido observarse la TAP es un marco teórico importante en las ciencias sociales y del comportamiento, y cuenta con evidencia que la respalda, ha sido útil para predecir las intenciones de búsqueda de ayuda en materia de salud mental, donde las actitudes y el control conductual percibido se han revelado como factores con suficiente evidencia empírica como influyentes en la intención de las personas para buscar ayuda o no, las normas subjetivas han tenido una contribución a la intención menos consistente, lo cual podría deberse a las diferencias sociales y culturales, por ejemplo las culturas occidentales suelen ser más individualistas y podrían tener menos influencia del factor social de la TAP, asimismo se

requieren instrumentos de evaluación confiables, consistentes y válidos de las variables de la TAP para consolidar las conclusiones de la función explicativa de la TAP en contextos actuales (Adams et al., 2022; Teo et al., 2020). En el siguiente apartado de estudios empíricos la TAP se muestra como el hilo conductor a partir del cual se realizaron la propuesta de evaluación de búsqueda de ayuda en jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y una intervención breve para prevenir con consumo riesgoso de alcohol en población universitaria y promover la búsqueda de ayuda.

SECCIÓN II: ESTUDIOS EMPÍRICOS

**CAPÍTULO 4. ESTUDIO 1. CREENCIAS DE COMPORTAMIENTO,
NORMATIVAS Y DE CONTROL ACCESIBLES EN LA INTENCIÓN DE
BÚSQUEDA DE AYUDA DE JÓVENES UNIVERSITARIOS CON CONSUMO DE
RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL**

CAPÍTULO 4. ESTUDIO 1. CREENCIAS DE COMPORTAMIENTO, NORMATIVAS Y DE CONTROL ACCESIBLES EN LA INTENCIÓN DE BÚSQUEDA DE AYUDA DE JÓVENES UNIVERSITARIOS CON CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL

Este estudio fue publicado en:

Revista:	Health and Addictions/Salud y Drogas (ISSN: 1578-5319/ISSNe 1988-205X)
Título:	Creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol.
Autores:	Romero Reyes, D., Moriano, J. A., & Ybarra, J. L.
Año:	2021
Volumen:	21
Páginas:	164-181
Doi:	https://doi.org/10.21134/haaj.v21i2.624
Indexada en:	<u>Scopus</u> SJR Developmental and Educational Psychology (Q4) Health (social science) (Q4) Psychiatry and Mental Health (Q4) Neuropsychology and Physiological Psychology (Q4)

... «conocer una vida no es bastante, ni conocer todas las vidas es necesario, verás, hay que desentrañar, rascar a fondo y como en una tela las líneas ocultaron, con el color, la trama del tejido, yo borro los colores y busco hasta encontrar el tejido profundo, así también encuentro la unidad de los hombres» ...

Pablo Neruda (1954)

4.1. Introducción

Previamente a la implementación de una intervención universal primaria o secundaria que tenga el objetivo de disminuir el consumo de alcohol de jóvenes universitarios, pueden existir una serie de factores que promuevan o dificulten la conducta de buscar ayuda. La búsqueda de ayuda se refiere a la demanda de atención o solicitud de ayuda a una institución o persona para consultar sobre problemas relacionados con la ingesta de bebidas alcohólicas (Belló et al., 2008). La búsqueda de ayuda está influenciada por características individuales, expectativas y creencias culturales arraigadas sobre los roles sociales (Guerrero et al., 2016).

En América Latina y el Caribe en un estudio realizado en 33 países de esta región se encontró que el consumo excesivo de alcohol fue más prevalente en el grupo de edad de 18 a 39 años, pero el comportamiento de búsqueda de ayuda presentó bajas prevalencias durante 2019 y 2020 (Monteiro et al., 2020). Por otro lado, una revisión sistemática sobre la conducta de búsqueda de ayuda en línea en jóvenes con problemas de salud mental, mostró que la falta de conocimientos sobre la salud mental y la preocupación sobre la confidencialidad de los recursos en línea fueron los obstáculos para la búsqueda de ayuda, sin embargo también se encontró que la privacidad, inclusividad, el fácil acceso y la percepción sobre el proceso de búsqueda de ayuda fueron las ventajas de buscar ayuda en línea, por lo que los autores recomendaron el empleo de los recursos en línea como complemento de la búsqueda de ayuda tradicional (Pretorius et al., 2019).

Se han llevado a cabo diversos esfuerzos por identificar variables relacionadas con la búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con problemas relacionados con el alcohol. Por ejemplo, en Estados Unidos de América, un estudio identificó que las actitudes positivas, un menor estigma percibido y una mayor autoeficacia incrementaron la búsqueda de ayuda (Cellucci et al., 2006). En Portugal, un estudio encontró que el estigma personal y percibido sobre el abuso de alcohol, la exposición al problema y su reconocimiento fueron predictores de la búsqueda de ayuda en jóvenes (Loureiro, 2013).

Otro estudio dio seguimiento a alumnos universitarios estadounidenses con trastornos por uso de alcohol y marihuana durante tres años, donde sólo el 3% de 548 casos percibió la necesidad de buscar ayuda. En dicho estudio la búsqueda de ayuda fue baja, pero elevada significativamente entre las personas que percibieron una necesidad y experimentaron presión social de los padres, amigos u otras personas; los recursos a los que tuvieron acceso para solicitar ayuda fueron programas educativos, profesionales de la salud y programas de autoayuda basados en los 12 pasos. Los autores, con base en estos resultados, señalaron la necesidad de promulgar políticas universitarias que incrementen la disponibilidad a una gama de servicios, intervenciones breves e innovadoras incluyendo los servicios impartidos en formato virtual (Caldeira et al., 2009).

Otro trabajo sobre el historial de búsqueda de ayuda y la probabilidad de utilizar recursos de búsqueda de ayuda por problemas con el alcohol en universitarios estadounidenses, encontró que la mayor discrepancia en el ideal de sí mismo, un mayor número de consecuencias por el consumo de alcohol y más síntomas depresivos se asociaron positivamente con la búsqueda de ayuda en el pasado; la discrepancia normativa y los problemas relacionados con el alcohol se asociaron de manera negativa con la probabilidad hipotética de emplear recursos para buscar ayuda. Además, los estudiantes prefirieron buscar ayuda de manera informal (por ejemplo, hablar con amigos y familiares) y se mostraron interesados por usar recursos

anónimos como programas a través de internet (Buscemi et al., 2010). Otro estudio también realizado en Estados Unidos reportó que los estudiantes universitarios se encontraban significativamente menos dispuestos a pedir ayuda por problemas relacionados con el alcohol en comparación con buscar ayuda por problemas con otras drogas; la percepción de gravedad del problema fue menor para el alcohol que para otras drogas, además las mujeres se mostraron con mayor disposición a pedir ayuda por problemas relacionados con el alcohol que los hombres (Lowinger, 2012).

En México, desde un enfoque cuantitativo se desarrollaron dos escalas para evaluar las barreras y recursos ambientales relacionados con la búsqueda de ayuda en estudiantes con consumo excesivo de alcohol. Los resultados no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones de las escalas, sin embargo, si reportaron que los estudiantes con un consumo más perjudicial de alcohol se localizaron en mayor medida en ambientes donde se bebe en exceso y donde se les podría juzgar por pedir ayuda, estos jóvenes también presentaron un bajo apoyo social de sus padres y amigos. Si bien las escalas exploraron variables de tipo ambiental relacionadas con la búsqueda de ayuda (Salazar-Garza et al., 2020), aún quedan variables de tipo individual que examinar, por ejemplo, la actitud, la percepción de presión social, el control conductual percibido, la autoeficacia e intención para solicitar ayuda, que como se mencionó en los capítulos anteriores, estos factores son antecedentes de la conducta (Ajzen, 2019).

Vista la diversidad de estudios que han abordado múltiples variables asociadas a la búsqueda de tratamiento, algunos autores ya planteaban la necesidad de trabajar desde un modelo teórico parsimonioso e integrador que facilitara el análisis entre pocas categorías, por lo que recomendaron emplear la Teoría de la Acción Planificada (TAP) para estudiar la búsqueda de ayuda (Codd & Cohen, 2003). La TAP ha sido empleada para comprender diversos comportamientos y sus constructos pueden ser la base para diseñar, desarrollar e

implementar intervenciones que resulten efectivas (Ajzen, 1991). Para la TAP las conductas humanas se guían por las actitudes favorables o desfavorables hacia el comportamiento las cuáles a su vez están conformadas por las creencias de comportamiento (creencias sobre los resultados probables del comportamiento y las evaluaciones de estos resultados); la norma subjetiva se integra de las creencias sobre las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir con dichas expectativas (creencias normativas); el control conductual percibido se integra por las creencias de control, las cuáles facilitan o impiden una determinada conducta (Ajzen, 2019); así mismo el control conductual percibido puede desglosarse en dos subdimensiones: la controlabilidad y la autoeficacia (Ajzen, 2002a). Para identificar las creencias de comportamiento, normativas y de control se recomienda realizar investigación previa que permita elicitación de las creencias individualmente destacadas para la población investigada, lo que podrá contribuir a conformar, en una etapa posterior, instrumentos de evaluación con una sólida base empírica que coadyuve a la confiabilidad y validez de las escalas (Ajzen, 2019).

A partir de la TAP se han realizado investigaciones para analizar la búsqueda de tratamiento futuro después de recibir desintoxicación en hospitales (Kelly et al., 2011; Kelly et al., 2016; Kleinman et al., 2002; Vederhus et al., 2015) o en pacientes ambulatorios de un programa público (Zemore et al., 2021). Estos trabajos han tenido la limitante de centrarse en muestras de pacientes con trastornos por uso de sustancias, emplear datos retrospectivos y tomar la entrada a tratamiento hospitalario como una manera de búsqueda de ayuda, además, no examinaron las creencias subyacentes a la actitud, norma subjetiva y control conductual percibido. La importancia de realizar este trabajo previo de examinar dichas creencias radica en que precisamente éstas son los determinantes psicológicos de la conducta, para lo cual Ajzen (2019) sugiere acceder a ellas preguntando abiertamente a los participantes sobre el comportamiento estudiado. Identificar las creencias individualmente sobresalientes sobre la

búsqueda de ayuda en jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es crucial para alterar la intención o el comportamiento de búsqueda de ayuda en futuras intervenciones (Ajzen, 2019). Por lo tanto, este estudio tuvo siguientes objetivos: (1) Identificar las creencias individualmente sobresalientes (creencias de comportamiento, normativas y de control) sobre la búsqueda de ayuda en jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol; (2) Comparar las diferencias sobre la intención de búsqueda de ayuda según la presencia o ausencia de cada creencia sobresaliente; (3) Conocer las diferencias de sexo en la intención de buscar ayuda; (4) Describir la relación entre sexo y creencias conductuales, normativas y de control accesibles.

4.2. Método

4.2.1. Diseño y Participantes

Se trabajó desde un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, descriptivo, correlacional, *ex post facto* (Montero & León, 2007). La muestra quedó integrada por conveniencia por 114 participantes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, estudiantes de una universidad pública del noreste de México, que cursaban las carreras de trabajo social, psicología y nutrición, 57,9% refirieron ser del sexo masculino y 42,1% del sexo femenino, la media de edad fue de 21,48 (DE=2,73) (Ver Tabla 3). Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: (a) Ser mayor de edad (mayor de 18 años); (b) participación voluntaria en el estudio; (c) obtener un puntaje ≥ 8 en la prueba AUDIT.

Tabla 3*Características sociodemográficas de la muestra*

Características	Frecuencia	Porcentaje	Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo			Sostén económico		
Hombre	66	57,9%	Padres	96	84,2%
Mujer	48	42,1%	Cónyuge	2	1,8%
Estado civil			El mismo	12	10,5%
Soltero	107	93,9%	Otros	4	3,5%
Casado	3	2,6%	Ingreso mensual familiar		
Unión libre	3	2,6%	< de 2 salarios mínimos	55	48,2%
Separado	1	0,9%	De 2 a 3 salarios mínimos	31	27,2%
Procedencia			De 4 a 5 salarios mínimos	13	11,4%
Local	88	77,2%	De 6 a 7 salarios mínimos	3	2,6%
Foráneo	26	22,8%	De 8 a 9 salarios mínimos	1	0,9%

La prevalencia de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de este estudio fue similar al 11,1% reportado por (Díaz Martínez et al., 2008), sin embargo, fue menor que lo encontrado en otras muestras con estudiantes (Armendáriz García et al., 2014; García et al., 2016) quienes alcanzaron un 26,2% y un 20,1% de consumo de riesgo en estudiantes de México y España respectivamente. En los tres estudios que se mencionaron se empleó el AUDIT para evaluar el consumo riesgoso de alcohol, sin embargo esta muestra presentó un promedio de edad (20,2 años, DE=2,56), ligeramente menor que el reportado por el estudio de Armendáriz et al. (2014) quienes tuvieron mayor participación de jóvenes de entre 17 a 20 años, lo cual pudo haber contribuido en la diferencia encontrada respecto a participantes con consumo de riesgo del alcohol, pese a que en otros aspectos los estudios tuvieron similitudes, por ejemplo, se empleó el mismo punto de corte (8) en el AUDIT y que la muestra estuvo mayormente compuesta por hombres.

4.2.2. Instrumentos

4.2.2.1. Ficha de Datos Sociodemográficos. Integrada por 10 ítems, construida *ad hoc* para recabar datos sociodemográficos de la muestra como son la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, sostén económico e ingreso mensual familiar.

4.2.2.2. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Saunders et al., 1993). Instrumento de pesquizaje de uso internacional para identificar los rangos de riesgo del consumo de alcohol. Está integrado por 10 ítems que evalúan el consumo reciente de alcohol, es un instrumento de evaluación breve y flexible. La puntuación máxima que puede obtenerse a través del mismo es de 40 puntos, un puntaje mayor a 8 revela la presencia de un consumo riesgoso y dañino de alcohol. Ha sido empleado en investigaciones en el nivel de atención primaria y en estudios epidemiológicos para identificar la prevalencia del consumo de alcohol en población general y grupos específicos (Babor et al., 2001). En población mexicana cuenta con un Alpha de Cronbach de 0,87 (Medina-Mora et al., 1998). En el estudio actual el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,86, por lo que la consistencia interna de este instrumento fue aceptable.

4.2.2.3. Cuestionario para Identificar Creencias de Comportamiento, Normativas y de Control Accesibles sobre la Intención de Solicitar Ayuda en Jóvenes con Consumo Riesgoso y Dañino de Alcohol. Creado por los investigadores con el objetivo de identificar las creencias de comportamiento, normativas y de control subyacentes a la intención de buscar ayuda, basándose en las indicaciones de Ajzen (2019) para la identificación de creencias personales accesibles por medio de elicitación de respuestas al planteamiento de preguntas abiertas sobre el comportamiento de interés. Se trata de un cuestionario piloto que funge como investigación previa a la conformación de otro instrumento estándar.

El instrumento actual se conformó por 9 preguntas abiertas (ver anexo A), tres de ellas permitieron ubicar las creencias de comportamiento de la muestra: 1.- ¿Cuáles crees que son las ventajas de buscar ayuda por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?, 2.- ¿Cuáles crees que son las desventajas de buscar ayuda por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?, 3.- ¿Hay algo más que asocies con buscar ayuda por tu consumo de alcohol? Las preguntas 4, 5 y 6 correspondieron a las creencias normativas: 4.- ¿Hay personas o grupos que aprueben que busques ayuda?, 5.- ¿Hay personas o grupos que desaprobaban que busques ayuda?, 6.- ¿Hay otros individuos o grupos que vienen a tu mente cuando piensas en buscar ayuda? Las creencias de control se evaluaron por medio de las preguntas: 7.- ¿Qué factores o circunstancias te permitirían buscar ayuda?, 8.- ¿Qué factores o circunstancias podrían dificultar que busques ayuda?, 9.- ¿Hay otros problemas que se te ocurran cuando piensas en la dificultad de buscar ayuda?

Posteriormente se elaboraron los marcos de codificación de cada pregunta para lo cual se tomaron al azar 30 de los cuestionarios aplicados a la muestra y se categorizaron las respuestas, por ejemplo: 1.- ¿Cuáles crees que son las ventajas de buscar ayuda por tu consumo de alcohol durante el próximo mes? a) dejar de beber, b) recibir apoyo, c) cuidar mi salud, d) tomar mejores decisiones, e) regular emociones, f) mejorar calidad de vida, g) aprender a regular el consumo. A continuación, una muestra del 20% de los instrumentos fue codificada por 2 investigadores independientes y sus respuestas fueron sometidas al estadístico Kappa de Cohen para determinar el índice de concordancia en su codificación de las respuestas. Se encontraron niveles de concordancia de moderados a sustanciales para cada ítem de la prueba: ítem 1 (k=,43), ítem 2 (k=,77), ítem 3 (k=,60), ítem 4 (k=,87), ítem 5 (k=,64), ítem 6 (k=,88), ítem 7 (k=,53), ítem 8 (k=,64), ítem 9 (k=,72). Estos hallazgos permitieron constatar que las creencias se codificaron de manera confiable (kappas aceptables para todos los ítems \geq ,40) (French & Cooke, 2012). La variable intención se midió por medio de un ítem:

¿Tengo la intención de buscar ayuda por mi consumo de alcohol durante el próximo mes? con cinco categorías de respuesta entre extremadamente improbable y extremadamente probable.

4.2.3. Procedimiento

Posterior al otorgamiento del permiso de los directivos de la institución educativa, se invitó a los estudiantes a participar en la investigación, aquellos que aceptaron participar acudieron al centro de cómputo de la institución para la aplicación de los instrumentos. El tamaño de la muestra se estimó tomando en cuenta la dificultad que representa acceder a los jóvenes con consumo de riesgo y problemático de alcohol, por lo que inicialmente se dispersó la batería de instrumentos en versión electrónica a 1135 alumnos universitarios de los cuáles 1007 aceptaron participar de manera voluntaria, (tasa de respuesta del 89%). De estos alumnos sólo 126 presentaron consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, es decir, presentaron una puntuación ≥ 8 en la prueba AUDIT, de estos alumnos solo 114 continuaron con el llenado de la batería y fueron quienes constituyeron la muestra final del estudio.

4.2.4. Análisis de Datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 21 para el análisis de los datos. Primeramente, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo: medias y frecuencias, lo que permitió identificar las creencias individualmente sobresalientes (primer objetivo del estudio). Después se aplicó la prueba Kolmogórov-Smirnov para contrastar la hipótesis de normalidad de la distribución de las variables creencias sobresalientes e intención y se encontró significancia ($p \leq 0,01$), por lo que se emplearon pruebas no paramétricas. Se utilizó la U de Mann Whitney para comparar las diferencias en la intención de búsqueda de ayuda de dos grupos: el grupo con la presencia de cada creencia conductual, normativa y de control y el grupo con ausencia de estas creencias (segundo objetivo del estudio). La U de Mann Whitney también se empleó para comparar la existencia de diferencias entre hombres y mujeres, en la intención de

buscar ayuda (tercer objetivo del estudio). El estadístico Chi², se usó para conocer la asociación entre sexo y creencias conductuales, normativas y de control accesibles (cuarto objetivo).

4.2.5. Consideraciones Éticas

Todos los participantes leyeron y aceptaron el consentimiento informado, donde se explicaron los objetivos del estudio y donde se especificó que los datos se emplearían solo con fines de investigación respetando su anonimato y confidencialidad, de esta manera los jóvenes accedieron a participar de manera libre y voluntaria en el estudio.

4.3. Resultados

Respecto a las creencias de comportamiento, la ventaja más frecuentemente mencionada sobre la búsqueda de ayuda por el consumo de alcohol fue recibir apoyo (20,2%). La desventaja más frecuentemente mencionada fue “ninguna” (28,9%), le siguió “pérdida de relaciones sociales por el tiempo invertido en la rehabilitación” (16,7%) (Ver Tabla 4.)

Tabla 4

Creencias conductuales sobre buscar ayuda

	Frecuencia	Porcentaje
Creencias conductuales positivas		
Recibir apoyo	23	20,2
Mejorar calidad de vida	19	16,7
No ve ventajas, no lo necesita (no se considera alcohólico)	18	15,8
Dejar de tomar	14	12,3
Tomar mejores decisiones, salir adelante, mejorar a futuro	11	9,6
Aprender a regular el consumo	11	9,6
Cuidar la salud (prevenir accidentes o enfermedad)	7	6,1
Otros	5	4,4
Regular emociones	3	2,6
Sin respuesta	3	2,6
Total	114	100

	Frecuencia	Porcentaje
Creencias conductuales negativas		
Ninguna	33	28,9
Pérdida de relaciones sociales	19	16,7
Recaer, mayor ingesta de alcohol	15	13,2
Prejuicios de la sociedad	11	9,6
Deficiente atención de las instituciones	9	7,9
No considera necesitar ayuda/no quiere dejar de tomar	6	5,3
Presentar ansiedad por tomar (síndrome de abstinencia/morir)	6	5,3
Sin respuesta	6	5,3
Otras	5	4,4
No sabe	4	3,5
Total	114	100
Otra asociación con buscar ayuda		
No	43	37,7
Salud mental y salud en general	17	14,9
Hablar con seres queridos	16	14,0
Problemas familiares (abusos sexuales)	11	9,6
Motivación	8	7,0
Sin respuesta	8	7,0
Otros	6	5,3
Grupos religiosos	3	2,6
Dolor causado por el consumo	2	1,8
Total	114	100

Las creencias normativas se conformaron con la información relativa a la existencia de grupos que aprobaran o desaprobaran la búsqueda de ayuda, sobre este aspecto el 27,2% mencionó a familiares (padres, hermanos, amigos cercanos, pareja) como grupos que aprobarían su búsqueda de ayuda. El 68,5% de los participantes refirieron no conocer grupos personas que desaprobaran la búsqueda de ayuda por consumo de alcohol. (Ver Tabla 5).

Tabla 5*Creencias normativas sobre buscar ayuda*

	Frecuencia	Porcentaje
Existencia de grupos que aprobarían la búsqueda de ayuda		
Si	32	28,1
No	31	27,2
Familiares (padres, hermanos), amigos, novia(o)	31	27,2
Grupos de ayuda en la ciudad	7	6,1
Sin respuesta	6	5,3
No sabe	4	3,5
Otros	3	2,6
Total	114	100
Existencia de grupos que no aprobarían la búsqueda de ayuda		
No	77	67,5
Amigos	10	8,8
Si	9	7,9
Las malas influencias u otras personas	6	5,3
Sin respuesta	6	5,3
No lo sabe	4	3,5
Otros	2	1,8
Total	114	100
Otros individuos que se piensan sobre buscar ayuda		
No	47	41,2
Familia y maestros cercanos	20	17,5
Amigos/compañeros de escuela	11	9,6
Otros	11	9,6
No especifica	10	8,8
Sin respuesta	8	7,0
Grupos de autoayuda	6	5,3
Perdidos	1	,9
Total	114	100

Sobre los factores que le permitirían o imposibilitarían buscar ayuda “perder el control” fue la respuesta más frecuente (21,7%). De los factores que podrían dificultar buscar ayuda, “ninguno” fue el más frecuente (25,4%), le siguió “desinterés” (14%). (Ver Tabla 6).

Tabla 6*Creencias de control sobre buscar ayuda*

	Frecuencia	Porcentaje
Factores que le permitirían buscar ayuda		
Perder el control, no poder dejar de tomar	26	22,8
Darme cuenta de las consecuencias negativas en mi vida	20	17,5
Contar con el apoyo socioeconómico de familia o instituciones	17	14,9
Ver afectada mi salud	15	13,2
Otros	10	8,8
Ninguno	9	7,9
Sin respuesta	9	7,9
Querer dejar de tomar (percibir que necesita la ayuda)	6	5,3
La falta de atención de mi familia	2	1,8
Total	114	100
Factores que le dificultarían buscar ayuda		
Ninguno	29	25,4
No encontrarle sentido a la vida	16	14
El entorno social (dificultades económicas y geográficas)	14	12,3
Por el prejuicio social (desprecio, que hablen de él)	11	9,6
Mi familia y amistades	11	9,6
Sin respuesta	10	8,8
Falta de apoyo (apoyo informativo, instrumental, emocional)	8	7
Por el alcoholismo (no hacer caso a la ayuda)	7	6,1
Otros	6	5,3
Falta de tiempo	2	1,8
Total	114	100
Otros problemas al pensar en buscar ayuda		
No	69	60,5
Sin respuesta	9	7,9
Religioso	8	7,0
Tomar la decisión	7	6,1
Económico	6	5,3
Evento vital estresante (enfermedad o pérdida de familiar)	5	4,4
Prejuicios de la sociedad	5	4,4
Falta de tiempo	4	3,5
Síndrome de abstinencia	1	,9
Total	114	100

La media en la intención de buscar ayuda fue de $M=2,96$ ($DE=2,02$) en una escala de 0 a 4. A través de la prueba U de Mann Whitney se compararon las diferencias sobre las

puntuaciones de la intención de buscar ayuda, conforme a la presencia o ausencia de cada creencia conductual, normativa y de control, en el análisis no se integraron las respuestas ambiguas o que no brindaran información clara y consistente (por ejemplo, “sin respuesta”, “otros”, “ninguno”). De todos los grupos de creencias se encontró que aquellos participantes con la creencia conductual de aprender al regular el consumo presentaron una intención de buscar ayuda significativamente mayor ($U=365,5$, $p=0,04$) que los que no la presentaban (ver Tabla 7). Con relación al sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre la intención de buscar ayuda entre hombres y mujeres ($U=1577$, $p=,96$) (ver Tabla 8).

Tabla 7

Diferencias en la intención según presencia/ausencia de creencias conductuales

Categoría	Grupo	n	Intención		
			RP	SR	U (p)
Dejar de beber	Si	14	57,1	800,5	695,5 (,96)
	No	100	57,5	5754,5	
Recibir ayuda	Si	21	60,5	1271,5	912,5 (,62)
	No	93	56,8	5283,5	
Cuidar la salud	Si	7	73,8	517	260 (,15)
	No	107	56,4	6038	
Tomar mejores decisiones	Si	13	64,2	835,5	568,5 (,40)
	No	101	56,6	5719,5	
Regular las emociones	Si	3	43	129	123 (,41)
	No	111	57,8	6426	
Mejorar calidad de vida	Si	20	54,9	1099,5	989,5 (,69)
	No	94	58,0	5455,5	
Aprender a regular el consumo	Si	11	75,7	833,5	365,5 (,04*)
	No	103	55,5	5721,5	

Nota: Grupo = Grupo con/sin creencias; RP = Rango promedio; SR = Suma de rangos; n = 114, * $p<,05$.

Tabla 8*Diferencias de sexo en la intención de buscar ayuda*

	Categoría	N	Intenciones		
			RP	SR	U (p)
Sexo	Masculino	66	57,61	3802	1577
	Femenino	48	57,35	2753	(,966)

Nota: Grupo = RP = Rango promedio; SR = Suma de rangos; n = 114, *p<,05.

Se identificó una relación estadísticamente significativa entre sexo (masculino/femenino) y la creencia conductual positiva de aprender a regular el consumo ($X^2(1) = 4,683$, $p < 0,05$). También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre sexo (masculino/femenino) y la creencia conductual negativa prejuicios de la sociedad ($X^2(1) = 5,444$, $p < 0,05$). En esta muestra las mujeres presentaron ,238 veces más el riesgo de tener la creencia aprender a regular el consumo en comparación con los hombres. Los hombres presentaron 8,39 veces más el riesgo de tener la creencia “prejuicios de la sociedad” en comparación con las mujeres (ver Tabla 9).

Tabla 9*Relación entre creencias conductuales y sexo*

		Valor	gl.	p	OR
CC+	Sexo* Aprender a regular el consumo				
	Chi2 Pearson	4,683	1	,030	0,23
CC-	Sexo* Prejuicios de la sociedad				
	Chi2 Pearson	5,444	1	,020	8,39

Nota: CC+= Creencia conductual positiva, CC-= Creencia conductual negativa; OR=

Riesgo de Odds; n = 114, *p<,05.

4.4. Discusión

Este estudio tuvo como objetivos identificar las creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles sobre la búsqueda de ayuda, comparar las diferencias sobre la intención de buscar ayuda según la presencia o ausencia de cada creencia, conocer las diferencias de sexo en la intención de buscar ayuda y describir la relación entre sexo y creencias individualmente sobresalientes sobre la búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol.

Sobre el primer objetivo, a nivel descriptivo, dentro de las creencias de comportamiento, la ventaja mencionada más frecuentemente sobre la búsqueda de ayuda por el consumo de alcohol fue recibir apoyo y como desventaja la pérdida de relaciones sociales por el tiempo invertido en la rehabilitación. Estas dos respuestas (ventajas/desventajas) sugieren la importancia de las relaciones sociales como creencias de comportamiento individualmente destacadas. En el rubro de las creencias normativas, donde se indagó sobre la existencia de grupos que aprobaran o desaprobaran la búsqueda de ayuda, la mayoría de los jóvenes mencionó a familiares (padres, hermanos, amigos cercanos, pareja) como grupos que apoyarían la búsqueda de ayuda por el consumo, similar a lo encontrado por (Carmona et al., 2015) quienes mostraron que la preocupación de otros por el consumo fue mayor entre quienes tenían intención de cambio y de búsqueda de ayuda. También parecido a lo manifestado por Eubanks Fleming (2016) quien expresa que la conducta de buscar ayuda por problemas relacionados con el alcohol está influida de manera importante por factores sociales. El papel de la familia representa el contexto inmediato de socialización del sujeto (Lloret-Irles, 2001), por tanto, es el principal elemento de prevención de consumo de sustancias, de esta manera si la conducta de consumo está influenciada por los modelos familiares (Sánchez et al., 2008) también la conducta de búsqueda de ayuda mantiene relación con el apoyo que proviene de la

familia (Buscemi et al., 2010; Caldeira et al., 2009; Méndez-Romero & González-Robledo, 2018; Salazar Garza et al., 2020).

Sobre las creencias de control (factores o circunstancias que le permitirían buscar ayuda), perder el control sobre el consumo fue la respuesta más frecuente como creencia de control positiva. Esta creencia coincide con uno de los criterios diagnósticos de los trastornos por uso de alcohol del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (APA, 2014) el cual se refiere al esfuerzo fracasado por controlar el consumo de alcohol. Dicha pérdida de control puede estar relacionada con la función ejecutiva del control inhibitorio, la cual actúa como un límite del comportamiento, que detiene una reacción automática ante un estímulo para poder responder reflexivamente. El déficit de control inhibitorio en universitarios se asoció a una mayor tendencia de consumo de alcohol y problemáticas sociales como tener accidentes en estado de intoxicación etílica y remordimientos por el consumo excesivo de alcohol (Cservenka & Brumback, 2017; Ramos et al., 2016; Weafer et al., 2021).

Como creencia de control negativa, el desinterés se mencionó como la creencia más frecuente dentro de los factores que podrían dificultar la búsqueda de ayuda. Este resultado es afín a lo reportado por la ENCODAT (Villatoro-Velázquez, 2017) donde los jóvenes de 26 a 34 años expresaron que considerar que no se tenía un problema fue la razón más frecuente para no asistir a consultar con un profesional por dificultades relacionadas con el consumo de alcohol. La intención de buscar ayuda en esta muestra fue moderada. En otro estudio con jóvenes universitarios se encontró también una baja intención de solicitar tratamiento, en concordancia con lo reportado por otros investigadores (Buscemi et al., 2010; Cood y Cohen, 2003; Conde et al., 2016; Lowinger, 2012).

En este estudio los jóvenes con la creencia conductual de aprender a regular el consumo de alcohol tuvieron una intención de buscar ayuda significativamente mayor que los que no la presentaban. Este dato es relevante desde el punto de vista de la salud pública, en específico

esta creencia sobre la regulación del consumo concuerda con los objetivos de las intervenciones breves, al buscar la reducción o abstinencia del consumo de alcohol (del Bosque Garza et al., 2012; Franco & Chávez, 2016). Por lo que puede ser importante proyectar este objetivo en la promoción de las intervenciones breves para universitarios, contexto en el que son necesarias, ya que diversos autores comunican la importancia de generar políticas universitarias que promuevan la disponibilidad de una serie de servicios de atención para los jóvenes que abusan del alcohol, incluyendo los formatos confidenciales a través de internet (Caldeira et al., 2009; Hingson et al., 2017; Lee & Shin, 2022; Tembo et al., 2017).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre la intención de buscar ayuda entre hombres y mujeres. Estos resultados difieren de lo reportado en México por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018), donde los varones presentaron mayor probabilidad de buscar ayuda por su consumo de alcohol que las mujeres, o lo contrastado con la conducta en sí de demandar tratamiento por el consumo problemático de alcohol, según lo reportado por el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD, 2021) donde los hombres buscaron tratamiento en mayor proporción que las mujeres. Los resultados de este estudio también difieren de lo expuesto por Lowinger (2012), quien señaló que, en su estudio con jóvenes universitarios, las mujeres estuvieron más dispuestas a pedir ayuda por su consumo de alcohol que los hombres. Sin embargo, estos resultados concuerdan con lo mostrado por Salazar-Garza et al., (2020), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las barreras y recursos ambientales para solicitar ayuda por su consumo de alcohol.

La creencia de aprender a regular el consumo tuvo una relación estadísticamente significativa con el sexo, siendo las mujeres quienes mostraron en mayor medida esta creencia. Desde hace varios años se ha observado un aumento en el consumo de las mujeres jóvenes, asimismo se ha documentado la mayor vulnerabilidad biológica y la más rápida progresión

desde los primeros consumos hasta la aparición de problemas por consumo de alcohol o la dependencia en comparación con los hombres (Míguez & Permuy, 2017). En esta línea se vuelve necesario el diseño de intervenciones tempranas con perspectiva de género. La disposición de aprender a regular el consumo como creencia asociada a la búsqueda de ayuda puede ser un elemento clave para la promoción de intervenciones breves, acercando esta población vulnerable a los programas de los que podría beneficiarse y alterar así la trayectoria del consumo perjudicial de alcohol hacia mejora de la calidad de vida.

La creencia acerca de la percepción de prejuicios de la sociedad tuvo una asociación estadísticamente significativa con el sexo, siendo los hombres quienes la presentaron en mayor proporción, lo cual puede sugerir que los hombres tienen más internalizado el prejuicio; que las mujeres de este estudio no consideraron su consumo como riesgoso o que lleguen a minimizar u ocultar su problema para evitar ser estigmatizadas (Soberanes & Piña, 2005).

Las limitaciones de este estudio fueron la dificultad para acceder a los jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y las características del muestreo que dificultan la generalización de resultados. Como conclusiones se puede resaltar la importancia de acceder a las creencias sobresalientes para la elaboración de estrategias de promoción de intervenciones breves en el contexto universitario. Puede ser de utilidad proyectar la creencia conductual de aprender a regular el consumo como una de las metas de las intervenciones breves para jóvenes, se sugiere incrementar la psicoeducación sobre los trastornos por uso de alcohol y favorecer la normalización del empleo de los programas preventivos, contribuyendo así a la disminución de los prejuicios y estigmatización, lo que más adelante podría impactar en el aumento de la intención y de la conducta de búsqueda de ayuda. Este estudio aporta evidencia sustentada en la TAP sobre las creencias subyacentes a la intención de búsqueda de ayuda por consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, lo que ayuda a comprender esta intención y conducta poco frecuente en esta población.

**CAPÍTULO 5. ESTUDIO 2. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE
INTENCIÓN DE BÚSQUEDA DE AYUDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
CON CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL.**

**CAPÍTULO 5. ESTUDIO 2. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE
INTENCIÓN DE BÚSQUEDA DE AYUDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
CON CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DE ALCOHOL.**

Este estudio fue publicado en:

Revista:	<i>Frontiers in Psychology (ISSN on line: 1664-1078)</i>
Título:	Development and validation of the Help-Seeking Intention Scale in university students with hazardous and harmful consumption of alcohol
Autores:	Romero Reyes, D., Moriano, J. A., & Ybarra, J. L.
Año:	2023
Volumen:	14
Páginas:	0-11
Doi:	https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1112810
Indexada en:	JCR Factor de impacto: 4.232 CiteScore 4.0 Q1(34/147; Multidisciplinary Sciences)

"Hay un número oculto en cada acto de la vida, en cada aspecto del universo, fractales, materia... hay un número que clama por decirnos algo"...

González Iñarritu (2003)

5.1. Introducción

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en estudiantes universitarios es un problema de salud pública (Charles et al., 2021; Davoren et al., 2016) que puede tener graves consecuencias en la vida de los adultos jóvenes (Krieger et al., 2018). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) establece que un patrón de consumo perjudicial de alcohol puede ser continuo o episódico, causando daños a la salud mental y física de esa persona y/o de otras personas allegadas (Basgaran et al., 2019). El consumo riesgoso y perjudicial de alcohol puede abordarse mediante intervenciones breves (Charlet & Heinz, 2017); sin embargo, en el contexto universitario, son pocos los jóvenes que buscan ayuda (Codd y Cohen, 2003; Cellucci et al., 2006; Caldeira et al., 2009; Lowinger, 2012). Ante esta situación, es importante realizar investigaciones sobre los factores psicosociales que predicen la búsqueda de ayuda.

Buscar ayuda para problemas de salud es un comportamiento planificado, el intento de solucionar el problema pasa por interactuar con un profesional sanitario (Cornally & McCarthy, 2011). Según Belló et al. (2008) la búsqueda de ayuda es la solicitud de asistencia de una persona hacia otra persona, profesional de la salud o institución para discutir problemas de consumo de alcohol. La búsqueda temprana de ayuda conduce a una exposición temprana a los servicios de atención médica que pueden alterar la progresión del uso y prevenir consecuencias desfavorables (Bhochhibhoya et al., 2015; Ronzani et al., 2019).

Se han desarrollado instrumentos desde diversos enfoques para identificar variables relacionadas con la búsqueda de ayuda por consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Algunos de ellos han abordado el estigma asociado con la búsqueda de ayuda psicológica

(Cellucci et al., 2006; Vogel et al., 2006), la voluntad de buscar ayuda (Lowinger, 2012), la probabilidad de participar en opciones de tratamiento (Buscemi et al., 2010), y las barreras y recursos para buscar ayuda (Salazar Garza et al., 2020). Ver Tabla 10.

Tabla 10
Escalas sobre búsqueda de ayuda

Nombre	Autor (año)	Objetivo	Estructura del cuestionario
Instrumento de Acción Razonada	Codd y Cohen (2003)	Evaluar Intención, Actitud, Norma Subjetiva, Creencias de Resultado y Creencias Normativas que influyen en la búsqueda de ayuda para el abuso de alcohol.	1 ítem para intención, 1 ítem con cinco opciones de respuesta que se promediaron para dar como resultado la actitud, 1 ítem para norma subjetiva, 18 ítems para creencias de resultado que se analizaron en torno a su valoración y probabilidad, 6 ítems para creencias normativas y 6 ítems para evaluar la motivación para cumplir, la multiplicación de estos ítems dio por resultado la Creencia normativa total.
Escala de Estigma Percibido	Cellucci et al. (2006)	La Medida de Estigma se combinó con la Escala de Estigma para recibir ayuda psicológica (Komiya et al., 2000) para identificar actitudes relacionadas con el estigma o barreras para buscar ayuda.	Compuesta de 10 ítems que identifican actitudes relacionadas con el estigma o barreras para buscar ayuda.
Escalas de Intención de buscar Ayuda (AICISHs)	Cellucci et al. (2006)	Identificar la disposición a buscar ayuda en problemas específicos relacionados con el consumo de alcohol.	Lista de problemas específicos relacionados con el abuso de alcohol, a través de una escala tipo Likert de 6 puntos, los participantes indican la probabilidad de buscar ayuda para cada problema de la lista.

Nombre	Autor (año)	Objetivo	Estructura del cuestionario
Escala de Autoestigma de búsqueda de ayuda	Vogel et al. (2006)	Medir el autoestigma por búsqueda de ayuda psicológica	Escala de 10 ítems que mide la percepción de que buscar ayuda profesional amenazaría la autoestima, satisfacción consigo mismo, confianza en sí mismo y en su valor como persona.
Formulario de Búsqueda de ayuda, necesidad de ayuda autopercebida y presiones sociales	Caldeira et al. (2009)	Conocer la búsqueda a ayuda real, la necesidad de ayuda autopercebida y las presiones sociales para obtener ayuda o tratamiento en universitarios. Para ello se adaptaron elementos de la Encuesta de Evaluación de Necesidades de Tratamiento del SAMHSA (McAuliffe et al., 1994) y la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Cuestionario de Salud (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2003)	1 ítem para la necesidad de ayuda autopercebida, 1 ítem para la presencia de presiones sociales para obtener tratamiento, 2 ítems para la búsqueda de ayuda real.
Medida de búsqueda de ayuda para problemas relacionados con el alcohol	Buscemi et al. (2010)	Evaluar la probabilidad hipotética de participar en 14 opciones de búsqueda de ayuda y la búsqueda de ayuda real en el pasado en cada una de estas opciones.	14 ítems sobre diferentes opciones de búsqueda de ayuda, cada elemento incluyó una pregunta sobre si el participante había explorado esa opción de búsqueda de ayuda en el pasado. La consistencia interna de la escala fue de 0,90.
Escala de Grado de Deficiencia (DIS)	Hsu y Alden (2008), adaptación de Lowinger (2012)	Evaluar percepciones de los estudiantes sobre la gravedad de los problemas de drogas y alcohol en: rutina diaria, trabajo, educación, hacer amigos, citas y actividades sociales, y disposición a buscar ayuda para cada problema.	6 ítems para evaluar hasta qué punto creían que el problema de consumo de drogas/alcohol les causaría dificultades en las seis áreas de funcionamiento del DIS. Las respuestas se puntuaron en escala Likert de 5 puntos. 1 ítem sobre disposición a buscar ayuda para cada problema en escala Likert de 5 puntos. Alpha de Cronbach 0,91 para DIS Alcohol y 0,92 DIS Drogas.

Nombre	Autor (año)	Objetivo	Estructura del cuestionario
Barreras y Recursos para la Búsqueda de Ayuda en el Cambio del Consumo de Alcohol de Universitarios	Salazar et al. (2020)	Estimar las barreras personales y sociales y los recursos que impiden o incentivan la búsqueda de ayuda de universitarios con consumo riesgoso de alcohol.	9 ítems de la escala de barreras. La otra escala de recursos integrada de 12 ítems. Alpha de Cronbach de 0,86 y 0,84 para la escala de barreras y recursos respectivamente.

La búsqueda de ayuda por problemas relacionados con el alcohol en estudiantes universitarios se ha vinculado a diversas variables, sin embargo, estas relaciones no se han estudiado bajo un modelo teórico unificado (Salazar-Garza et al., 2020). Autores como White et al. (2018) identifican a la Teoría de la Acción Planificada (TAP) como un modelo que cubre los elementos que integran el constructo de intención de búsqueda de ayuda, quienes lo definen como un plan que conlleva un esfuerzo por expresar un problema en un intento de adquirir apoyo para reducir el malestar. La TAP es una teoría sólida que está respaldada por evidencia (Armitage & Conner, 2001; Cooke & French, 2008), esta teoría es precisa en predecir intenciones de comportamiento a través de sus componentes: actitud, norma subjetiva y control conductual percibido. La actitud es el grado en el que una persona tiene una evaluación favorable o desfavorable hacia una conducta, sus antecedentes son las creencias conductuales las cuáles son las creencias acerca de las posibles consecuencias y experiencias relacionadas con la conducta, la norma subjetiva se refiere a la presión social percibida de los referentes importantes para llevar a cabo o no un comportamiento, a su vez está precedida por las creencias normativas (creencias sobre las expectativas normativas de las personas significativas (Ajzen, 1991); el control conductual percibido es un constructo similar a la autoeficacia ya que ambos se refieren a la capacidad percibida para realizar un comportamiento específico (Bandura, 1982), de acuerdo con Ajzen, (2002a) el control conductual percibido

incluye dos dimensiones: la controlabilidad y la autoeficacia y puede operacionalizarse con ambas dimensiones o con una de ellas de acuerdo con las necesidades del estudio.

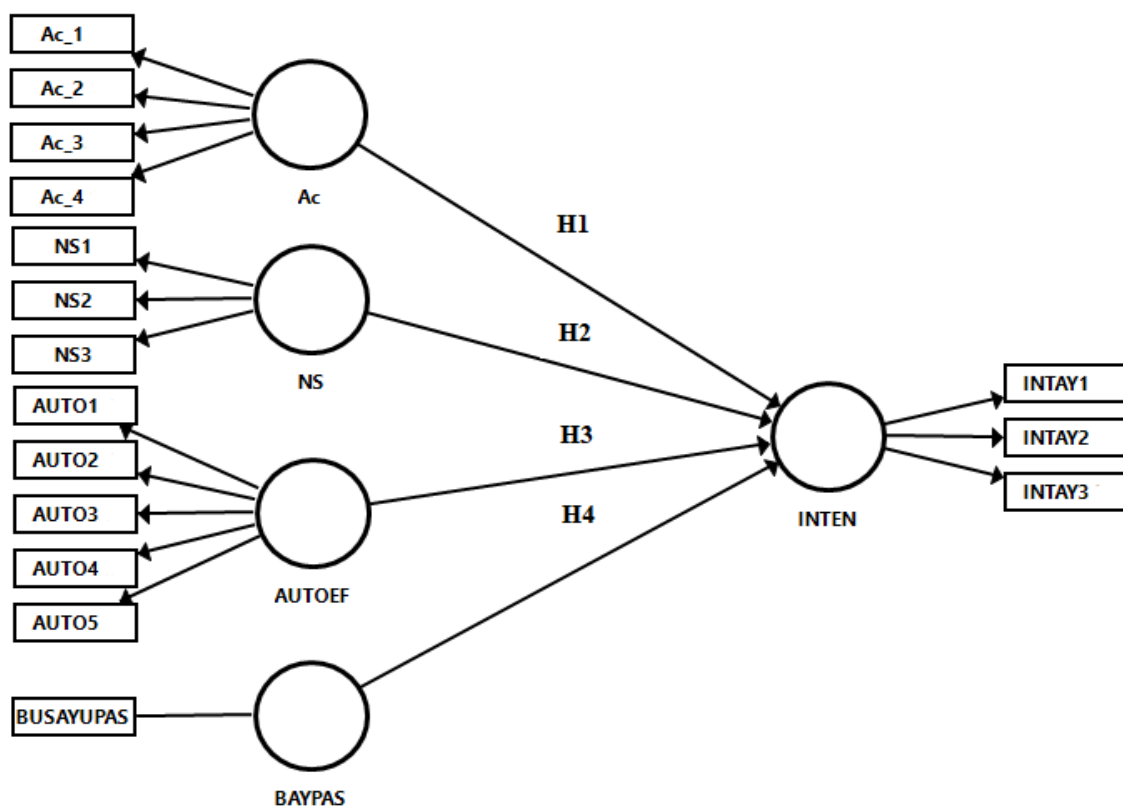
Para la TAP en cuanto más favorable sea la actitud y la norma subjetiva y en cuanto mayor sea el control conductual percibido, más fuerte será la intención de llevar a cabo la conducta, la intención es el antecedente inmediato de la conducta (Ajzen, 1991), siguiendo esta línea la intención de búsqueda de ayuda estaría precedida por la actitud, norma subjetiva y control conductual percibido (operacionalizado como autoeficacia). Con base en la TAP se han hecho investigaciones para predecir la búsqueda o retención de tratamiento de pacientes con trastornos por uso de sustancias (Kelly et al., 2011; Kelly et al., 2016; Kleinman et al., 2002; Vederhus et al., 2015; Zetmore et al., 2021). Por su parte Codd y Cohen (2003) trabajaron desde la Teoría de la Acción Razonada (antecesora de la TAP) en estudiantes universitarios, encontrando que el 12% de la varianza de la intención de búsqueda de ayuda por problemas con el alcohol fue predicha por la actitud y la norma subjetiva, los autores recomendaron emplear la TAP que integra el control conductual percibido refiriendo que este componente podría tener más impacto en la varianza de la intención de búsqueda de ayuda.

Según la literatura, otro predictor de la búsqueda de tratamiento en el alcoholismo es la búsqueda previa de ayuda (Finney & Moos, 1995), por ejemplo, personas que habían buscado ayuda en el pasado tuvieron 4,6 veces más probabilidades de asistir a grupos de autoayuda, 7,6 veces más probabilidades de desintoxicarse y 8,7 veces más probabilidades de participar en un tratamiento ambulatorio, este estudio abarcó un amplio espectro de usuarios, sin embargo, los autores recomendaron trabajar con muestras de personas con consumos de riesgo con miras a desarrollar intervenciones tempranas oportunas (Freyer et al., 2007). La TAP permite incluir una medida del comportamiento pasado para mejorar la predicción de intenciones y de acciones futuras (Ajzen, 2002b; Hagger et al., 2018).

Los constructos de la TAP ofrecen una pauta favorable para el estudio de comportamientos en contextos particulares (Ajzen, 1991), la TAP representa un marco conceptual apropiado para evaluar la intención de búsqueda de ayuda. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar la escala IBA-COPA (Intención de búsqueda de ayuda en adultos jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol) basada en la TAP. Los objetivos específicos fueron (a) analizar la estructura, confiabilidad y validez de las escalas del instrumento e (b) identificar si la actitud, la norma subjetiva y la autoeficacia predecirían la intención de búsqueda de ayuda. Para ello, el estudio se guio por las siguientes hipótesis (ver Figura 3).

Figura 3

Hipótesis sobre los constructos de la TAP en la predicción de la intención de buscar ayuda



Nota: Ac: Actitud, NS: Norma subjetiva, AUTOEF: Autoeficacia, BAYPAS: Búsqueda de ayuda en el pasado, INTEN: Intención.

Hipótesis 1. La actitud se relacionará positivamente con las intenciones de búsqueda de ayuda.

Hipótesis 2. La norma subjetiva se relacionará positivamente con la intención de búsqueda de ayuda.

Hipótesis 3. La autoeficacia se relacionará positivamente con la intención de búsqueda de ayuda.

Hipótesis 4. La búsqueda de ayuda en el pasado se relacionará positivamente con la intención de buscar ayuda.

5.2. Método

5.2.1. Diseño y Participantes

Estudio de tipo instrumental que tuvo el objetivo de desarrollar una escala para medir la búsqueda de ayuda y evaluar sus propiedades psicométricas (Ato et al., 2013). De un total de 2,011 estudiantes que respondieron las encuestas, se trabajó con una muestra por conveniencia de 263 estudiantes de dos universidades públicas del noreste de México: 135 hombres y 128 mujeres con una edad promedio de 20,89 (DE = 2,24). Los criterios de inclusión fueron: (a) tener entre 18 y 29 años, (b) ser estudiante universitario mexicano, (c) participar voluntariamente, (d) obtener un puntaje igual o mayor a cinco puntos en el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT, Saunders et al., 1993). Los criterios de exclusión fueron: (a) jóvenes que no aceptaron participar en el estudio y (b) jóvenes con puntaje AUDIT menor a 5. El 95,8% de los participantes reportaron ser solteros, el 39,2% refirieron estudiar una carrera en humanidades y ciencias del comportamiento, el 85,2% indicó vivir con sus padres, el ingreso familiar mensual promedio fue de \$ 424,90 (USD).

5.2.2. Instrumentos

5.2.2.1 Ficha de Datos Sociodemográficos. Diseñada *ad hoc* por los investigadores para obtener información sociodemográfica para una descripción detallada de la muestra.

5.2.2.2. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). Instrumento es de uso internacional, validado en México (Medina-Mora et al., 1998) que identifica el consumo riesgoso, perjudicial y la posible dependencia del alcohol a través de 10 ítems (Saunders et al., 1993). Las preguntas contienen una serie de opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 4. Las puntuaciones iguales o superiores a 8 indican consumo perjudicial de alcohol. Se puede hacer una interpretación más rigurosa de los resultados al analizar las respuestas puntuadas: una puntuación igual o superior a 1 en los ítems 2 y 3 indica un consumo de riesgo y una puntuación superior a 0 en los ítems 4-6 sugiere el inicio de la dependencia (Babor et al., 2001). En este estudio, se consideró una puntuación de 5 o más para identificar a adultos jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de alcohol similar a Salazar-Garza et al. (2020). El instrumento cuenta con antecedentes de una adecuada consistencia interna de 0,92 (Moral et al., 2017).

4.2.2.3. Cuestionario de Intención de Búsqueda de Ayuda en Adultos Jóvenes con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol (IBA-COPA en español, IH-RHAC en inglés). El instrumento IBA COPA se diseñó con base en la TAP, tomando como guía los lineamientos conceptuales y metodológicos propuestos por Ajzen (2019) para la construcción de cuestionarios sustentados en la TAP. Este instrumento representa una continuidad del estudio anterior, en dicho estudio se identificaron las creencias subyacentes a la búsqueda de ayuda, las cuáles sirvieron de apoyo para la conformación de ítems de la escala actual. Para Ajzen (2019) es importante la realización de estudios pilotos previos al cuestionario estándar, para diseñar escalas basadas en creencias que ayuden a explicar la conducta, puesto que son las creencias los antecedentes últimos de las intenciones y conductas, de ésta forma las creencias conductuales son precedentes a la actitud, las creencias normativas preceden a la norma subjetiva y las creencias de control integran al control conductual percibido, llevar a

cabo estudios previos que identifiquen las creencias base de la población puede ayudar a incrementar la calidad psicométrica de las escalas (Ajzen, 2019).

De esta forma, el primer estudio de esta tesis, consistió en la identificación de las creencias conductuales, normativas y de control subyacentes a la intención de búsqueda de ayuda en universitarios con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol. A los jóvenes se les otorgó una descripción del comportamiento de búsqueda de ayuda y a continuación un listado de preguntas abiertas sobre las ventajas/desventajas de buscar ayuda, para obtener de esta forma las creencias conductuales, después se indagó sobre la identidad de los grupos significativos de los jóvenes que pudieran aprobar o desaprobar su conducta de búsqueda de ayuda, a partir de estas preguntas se obtuvieron las creencias normativas, por último se cuestionó sobre las circunstancias que facilitarían o impedirían la conducta de búsqueda de ayuda de los universitarios, por medio de lo cual se obtuvieron las principales creencias de control, este procedimiento se realizó conforme a los lineamientos de Ajzen (2019) para el diseño de escalas basadas en la TAP.

Las creencias más frecuentes o que se relacionaron de manera significativa con la intención de búsqueda de ayuda se utilizaron para elaborar los ítems de las subescalas de actitud y norma subjetiva, el control conductual percibido quedó operacionalizado como autoeficacia. Se empleó el modelo de expectativa-valor (Ajzen, 1991; 2019) para medir las creencias conductuales y normativas, desde este modelo la fuerza de los ítems de las creencias conductuales se multiplica por la evaluación de los resultados, generándose así un puntaje único de actitud. Siguiendo este modelo la norma subjetiva será el resultado de la multiplicación de la fuerza de las creencias normativas por la motivación para cumplir con ellas. El control conductual percibido se operacionalizó como autoeficacia. Después de tener conformado el instrumento se llevó a cabo un estudio piloto dónde la escala fue aplicada a 27 estudiantes universitarios, a partir del cual se llevaron a cabo ajustes a las opciones de respuesta

de la escala de norma subjetiva, se cambió la respuesta “totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo” a “nada de acuerdo-totalmente de acuerdo” para favorecer la comprensión de estas opciones de respuesta en los estudiantes.

La escala final quedó conformada por cinco sub escalas: (a) actitud, (b) norma subjetiva, (c) autoeficacia, (d) intenciones de búsqueda de ayuda y (e) búsqueda de ayuda en el pasado. Las opciones de respuesta se califican por medio de una escala tipo Likert de 1 a 5. El instrumento tiene el objetivo de medir la intención de búsqueda de ayuda, por medio de medir sus antecedentes: la actitud, la norma subjetiva y autoeficacia y búsqueda de ayuda en el pasado (ver anexo B). A continuación, se describen cada una de las sub escalas.

a) La Actitud. Esta subescala se midió a través de ocho ítems sobre las creencias acerca de las consecuencias de buscar ayuda y su respectiva valoración, por ello, la subescala está compuesta de dos dimensiones: (1) la fuerza de la creencia conductual, integrada por cuatro ítems, por ejemplo: “Indique en qué medida considera que buscar ayuda para solucionar problemas con el consumo de alcohol le ayudaría a aprender a regular el consumo” con una escala de respuesta tipo Likert donde 1 significó “nada” y 5 “mucho”. (2) Evaluación de los resultados de las creencias conductuales a través de cuatro ítems, por ejemplo: “Ahora, por favor, indique en qué medida los siguientes aspectos son importantes para usted en su vida: aprender a regular el consumo” los cuáles se puntuaron con una escala tipo Likert donde 1 significó “nada importante” a 5 “muy importante”. Por medio del resultado de multiplicar las dos dimensiones, dos personas podrían tener la misma fuerza de una creencia, por ejemplo “aprender a regular el consumo”, pero podrían evaluar el resultado de manera distinta, para uno podría ser muy importante aprender a regular el consumo y podría no ser así para la otra persona. Las dos dimensiones de la sub escala se combinan multiplicativamente para obtener una sola puntuación de actitud, para ello se emplea la siguiente fórmula:

$$Actitud = (\sum_1^n Actitud_n)/(n. ítems) = [(ítem1 \times ítem5)/5 + (ítem2 \times ítem6)/5 + (ítem3 \times ítem7)/5 + (ítem4 \times ítem8)/5]/4$$

b) La Norma Subjetiva. Integrada por dos dimensiones: (1) fuerza de las creencias normativas con respecto a las expectativas de las personas significativas de la persona: padres, hermanos, amigos o pareja; también se integró por tres ítems, por ejemplo: “Por favor, ahora piensa en las personas más cercanas a ti. ¿Hasta qué punto estarían de acuerdo si buscaras ayuda por consumo de alcohol? Para medir esta dimensión se utilizó una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (no estoy de acuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). (2) La motivación para cumplir con las expectativas normativas, fue la segunda dimensión de la escala, la cual se conformó de tres ítems, por ejemplo: “¿Cuánto valora la opinión de estas personas en relación a buscar ayuda para su consumo de alcohol?”, la medición de las respuestas se realizó con una escala tipo Likert de cinco puntos, 1 significó “nada importante” y 5 “muy importante”. Las dos dimensiones de la norma subjetiva se combinaron de manera multiplicativa y el resultado fue la norma subjetiva, para ello se empleó la siguiente fórmula:

$$Norma\ subjetiva = (\sum_1^n NS_N)/(n. ítems) = [(ítem1 \times ítem4)/5 + (ítem2 \times ítem5)/5 + (ítem3 \times ítem6)/5]/3$$

c) La Autoeficacia para la Búsqueda de Ayuda. Sub escala formada por cinco ítems que buscaron identificar el grado en el que los estudiantes se sintieron capaces de realizar determinadas tareas conductuales para buscar ayuda, por ejemplo: “obtener información sobre centros de tratamiento especializados en abuso de alcohol”. Para su medición se empleó una escala tipo Likert de cinco puntos donde 1 representó “incapaz” y 5 “totalmente capaz”.

d) La Intención de Búsqueda de Ayuda. Sub escala conformada de tres ítems que evaluaron el objetivo de identificar la intención de búsqueda de ayuda de los jóvenes por consumo de alcohol, un ejemplo de los ítems es el siguiente: “Si tuviera la oportunidad, ¿querría buscar ayuda para su consumo de alcohol?, la medición de las opciones de respuesta se ejecutó por medio de una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 significó “definitivamente no” y 5 “definitivamente sí”.

e) Búsqueda de Ayuda en el Pasado. Se evaluó con un ítem: “¿Ha buscado ayuda en el pasado por su consumo de alcohol?” con una respuesta dicotómica “sí” o “no”.

f) Barreras y Recursos para la Búsqueda de Ayuda en el Cambio del Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios. Este instrumento está formado por dos escalas, una de ellas se enfoca en medir las barreras para buscar ayuda y la otra mide los recursos de estudiantes universitarios con consumo excesivo de alcohol para buscar ayuda (Salazar-Garza et al., 2020). La escala de barreras se integra de nueve ítems distribuidos en tres dimensiones: estándar de moralidad, falta de apoyo social de los padres/estigma social y falta de apoyo social de los pares. La otra escala de recursos, está compuesta por 12 ítems distribuidos con cuatro dimensiones: sistemas de salud y apoyo social, consecuencias negativas, rechazo de padres/amigos y rechazo de padres/pareja. Este instrumento ha demostrado un adecuado Alpha de Cronbach de 0,86 para la escala de barreras y de 0,84 para la escala de recursos en jóvenes universitarios mexicanos (Salazar-Garza et al., 2020). En este estudio se empleó para medir la validez concurrente del IBA COPA.

5.2.3. Procedimiento

En primera instancia se solicitó el permiso a los comités académicos de las instituciones educativas. Del 08 de febrero al 27 de septiembre del 2021 se recolectaron los datos de manera electrónica, la batería de instrumentos se dispersó a través de redes sociales como WhatsApp y Facebook de los estudiantes universitarios a través de las coordinaciones escolares

correspondientes. Fueron 2011 estudiantes que respondieron las encuestas, de ellos 184 (9,1%) no aceptaron participar en el estudio. De los 1827 participantes sólo 318 cumplieron con los criterios de consumo riesgoso y perjudicial de alcohol ($AUDIT \geq 5$), y 41 (12,8%) fueron casos con datos faltantes, por lo que no se consideraron dentro del estudio, quedando una base de 277 casos completos, después se ajustaron al criterio de inclusión de la edad (18 a 29 años), resultando en 263 casos completos que fueron aptos para el análisis estadístico.

5.2.4. Análisis de Datos

El análisis estadístico de este estudio se efectuó por medio del SPSS versión 21 y de PLS-SEM. Para el análisis descriptivo de los datos se empleó el SPSS, donde se obtuvieron las medias, desviaciones estándar, correlaciones, asimetría y curtosis. Debido a la no normalidad de la distribución de las variables para el análisis se emplearon métodos robustos (Hair et al., 2019). Con la prueba MCAR de Little se analizaron los datos faltantes, lo que demostró que los datos faltantes fueron completamente aleatorios ($X^2 = 394,358$, gl. 521, $p > 0,05$), por ello se usó el método de eliminación por lista, sin incluir los registros con datos faltantes (Bentler, 1995). Se continuó con el empleo de ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) para probar cuatro hipótesis planteadas en esta investigación. PLS-SEM es una técnica no paramétrica que se emplea para analizar modelos de vías basadas en compuestos, este método se recomienda para probar la predicción de un marco teórico, cuando el modelo estructural es complejo y por lo tanto integrado por un considerable número de constructos y/o relaciones del modelo, o cuando el modelo de ruta está compuesto de uno o más constructos medidos formativamente. PLS-SEM es un método robusto que da soluciones a muestras pequeñas o grandes con distribuciones anormales (Hair et al., 2019). El software SmartPLS versión 3 se empleó para llevar a cabo estos análisis, los cuales se llevan a cabo en dos fases. La primera fase evalúa el modelo de medida externa y se obtiene la confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach, la validez interna y convergente a través de la varianza promedio

extraída (AVE), y la validez discriminante con el criterio de Fornell-Larcker y la razón HTML. La segunda fase evalúa el modelo interno, donde se contrastan las hipótesis propuestas (Hair et al., 2019; Martínez & Fierro, 2018). Por medio del SPSS se emplearon las correlaciones de Pearson para obtener la validez concurrente de las escalas IBA COPA con las escalas de barreras y recursos de Salazar-Garza et al. (2020).

5.2.5. Consideraciones Éticas

El protocolo de este estudio fue sometido a la revisión de un comité académico integrado por los directores, secretarios de investigación y secretarios académicos de las dos universidades que participaron en el estudio, después de la revisión y observaciones al proyecto los comités dieron su autorización para llevar a cabo la investigación y para dispersar los instrumentos de manera electrónica entre los grupos de estudiantes a través las coordinaciones correspondientes. La batería de instrumentos inició con el consentimiento informado en el que se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, así como la libertad para parar o abandonar el llenado de los instrumentos en cualquier momento sin que tuviera ninguna consecuencia para ellos, también se les informó que los datos recabados serían tratados con confidencialidad y que solo se emplearían en el contexto de la investigación respetando en todo momento su anonimato.

5.3. Resultados

Los resultados de este estudio se mostrarán en dos fases, primeramente, se abordarán los resultados del modelo de medida externo, a continuación, los resultados descriptivos y las relaciones entre variables, después se abordará la prueba de hipótesis a través de la evaluación del modelo de medida interna y por último se abordará la validez concurrente del IBA-COPA con el instrumento de recursos y barreras.

5.3.1. Modelo de Medida Externo

Las relaciones entre las variables y sus indicadores se muestran a través de este modelo, el cual estuvo integrado por los constructos de actitud, norma subjetiva, autoeficacia, búsqueda de ayuda en el pasado e intención de búsqueda de ayuda.

Primero se analizaron las cargas en su variable correspondiente, de esta forma se obtuvo la confiabilidad de cada indicador, las cuáles fueron cargas arriba de 0,86 lo que representaron cargas fuertes, puesto que las cargas estandarizadas externas (λ) por encima del 70 se consideran adecuadas de acuerdo con Carmines & Zeller (1979). Las variables latentes presentaron una favorable consistencia interna medida por el Alpha de Cronbach: actitud (0,93), normas subjetivas (0,92), autoeficacia (0,95), intención (0,90). La validez interna y convergente se observó a partir de la varianza media extraída (AVE), la AVE debe ser $\geq 0,50$ ello representará la varianza que cada constructo adquiere de sus indicadores en relación a la varianza que se obtiene por el error de medida. En este estudio los constructos presentaron un AVE conveniente: actitud (0,83), norma subjetiva (0,87), autoeficacia (0,87), búsqueda de ayuda en el pasado (1,00) e intención (0,83). Ver Tabla 11.

Tabla 11

Cargas factoriales y fiabilidad

Variable latente	Ítem	λ	Validez	Consistencia interna	
			convergente	Fiabilidad	Alfa de Cronbach
			AVE	compuesta	
Actitud	Ac_1	0,92	0,83	0,95	0,93
	Ac_2	0,88			
	Ac_3	0,93			
	Ac_4	0,9			
Norma Subjetiva	NS1	0,93	0,87	0,95	0,92
	NS2	0,94			
	NS3	0,92			
Autoeficacia	AUTO1	0,93	0,87	0,96	0,95
	AUTO3	0,94			

Variable latente	Ítem	λ	Validez convergente	Consistencia interna	
			AVE	Fiabilidad compuesta	Alfa de Cronbach
Baypas Intención	AUTO4	0,94			
	AUTO5	0,92			
	BAYPAS	1	1	1	1
	INTAYU1	0,94	0,83	0,93	0,92
	INTAYU2	0,93			
	INTAYU3	0,86			

Nota: λ cargas factoriales; AVE varianza media extraída; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado.

El criterio de Fornell-Larcker se usó para obtener la validez discriminante, para ello la raíz cuadrada del AVE de un ítem requiere ser mayor que su correlación con otros ítems, en este estudio las cargas de los indicadores en su respectivo constructo fueron mayores que las cargas cruzadas con otros constructos y la raíz cuadrada de la AVE de cada constructo fue mayor que las correlaciones con los demás. Ver Tabla 12.

Tabla 12

Validez discriminante (criterio de Fornell Larcker)

Constructos latentes	Autoeficacia	Actitud	Baypas	Intención	NS
Autoeficacia	(0,938)				
Actitud	0,431	(0,912)			
BAYPAS	0,058	0,016	(1,000)		
Intención	0,349	0,343	0,343	(0,914)	
Norma subjetiva	0,524	0,537	0,019	0,285	(0,935)

Nota: La raíz cuadrada del AVE se muestra en diagonal entre paréntesis; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado, NS: Norma subjetiva.

En esta investigación, todos los constructos presentaron un valor de HTMT por debajo de 0,85, lo cual indicó que el instrumento presentó una adecuada validez interna, puesto que la relación HTMT identifica la falta de validez, los problemas de validez discriminante aparecen

cuando el valor de HTMT se encuentra por arriba del umbral de 0,90 (Henseler et al., 2015).
Ver Tabla 13.

Tabla 13

La ratio HTMT con SmartPLS algoritmo

Constructo	Autoeficacia	Actitud	Baypas	Intención
Autoeficacia				
Actitud	0,447			
Baypas	0,059	0,029		
Intención	0,377	0,350	0,361	
Norma subjetiva	0,557	0,576	0,035	0,305

Nota: Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado.

Los valores máximos del factor de inflación de la varianza (VIF) fueron de 8,18 para el indicador 2 de autoeficacia, por lo tanto, se eliminó, a continuación, se obtuvo 5,60 para el indicador 4 y 5,26 para el indicador 3 de autoeficacia. Los demás ítems tuvieron puntaje debajo de cinco lo que mostró la no existencia de problemas de multicolinealidad.

5.3.2. Resultados Descriptivos y Correlaciones entre Variables

La matriz de correlación de Pearson reflejó un apoyo provisional de las hipótesis. La actitud ($r = 0,32$, $p < 0,05$), norma subjetiva ($r = 0,28$, $p < 0,05$), autoeficacia ($r = 0,35$, $p < 0,05$) y la búsqueda de ayuda en el pasado ($r = 0,33$, $p < 0,05$) se asociaron con la intención de búsqueda de ayuda. Ver Tabla 14.

Tabla 14

Descriptivos y correlaciones de Pearson entre constructos

Constructos	Media	DE	1	2	3	4	5	6
1,- Edad	20,89	2,24						
2,- Sexo	1,51	0,5	0,005					
3,- Actitud	2,11	1,39	0,006	0,038				
4,- Norma Subjetiva	2,64	1,57	0,015	,121*	,536**			

Constructos	Media	DE	1	2	3	4	5	6
5,- Autoeficacia	3,07	1,42	0,009	0,009	,416**	,523**		
6,-Baypas	0,09	0,28	0,016	0,059	0,006	0,014	0,058	
7,- Intención	1,89	1,19	0,106	0,016	,322**	,283**	,359**	,337**

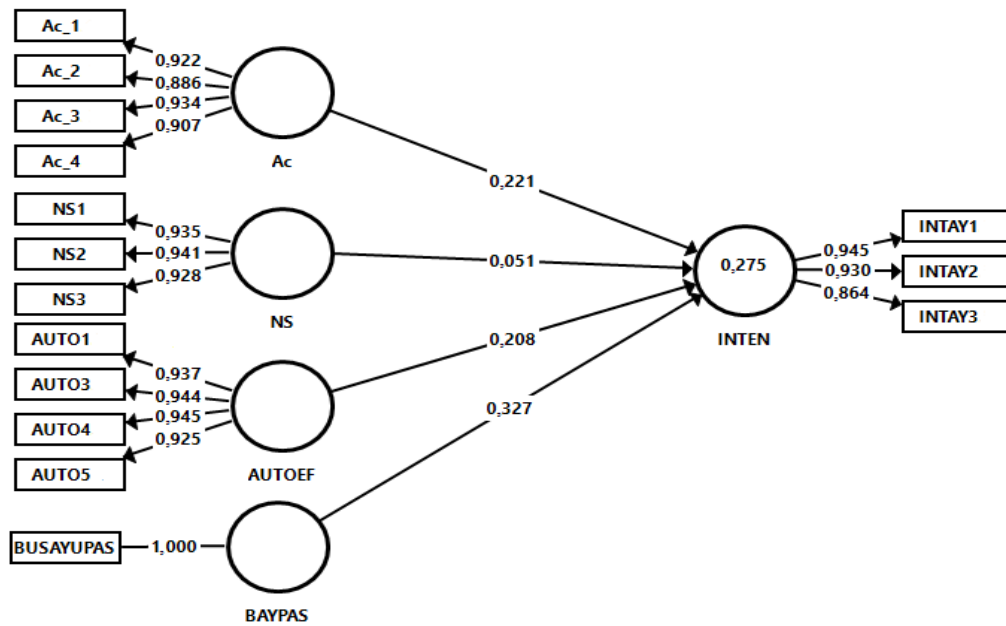
Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; DS: Desviación típica; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado.

5.3.3. Modelo de Medida Interna: Prueba de Hipótesis

La H1 fue admitida, puesto que la actitud de relacionó significativamente con la intención ($\beta = 0,22$, $p < 0,001$). La H2 fue rechazada puesto que la norma subjetiva no se relacionó de manera significativa con la intención. La H3 fue apoyada por los resultados de este estudio puesto que la autoeficacia presentó una asociación significativa con la intención ($\beta = 0,20$, $p < 0,001$), asimismo la H4 fue afirmada puesto que la búsqueda de ayuda en el pasado también presentó una asociación significativa con la intención ($\beta = 0,32$, $p < 0,001$). Las relaciones entre todas las variables propuestas en este modelo pueden observarse en la Figura 4. El modelo general permitió explicar el 27% de la varianza en la intención de búsqueda de ayuda (ver Tabla 15).

Figura 4

Estimación del modelo path



Nota: Ac: Actitud, NS: Norma subjetiva, AUTOEF: Autoeficacia, BAYPAS: Búsqueda de ayuda en el pasado, INTEN: Intención.

Tabla 15

Coefficientes path (coeficientes de regresión estandarizados)

Relaciones hipotéticas	Coefficientes path (Estandarizados β)	Estadístico t de student	Valor p
Ac → IN	0,221	3,235	0,001
Ns → IN	0,051	0,779	0,436
Autoe → IN	0,208	3,75	0,001
Baypas → IN	0,327	4,584	0,001

Nota: Ac: Actitud; Ns: Norma subjetiva; Autoe: Autoeficacia; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado.

Con los cálculos de Stone-Geisser se evaluó la relevancia predictiva del modelo de ruta PLS obteniendo así el Q^2 (Hair et al., 2019). Se utilizó el procedimiento Blindfolding ($D = 7$) y el enfoque de redundancia con validación cruzada, encontrándose que la autoeficacia presentó $Q^2 = 0,77$ representando el valor más alto, le siguió la actitud y la norma subjetiva con

$Q^2 = 0.69$ y después la intención con $Q^2 = 0,63$. Los resultados demostraron que el modelo tuvo relevancia predictiva puesto que los valores fueron mayores de 0. Se empleó f^2 para medir los tamaños del efecto. Siendo pequeños los tamaños del efecto de la actitud y la autoeficacia sobre la intención de buscar ayuda ($f^2 = 0,04$), fue medio el tamaño del efecto de la búsqueda de ayuda en el pasado sobre la intención de buscar ayuda ($f^2 = 0,14$) (ver Tabla 16).

Tabla 16

Tamaños de efecto f^2

Constructos exógenos	Constructo endógeno	
	Intención	
	Coefficientes path	Efectos (f^2)
Actitud	0,221	0,046
Autoeficacia	0,208	0,041
Baypas	0,327	0.147

Nota: Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado

5.3.4. Validez Concurrente de IBA-COPA (IH-RHAC) con Escalas de Barrera y Recursos

Para obtener la evidencia de validez concurrente se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. De esta forma la actitud y la intención presentaron una correlación significativa con las barreras de búsqueda de ayuda; la actitud, norma subjetiva y autoeficacia presentaron una correlación significativa con los recursos de búsqueda de ayuda, ver Tabla 17.

Tabla 17

Correlaciones de Pearson escalas IBA-COPA con escalas de barreras y recursos

	Actitud	Ns	Autoeficacia	Baypas
Barreras	0,15*	0,09	0,12	0,11
Recursos	0,28**	0,40**	0,41**	-0,04

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0.01$; Ns: Norma subjetiva; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado

Cuando se llevó a cabo la correlación entre las escalas del IBA-COPA con la subescala barreras hacia la búsqueda de ayuda, la actitud presentó una correlación con la ausencia de apoyo social/estigma, la búsqueda de ayuda en el pasado y la intención correlacionaron con los estándares morales, asimismo la intención correlacionó significativamente con la ausencia de apoyo social/estigma y la falta de apoyo familiar (ver Tabla 18).

Tabla. 18

Correlaciones de Pearson escalas IBA-COPA con subescalas de barreras

	Estándar de moralidad	Ausencia de soporte social y estigma	Ausencia de soporte familiar
Actitud	,101	,150*	,117
Norma Subjetiva	,065	,092	,088
Autoeficacia	,080	,110	,116
Baypas	,147*	,067	,098
Intención	,216**	,231**	,270**

Nota: *p<0,01, **p<0.05; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado

Por otro lado, los constructos actitud, norma subjetiva y autoeficacia se correlacionaron con las cuatro subescalas de recursos, siendo la actitud y la autoeficacia quienes presentaron mayores correlaciones con el acceso a los servicios, la norma subjetiva con el rechazo de los padres/amigos (Ver Tabla 19).

Tabla 19

Correlaciones de Pearson escalas IBA-COPA con subescalas de recursos

	Acceso a servicios	Consecuencias	Rechazo padres/amigos	Rechazo padres/pareja
Actitud	,306**	,230**	,247**	,221**
Norma Subjetiva	,377**	,356**	,398**	,355**
Autoeficacia	,429**	,311**	,418**	,369**
Baypas	-0,021	-0,074	-0,034	-0,041
Intención	,145*	0,052	,131*	0,089

Nota: *p<0,01, **p<0,05; Baypas: Búsqueda de ayuda en el pasado

5.4. Discusión

Este trabajo tuvo como objetivo desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de la escala IBA-COPA sustentada en la TAP, por lo que se evaluarían los constructos actitud, norma subjetiva, autoeficacia, búsqueda de ayuda en el pasado e intención de búsqueda de ayuda de adultos jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Los objetivos específicos fueron analizar la estructura, confiabilidad y validez de las escalas del instrumento e identificar si la actitud, norma subjetiva, autoeficacia y búsqueda de ayuda en el pasado predecirían la intención de buscar ayuda.

En este estudio la actitud logro predecir la intención de búsqueda de ayuda de los jóvenes, esto es similar a lo reportado por otros estudios que han indagado sobre la búsqueda de tratamiento empleando también la TAP en pacientes dependientes de sustancias (Kelly et al., 2011, Kelly et al., 2016; Vederhus et al., 2015), Cood y Cohen (2003) y Lee y Shin (2022) llegaron a conclusiones similares en estudiantes universitarios con problemas de salud mental o consumo nocivo de alcohol, aunque Cood y Cohen (2003) partieron de la TAR (Teoría de la Acción Razonada) por lo que solo abordaba la actitud y la norma subjetiva. Sin embargo, hay que mencionar que en el actual estudio la actitud no fue el constructo predictor más fuerte sobre la intención de buscar ayuda, esto difiere de lo reportado en otros estudios donde sí lo fue (Aldalaykeh et al., 2019; Schomerus et al., 2009).

En este trabajo la norma subjetiva no resultó predictor de la intención de búsqueda de ayuda, lo que concuerda con los hallazgos de Bohon et al. (2016) y de Kelly et al. (2011). Este constructo de norma subjetiva ha presentado un vínculo más débil de asistir a pruebas de tamizaje (Cooke & French, 2008), y se ha comportado de manera similar en estudiantes universitarios que buscan ayuda en servicios de salud mental (Aldalaykeh et al., 2019). La actitud, norma subjetiva y el control conductual percibido pueden variar en predecir las intenciones dependiendo de los diferentes comportamientos a evaluar y el contexto en el que

se presentan (Ajzen, 1991), como podemos observar en este estudio los jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol no consideraron a la presión social percibida como determinante en la intención de buscar ayuda.

Los adultos jóvenes pueden considerar que sus seres cercanos mantienen creencias similares a las suyas acerca de la búsqueda de ayuda por problemas de alcohol (Bohon et al., 2016), lo que podría contribuir a comprender que en este estudio las normas subjetivas no fueran predictoras de la intención, posiblemente debido a que los jóvenes no consideraron que la conducta de buscar ayuda sería apoyada por su círculo cercano o que para ellos no fuera tan importante cumplir con las expectativas de sus allegados sobre buscar ayuda. Los resultados de este estudio sobre la presión social percibida son similares a los que muestra Salazar-Garza et al. (2020), los autores indicaron que los adultos jóvenes con consumo peligroso y nocivo de alcohol se rodearon de amigos y familiares que bebían en exceso, no contaban con el apoyo social de padres y amigos en la búsqueda de ayuda, posiblemente en dicho contexto la búsqueda de ayuda no sea percibida como relevante o necesaria, por otro lado muestra la influencia de la norma descriptiva, la cual se refiere a lo que las personas hacen en determinado contexto (Burkhart, 2009), por ejemplo, si las personas significativas buscarían ayuda ante un problema relacionado con el alcohol, dicha variable podría incorporarse al modelo y explorarse en futuros estudios como lo propone Kelly et al. (2011).

En este estudio la autoeficacia presentó una asociación significativa con la intención de búsqueda de ayuda, lo cual es apoyado en otras investigaciones, por ejemplo, lo reportado por Kelly et al. (2011) sobre la intención de iniciar tratamiento en pacientes con abuso de alcohol, también en estudiantes universitarios que buscan ayuda en distintos servicios de salud mental (Bohon et al., 2016; Aldalaykeh et al., 2019; Lee & Shin, 2022). Cabe hacer mención que hay aspectos que podrían influir en el control conductual percibido y que podrían incrementar la intención de búsqueda de ayuda, por ejemplo: el conocimiento que los jóvenes tengan sobre

dónde buscar ayuda, la ubicación de los organismos que la ofrecen y el conocimiento de los diferentes servicios de atención, aspectos que son valorados y sugeridos por autores como Lee y Shin (2022) para ser estudiados.

En este trabajo la búsqueda de ayuda en el pasado fue el predictor con mayor peso en la intención de buscar ayuda, ello también es apoyado por la teoría que sustenta en el haber buscado ayuda previamente puede representar un facilitador de buscar ayuda en el futuro (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005), esta continuidad en la búsqueda de ayuda podría reflejar que los jóvenes reconocen que ya existe un malestar o problema y que consideran que pueden tomar acción para afrontarlo. Por otro lado, en el contexto de la TAP (Ajzen, 2002b) el comportamiento pasado es un buen predictor del comportamiento posterior cuando las actitudes y la intención son ambivalentes y no ofrecen pautas claras para actuar, lo que podría entenderse al estar abordando un tema sensible por el estigma y la discriminación que pueden estar alrededor de los problemas por el consumo de alcohol (Loueriro, 2013). Incluir este constructo en los modelos de predicción en este estudio fue importante.

A diferencia de otros instrumentos de medición (Cellucci et al., 2006; Vogel et al., 2006; Caldeira et al., 2009; Lowinger, 2012; Salazar et al., 2020), el IBA-COPA se sustenta en un sólido marco teórico recomendado para estudiar la variable de intención de búsqueda de ayuda (White et al., 2018), se apega a las sugerencias de Ajzen (2019) acerca de la importancia de llevar cabo estudios piloto previos para que los ítems reflejen las creencias de la población estudiada, además Wei et al. (2015) indican que es primordial llevar a cabo la validación de los instrumentos de evaluación sobre la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental. En esta línea, la presente escala mostró un soporte psicométrico, es una escala concisa que puede aplicarse de manera individual o colectiva, de manera tradicional a lápiz y papel o en formato electrónico, diseñada para evaluar población universitaria, puede ser usada por maestros, psicólogos para evaluar programas de alfabetización en salud mental que promuevan la

conducta de buscar ayuda para atender los problemas relacionados con el alcohol. También los resultados encontrados a través de este modelo pueden ayudar al diseño de intervenciones efectivas enfocadas en modificar las actitudes e incrementar la autoeficacia hacia la búsqueda de ayuda de los servicios de apoyo dentro y fuera del campus por parte de los jóvenes.

Como limitaciones de este estudio puede mencionarse que el muestreo por conveniencia limita la generalización de los resultados, además no se llevó a cabo la evaluación de la conducta en sí de búsqueda de ayuda, también hay que hacer mención del posible efecto de la deseabilidad social al ser un instrumento de auto informe. Sin embargo, puede concluirse que el instrumento IBA-COPA mostró características psicométricas favorables, se logró obtener evidencia de su constructo, validez convergente, discriminante y concurrente, con índice de confiabilidad adecuado. A futuro podrían llevarse a cabo estudios para obtener la validez predictiva del instrumento. La técnica no paramétrica PLS-SEM permitió adquirir evidencias de la validez de constructo del instrumento.

**CAPÍTULO 6. ESTUDIO 3. INTERVENCIÓN BREVE BASADA EN INTERNET
PARA REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS. ENSAYO
CLINICO ALEATORIZADO EXPLORATORIO**

«Pero las personas mismas cambian tanto, que siempre se observa algo nuevo en ellas»

Jane Austen (1813)

6.1. Introducción

El consumo excesivo de alcohol en universitarios es un problema de salud pública, como lo demuestran diversos estudios en el plano internacional (Davoren et al., 2016; Hingson et al., 2017; Krieger et al., 2018; Steele et al., 2022; Yi et al., 2017) y en México (Gogeochea-Trejo et al., 2021; Ramírez et al., 2021). Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol impactan en diversas áreas de la vida de los jóvenes y de sus allegados, entre las que pueden mencionarse el mayor riesgo de daño físico, problemas legales, incumplimiento de responsabilidades escolares y relacionales, interacciones sociales negativas, también puede verse afectado el procesamiento cognitivo (Almeida-Antunes et al., 2021; Gierski et al., 2020; Krieger et al., 2018; Steele et al., 2022).

Desde el panorama internacional y nacional es evidente la necesidad de atender de manera preventiva el consumo perjudicial del alcohol, haciendo hincapié en la población juvenil. Como medidas ante tales circunstancias, las intervenciones basadas en internet han resultado efectivas para reducir el consumo de riesgo de alcohol. La literatura científica internacional resumida en una revisión sistemática de la evidencia, apoya el diseño y a la ejecución de intervenciones breves a través del internet para prevenir y/o reducir el consumo riesgoso y perjudicial de alcohol en universitarios (Bhochhibhoya et al., 2015). Sin embargo, ante esta recomendación, cabe señalar que, en América Latina, la mayoría de las intervenciones registradas en una revisión sistemática de estudios de la región fueron administradas aún en formato tradicional (Ronzani et al., 2019).

Existen diversas intervenciones breves que emplean tecnologías de la información y comunicación, por ejemplo están los sitios web educativos, intervenciones basadas en computadoras, herramientas interactivas basadas en la web como programas dinámicos

modelados a partir de intervenciones presenciales, intervenciones en dispositivos móviles (tablets, teléfonos celulares), juegos interactivos, asesoramiento en línea, grupos de apoyo en línea, e intervenciones impartidas por un terapeuta de manera presencial y respaldadas por el empleo de las tecnologías (Resko et al., 2017). Las intervenciones de alcohol basadas en internet (iAIs, por sus siglas en inglés), se basan en principios similares que las intervenciones breves sobre el alcohol (BAI por sus siglas en inglés) y pueden ofrecerse en formatos guiados o no guiados, los formatos no guiados serían aquellos totalmente automatizados, los formatos guiados otorgan apoyo humano para orientar a los participantes a través de la intervención, al respecto un metaanálisis de datos de pacientes individuales que estudió la efectividad y los moderadores de los resultados del tratamiento en intervenciones basadas en internet para adultos con problemas con la bebida, estudiaron 14,198 adultos al inicio de 19 ensayos controlados aleatorios, los datos posteriores al tratamiento fueron 8095. Los hallazgos revelaron que las intervenciones basadas en internet fueron efectivas para reducir el promedio de consumo semanal de alcohol y lograr un consumo dentro de los límites de bajo riesgo, además las intervenciones guiadas por humanos mostraron un impacto más fuerte en el resultado del tratamiento que las totalmente automatizadas (Riper et al., 2018).

Realizar intervenciones breves basadas en tecnología preventivas del consumo de riesgo y perjudicial del alcohol puede tener diversos beneficios, por ejemplo, estudiantes de regiones donde exista poca información sobre el consumo de alcohol y sus riesgos, pueden verse beneficiados de este tipo de formatos (White et al., 2010), también pueden ser de utilidad para estudiantes con dificultades para participar en estrategias presenciales (Bedendo et al., 2017). Se ha reportado que los jóvenes perciben valioso el anonimato y la confidencialidad lo que puede ser importante para abordar estos temas que pudieran llegar a ser particularmente sensibles (Choo et al., 2012; Resko et al., 2017).

Existen diversas intervenciones breves basadas en tecnologías sobre el alcohol para jóvenes universitarios. De acuerdo con Tebb et al., (2016), en su revisión sistemática, cerca de la mitad de las intervenciones estudiadas no reportaron utilizar una teoría como sustento del diseño de dichas intervenciones, sólo mencionaron un constructo teórico o técnica y solo unos pocos estudios dieron detalles acerca de cómo aplicaron la teoría como base para el diseño de la intervención. Sin embargo, las intervenciones con sustento teórico ya sea de las ciencias sociales o de la conducta suelen ser más efectivas que las que no provienen de una base teórica (Glanz & Bishop, 2010). La teoría es el elemento que permite explicar las vías que conducen a la conducta y por lo tanto pueden orientar acerca de cómo modificar las conductas (Tebb et al., 2016).

Una base teórica fuerte para desarrollar intervenciones para realizar cambios en comportamientos relacionados con la salud es la Teoría de la Acción Planificada (Norman et al., 2018). Según la TAP la conducta es precedida por la intención, que a su vez está formada por la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido. La actitud está integrada por las creencias conductuales (creencias sobre los resultados del comportamiento y la evaluación de éstos resultados), la norma subjetiva se conforma de las creencias normativas (creencias sobre las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir con esas expectativas) y el control conductual percibido se integra de las creencias de control (creencias sobre la presencia de factores que pueden facilitar u obstaculizar el comportamiento) (Ajzen, 2011). El control conductual percibido contiene dos subdimensiones: controlabilidad y autoeficacia, y puede operacionalizarse con las dos subdimensiones o con una de ellas de acuerdo a las necesidades del estudio (Ajzen, 2002a).

En las intervenciones breves las estrategias pueden dirigirse a la actitud, a la norma subjetiva y al control conductual percibido o autoeficacia. Los cambios en dichos factores formarán nuevas intenciones que podrán llevarse a cabo en determinadas circunstancias

(Ajzen, 2011). Las intervenciones para reducir las intenciones de consumo de alcohol tendrían que enfocarse en los constructos de la TAP (actitud, norma subjetiva y autoeficacia), las intervenciones podrían aumentar la autoeficacia sobre la evitación de determinadas conductas de consumo de alcohol (Cooke et al., 2016).

Desde la TAP se han diseñado y ejecutado varias intervenciones a nivel internacional para reducir el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Por ejemplo, Norman et al., (2018) utilizaron mensajes basados en la TAP y estrategias de desarrollo de intenciones de implementación. Después de la intervención los resultados mostraron que los jóvenes bebieron menos unidades de alcohol, bebieron en exceso con menor frecuencia y presentaron patrones de consumo menos dañinos durante los primeros seis meses de estudios en la universidad; el alcance del objetivo de disminuir la frecuencia del consumo excesivo tras la intervención también ha sido reportado por otros estudios que han empleado elementos de la TAP en sus estrategias de intervención y que han demostrado su eficacia (Voogt et al., 2014; Neighbors et al., 2009; Neighbors et al., 2012).

El empleo de estrategias diseñadas con base en la TAP, por ejemplo, exponer a los jóvenes a mensajes de video basados en la TAP, generaron que los estudiantes presentaran menos cogniciones favorables hacia el consumo excesivo de alcohol, impactando de este modo en la actitud hacia el consumo de alcohol (Norman et al., 2018). Una investigación reciente reveló que la concentración estimada de alcohol en la sangre del celebrante del cumpleaños número 21 fue predicha con fuerza por las creencias de la celebración del cumpleaños número 21 de un amigo y de sus propias creencias, revelando así que la influencia de los amigos (lo cual concierne a la norma subjetiva) inició antes del evento formando las intenciones de beber de los jóvenes celebrantes (Fillo et al., 2020). Sobre la autoeficacia, Voogt et al., (2014) en su ensayo controlado aleatorio examinó si la intervención basada en la web What Do You Drink generaba cambios en la autoeficacia de rechazo al consumo de alcohol. Los resultados

revelaron un aumento en la autoeficacia de rechazo a la presión social después de la intervención y a seis meses de seguimiento.

En México se tiene evidencia de la aplicación de intervenciones breves, muchas de ellas en formato tradicional presencial (Ronzani et al., 2019). También se han hecho esfuerzos por atender a población joven, por ejemplo, el trabajo realizado por Quiroga Anaya et al. (2007) donde se probaron tres tipos de tratamiento para atender a jóvenes universitarios con problemas con el alcohol: (1) Detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios (BASICS; Dimeff et al., 1999), traducido por Quiroga y Cabrera (2003); (2) Tratamiento de Autocambio guiado para bebedores problema (Sobell & Sobell, 1993) traducido y adaptado a universitarios por Quiroga y Montes (2003); y Prevención Estructurada de Recaídas (Annis et al., 1996) traducido por Quiroga y Vital (2003). Los resultados mostraron una disminución de la cantidad de consumo por ocasión, también disminuyó la cantidad de consumo semanal y los problemas asociados al consumo de alcohol comparando la línea base con el seguimiento a los tres, seis y doce meses después del tratamiento. En otro trabajo realizado por Salazar-Garza et al., (2012), se aplicó una sesión de consejo breve a universitarios consumidores de alcohol. Los resultados arrojaron una disminución significativa de la cantidad y frecuencia de consumo en 13 de 20 participantes, también disminuyeron las consecuencias negativas asociadas al consumo y se incrementó la autoeficacia en situaciones de consumo. No existieron cambios en las expectativas positivas asociadas al consumo de alcohol por lo que los autores sugirieron continuar realizando investigación en esa línea.

Empleando la TAP como base del diseño de la intervención, existe evidencia del trabajo realizado por Rodríguez-Kuri et al. (2011) dónde se buscó evaluar la eficacia de un programa selectivo de prevención de consumo de drogas en adolescentes en formato presencial. Los autores abordaron las actitudes y norma subjetiva mediante estrategias de información y comunicación persuasiva y el control conductual percibido por medio del desarrollo de

habilidades sociales. Los resultados demostraron que en el grupo experimental disminuyó de manera estadísticamente significativa la intención de consumir drogas en comparación con el grupo control. En otra intervención basada en la teoría de conducta planificada para prevenir el consumo de drogas en jóvenes de preparatoria de una universidad pública, Alonso-Castillo et al. (2013) trabajaron con un diseño cuasi experimental (con un grupo experimental de 52 participantes y uno control de 31). En el grupo experimental el consumo de alcohol disminuyó de la primera a la segunda evaluación y la autoeficacia aumentó. Los autores recomendaron profundizar en el conocimiento de intervenciones de promoción de la salud y la realización de alianzas con sectores gubernamentales para que las propuestas de intervención logren mayores alcances de aplicación.

Las intervenciones breves preventivas del consumo riesgoso de alcohol en contextos escolares, dónde se muestren los riesgos para la salud derivados de la cantidad de alcohol que se consume y donde se desarrollen habilidades para dosificar o reducir el consumo de alcohol a patrones no riesgosos, son un elemento clave de la alfabetización en salud sobre el alcohol (Manthey et al., 2023). El concepto de alfabetización en salud sobre el alcohol forma parte de un concepto más amplio denominado alfabetización en salud y consiste en la habilidad de obtener y comprender conocimientos sobre el alcohol y sus riesgos lo que puede llevar a tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud y a la búsqueda de ayuda oportuna (Okan et al., 2020). Por otro lado, la alfabetización en salud mental tiene un rol destacado en la conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en estudiantes universitarios y puede mejorar sus actitudes hacia la búsqueda de ayuda e incrementar sus intenciones de búsqueda de ayuda. La alfabetización puede lograrse a través de intervenciones individuales o grupales (Kim et al., 2020) y en el caso de las intervenciones sobre el alcohol, se recomienda que los programas se adapten a la edad de los participantes para la formulación de objetivos y métodos adecuados, por ejemplo, fomentar el consumo moderado en estudiantes de mayor edad y en los

más jóvenes buscar retrasar el inicio del consumo de alcohol (Manthey et al., 2023). Los efectos de ser alfabetizado en salud sobre el alcohol son la reducción del consumo de alcohol, sus consecuencias y mejora de la salud (Okan et al., 2020).

Las intervenciones breves representan una opción factible para atender los problemas relacionados con el consumo de alcohol de la población joven. Además, las intervenciones basadas en internet representan una alternativa viable y de bajo costo para las instituciones educativas (Champion et al., 2013; Kaner et al., 2017). Para atender esta problemática social que, por su importancia y gravedad, en México está considerada como prioritaria de atención urgente, por lo que se requiere tener en consideración los conocimientos más avanzados generados por las humanidades, ciencia y tecnologías para lograr soluciones amplias e integrales (Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología [CONAHCYT], 2023). Teniendo en cuenta que la TAP puede ser una base teórica parsimoniosa y efectiva para el diseño e implementación de intervenciones breves basadas en internet para disminuir el consumo del alcohol aunado a la necesidad de realizar pruebas experimentales de la TAP sobre el comportamiento relacionado con el alcohol (Cooke et al., 2016), se especifican a continuación el objetivo general y los objetivos específicos de este estudio:

Objetivo general:

Desarrollar y probar la eficacia de una intervención breve basada en internet diseñada bajo los preceptos de la Teoría de la Acción Planificada para disminuir la intención y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios de primeros semestres de licenciatura.

Objetivos específicos:

- a) Aumentar la intención de buscar ayuda a través de la exposición a las actividades de la intervención breve.
- b) Modificar las actitudes hacia el consumo por medio de disminuir el valor atribuido a las expectativas asociadas al consumo riesgoso de alcohol.

- c) Impactar en la norma subjetiva, personal y descriptiva por medio de modificar la percepción sobre el uso real del alcohol y nivel de aceptación de este entre la población de jóvenes universitarios.
- d) Incrementar el control conductual percibido y la autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de establecer meta y plan de consumo y aumento de comunicación asertiva.
- e) Disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol por medio de actividades agradables saludables.

A partir de estos objetivos se desprenden las siguientes hipótesis:

H1a. La intención de consumir alcohol, la cantidad de bebidas estándar en el seguimiento al mes, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y los días de consumo mensual serán menores en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención.

H2a. La intención de buscar ayuda por problemas con el consumo de alcohol será mayor en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención.

H3a. Las expectativas sobre el consumo de alcohol serán menores en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención.

H4a. La norma subjetiva, personal y descriptiva serán menores en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención.

H5a. El control conductual percibido hacia la abstinencia y la autoeficacia para afrontar efectivamente situaciones de consumo de alcohol serán mayores en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención.

H6a. Las consecuencias negativas del uso del alcohol serán menores en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención.

La evaluación del grupo control en lista de espera después de someterse a la intervención, se guiará por las siguientes hipótesis:

H1b. La intención de consumir alcohol, la cantidad de bebidas estándar mensual y la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y los días de consumo mensual serán menores en la evaluación post intervención respecto de la evaluación pre.

H2b. La intención de buscar ayuda por problemas con el consumo de alcohol será mayor en la evaluación post intervención respecto de la evaluación pre.

H3b. Las expectativas sobre el consumo de alcohol serán menores en la evaluación post intervención respecto de la evaluación pre.

H4b. La norma subjetiva, personal y descriptiva serán menores en la evaluación post intervención respecto de la evaluación pre.

H5b. El control conductual percibido hacia la abstinencia y la autoeficacia para afrontar efectivamente situaciones de consumo de alcohol serán mayores en la evaluación post intervención respecto de la evaluación pre.

H6b. Las consecuencias negativas del uso del alcohol serán menores en la evaluación post intervención respecto de la evaluación pre.

6.2. Método

6.2.1. Diseño y Participantes

Se contempló una metodología experimental con grupo experimental y grupo control en lista de espera, con evaluación pre y post-seguimiento al mes

La población se conformó por estudiantes universitarios. Por medio del programa G Power se consideró que, para un tamaño del efecto de 0,80, con un nivel de significancia de 0,05 y 0,80 de potencia, cada grupo (control y experimental) deberá estar integrado al menos por 26 participantes, 52 participantes en total. La muestra final estuvo integrada por 43 participantes del grupo control (GC) y 44 del grupo experimental (GE), los participantes fueron

alumnos de las tres licenciaturas que se imparten en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano: Trabajo Social, Psicología y Nutrición. Los participantes fueron alumnos de primer y segundo semestre (primer año de universidad) puesto que la literatura señala que es una población vulnerable por los cambios que representa enfrentarse al nuevo contexto educativo (Norman et al, 2018). En el proceso del seguimiento de la intervención se presentaron 6 deserciones del GE y 5 del GC, por lo tanto, se realizaron tres tipos de análisis de acuerdo con la disponibilidad de los datos: análisis por protocolo (GE=31 participantes, GC=38) los cuáles presentaron en su totalidad las evaluaciones pre y post y las dos sesiones de intervención para el GE; después se analizó por intención de tratar modificado (GE=38, GC=38), tomando en cuenta a los participantes con evaluaciones pre y post, y con al menos una sesión de intervención; por último, se llevó a cabo un análisis por intención de tratar con la imputación múltiple de los casos perdidos.

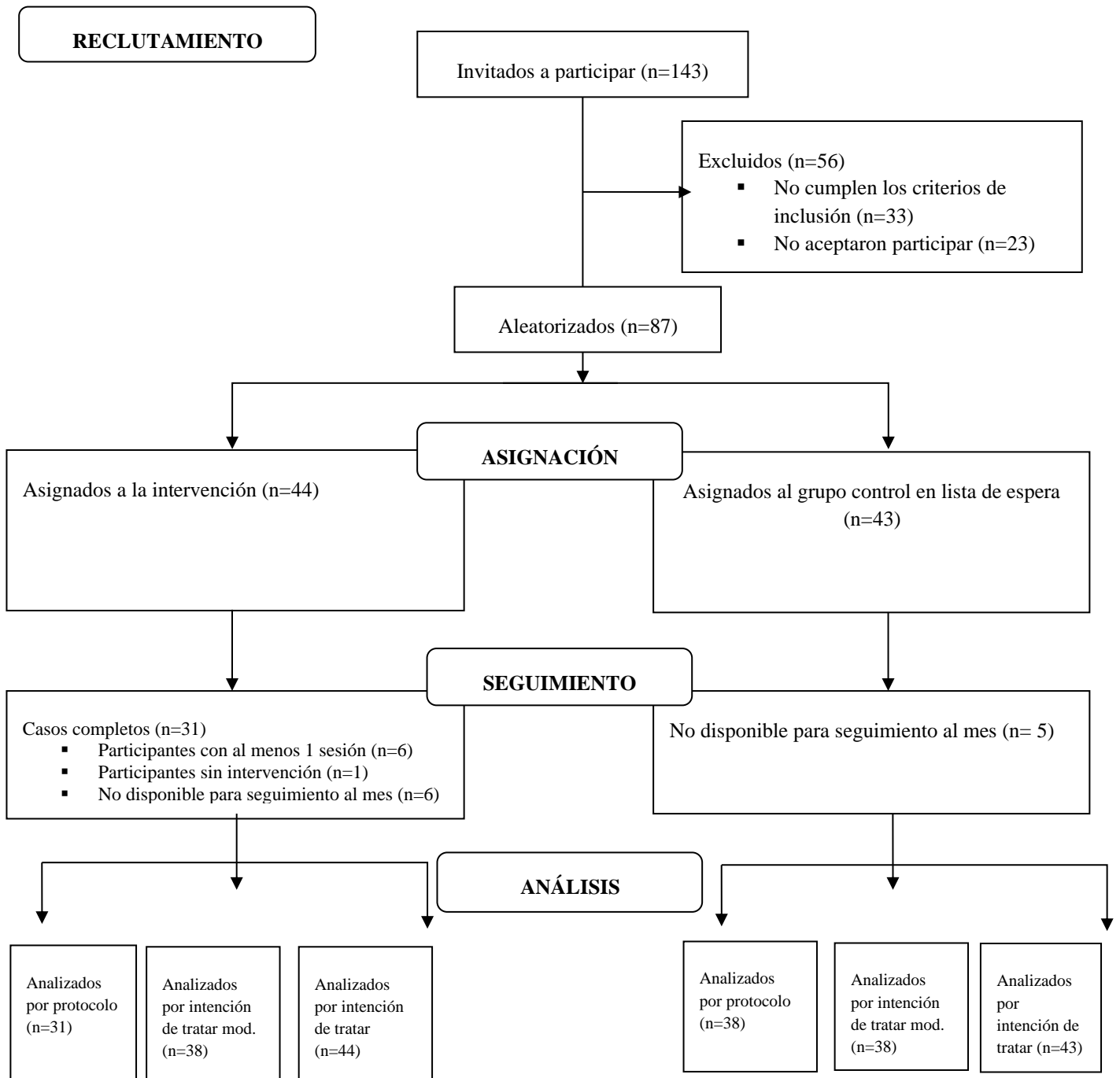
Para la conformación de los grupos control y experimental se realizó una aleatorización en bloques balanceados en función del sexo (Femenino/Masculino). Para ello primeramente se generaron seis bloques de combinaciones entre las letras A y B (correspondientes con el tipo de intervención, experimental y control respectivamente): 1) AABB, 2) BBAA, 3) ABAB, 4) BABA, 5) ABBA y 6) BAAB. Después se generaron grupos de 4 participantes, a cada grupo se le asignó por azar un número del 1 al 6, los cuáles fueron generados por ordenador con el paquete Excel, de esta forma el número dado al azar para cada grupo representó una de las seis secuencias de bloques de combinaciones; por ejemplo, si a un grupo le correspondió el número 3, los integrantes de dicho grupo seguirían la combinación 3)ABAB y cada participante quedó asignado a uno de los dos brazos del estudio, siguiendo las recomendaciones de Marín-Navarrete et al. (2013). El investigador principal generó la secuencia de asignación, inscribió a los participantes y realizó la asignación de los participantes a la intervención. El enmascaramiento fue simple ciego, donde el investigador conoció que participantes integraron

cada grupo, dicha información no fue del conocimiento de los participantes, ni de los evaluadores-terapeutas.

Los criterios de inclusión fueron: (a) Ser estudiante universitario de primer o segundo semestre, (b) tener entre 18 y 29 años, (c) participar voluntariamente en el estudio. Los criterios de exclusión fueron (a) presencia de trastorno mental grave (trastornos psicóticos), (b) consumo de otro tipo de drogas. A continuación, en la Figura 5, puede observarse el diagrama de flujo del proceso desde el reclutamiento, aleatorización, asignación, seguimiento y análisis de los participantes, de acuerdo con las sugerencias del Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT, Moher et al., 2012).

Figura 5

Diagrama de flujo de los participantes del estudio



6.2.2. La intervención

En un estudio preliminar realizado con un enfoque cuantitativo, transversal, con un alcance descriptivo, correlacional, se aplicó a una muestra por conveniencia de 113 jóvenes con consumo riesgoso de alcohol estudiantes de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, un instrumento para medir las creencias conductuales, norma subjetiva, personal, descriptiva y de control conductual percibido, el Cuestionario TAP para consumo de alcohol (Díaz et al., 2015 basada en el instrumento de Rodríguez et al. 2007) y el AUDIT.

Los principales hallazgos revelaron que las creencias conductuales de desinhibición, obtener experiencias placenteras, tener más confianza en sí mismo(a) y llenar el vacío emocional se asociaron significativamente con el consumo de riesgo de alcohol. La norma descriptiva acerca de cuantos de sus amigos han bebido 4 o más copas por ocasión presentó una asociación estadísticamente significativa con el consumo de riesgo de alcohol. De igual forma el control conductual percibido hacia el consumo de alcohol, integrado por los ítems referentes a qué tan fácil es controlar el alcohol que bebes, qué tan fácil es para ti consumir alcohol cuando convives con amigos que están consumiendo alcohol, qué tan fácil es para ti consumir alcohol cuándo estás seguro de que no te vas a emborrachar, presentaron una asociación negativa estadísticamente significativa con el consumo de riesgo de alcohol. La autoeficacia hacia la abstinencia se asoció de manera negativa con el consumo de riesgo de alcohol, compuesto por los ítems ¿Qué tan fácil es para ti estar a gusto sin consumir alcohol?, ¿Qué tan fácil es para ti decir “no” cuando tus amigos te invitan a que consumas bebidas alcohólicas? (Ver tabla 20).

Tabla 20

Correlaciones entre creencias conductuales, norma subjetiva, control conductual y total de consumo riesgoso de alcohol (AUDIT)

Variable	AUDIT
Desinhibición	.212*
Experiencias placenteras	.212*
Confianza en sí mismo	.244**
Vacío emocional	.293**
Consumo de amigos >4 copas	.253**
Control de la cantidad de bebida	-.331**
Consumo en convivencia de amigos	-.203*
Consumo ante seguridad de no emborracharse	-.246**
Facilidad de estar a gusto sin consumir	-.299**
Facilidad de decir que no	-.381**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$

A partir de los resultados de esta investigación preliminar, se diseñó una intervención donde se operacionalizaron los conceptos clave de la teoría a partir de los cuales se conformaron las dos sesiones de intervención y se eligieron las técnicas más apropiadas para incidir en los conceptos claves de la teoría (creencias conductuales, norma subjetiva y autoeficacia) (Rodríguez et al., 2011). El programa está compuesto por 2 sesiones de evaluación (pre y post) y 2 sesiones de intervención con una duración de 120 minutos cada una, en el anexo E se encuentra el Manual del Terapeuta.

En la sesión 1 para abordar la norma subjetiva se analizan los resultados del AUDIT C del joven comparados con el consumo real de jóvenes universitarios a nivel local. Para abordar las expectativas asociadas al uso de alcohol (creencias conductuales de desinhibición, obtener experiencias placenteras, tener más confianza en sí mismo(a) y llenar el vacío emocional), se presentan dos videos con los testimonios de dos estudiantes que han optado por la abstinencia de alcohol, explicando cómo dichas creencias les prometieron una idea falsa del consumo y se fomenta la reflexión sobre alternativas para hacerles frente. Se abordan las consecuencias físicas del consumo de riesgo de alcohol y se identifican ventajas del consumo de bajo riesgo.

Para trabajar la autoeficacia el joven elige una meta de consumo de bajo riesgo y se elabora un plan de acción.

En la sesión 2 se reflexiona sobre la importancia de las relaciones sociales y de establecer relaciones con personas que no consuman o lo hagan en bajo riesgo, el participante hace una lluvia de ideas de lugares y situaciones en las que puede establecer nuevas relaciones sociales que practiquen un estilo de vida saludable. Se realiza una práctica de habilidades sociales por medio de ensayo conductual que se diseñó basado en los lineamientos que propone Caballo (2007). Dicho ensayo conductual tiene el objetivo de que el participante actúe con estrategias de comunicación asertiva para decir que no ante la presión de ingerir bebidas alcohólicas por parte de amigos. Por último, realiza un listado de actividades agradables alternativas al consumo para aprender a disfrutar sin alcohol.

Para obtener la validez de contenido, esta intervención fue sometida a un jueceo de expertos. El comité de profesionales estuvo compuesto por un médico especialista en adicciones y tres profesionales de la psicología con experiencia en investigación, docencia y práctica terapéutica en conductas de riesgo para la salud y/o adictivas. Se aplicó un instrumento “Ficha de jueceo”, que abarcaba 5 dimensiones para la evaluación de la intervención, con respuestas en formato tipo Likert de 1 a 5 puntos (nada adecuado a muy adecuado) para valorar la pertinencia de los instrumentos, actividades, tiempo y materiales empleados en la intervención. Se obtuvieron los siguientes porcentajes de acuerdo: (1) Adecuación de los instrumentos a los objetivos de la pre y post evaluación: 100% de acuerdo entre los jueces. (2) Pertinencia de las actividades a cada dimensión de la intervención conforme a la Teoría de la Acción Planificada: 100% de acuerdo entre los investigadores. (3) Actividades acordes a los objetivos específicos planteados: 93% de acuerdo entre los investigadores. (4) Tiempo adecuado asignado a las actividades: 87,5% de acuerdo. (5) Materiales útiles para facilitar la comprensión de los temas: 100% de acuerdo entre los jueces. Se empleó el estadístico Kappa

de Fleiss para evaluar la concordancia entre los investigadores, este estadístico es apto para estudios interjuicio, el valor mínimo de este coeficiente es 0, el más alto es 1, el resultado se puede interpretar con la escala de Landis & Koch, (1977), donde valores de 0 se interpretarían como pobre concordancia y puntajes mayores de 0,81 concordancia casi perfecta.

El estadístico Kappa de Fleiss pudo aplicarse a las áreas (3) Actividades acordes a los objetivos específicos planteados, y (4) Tiempo adecuado asignado a las actividades, pues la variabilidad de las respuestas en estos rubros permitió que el estadístico arrojara los siguientes resultados, para el área (3) Actividades acordes a los objetivos específicos planteados, se obtuvo un coeficiente Kappa de Fleiss=0,70, $p<,001$. Para el área (4) Tiempo adecuado asignado a las actividades se obtuvo un coeficiente Kappa de Fleiss de 0,78, $p<,001$; ambos resultados se interpretan como una fuerza de la concordancia sustancial entre jueces. A partir de las observaciones de los jueces se realizaron ajustes a los materiales y a la asignación de tiempo a las actividades. Anteriormente se había planteado una sola sesión de intervención y a partir de la retroalimentación se decidió la distribución de las actividades a dos sesiones para el mejor aprovechamiento de los participantes. A continuación, puede observarse un resumen descriptivo de la intervención como variable independiente en la Tabla 21.

Tabla 21

Descripción de la variable independiente

Teoría	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Técnicas para utilizar
Teoría de la Acción Planificada	Actitud	Grado en que una persona tiene una valoración favorable o desfavorable comportamiento en cuestión (Ajzen, 1991)	Estrategias de intervención educativas y comunicación persuasiva dirigidos a las creencias asociadas al consumo de alcohol e identificación de ventajas del consumo de bajo riesgo (Michie et al., 2008; Murgraff et al., 2007; Rodríguez Kuri et al., 2011).	Comunicación persuasiva y retroalimentación sobre consecuencias del consumo de alcohol, definición de consumo de bajo riesgo. Identificación de creencias asociadas al consumo de alcohol y su cuestionamiento. Identificación de ventajas del consumo de bajo riesgo (Michie et al., 2008).
	Norma subjetiva	Presión social percibida para llevar a cabo o no el comportamiento (Ajzen, 1991).	Estrategias de intervención de demostración de comportamiento por parte de otros, dirigidas a las creencias sobre la aprobación de los demás con el objetivo de modificar la percepción sobre el uso real del alcohol y nivel de aceptación de este entre la población objetivo, lo cual suele estar sobreestimado entre los jóvenes (Michie et al., 2008; Murgraff et al., 2007; Rodríguez Kuri et al., 2011).	Demostración de comportamiento por parte de otros. Devolución de resultados del AUDIT y comparación del consumo propio con el del grupo normativo (Michie et al., 2008).
	Control conductual percibido	Percepción de saberse capaz de usar alcohol o de resistir la presión para llevar a cabo dicha conducta (Ajzen, 1991).	Intervención encaminada a incrementar la autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de estrategias de aumento de habilidades que permitan que los jóvenes adquieran respuestas conductuales adecuadas para hacer frente al consumo de alcohol en situaciones de riesgo (Cooke et al., 2016; Michie et al., 2008; Murgraff et al., 2007; Rodríguez Kuri et al., 2011).	Elegir una meta de consumo de bajo riesgo. d) Identificación de situaciones de alto riesgo y elaboración de un plan de acción. e) Práctica de ensayo conductual: Decir que no o moderar mi consumo ante la presión de amigos, aprender a disfrutar sin alcohol (Michie et al., 2008).

6.2.3. El estudio piloto

Durante el periodo de agosto a diciembre del 2022 se llevó a cabo un estudio piloto de la intervención, con el objetivo de probar el procedimiento de implementación del ensayo aleatorizado. La intervención en si misma tuvo el objetivo de disminuir la intención y el consumo riesgoso de alcohol a través de una intervención breve basada en los constructos de la Teoría de la Acción Planificada en jóvenes universitarios de primer año de licenciatura, para más detalles ver Anexo F.

6.2.4. Instrumentos

6.2.4.1. Ficha de Datos Sociodemográficos. Fue construido *ad hoc* por los investigadores con la finalidad de obtener información sociodemográfica que permitiera una detallada descripción de la muestra, entre los datos que se les solicitaron en la ficha fueron sexo, edad, estado civil, licenciatura, semestre, con quien vive, si trabaja o no, si ha sido diagnosticado con un trastorno mental, si consume otras sustancias además del alcohol e ingreso mensual familiar.

6.2.4.2. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT; Saunders et al., 1993). Instrumento de uso internacional validado en México (Medina-Mora et al., 1998), que en estudios hechos con estudiantes ha mostrado una consistencia interna favorable de hasta 0,92 (Moral et al., 2017). Esta prueba identifica el consumo de riesgo, perjudicial y posible dependencia al alcohol a través de 10 ítems. Cada pregunta tiene una serie de opciones que se puntúan de 0 a 4. Puntuaciones iguales o mayores a 8 indican consumo perjudicial. El AUDIT-C está integrado por los primeros tres ítems de este instrumento, puntajes de 5 o más en hombres y de 4 o más en mujeres es considerado como consumo de riesgo (García et al., 2016). En este estudio, el AUDIT-C se empleó para detectar consumo de riesgo del alcohol para análisis por subgrupos.

6.2.4.3. Cuestionario desde la Teoría de la Acción Planificada para Consumo de Alcohol Díaz et al., 2015 Basada en el Instrumento de Rodríguez et al. 2007). Escala diseñada en México, ha demostrado una confiabilidad favorable de 0,96 en estudiantes mexicanos (Díaz et al., 2015). Consta de 25 ítems que evalúan las creencias conductuales, 2 ítems de norma subjetiva, 1 ítem de norma personal, 1 ítem de norma descriptiva y 5 ítems de control conductual percibido, 3 ítems de intención de consumo de alcohol.

6.2.4.4. Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos (Salazar et al., 2019). El objetivo de esta escala es medir el concepto de autoeficacia con relación a la percepción del estudiante sobre su habilidad de afrontar efectivamente situaciones de consumo de alcohol. La escala está compuesta por una sola dimensión de 4 ítems. Fue validada en universitarios mexicanos dónde presentó una confiabilidad de 0,78.

6.2.4.5. Línea Base Retrospectiva LIBARE (Sobell & Sobell, 1992). Instrumento en forma de calendario donde se registran los días de consumo y la cantidad consumida conforme a la medida de trago estándar de los tres meses previos a la intervención. Este instrumento presenta a los participantes un calendario que abarca un periodo específico de tiempo, que puede ser desde 7 días hasta un año, se les pide a los participantes que calculen el número de bebidas estándar para cada día del periodo (Almaraz y Alonso, 2018; Del Boca y Darkes, 2003). Los datos obtenidos a partir de este instrumento han presentado una adecuada fiabilidad test-retest ($\geq 0,87$) en hombres y mujeres canadienses (Sobell et al., 1986). Se tiene el registro de confiabilidad test-retest de 0,91 en la adaptación del instrumento a población mexicana (Echeverría y Ayala, 1997).

6.2.4.6. Escala Sobre Consecuencias del Consumo de Alcohol en Universitarios (Hurlbut y Sher, 1992, Adaptación en Jóvenes Mexicanos, Salazar et al., 2012). Este instrumento mide consecuencias del consumo de alcohol. Torres et al. (2006), realizaron una

adaptación del instrumento a población colombiana. La adaptación para población mexicana (Salazar et al., 2012), cuenta con 25 ítems con las opciones de respuesta si/no para la ocurrencia de las consecuencias alguna vez en la vida y para la frecuencia y severidad de ocurrencia de consecuencias en los últimos seis meses: 0 veces, 1 vez, 2 veces, 3 veces, de 4 a 5 veces, de 6 a 7 veces, de 12 a 20 meses, más de 21 veces. La escala presentó adecuados índices de fiabilidad por medio del Alpha de Cronbach para las tres posibles dimensiones de análisis: (a) para toda la vida (0,82), (b) para seis meses previos (0,85), (c) severidad, entendida como la frecuencia de ocurrencia en los seis meses previos (0,87). Para efectos de esta intervención se empleó la dimensión de análisis de severidad, adaptando la frecuencia de ocurrencia a un mes anterior a la intervención.

6.2.4.6. Cuestionario de Intención de Búsqueda de Ayuda en Adultos Jóvenes con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol IBA-COPA (Romero et al., 2023). Este instrumento tiene el objetivo de medir la intención de búsqueda de ayuda. La escala se compone de cinco apartados: (a) actitud, (b) norma subjetiva, (c) autoeficacia, (d) intención de búsqueda de ayuda y (e) búsqueda de ayuda en el pasado. Las respuestas se calificaron en una escala tipo Likert de 1 a 5. La actitud se evaluó mediante ocho ítems sobre las consecuencias de buscar ayuda y su valoración. Constó de dos dimensiones: los cuatro ítems del primer bloque medían la fuerza de la creencia conductual, la segunda dimensión consistió en la evaluación de los resultados de estas creencias a través de cuatro ítems, las dos dimensiones se combinaron multiplicativamente para obtener una sola puntuación de actitud. La norma subjetiva se integró de dos dimensiones. La primera dimensión fue la fuerza de las creencias normativas con respecto a las expectativas de las personas cercanas al encuestado: padres, hermanos, amigos o pareja. La segunda dimensión fue la motivación para cumplir con las expectativas normativas, compuesta por tres ítems, por ejemplo: “¿Cuánto valora la opinión de estas personas en relación a buscar ayuda para su consumo de alcohol?” Esto también se evaluó con

una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 representa nada importante y 5 muy importante. La autoeficacia se conformó por cinco ítems que buscaban conocer el grado en que los jóvenes se sentían capaces de realizar ciertas tareas conductuales. La intención de búsqueda de ayuda se integró de tres ítems con el objetivo de identificar las intenciones de búsqueda de ayuda. La búsqueda de ayuda en el pasado se evaluó mediante la pregunta “¿Ha buscado ayuda en el pasado por su consumo de alcohol?” con una respuesta dicotómica de “sí” o “no”.

A continuación, se muestra un resumen de los instrumentos empleados para evaluar las variables dependientes de la intervención, ver Tabla 22.

Tabla 22

Descripción de la variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Ítems
Consumo de alcohol	Consumo de riesgo. Patrón de consumo de alcohol que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor. Estas consecuencias pueden ser el daño para la salud, física o mental, o pueden incluir consecuencias sociales para el bebedor o para los demás (Babor & Higgins-Biddle, 2001).	Puntuación en el AUDIT-C 0-3 bajo riesgo, 4 a 12 consumo riesgoso de alcohol.	Los ítems 1 al 3 evalúan el consumo de riesgo de alcohol.
	Medición de tragos estándar 3 meses previos a la intervención y al mes y tres meses después de la intervención por medio de la prueba LIBARE (Sobell et al., 1986).	La cantidad de bebidas estándar en el seguimiento al mes, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y los días de consumo mensual (Sobell et al., 1986).	Sin número de ítems. Calendario para registrar patrón de consumo en frecuencia y cantidad durante un periodo de tiempo.
Intención de buscar ayuda	Plan consiente por esforzarse en comunicar un problema, donde esa comunicación es un intento de obtener apoyo (White et al., 2018).	Intención integrada por la actitud, norma subjetiva, autoeficacia hacia la búsqueda de ayuda y búsqueda de ayuda en el pasado (Romero et al., 2023).	Intención integrada por 3 ítems, 8 ítems de actitud, 6 ítems de norma subjetiva, 5 ítems de autoeficacia, 1 ítem de búsqueda de ayuda en el pasado.
Consecuencias del uso de alcohol	Consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol en estudiantes universitarios mexicanos.	Frecuencia con la que se presentan consecuencias de haber consumido alcohol.	25 ítems con las siguientes opciones de respuesta: 1) frecuencia de ocurrencia en los últimos seis meses.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Ítems
Actitud hacia el consumo de alcohol	Grado en que una persona tiene una valoración favorable o desfavorable del comportamiento en cuestión (Ajzen, 1991)	Conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias del consumo y el valor afectivo que el individuo les atribuye (Rodríguez et al. 2007).	25 reactivos acerca de posibles consecuencias del consumo altamente valoradas en la población de estudio, con cuatro opciones de respuesta: acuerdo a desacuerdo
Norma subjetiva sobre el consumo de alcohol	Presión social percibida para llevar a cabo o no el comportamiento (Ajzen, 1991).	Percepción de aprobación o desaprobación de la conducta de beber por parte de personas significativas y el grado de motivación para ajustarse a tales expectativas, adaptación del instrumento de Rodríguez et al. 2007.	Dos ítems sobre norma subjetiva sobre la conducta de beber alcohol
Norma personal sobre el consumo de alcohol	Percepción de responsabilidad u obligación moral para realizar o no determinada conducta (Ajzen, 1991).	Percepción de responsabilidad frente a la conducta de beber alcohol, adaptación del instrumento de Rodríguez et al. 2007.	Un ítem de norma personal sobre la conducta de beber alcohol.
Norma descriptiva sobre el consumo de alcohol	Es aquella que indica lo que las personas hacen en determinado contexto (Burkhart, 2009).	Creencia sobre cuántos amigos o compañeros usan alcohol y lo percibe como normal o aceptable, adaptación del instrumento de Rodríguez et al. 2007.	Un ítem de norma descriptiva acerca de si sus amigos usan alcohol frecuentemente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Ítems
Control Conductual percibido sobre conductas relacionadas con el alcohol	Control conductual percibido: capacidad percibida de realizar un determinado comportamiento o secuencia de comportamientos (Ajzen, 2002a)	Capacidad percibida hacia el consumo y a la abstinencia de bebidas alcohólicas, adaptación del instrumento de Rodríguez et al. 2007.	Tres ítems que miden el control conductual hacia el consumo. Dos ítems que miden la capacidad percibida hacia la abstinencia del consumo de alcohol.
Autoeficacia	Autoeficacia: "Se refiere a los juicios de lo bien que uno puede ejecutar cursos de acción necesarios para hacer frente a posibles situaciones" (Bandura, 1982).	Medir el concepto de autoeficacia, en relación con la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol por medio del instrumento "Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos" (Salazar et al., 2019).	Cuatro ítems con cuatro opciones de respuesta en escala Likert de 0 (No confío en mí mismo) a 3 (Confío totalmente en mí mismo).
Intención de beber alcohol	Expresión de los factores motivacionales que influyen en un comportamiento. (Ajzen, 1991)	Intención de consumir alcohol.	Una pregunta con cinco opciones de respuesta.

6.2.5. Procedimiento

Este ensayo clínico se llevó a cabo en una universidad pública del noreste de México, específicamente en Cd. Victoria, Tamaulipas. Primeramente, el protocolo del estudio fue revisado por el comité de ética interno de la universidad participante (ver anexo C), el comité dio su aprobación y quedó registrado en el repositorio de proyectos internos de la universidad, de igual forma fue registrado en <https://register.clinicaltrials.gov/>, donde se ubica con la clave de registro: NCT05533554, (ver anexo D).

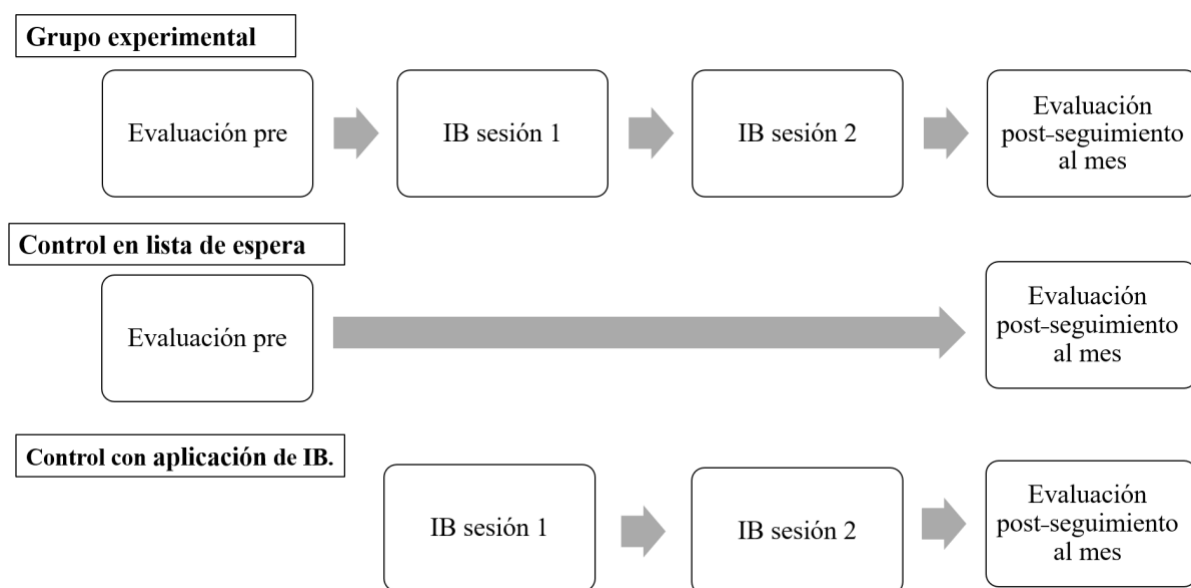
Se solicitó por oficio el permiso de la Unidad Académica para llevar a cabo el estudio, la dirección aceptó la ejecución de la intervención y por medio de las instancias correspondientes se llevó a cabo el acceso a los grupos de alumnos de primer y segundo semestre para invitarlos a participar en el estudio. El reclutamiento se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero 2023, concluyendo el 10 de febrero del 2023 cuando se contó con las listas de los alumnos para participación. En total 143 alumnos fueron invitados a participar y recibieron la batería de pruebas de la evaluación pre intervención. El proceso de evaluación fue llevado a cabo por dos licenciadas en psicología que fueron debidamente capacitadas por la investigadora principal para llevar a cabo la invitación, reclutamiento y la evaluación pre y post de la intervención; dicha capacitación se llevó a cabo seis meses antes de la realización del estudio principal. Del total de 143 alumnos invitados, 23 no aceptaron participar, 33 no cubrieron los criterios de inclusión, quedando un total de 87 participantes que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos el experimental (GE: n=44) y el grupo control en lista de espera (GC: 43). De los 44 alumnos que integraron el grupo experimental, 31 casos fueron completos, 6 recibieron al menos una sesión de intervención, 1 solo contó con evaluación pre y post-seguimiento al mes, 6 participantes no se presentaron a la evaluación de post-seguimiento al mes. El grupo control en lista de espera compuesto inicialmente por 43, participantes, presentó una pérdida de 5 participantes en el post-seguimiento al mes.

Los alumnos que fueron asignados a los grupos GE y GC fueron comunicados por medio de correo electrónico de su asignación al grupo correspondiente y fueron agregados al grupo experimental o control en la plataforma TEAMS donde se llevaron a cabo las sesiones de intervención y post-seguimiento al mes, así mismo fueron comunicados por ese medio de las fechas de las sesiones correspondientes. Tanto en la evaluación pre, en las dos sesiones de intervención y en la evaluación post-seguimiento al mes, los alumnos fueron convocados por las dos psicólogas capacitadas a asistir al Laboratorio de Cómputo de la institución educativa, donde fueron implementadas las actividades de evaluación e intervención. La intervención constó de dos sesiones en plataforma TEAMS, con un manual de ejercicios para el participante que contestaron en línea. La intervención fue llevada a cabo de manera híbrida, puesto que las actividades las realizaron en línea y tuvieron apoyo de dos psicólogas que los acompañaron y dieron soporte para entrar a las actividades, resolver dudas, llevar a cabo presentación de los materiales en pantalla, la exposición de los videos y la ejecución de los ejercicios. Las sesiones de intervención tuvieron una duración de una hora y media cada una, la segunda sesión se implementó una semana después de la primera. La evaluación post-seguimiento se llevó a cabo un mes después de la última sesión de intervención, al término de la sesión de evaluación post-seguimiento se realizó una rifa de obsequios como agradecimiento a los jóvenes por haber participado en la intervención.

El grupo control en lista de espera, recibió la intervención una semana después de haber llevado a cabo la evaluación post-seguimiento respecto al grupo experimental. Los participantes que recibieron la intervención fueron 36. El procedimiento de implementación de la intervención y evaluación post-seguimiento al mes fue la misma que se aplicó anteriormente al grupo experimental. Los 36 participantes acudieron a la sesión de evaluación post-seguimiento al mes después de la intervención. Al finalizar la última sesión de evaluación del GC se realizó una rifa de obsequios como agradecimiento por su participación.

Figura 6

Flujo del procedimiento de la intervención



Nota: IB: Intervención breve.

6.2.6. Análisis de Datos

Se empleó el software SPSS versión 25. Primeramente, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las fases de evaluación pre-intervención y evaluación post-seguimiento al mes para el grupo experimental (GE) y el grupo control (GC). Se analizó la normalidad de los datos, los resultados arrojaron que tanto los datos de las variables sociodemográficas como las variables de interés no siguieron una distribución normal, por lo que se emplearon pruebas no paramétricas para los análisis inferenciales. Para comparar las diferencias entre los grupos control y experimental en la línea base pre-intervención se empleó la prueba de chi cuadrado (χ^2) para las variables sociodemográficas y U de Mann Whitney para las variables de interés. Para conocer las diferencias intergrupales en la evaluación post entre los grupos control y experimental se usó la prueba U de Mann Whitney, la misma prueba se empleó para observar

diferencias entre subgrupos: jóvenes con bajo riesgo y jóvenes con riesgo de acuerdo con el AUDIT C. Para identificar las diferencias intragrupalas en los puntajes de las variables de interés en los grupos control y experimental en las evaluaciones pre y post se empleó la T de Wilcoxon, También se evaluaron las diferencias pre y post del grupo control en lista de espera, después de que se le aplicara la intervención, para ello se utilizó la prueba T de Wilcoxon.

6.2.7. Consideraciones éticas

La investigación se alineó a estándares internacionales en materia de investigación en seres humanos como la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [AMM], 2017) que en el punto 6 establece “el propósito principal en investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas”. En el punto 9 se insta a proteger la vida, salud, integridad, dignidad, autodeterminación, intimidad y confidencialidad de los participantes en una investigación. También se ajustó a los puntos 22 y 23 donde se señala que el protocolo de investigación debió describirse, justificarse y aprobarse por un comité de ética, en este caso fue el Comité Investigación y Ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la UAT.

El estudio se apejó al Documento de las Américas de Buenas Prácticas Clínicas (OMS, 2005), así como al Reglamento de la Ley General de Salud (2014) en materia de Investigación para la Salud, del Título Quinto, Capítulo único, de aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Se siguieron las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, y de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Los jóvenes fueron informados sobre el propósito del estudio, leyeron y firmaron el consentimiento informado, se les explicó que la participación sería libre y voluntaria, que podrían abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello

tuviera consecuencias para ellos, se les comunicó que se respetaría la confidencialidad, los datos serían empleados solo en el contexto de la investigación.

6.3. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados, primero, se muestran los análisis por protocolo, donde se incluyeron a los participantes que cumplieron con todas las evaluaciones y las sesiones de intervención. Después se presentan los resultados de los análisis por intención de tratar modificado, donde se incluyeron en los análisis los casos completos, así como aquellos que solo presentaron una sesión de la intervención y quienes tuvieron la evaluación pre y post. Finalmente se presenta un análisis por intención de tratar donde se muestran los resultados obtenidos a partir de una imputación múltiple de los casos perdidos.

6.3.1. Análisis por protocolo

Los participantes tuvieron una media de edad de 19,29 años (DE= 2,14) para el GE y 19,05 (DE=1,50) para el GC, la mayoría de los participantes del GE y GC fueron del sexo femenino 61,3% y 55,3% respectivamente, la mayoría de los participantes se encontraron solteros en ambos grupos, la mayor parte de los participantes reportaron vivir con sus padres 83,9% del GE y 97,4% del GC, la mayoría reportó que su sostén económico fueron sus padres, la comparación de las variables sociodemográficas en los grupos mostró que quedaron conformados de manera uniforme lo que puede observarse en la Tabla 23.

Tabla 23*Comparación de variables sociodemográficas en la pre-intervención (análisis por protocolo)*

Variables	GE (n=31)	GC(n=38)	X ²	P
	f(%)	f(%)		
Sexo				
Femenino	19(61,3)	21(55,3)	0,255	,39
Masculino	12(38,7)	17(44,7)		
Estado civil				
Soltero	30(96,8)	37(97,4)	2,042	,36
Casado	1(3,2)	0(0)		
Unión libre	0(0)	1(2,6)		
Vive con				
Padres	26(83,9)	37(97,4)	7,285	,06
Cónyuge o pareja	0(0)	1(2,6)		
Solo	2(6,5)	0(0)		
Otros	3(9,7)	0(0)		
Sostén económico				
Padres	27(87,1)	33(86,8)	3,209	,20
Tú mismo	2(6,5)	5(13,2)		
Otros	2(6,5)	0(0)		
Trabajas				
Si	3(9,7)	8(21,1)	1,649	,17
No	28(90,3)	30(78,9)		
Ingreso mensual familiar				
Menos de dos salarios mínimos	14(45,2)	13(34,2)	1,543	,81
De 2 a 3 salarios mínimos	12(38,7)	18(47,4)		
De 4 a 5 salarios mínimos	3(9,7)	3(7,9)		
De 6 a 7 salarios mínimos	1(3,2)	3(7,9)		
De 8 a 9 salarios mínimos	1(3,2)	1(2,6)		

Nota: GE=Grupo experimental; GC= Grupo control; χ^2 = Estadístico chi cuadrado de

Pearson; p= significancia estadística

Para garantizar que los grupos experimental y control en lista de espera comenzaran en igualdad de condiciones, se aplicó la prueba U de Mann Whitney para la edad y las variables de interés, a partir del análisis se observó que dos variables: expectativas sobre el uso de alcohol y la norma subjetiva sobre el uso de alcohol mostraron un nivel de significancia de $p=,02$, evidenciando una diferencia significativa entre los grupos. Cuando se realizan múltiples comparaciones se aumenta la probabilidad de significación por azar, una alternativa conservadora a esta situación es emplear la corrección de Bonferroni (Dagnino, 2014), por ello

se ajustó el alpha a $p < ,004$ ($,05/12$ mediciones) en este estudio para considerar una diferencia estadísticamente significativa. Tomando en cuenta este ajuste se puede observar que en este estudio los grupos iniciaron con equivalencia en las puntuaciones de las variables de interés, ver Tabla 24.

Tabla 24

Comparación de edad y variables de interés en la pre intervención (análisis por protocolo)

Variables	GE (n=31)	GC (n=38)	U	p
	Media(DE)	Media(DE)		
Edad	19,29(2,14)	19,05(1,50)	572	,82
Audit	1,52(1,87)	2,20(3,43)	576,5	,87
Audit C	1,10(1,51)	1,76(2,31)	526	,41
Cantidad de bebidas de un mes previo	3,12(5,89)	6,54(12,31)	564	,74
Copas por ocasión de consumo	2,31(2,96)	2,47(4,0)	537	,49
Cantidad de días de consumo	0,63(,97)	1,04(1,85)	572	,82
Actitud hacia búsqueda de ayuda	3,09(1,93)	3,41(1,66)	554,5	,67
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	3,45(1,88)	3,54(1,52)	583	,94
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	3,85(1,39)	3,73(1,19)	527,5	,45
Intención hacia búsqueda de ayuda	2,02(1,42)	2,46(1,45)	470	,13
Expectativas sobre uso de alcohol (actitud)	0,42(,72)	0,75(,831)	409,5	,02
Norma subjetiva sobre el uso de alcohol	0,71(,84)	1,19(,898)	402,5	,02
Norma personal sobre el uso de alcohol	2,68(1,22)	2,64(1,48)	577,5	,88
Norma descriptiva sobre el uso del alcohol	1,77(1,28)	1,37(1,47)	477,5	,16
Control conductual percibido abstinencia	3,48(1,08)	3,39(1,13)	526,5	,80
Control conductual percibido consumo	2,13(,85)	2,17(,887)	569	,38
Intención de consumir alcohol	0,85(1,08)	0,96(1,04)	557,5	,69
Confianza situacional	1,93(,21)	1,85(,322)	537	,34
Consecuencias por uso de alcohol	5,97(16,45)	5,26(14,32)	544	,55

Nota: GE=Grupo experimental; GC= Grupo control; DE= Desviación típica; U= U de Mann

Whitney; p= significancia estadística

A continuación, se llevaron a cabo comparaciones intergrupales en el GE y GC, para ello se aplicó la prueba U de Mann Whitney, en la comparación del GE y del GC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los participantes que recibieron la intervención en contraste con los que no la recibieron, como puede observarse en la Tabla 25.

Tabla 25*Diferencias entre recibir tratamiento o no (análisis por protocolo)*

Variables	Intervención breve		Z	U	P
	Sin	Con			
	n=38	n=31			
	Rango promedio	Rango promedio			
Audit C	37,71	31,68	-1,365	486	,17
Cantidad de bebidas de un mes previo	37,72	31,66	-1,459	485,5	,12
Copas por ocasión de consumo	37,47	31,97	-1,392	495	,16
Cantidad de días de consumo	37,82	31,55	-1,588	482	,11
Actitud hacia búsqueda de ayuda	38,97	30,13	-1,843	438	,06
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	37,08	32,45	-0,974	510	,33
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	33,76	36,52	-0,596	542	,55
Intención hacia búsqueda de ayuda	39,33	29,69	-2,087	424,5	,03
Expectativas sobre uso de alcohol (actitud)	37,16	32,35	-1,024	507	,30
Norma subjetiva sobre el uso de alcohol	36,79	32,81	-0,861	521	,38
Norma personal sobre el uso de alcohol	32,34	38,26	-1,264	488	,20
Norma descriptiva sobre el uso de alcohol	36,17	33,56	-0,56	544,5	,57
Control conductual percibido abstinencia	34,14	36,05	-0,462	556,5	,64
Control conductual percibido consumo	33,42	36,94	-0,743	529	,45
Intención de consumir alcohol	37,79	31,58	-1,402	483	,16
Confianza situacional	35,00	35,00	0,000	589	1,0
Consecuencias por uso de alcohol	36,22	33,50	-0,638	542,5	,52

Nota: U= U de Mann Whitney; p= significancia estadística

Después se llevó a cabo un análisis por subgrupos: jóvenes sin riesgo y jóvenes con consumo de riesgo de alcohol de acuerdo con los puntajes obtenidos en el AUDIT C, bajo riesgo (puntaje de 0 a 3) y riesgoso (puntaje >4), de esta forma se identificaron en el GE 28 participantes de bajo riesgo y 3 con consumo riesgoso, en el GC 33 participantes con bajo riesgo y 5 participantes con consumo riesgoso. Se realizaron análisis con la U de Mann Whitney para identificar si existieron diferencias entre los participantes de los subgrupos. En el subgrupo de jóvenes con consumo de riesgo se identificó una tendencia a la significación estadística para la cantidad de bebidas estándar en un mes, la cantidad de copas por ocasión de consumo donde los participantes del GE mostraron una disminución en la cantidad de consumo y disminución de los días de consumo. Ver Tabla 26. En el grupo de jóvenes con bajo riesgo se encontró una

tendencia a la significación estadística en la actitud hacia la búsqueda de ayuda, puntuaciones que fueron menores en el GE en comparación con el GC como puede observarse en la Tabla 27.

Tabla 26,

Diferencias entre recibir tratamiento o no en jóvenes con consumo de riesgo

Variables	Intervención breve		Z	U	p	1- β	d
	Sin	Con					
	n=5	n=3					
	Rango promedio	Rango promedio					
Cantidad de bebidas de un mes previo	6	2	-2,291	0,000	,036	0,57	2,12
Copas por ocasión de consumo	6	2	-2,291	0,000	,036	0,50	1,94
Cantidad de días de consumo	6	2	-2,351	0,000	,036	0,82	2,84
Actitud hacia búsqueda de ayuda	3,2	6,67	-1,950	1,000	,07		
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	3,4	6,33	-1,680	2,000	,14		
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	3,4	6,33	-1,680	2,000	,14		
Intención hacia búsqueda de ayuda	5,1	3,5	-1,171	4,500	,39		
Expectativas sobre uso de alcohol (actitud)	5,4	3	-1,350	3,000	,25		
Norma subjetiva sobre el uso del alcohol	4,8	4	-0,455	6,000	,78		
Norma personal sobre el uso del alcohol	4,3	4,83	-0,307	6,500	,78		
Norma descriptiva sobre el uso del alcohol	5,6	2,67	-1,796	2,000	,14		
Control conductual percibido (abstinencia)	3,8	5,67	-1,119	4,000	,39		
Control conductual percibido (consumo)	5,1	3,5	-0,928	4,500	,39		
Intención de consumir alcohol	5,1	3,5	-0,922	4,500	,39		
Confianza situacional	4,2	5	-0,775	6,000	,78		
Consecuencias por uso de alcohol	5	3,67	-0,764	5,000	,57		

Nota: U= U de Mann Whitney; p= significancia estadística

Tabla 27*Diferencias entre recibir tratamiento o no en jóvenes con consumo de bajo riesgo*

Variables	Intervención breve		Z	U	p	1- β	d
	Sin	Con					
	n=33	n=28					
	Rango promedio	Rango promedio					
Cantidad de bebidas de un mes previo	31,56	30,34	-0,346	443,5	,72		
Copas por ocasión de consumo	31,3	30,64	-0,187	452,0	,85		
Cantidad de días de consumo	31,77	30,09	-0,478	436,5	,63		
Actitud hacia búsqueda de ayuda	36,71	24,27	-2,761	273,5	,006	0,45	0,71
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	34,32	27,09	-1,620	352,5	,10		
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	30,94	31,07	-0,031	460,0	,97		
Intención hacia búsqueda de ayuda	34,86	26,45	-1,919	334,5	,06		
Expectativas sobre uso de alcohol (actitud)	31,98	29,84	-0,490	429,5	,62		
Norma subjetiva sobre el uso de alcohol	32,21	29,57	-0,615	422,0	,53		
Norma personal sobre el uso de alcohol	28,74	33,66	-1,124	387,5	,26		
Norma descriptiva sobre el uso de alcohol	31,12	30,86	-0,060	458,0	,95		
Control conductual percibido abstinencia	31,24	30,71	-0,144	454,0	,88		
Control conductual percibido consumo	31,12	33,25	-0,935	399,0	,35		
Intención de consumir alcohol	32,94	28,71	-1,029	398,0	,30		
Confianza situacional	31,39	30,54	-0,321	449,0	,74		
Consecuencias por uso de alcohol	31,42	30,5	-0,236	448,0	,81		

Nota: U= U de Mann Whitney; p= significancia estadística

Para observar los efectos del tratamiento en el GE en contraste con el GC se llevó a cabo una comparación pre-post intragrupo. En la primera hipótesis de este estudio se planteó que la intención de consumir alcohol, la cantidad de bebidas estándar mensual y la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo sería menor en el GE que en el GC, al respecto no se encontraron diferencias significativas en intención de beber alcohol ni en la cantidad de bebidas estándar mensuales aplicando la corrección de Bonferroni $p < ,004$ ($,05/12$ mediciones). Bajo este mismo parámetro se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo, donde la puntuación de la medición post (Mdn=

0; rango= 6) fue menor que la medición pre (Mdn= 1; rango= 10) con respecto al grupo control, con un tamaño del efecto moderado (g de Hedges=,62). Ver Tabla 28.

Tabla 28

Comparación Libare e intención de beber en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)

Variables de acuerdo con agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Cantidad de bebidas un mes previo	0,33(25)	,00(8)	-1,243	,21	0,45
Copas por ocasión de consumo	1(10)	,00(6)	-3,157	,002	0,62
Cantidad de días de consumo	,33(4)	,00(4)	-0,999	,31	0,31
Intención de consumir alcohol	,67(4)	,00(3)	-2,308	,021	0,27
Puntuaciones grupo control					
Cantidad de bebidas un mes previo	,00(54)	,00(36)	-1,438	,15	0,19
Copas por ocasión de consumo	0(17)	,00(18)	-0,741	,46	0,12
Cantidad de días de consumo	0(9)	,00(5)	-0,852	,39	0,11
Intención de consumir alcohol	0,83(3)	,33(4)	-0,057	,96	0,03

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Respecto a la segunda hipótesis acerca de que la intención de buscar ayuda por problemas con el consumo de alcohol sería mayor en el grupo experimental que en grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ver Tabla 29.

Tabla 29

Comparación de puntuaciones IBA-COPA en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)

Variables de acuerdo con agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Actitud	3,60(5)	2,60(5)	-0,942	,34	0,18
Norma subjetiva	4,3(5)	3,67(5)	-0,643	,52	0,16
Autoeficacia	4,60(4)	5(4)	-0,019	,99	0,04
Intención de buscar ayuda	1(4)	1(4)	-1,738	,08	0,23
Puntuaciones grupo control					
Actitud	4,3(5)	3,68(5)	-0,769	,44	0,01
Norma subjetiva	4(5)	4,20(5)	-0,617	,54	0,09
Autoeficacia	4(4)	4,20(4)	-0,228	,82	0,05
Intención de buscar ayuda	2(4)	1,83(4)	-1,922	,06	0,20

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Acerca de la tercera hipótesis, en las expectativas asociadas al consumo de alcohol no se encontraron diferencias significativas en la evaluación post con respecto de la evaluación pre del GE. Sobre la cuarta hipótesis, la norma subjetiva, personal y descriptiva no presentaron diferencias significativas en la evaluación post respecto de la evaluación pre del GE. Con relación a la quinta hipótesis, el control conductual percibido hacia la abstinencia y la confianza situacional no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación post respecto de la evaluación pre del GE. Sobre la sexta hipótesis sexta de este estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las consecuencias de la evaluación post respecto del pre en el GE en comparación con el GC. Estos resultados pueden observarse en la Tabla 30 y la Tabla 31.

Tabla 30

Comparación de TCP para beber y confianza situacional en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)

Variables de acuerdo con agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Actitud (expectativas hacia el alcohol)	0(3)	0(4)	-0,118	,90	0,09
Norma subjetiva	,50(3)	,50(3)	-0,357	,72	0,03
Norma personal	3(4)	3(4)	-0,624	,53	0,10
Norma descriptiva	1(4)	1(4)	-2,583	,01	0,51
Control conductual percibido consumo	2(3)	2,33(3)	-1,047	,29	0,21
Control conductual percibido abstinencia	4(4)	4(4)	-0,71	,47	0,18
Confianza situacional	2(1)	2(2)	-1,461	,14	0,26
Puntuaciones grupo control					
Actitud (expectativas hacia el alcohol)	0,58(3)	,18(2)	-2,515	,01	0,40
Norma subjetiva	1,25(3)	,50(4)	-2,525	,01	0,34
Norma personal	3(5)	3(4)	-0,977	,32	0,20
Norma descriptiva	1(5)	1(4)	-0,918	,35	0,12
Control conductual percibido consumo	1,83(3)	2(3)	-0,043	,96	0,02
Control conductual percibido abstinencia	4(6)	4(4)	-0,101	,91	0,10
Confianza situacional	2(1)	2(2)	0,000	1,00	0,00

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Tabla 31*Comparación de consecuencias en GE y GC con T de Wilcoxon (análisis por protocolo)*

Variables de acuerdo con agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn(rango)	Mdn(rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Consecuencias del consumo de alcohol	,00(88)	0(16)	-1,734	,08	0,30
Puntuaciones grupo control					
Consecuencias por uso de alcohol	1(86)	,00(93)	-1,55	,12	0,07

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

6.3.2. Análisis por intención de tratar modificado (ITm)

Los participantes tuvieron una media de edad de 19,1 años (DE= 2,11) para el GE y 19,05 (DE=1,50) para el GC, la mayoría de los participantes del GE y del GC fueron del sexo femenino 60,5% y 55,3% respectivamente, la mayoría de los participantes se encontraron solteros en ambos grupos, la mayor parte de los participantes reportaron vivir con sus padres 86,8% del GE y 97,4% del GC, la mayoría reportó que su sostén económico fueron sus padres, la comparación de las variables sociodemográficas en los grupos experimental y control mostró grupos quedaron conformados de manera uniforme. Ver Tabla 32.

Tabla 32*Comparación de variables sociodemográficas de los participantes en la pre intervención*

Variables	GE (n=38)	GC (n=38)	X ²	p
	f(%)	f(%)		
Sexo				
Femenino	23(60,5)	21(55,3)	0,216	,40
Masculino	15(39,5)	17(44,7)		
Estado civil				
Soltero	37(97,4)	37(97,4)	2,000	,36
Casado	1(2,6)	0(0)		
Unión libre	0(0)	1(2,6)		
Vive con				
Padres	33(86,8)	37(97,4)	6,229	,10
Cónyuge o pareja	0(0)	1(2,6)		
Solo	2(5,3)	0(0)		
Otros	3(7,9)	0(0)		
Sostén económico				
Padres	34(89,5)	33(86,8)	3,301	,19
Tú mismo	2(5,3)	5(13,2)		
Otros	2(5,3)	0(0)		
Trabajas				
Si	4(10,5)	8(21,1)	1,583	,17
No	34(89,5)	30(78,9)		
Ingreso mensual familiar				
Menos de dos salarios mínimos	18(47,4)	13(34,2)	3,113	,53
De 2 a 3 salarios mínimos	13(34,2)	18(47,4)		
De 4 a 5 salarios mínimos	5(13,2)	3(7,9)		
De 6 a 7 salarios mínimos	1(2,6)	3(7,9)		
De 8 a 9 salarios mínimos	1(2,6)	1(2,6)		

Nota: GE=Grupo experimental; GC= Grupo control; χ^2 = Estadístico chi cuadrado de Pearson; p= significancia estadística

Para garantizar que los grupos experimental y control en lista de espera comenzaran en igualdad de condiciones, se aplicó la prueba U de Mann Whitney para las variables edad y las variables de interés, a partir del análisis se pudo observar que los grupos iniciaron equivalentes,

aplicando la corrección de Bonferroni $p \leq .004$ ($.05/12$ mediciones) para considerar una diferencia estadísticamente significativa, ver Tabla 33.

Tabla 33

Comparación de edad y variables de interés de los participantes en la pre intervención

Variables	GE (n=38)	GC (n=38)	U	p
	Media(DE)	Media(DE)		
Edad	19,1(2,11)	19,05(1,50)	690,5	,72
Audit	2,16(3,05)	2,20(3,43)	698	,80
Audit C	1,55(2,23)	1,76(2,31)	692	,74
Cantidad de bebidas de un mes previo	3,09(5,80)	6,54(12,31)	713,5	,92
Copas por ocasión de consumo	2,20(2,96)	2,47(4,0)	683,5	,66
Cantidad de días de consumo	,61(,94)	1,04(1,85)	721	,99
Actitud hacia búsqueda de ayuda	3,17(1,79)	3,41(1,66)	679	,65
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	3,61(1,75)	3,54(1,52)	694	,77
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	3,80(1,36)	3,73(1,19)	669	,58
Intención hacia búsqueda de ayuda	1,97(1,33)	2,46(1,45)	572,5	,11
Expectativas sobre el uso de alcohol (actitud)	,55(,82)	0,75(,831)	564	,09
Norma subjetiva sobre el uso de alcohol	,79(,86)	1,19(,898)	531,5	,04
Norma personal sobre el uso de alcohol	2,76(1,14)	2,64(1,48)	717,5	,96
Norma descriptiva sobre el uso de alcohol	1,97(1,30)	1,37(1,47)	537,5	,05
Control conductual percibido abstinencia	2,14(,86)	3,39(1,13)	664	,49
Control conductual percibido consumo	3,46(1,036)	2,17(,887)	701,5	,83
Intención de consumir alcohol	,98(1,15)	0,96(1,04)	714,5	,94
Confianza situacional	2,03(,43)	1,85(,322)	603	,10
Consecuencias por uso de alcohol	5,97(15,44)	5,26(14,32)	661	,49

Nota: GE=Grupo experimental; GC= Grupo control; DE= Desviación típica; U= U de Mann

Whitney; p= significancia estadística

A continuación, se llevaron a cabo comparaciones intergrupales en el GE y GC y después por subgrupos: jóvenes con consumo de riesgo y jóvenes sin consumo de riesgo. Para ello se aplicó la prueba U de Mann Whitney, en la comparación del GE y del GC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los participantes que recibieron la intervención en contraste con los que no la recibieron, como puede observarse en la Tabla 34.

Tabla 34.*Diferencias entre recibir tratamiento o no en cada variable de interés*

Variables	Intervención breve		Z	U	p
	Sin	Con			
	n=38	n=38			
	Rango promedio	Rango promedio			
Cantidad de bebidas de un mes previo	42,01	34,99	-1,732	588,50	,08
Copas por ocasión de consumo	41,75	35,25	-1,602	598,50	,10
Cantidad de días de consumo	42,13	34,87	-1,793	584,00	,07
Actitud hacia búsqueda de ayuda	43,21	33,79	-1,879	543,00	,06
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	39,87	37,13	-0,556	670,00	,57
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	36,25	40,75	-0,941	636,50	,34
Intención hacia búsqueda de ayuda	41,95	35,05	-1,419	591,00	,15
Expectativas sobre el uso de alcohol (actitud)	39,72	37,28	-0,499	675,50	,61
Norma subjetiva sobre el uso de alcohol	40,66	36,34	-0,897	640,00	,37
Norma personal sobre el uso de alcohol	36,58	40,42	-0,785	649,00	,43
Norma descriptiva sobre el uso de alcohol	38,66	38,34	-0,065	716,00	,94
Control conductual percibido abstinencia	38,83	38,17	-0,149	709,50	,76
Control conductual percibido consumo	37,78	39,22	-0,293	694,50	,88
Intención de consumir alcohol	40,88	36,12	-1,025	631,50	,30
Confianza situacional	37,34	39,66	-0,658	678,00	,51
Consecuencias por uso de alcohol	38,82	38,18	-0,14	710,00	,88

Nota: U= U de Mann Whitney; p= significancia estadística

Después se llevó a cabo un análisis por subgrupos: jóvenes sin riesgo y jóvenes con consumo riesgoso de alcohol de acuerdo con los puntajes obtenidos en el AUDIT C, bajo riesgo (puntaje de 0 a 3) y riesgoso (puntaje >4), de esta forma se identificaron en el grupo experimental 32 participantes de bajo riesgo y 6 con consumo riesgoso, en el grupo control en lista de espera se encontraron 33 participantes con bajo riesgo y 5 participantes con consumo riesgoso. Se realizaron análisis con la U de Mann Whitney para identificar si existieron

diferencias entre los participantes del grupo experimental con respecto al grupo control para cada uno de los subgrupos. En el subgrupo de jóvenes con consumo de riesgo se identificó que la cantidad de bebidas estándar en un mes, la cantidad de copas por ocasión de consumo y los días de consumo de los participantes del GE mostraron una disminución estadísticamente significativa en contraste con el grupo control, aunque el tamaño del efecto es considerado como bajo, como puede observarse en la Tabla 35.

Tabla 35.

Diferencias entre recibir tratamiento o no en jóvenes con consumo de riesgo

Variables	Intervención breve		Z	U	p	1- β	d
	Sin n=5	Con n=6					
	Rango promedio	Rango promedio					
Cantidad de bebidas de un mes previo	9	3,5	-2,986	0,00	,004	0,40	2,12
Copas por ocasión de consumo	9	3,5	-2,986	0,00	,004	0,32	1,94
Cantidad de días de consumo	9	3,5	-3,019	0,00	,004	0,72	2,84
Actitud hacia búsqueda de ayuda	4,4	7,33	-1,464	7,00	,17		
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	5,3	6,58	-0,654	11,50	,53		
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	4,5	7,25	-1,402	7,50	,17		
Intención hacia búsqueda de ayuda	6,2	5,83	-0,211	14,00	,93		
Expectativas sobre el uso de alcohol (actitud)	7,2	5	-1,098	9,00	,32		
Norma subjetiva sobre el uso de alcohol	6,8	5,33	-0,742	11,00	,53		
Norma personal sobre el uso de alcohol	6,8	5,33	-0,757	11,00	,53		
Norma descriptiva sobre el uso de alcohol	7,4	4,83	-1,357	8,00	,24		
Control conductual percibido abstinencia	4,6	7,17	-1,321	8,00	,24		
Control conductual percibido consumo	7,8	4,5	-1,690	6,00	,12		
Intención de consumir alcohol	6,7	5,42	-0,657	11,50	,53		
Confianza situacional	5	6,83	-1,057	10,00	,42		
Consecuencias por uso de alcohol	5,6	6,33	-0,369	13,00	,79		

Nota: U= U de Mann Whitney; p= significancia estadística

En el grupo de jóvenes con bajo riesgo se encontró una tendencia a la significación estadística en la actitud hacia la búsqueda de ayuda, puntuaciones que fueron menores en el GE en comparación con el GC. Ver Tabla 36.

Tabla 36.

Diferencias entre recibir tratamiento o no en cada variable de interés en jóvenes con consumo de bajo riesgo

Variables	Intervención breve		Z	U	p	1- β	d
	Sin n=33	Con n=32					
	Rango promedio	Rango promedio					
Cantidad de bebidas de un mes previo	33,56	32,42	-0,314	509,50	,75		
Copas por ocasión de consumo	33,3	32,69	-0,170	518,00	,86		
Cantidad de días de consumo	33,85	32,13	-0,476	500,00	,63		
Actitud hacia búsqueda de ayuda	38,94	26,88	-2,603	344,00	0,009	0,40	0,61
Norma subjetiva hacia búsqueda de ayuda	35,05	30,89	-0,913	460,50	,36		
Autoeficacia hacia búsqueda de ayuda	31,73	34,31	-0,588	486,00	,55		
Intención hacia búsqueda de ayuda	35,94	29,97	-1,316	431,00	,18		
Expectativas sobre el uso de alcohol (actitud)	33,59	32,39	-0,267	508,50	,79		
Norma subjetiva sobre el alcohol	34,61	31,34	-0,742	475,00	,45		
Norma personal sobre el alcohol	30,59	35,48	-1,087	448,50	,27		
Norma descriptiva sobre el alcohol	32,12	33,91	-0,396	499,00	,69		
Control conductual percibido abstinencia	34,23	31,73	-0,641	487,50	,52		
Control conductual percibido consumo	31,06	35,00	-0,863	464,00	,38		
Intención de consumir alcohol	34,8	31,14	-0,865	468,50	,38		
Confianza situacional	32,82	33,19	-0,121	522,00	,90		
Consecuencias por uso de alcohol	33,61	32,38	-0,307	508,00	,75		

Nota: U= U de Mann Whitney; p= significancia estadística

Para observar los efectos del tratamiento en el grupo experimental en contraste con el grupo control se realizó una comparación pre-post intragrupo. En la primera hipótesis de este estudio se planteó que la intención de consumir alcohol, la cantidad de bebidas estándar mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y los días de consumo serían menores en el GE que en el GC, al respecto no encontramos diferencias significativas en la cantidad de bebidas estándar mensuales, ni en la cantidad de días de consumo aplicando la corrección de Bonferroni $p < ,004$ ($,05/12$ mediciones) sin embargo se encontró una disminución de la intención de beber en el grupo experimental respecto al grupo control con

tendencia a la significación estadística y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo, donde la puntuación de la medición post (Mdn= 0; rango= 6) fue menor que la medición pre (Mdn= 0,5; rango= 10) en el GE con respecto al GC, con un tamaño del efecto moderado (g de Hedges=,58). Ver Tabla 37.

Tabla 37

Comparación Libare e intención de beber en grupo experimental y control con T de Wilcoxon

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Cantidad de bebidas un mes previo	0,17(25)	0(10)	-1,271	,20	0,43
Copas por ocasión de consumo	0,5(10)	0(6)	-3,231	,001	0,58
Cantidad de días de consumo	0,17(4)	0(4)	-1,071	,28	0,31
Intención de consumir alcohol	0,67(4)	0(4)	-2,38	,017	0,25
Puntuaciones grupo control					
Cantidad de bebidas un mes previo	0(54)	0(36)	-1,438	,15	0,19
Copas por ocasión de consumo	0(17)	0(18)	-0,741	,45	0,12
Cantidad de días de consumo	0(9)	0(5)	-0,852	,39	0,11
Intención de consumir alcohol	0,83(3)	0,33(4)	-0,057	,95	0,03

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Sobre la segunda hipótesis acerca de que la intención de buscar ayuda por problemas con el consumo de alcohol sería mayor en el grupo experimental que en grupo control en lista de espera, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ver Tabla 38.

Tabla 38*Comparación de puntuaciones IBA-COPA en grupo experimental y control con T de Wilcoxon*

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Actitud	3,53(5)	2,75(5)	-1,117	,26	0,21
Norma subjetiva	4,13(5)	3,87(5)	-0,902	,36	0,20
Autoeficacia	4,2(4)	5(4)	-0,826	,40	0,05
Intención de buscar ayuda	1,17(4)	1(4)	-0,982	,32	0,13
Puntuaciones grupo control					
Actitud	4,3(5)	3,68(5)	-0,769	,44	0,01
Norma subjetiva	4(5)	4,20(5)	-0,617	,54	0,09
Autoeficacia	4(4)	4,20(4)	-0,228	,82	0,05
Intención de buscar ayuda	2(4)	1,83(4)	-1,922	,06	0,20

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Acerca de la tercera hipótesis de este estudio, en las expectativas asociadas al consumo de alcohol no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación post con respecto de la evaluación pre del GE. Sobre la cuarta hipótesis de esta investigación, la norma subjetiva, personal y descriptiva, se encontró un puntaje menor en la norma descriptiva del GE a favor de la intervención que resultó estadísticamente significativa. Con relación con la quinta hipótesis, el control conductual percibido hacia la abstinencia y la confianza situacional no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el post respecto al pre del GE. Sobre la sexta hipótesis de este estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las consecuencias de la evaluación post respecto de la evaluación pre en el GE en comparación con el GC. Estos resultados pueden observarse en la Tabla 39 y la Tabla 40.

Tabla 39*Puntuaciones TCP para beber y confianza situacional en GE y GC con T de Wilcoxon*

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Actitud (expectativas hacia el alcohol)	0,06(3)	0,02(4)	-0,325	,74	0,10
Norma subjetiva	0,5(3)	0,25(3)	-0,747	,45	0,07
Norma personal	3(4)	3(4)	-0,481	,63	0,11
Norma descriptiva	2(4)	1(4)	-3,046	,002	0,56
Control conductual percibido consumo	2(3)	2,17(3)	-0,642	,52	0,12
Control conductual percibido abstinencia	4(4)	4(4)	-1,26	,20	0,28
Confianza situacional	2(2)	2(3)	-1,489	,13	0,27
Puntuaciones grupo control					
Actitud (expectativas hacia el alcohol)	0,58(3)	,18(2)	-2,515	,01	0,40
Norma subjetiva	1,25(3)	,50(4)	-2,525	,01	0,34
Norma personal	3(5)	3(4)	-0,977	,32	0,20
Norma descriptiva	1(5)	1(4)	-0,918	,35	0,12
Control conductual percibido consumo	1,83(3)	2(3)	-0,043	,96	0,02
Control conductual percibido abstinencia	4(6)	4(4)	-0,101	,91	0,10
Confianza situacional	2(1)	2(2)	0,000	1,0	0,00

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística**Tabla 40***Puntuaciones consecuencias en grupo experimental y control con T de Wilcoxon*

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn (rango)	Mdn (rango)			
Puntuaciones grupo experimental					
Consecuencias por uso de alcohol	0(88)	0(16)	-1,49	,13	0,27
Puntuaciones grupo control					
Consecuencias por uso de alcohol	1(86)	,00(93)	-1,55	,12	0,07

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

6.3.3. Análisis por Intención de Tratar (IT)

En este apartado todos los participantes se analizaron en el grupo al que fueron asignados al azar. En la evaluación de seguimiento al mes faltaron 6 participantes del grupo experimental y 5 participantes del grupo control en lista de espera. A continuación, se presenta la comparación de los casos observados con las características de referencia de los casos perdidos (los cuáles si presentaron la primera sesión de evaluación), se compararon la edad, sexo, puntuación en el AUDIT, intención de búsqueda de ayuda, intención de beber, confianza situacional y consecuencias por el consumo, no encontrando diferencias significativas entre los grupos comparados, lo cual brinda cierta seguridad de que los participantes observados no difieren de manera drástica de los no observados. Ver Tabla 41 y Tabla 42.

Tabla 41

Comparación de edad y variables de interés de casos perdidos respecto a completos del GE

Variables	CP (n=6)	CC (n=38)	U	p
	Media (DE)	Media (DE)		
Edad	19,83(1,83)	19,16(2,11)	81,50	0,27
AUDIT	2,00(1,67)	2,16(3,05)	103,00	0,73
Intención de búsqueda de ayuda	1,44(1,08)	1,97(1,33)	80,50	0,26
Intención de beber	,94(1,16)	,98(1,15)	108,50	0,86
Confianza situacional	1,67(1,36)	2,03(,43)	111,00	0,93
Consecuencias por el consumo	,83(,98)	5,97(15,44)	112,00	0,96

Nota: CP=Casos perdidos; CC= Casos completos; DE= Desviación típica; U= U de Mann

Whitney; p= significancia estadística

Tabla 42*Comparación de edad y variables de interés de casos perdidos respecto a completos del GC*

Variables	CP (n=5)	CC (n=38)	U	p
	Media (DE)	Media (DE)		
Edad	19,20(1,30)	19,05(1,50)	83,5	,67
AUDIT	4,60(6,02)	2,20(3,43)	64,00	,26
Intención de búsqueda de ayuda	2,07(1,36)	2,46(1,45)	82,50	,65
Intención de beber	1,07(1,27)	,96(1,04)	92,00	,93
Confianza situacional	2,40(,89)	1,85(,32)	51,00	,10
Consecuencias por el consumo	9,60(18,71)	5,26(14,32)	88,00	,81

Nota: CP=Casos perdidos; CC= Casos completos; DE= Desviación típica; U= U de Mann

Whitney; p= significancia estadística

Para llevar a cabo un análisis por intención de tratar que incluyera a todos los participantes aleatorizados (44 para el grupo experimental y 43 para el grupo control en lista de espera), se llevó a cabo un análisis de sensibilidad por medio de imputación múltiple por medio de SPSS versión 25. Se imputaron todas las variables de resultado de la evaluación post de los participantes faltantes: AUDIT C, LIBARE: cantidad de bebidas mensual, copas por ocasión de consumo y días de consumo, actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención hacia la búsqueda de ayuda, expectativas sobre el uso del alcohol, norma subjetiva, personal y descriptiva sobre el alcohol, control conductual percibido hacia el consumo y hacia la abstinencia, intención de beber alcohol, confianza situacional y consecuencias por el consumo de alcohol. Se crearon cinco conjuntos de datos imputados, se llevó a cabo el análisis estadístico por medio de la U de Mann Whitney sobre el conjunto completo de datos imputados, en la siguiente Tabla 43 se pueden observar los resultados.

Tabla 43.*Diferencias entre recibir tratamiento o no en cada una de las variables de interés (análisis por intención de tratar)*

Variables	Intervención breve		Z	U	p	1- β	d
	Sin	Con					
	n=253	n=258					
	Rango promedio	Rango promedio					
Libare 1 mes previo (cantidad de bebidas)	278,6	233,84	-4,023	26918,5	,001	0,99	0,52
Libare copas por ocasión de consumo	274,14	238,21	-3,239	28048,0	,001	0,79	0,37
Días de consumo	278,59	233,85	-4,105	26922,0	,001	0,94	0,44
Actitud hacia búsqueda de ayuda	283,51	229,02	-4,206	25677,0	,001	0,61	0,32
Norma subjetiva hacia la búsqueda de ayuda	266,15	246,05	-1,575	30069,5	,11		
Autoeficacia hacia la búsqueda de ayuda	244,1	267,67	-1,885	29627,0	,06		
Intención hacia la búsqueda de ayuda	275,29	237,09	-3,030	27757,0	,002	0,27	0,22
Expectativas sobre el uso de alcohol (actitud)	262,03	250,09	-0,935	31111,5	,35		
Norma subjetiva sobre el uso del alcohol	267,89	244,34	-1,884	29628,0	,06		
Norma personal sobre el uso del alcohol	244,89	266,9	-1,731	29826,0	,08		
Norma descriptiva sobre el uso del alcohol	253,45	258,5	-0,399	31991,0	,69		
Control conductual percibido hacia abstinencia	260,59	251,5	-0,770	31476,5	,55		
Control conductual percibido hacia el consumo	252,19	259,73	-0,588	31674,0	,44		
Intención de consumir alcohol	273,7	238,64	-2,879	28158,0	,004	0,32	0,22
Confianza situacional	242,87	268,88	-2,503	29315,0	,01		
Consecuencias por uso de alcohol	254,77	257,21	-0,204	32326,0	,89		

Nota: U=U de Mann Whitney; p= significancia estadística

6.3.4. Análisis tras intervención del grupo control en lista de espera

Posterior a la evaluación del grupo experimental, se llevó a cabo la intervención y seguimiento con el grupo control en lista de espera. La cantidad de participantes del grupo control disminuyó, de 38 participantes que representaron los casos con evaluaciones completas con el que se llevaron a cabo las comparaciones con el grupo experimental, 36 fueron los que continuaron con la siguiente fase de recibir la intervención y la evaluación post al mes. Para identificar las diferencias entre la medición pre y la medición post del grupo control se empleó la prueba T de Wilcoxon. Sobre la primera hipótesis de esta fase del estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación post en contraste con la evaluación pre en la intención de consumir alcohol, cantidad de copas estándar mensual ni cantidad de copas por ocasión de consumo, ni días de consumo. Ver Tabla 44.

Tabla 44

Puntuaciones LIBARE en grupo control en lista de espera con T de Wilcoxon

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p
	Mdn (rango)	Mdn (rango)		
Cantidad de bebidas de un mes previo	0(36)	0(52)	-0,455	,64
Copas por ocasión de consumo	0(18)	0(9)	-0,541	,58
Cantidad de días de consumo	0(5)	0(7)	-0,796	,42
Intención de consumir alcohol	,33(4)	,33(4)	-0,406	,68

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Respecto a la segunda hipótesis acerca de que la intención de buscar ayuda por problemas relacionados con el alcohol se incrementaría tras la intervención, puede observarse que se encontró evidencia a favor de esta hipótesis, puesto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la intención de buscar ayuda en la evaluación post intervención (Mdn=2,33) en comparación con la evaluación pre (Mdn=1,83). Ver Tabla 45.

Tabla 45*Puntuaciones IBA-COPA en grupo control en lista de espera con T de Wilcoxon*

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p
	Mdn (rango)	Mdn (rango)		
Actitud	3,9(5)	4,63(5)	-1,111	,26
Norma subjetiva	4,2(5)	4,17(5)	-0,458	,64
Autoeficacia	4,2(4)	4,70(4)	-1,753	,08
Intención de buscar ayuda	1,83(4)	2,33(4)	-2,79	,005

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

Con respecto a la hipótesis tres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las expectativas del uso del alcohol en la evaluación post respecto de la pre intervención. Sobre la hipótesis cuatro no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la norma subjetiva, norma personal ni norma descriptiva en la evaluación post respecto de la pre intervención, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las consecuencias por el alcohol en el post respecto de la pre intervención concernientes a la hipótesis seis. Sin embargo, para la hipótesis cinco si se encontraron evidencias de diferencias estadísticamente significativas en el control conductual percibido hacia la abstinencia en la evaluación post (Mdn=4; rango=4) con respecto a la evaluación pre (Mdn=2; rango=3), $p < ,001$, con un tamaño del efecto grande (g de Hedges=1,38), asimismo se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo de abuso de alcohol donde las puntuaciones de la medición post (Mdn= 3; rango= 3) fueron mayores que en la evaluación pre intervención (Mdn=2; rango=2), $p < ,001$, con un tamaño del efecto grande (g de Hedges=1,15), lo cual puede observarse en la Tabla 46.

Tabla 46*Variables TAP hacia consumo, confianza situacional y consecuencias en GC*

Variables de acuerdo a agrupación	Pre	Post	Z	p	G Hedges
	Mdn(rango)	Mdn(rango)			
Actitud (expectativas hacia el alcohol)	,16(2)	,46(,68)	-0,606	,54	
Norma subjetiva	,50(4)	,50(3)	-0,607	,54	
Norma personal	3(4)	4(4)	-2,374	,01	
Norma descriptiva	1(4)	1(4)	-0,85	,39	
Control conductual percibido consumo	2(3)	1,67(4)	-1,508	,13	
Control conductual percibido abstinencia	2(3)	4(4)	-4,443	,001	1,38
Confianza situacional	2(2)	3(3)	-4,478	,001	1,15
Consecuencias por uso de alcohol	0(93)	0(24)	-1,222	,22	

Nota: Mdn= mediana; p= significancia estadística

6.4. Discusión

Este estudio tuvo el objetivo general de disminuir la intención y el consumo de alcohol de jóvenes universitarios de primer año de licenciatura a través de una intervención breve basada en los constructos de la Teoría de la Acción Planificada; también presentó los objetivos específicos de impactar en la intención de buscar ayuda, modificar la norma personal y las expectativas (actitud) sobre el uso del alcohol, incrementar la autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol y disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol. A continuación, se reflexionará sobre los principales hallazgos encontrados al comparar los resultados del GE respecto al GC, así como lo encontrado tras la implementación de la intervención en el grupo control en lista de espera.

Respecto al objetivo e hipótesis 1a, sobre la disminución de la intención y del consumo de alcohol de los participantes, en el análisis intragrupal (por protocolo y por ITm) en el grupo experimental hubo una tendencia a la disminución de la intención de beber alcohol, pero ésta no fue estadísticamente significativa; sin embargo, si existió una diferencia significativa en la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental respecto al grupo control en lista de espera. En el análisis intergrupar al comparar los grupos completos GE con GC no

se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, éstas diferencias si se encontraron en el análisis por subgrupos (tanto en el análisis por protocolo dónde se observó cómo tendencia y en el análisis por ITm donde se observaron las diferencias estadísticamente significativas) de esta forma pudo apreciarse una tendencia a la disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y la disminución de los días de consumo en el grupo de los jóvenes con consumo riesgoso. El consumo de riesgo incrementa las probabilidades de consecuencias desfavorables para el individuo de tipo médico, psiquiátrico, familiares y/o sociales (Serecigni et al., 2015). Para el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, como se citó en Curry et al., 2018), el uso riesgoso del alcohol es aquel por encima de las cantidades diarias, semanales o por ocasión recomendadas, pero sin cumplir con los criterios para el trastorno por consumo de alcohol.

En México el consumo riesgoso de alcohol está considerado como la ingesta de >4 bebidas por ocasión de consumo para los hombres y >3 bebidas para las mujeres (Secretaría de Salud, 2019). En los jóvenes universitarios este tipo de consumo es el más frecuente (Davoren et al., 2016; Hingson et al., 2017; Krieger et al., 2018; Steele et al., 2022; Yi et al., 2017). La disminución de copas por ocasión de consumo en los jóvenes que recibieron la intervención apoya parcialmente la primera hipótesis de este estudio. Estos resultados se asemejan a lo reportado por otros estudios de intervenciones breves basadas en la web, donde también se identificó una disminución de la ingesta de bebidas alcohólicas con la diferencia de que el seguimiento de sus participantes fue de hasta seis meses y el del presente estudio fue de un mes post intervención (Norman et al., 2018; Voogt et al., 2014). La disminución de la cantidad de bebidas ingeridas por ocasión de consumo puede contribuir a proteger a los jóvenes de consecuencias adversas en su salud física, mental y en el plano social (Almeida-Antunes et al., 2021; Gierski et al., 2020; Krieger et al., 2018; Steele et al., 2022), además de contribuir a los efectos positivos de la reducción del consumo de alcohol o la abstinencia en consumidores de

riesgo como el incremento de la calidad de vida, disminución del estrés psicosocial, reducción de lesiones asociadas al consumo de alcohol, incremento de la confianza en sí mismo (Charlet & Heinz, 2017). Cabe señalar que en el análisis por intención de tratar al comparar los puntajes totales de los grupos sin subdivisiones GE y del GC pudieron observarse diferencias en las variables de consumo mensual, copas por ocasión de consumo, días de consumo e intención de beber, mostrándose menores puntajes en los rangos del GE que en el GC. Si bien estos resultados provienen de una simulación que integra los casos perdidos para analizar en su totalidad a los participantes aleatorizados, éstos resultados muestran congruencia con lo encontrado en el análisis por protocolo (casos completos) y por el análisis por intención de tratar modificado (casos completos de evaluación pre-post y con hasta una sesión de tratamiento).

La H2a acerca de que la intención de buscar ayuda por problemas hipotéticos con el consumo de alcohol sería mayor en el grupo experimental que en el grupo control en lista de espera en este estudio no recibió evidencia a favor en la comparación intergrupala e intragrupo (ni en el análisis por protocolo, ni en análisis ITm). En el análisis por subgrupos, los jóvenes de bajo riesgo del GE presentaron una disminución de la actitud de buscar ayuda respecto al grupo control en lista de espera. Podría inferirse que los jóvenes del grupo experimental al ser conscientes de su rango de consumo pudieron considerar menos importante para ellos la posibilidad de buscar ayuda. Los jóvenes con consumo riesgoso pudieron no considerar prioritaria la búsqueda de ayuda si la intervención pudo ser interpretada como un recurso de ayuda en sí misma. Estos resultados fueron congruentes con lo encontrado en el análisis por IT, donde la actitud hacia la búsqueda de ayuda y la intención de buscar ayuda fue mayor en el GC que en el GE.

Los resultados del estudio no encontraron evidencia a favor de la H3a acerca de que las expectativas sobre el consumo de alcohol serán menores en el grupo experimental que en el

grupo control en lista de espera en la evaluación post intervención, puesto que no existieron diferencias estadísticamente entre las evaluaciones pre y post entre los que recibieron intervención en comparación con los que no la recibieron. Se encontró evidencia parcial a favor de la H4a, la norma descriptiva presentó una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje post respecto del pre en los participantes del GE en el análisis por ITm, siendo este puntaje menor en la evaluación post. Las normas descriptivas representan aquellas creencias acerca de que los amigos o compañeros usan alcohol y/o drogas y lo perciben como algo normal y aceptable; están consideradas como predictoras del consumo de drogas legales e ilegales, de esta manera el consumo estaría condicionado por normas descriptivas erróneas las cuáles pueden ser contrastadas (Burkhart, 2009). En este estudio una de las estrategias consistió en discrepar la información sobre el propio consumo con su percepción del consumo de otros y con la información del consumo real de jóvenes de su edad, de ésta forma se pudo observar que los jóvenes al contrastar su consumo y su percepción del consumo de otros pudieron realizar un ajuste de su percepción lo que se reflejó en un menor puntaje de esta norma después de la intervención. Este cambio es relevante puesto que la literatura señala que estos métodos sobre las normas sociales presentan efectos significativos sobre el consumo y disminuyen a largo plazo los problemas con el alcohol (Burkhart, 2009).

La H5a tampoco presentó evidencia a favor, puesto que el control conductual percibido hacia la abstinencia y la autoeficacia para afrontar efectivamente situaciones de consumo de alcohol no presentaron diferencias entre los participantes del GE en comparación con los del GC. Por último, las consecuencias negativas del consumo de alcohol no presentaron diferencias en los participantes del GE con respecto al GC no encontrándose evidencia a favor de la H6a de este estudio.

En el grupo control en lista de espera no se encontró evidencia a favor de las hipótesis 1b, 2b, 3b, 4b y 6b, sin embargo, en la H5b se encontró que los jóvenes presentaron un mayor

control conductual percibido hacia la abstinencia y mayor confianza situacional (autoeficacia: habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol) en la evaluación post respecto de la evaluación pre, esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa, similar a lo reportado por Salazar-Garza et al. (2012) y a Alonso-Castillo et al. (2013). Existe evidencia de que la autoeficacia protege contra el consumo excesivo de alcohol (Chomsri et al., 2018; Foster et al., 2014), las personas que sienten seguridad de que pueden abstenerse de beber probablemente beberán menos en comparación con personas que se muestren inseguras (Foster et al., 2014), por lo que se apoya el empleo de estrategias que incrementen la autoeficacia en el desarrollo y perfeccionamiento de intervenciones para moderar el consumo de alcohol (Cooke et al., 2016; DiBello et al., 2019). Si bien en la evaluación del grupo control en lista de espera no se encontró una reducción del consumo de alcohol estadísticamente significativa, los resultados en el incremento del control conductual percibido hacia la abstinencia y de la autoeficacia son un resultado alentador puesto que se ha demostrado que la autoeficacia es una variable predictora del consumo de alcohol, con una asociación inversa (Adamson et al., 2009). En la misma línea en otro estudio las actitudes favorables y la autoeficacia para moderar el consumo de alcohol se asociaron prospectivamente con una reducción de los problemas relacionados con el alcohol y con reducciones en el consumo de alcohol (DiBello et al., 2019).

6.4.1. Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del estudio se puede mencionar la obtención de datos por medio de auto informes lo que puede dar lugar a un sesgo por el efecto de la deseabilidad social de los jóvenes. Por otro lado, evaluar el consumo de alcohol en periodos largos, en este caso de tres meses previos a la intervención, puede generar errores de medición puesto que el recuerdo preciso del consumo de alcohol puede verse disminuido por déficits en la memoria (Gmel & Daeppen, 2007). Emplear puntos de tiempo de seguimiento limitados en este caso de

un mes post intervención, puede no captar fielmente la naturaleza cambiante del consumo de alcohol de los universitarios en relación con ciertas fechas específicas del calendario (Voogt et al., 2014), por lo que la interpretación de estos resultados deberá realizarse tomando en consideración las limitantes mencionadas.

6.4.2. Futuras líneas de investigación

Es posible que la cantidad de sesiones sea un elemento a considerar para futuras aplicaciones, dónde puede ser necesario su incremento para probar si la exposición de los jóvenes a las estrategias planteadas pudiese reflejarse en los resultados secundarios referentes a los constructos de la TAP por lo que sería importante continuar realizando estudios sobre la eficacia de esta intervención. Cabe señalar que el diseño de dos sesiones de intervención se realizó considerando su brevedad para no generar sobrecarga en los jóvenes por sus ajustadas agendas de estudio, por lo que el incremento de sesiones a futuro tendría que incorporar esta perspectiva para poder acceder a esta población de estudiantes. Si bien son modestos los resultados de este estudio, cabe mencionar la importancia de continuar realizando esfuerzos por la alfabetización en salud sobre el alcohol en la población joven y promover la difusión de información basada en la evidencia para propiciar en ellos la toma de mejores decisiones sobre el cuidado de su salud. Los jóvenes con bajo riesgo podrían emplear esta información para mantenerse en consumos de bajo riesgo e incluso podrían comunicar lo aprendido a sus allegados; los jóvenes con consumo riesgoso podrían tener esta oportunidad de contrastar sus creencias con información fidedigna que promueva la salud.

También es relevante continuar abriendo espacios para el diálogo ya sea de manera presencial y/o en espacios virtuales conocidos por los jóvenes como las redes sociales, donde se promueva el consumo de bajo riesgo, se brinde psicoeducación de la progresión del consumo hasta la enfermedad adictiva, la difusión de los servicios y lugares en sus diversos formatos para acceder a la ayuda profesional (Gulliver et al., 2010; Radez et al., 2021; Rickwood et al.,

2005; Westberg et al., 2020; Westberg et al., 2022), buscando generar mejores actitudes hacia la búsqueda de ayuda sobre los problemas relacionados con el alcohol y a la participación en los programas de intervención. Se considera que el programa aquí propuesto puede ser de beneficio a nivel institucional al ser una opción breve coadyuvante en el abordaje preventivo del consumo riesgoso de alcohol en los jóvenes de nuevo ingreso a la universidad, por lo que sería necesario continuar con estudios de los costos-beneficios de esta intervención.

6.4.3. Conclusiones

Ante la diversidad de consecuencias desfavorables que pueden sufrir los jóvenes por el consumo riesgoso de alcohol, la intervención breve aquí propuesta mostró eficacia para reducir la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental y disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y disminución de los días de consumo en el grupo de los jóvenes con consumo riesgoso. También se vio disminuida la norma descriptiva del grupo experimental, lo que sugiere que la estrategia del abordaje de las normas sociales pudo relacionarse con los cambios conductuales observados en la disminución del consumo del grupo experimental. Por otro lado, el seguimiento realizado al grupo control en lista de espera sugiere que la intervención logró incidir en la autoeficacia de los jóvenes para enfrentarse a situaciones de posible abuso del alcohol. Se sugiere continuar realizando ensayos confirmatorios sobre la eficacia de la intervención incrementando sesiones de tratamiento, incrementar el seguimiento a 3, 6 y 12 meses post intervención, evaluar la relación riesgo-beneficio de la intervención para que ésta pueda incorporarse a la práctica preventiva regular.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

«La sabiduría se adquiere a través de la experiencia y la reflexión»

Jostein Gaarder (1991)

7.1. Discusión General

Este trabajo de tesis tuvo como objetivo general analizar los factores psicosociales que intervienen en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y ofrecer una propuesta de intervención dentro del marco de la Teoría de la Acción Planificada (TAP, Ajzen, 1991). Para lograr este objetivo, la tesis se desglosó en tres estudios: (1) Creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. (2) Desarrollo y validación de escala de intención de búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. (3) Intervención breve basada en internet para reducir consumo de alcohol en universitarios. Ensayo clínico aleatorizado exploratorio. A continuación, se presenta una discusión de los principales hallazgos de cada uno de los estudios, así como sus limitaciones, líneas futuras de investigación y finalmente una conclusión general sobre el tema abordado.

7.2. Creencias de Comportamiento, Normativas y de Control Accesibles en la Intención de Búsqueda de Ayuda de Jóvenes Universitarios con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol

El primer estudio sobre las creencias de comportamiento, normativas y de control accesibles en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes universitarios con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, presentó como objetivos identificar las creencias accesibles sobre la búsqueda de ayuda, comparar las diferencias sobre la intención de buscar ayuda según la presencia o ausencia de cada creencia, conocer las diferencias de sexo en la intención de buscar ayuda y describir la relación entre sexo y creencias individualmente sobresalientes sobre

la búsqueda de ayuda de jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol. Este estudio sirvió de soporte para la conformación del instrumento del estudio dos.

Acerca del primer objetivo de este primer estudio, en las creencias de comportamiento, la ventaja de buscar ayuda mencionada más frecuentemente fue la de recibir apoyo y la desventaja más frecuente fue la pérdida de relaciones sociales por el tiempo invertido en el tratamiento. Estas respuestas denotan la importancia que para los jóvenes tienen las relaciones sociales y la percepción de ayuda que pueden obtener a través de estas. En el apartado de las creencias normativas, los jóvenes mencionaron que los padres, hermanos, amigos cercanos y pareja serían los grupos que en determinado momento aprobarían o desaprobarían que buscaran ayuda por problemas con el alcohol. Esta respuesta denota los grupos que son importantes para estos jóvenes, cabe señalar que la conducta de buscar ayuda por problemas relacionados con el alcohol está influida por factores sociales, como ya lo menciona Eubanks Fleming (2016). Sobre las creencias de control, es decir, los factores que permitirían buscar ayuda, la respuesta más frecuente fue la creencia de perder el control sobre el consumo y el desinterés fue la respuesta más frecuente como factor que podría dificultar la búsqueda de ayuda. En este estudio la intención de buscar ayuda fue moderada, similar a lo reportado en otros estudios (Buscemi et al., 2010; Cood y Cohen, 2003; Conde et al., 2016; Lowinger, 2012).

Los participantes con la creencia conductual de aprender a regular el consumo presentaron una mayor intención de buscar ayuda en comparación con los que no tenían dicha creencia. Este hallazgo sobre la regulación del consumo concuerda con los objetivos que plantean las intervenciones breves, dónde, dentro de sus estrategias, el participante puede optar por la abstinencia o por limitar su consumo dentro de los rangos de bajo riesgo, reforzando con ello la autodeterminación de los jóvenes (del Bosque Garza et al., 2012; Franco & Chávez, 2016; Salazar-Garza et al., 2012). Cabe señalar que es importante proyectar este objetivo en la promoción de las intervenciones breves para universitarios, puesto que en los rangos de

consumo riesgoso y perjudicial aún puede promoverse la meta de abstinencia o consumo de bajo riesgo, lo que, en consumos más graves, por ejemplo, en el de dependencia, se requiere ya de otro nivel de intervención dónde se plantean como metas la abstinencia, su mantenimiento y la prevención de recaídas.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre la intención de buscar ayuda entre hombres y mujeres resultados parecidos a lo reportado por Salazar-Garza et al., (2020), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las barreras y recursos ambientales para solicitar ayuda por consumo de alcohol. La creencia de aprender a regular el consumo tuvo una relación estadísticamente significativa con el sexo, siendo las mujeres quienes mostraron en mayor medida esta creencia. Se sabe que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad biológica ante el alcohol y la progresión hasta la dependencia es más rápida que en los hombres (Míguez & Permuy, 2017), por ello es importante establecer estrategias de intervención tempranas y oportunas donde puedan desarrollarse habilidades para regular el consumo y de esta forma alterar la trayectoria del consumo riesgoso y perjudicial hacia mejoras en la calidad de vida de las mujeres.

Por otro lado, en los hombres la percepción de prejuicios de la sociedad fue mayor que en las mujeres, lo que puede indicar que el prejuicio en ellos se encuentra más internalizado. El prejuicio como creencia o reacción emocional negativa, el estereotipo como creencia negativa sobre un grupo y la discriminación como respuesta conductual al prejuicio integran estructuralmente al estigma (Corrigan, 2004). Las personas con trastornos por uso de alcohol son un colectivo que suele ser estigmatizado (Schomerus et al., 2011); cuando la persona internaliza los prejuicios y estereotipos negativos sobre su situación surge el autoestigma lo que puede disminuir la conducta de búsqueda de ayuda o de adherencia al tratamiento (Buchter & Messer, 2017).

La autoestigmatización es un proceso que ocurre en etapas, primero la conciencia de estereotipo, le sigue la aceptación del estereotipo, a continuación la autoconferencia (aplicarse a sí mismo el estereotipo) y por último el resultado de daño al disminuirse la autoestima (Corrigan et al., 2006); este proceso quedó evidenciado en el estudio de Shomerus et al. (2011), donde cada paso del proceso se relacionó con el anterior, donde los pasos finales de la autoestigmatización (autoconferencia y daño en la autoestima) se asociaron de manera significativa con una menor autoeficacia para negarse a beber en pacientes dependientes del alcohol. Los autores consideraron al autoestigma como una consecuencia del estigma público, como una forma de discriminación. Es relevante como en el presente estudio, en los jóvenes que no llegan al grado de dependencia, se pudo observar una percepción de los prejuicios de su entorno, lo que podría semejarse a la primera etapa de conciencia del estereotipo, lo cual deja entrever que las estrategias de intervención pudieran ser de utilidad desde etapas tempranas del consumo para desmitificarlo como problema moral y abordarlo como una enfermedad que puede ser tratada y prevenida.

Dentro de las limitaciones del estudio se puede mencionar la dificultad para acceder a los jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, lo que contribuyó para que la muestra fuera de un tamaño reducido, las características del muestreo por conveniencia comprometen la generalización de los resultados. Sin embargo, acceder a las creencias sobresalientes sobre la búsqueda de ayuda en jóvenes puede contribuir a la elaboración de estrategias de promoción de las intervenciones breves en el ámbito universitario. Como líneas futuras de investigación sería importante estudiar el autoestigma en jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y su relación con la búsqueda de ayuda, además promover la normalización de la implementación de programas preventivos que contribuyan a contrarrestar los prejuicios y estigma público sobre los problemas relacionados con el alcohol, lo que podría favorecer la búsqueda de ayuda temprana.

7.3. Desarrollo y Validación de Escala de Intención de Búsqueda de Ayuda en Estudiantes Universitarios con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol

Este segundo estudio presentó el objetivo de desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de la escala IBA-COPA, por lo que se analizó la estructura, confiabilidad y validez de las escalas del instrumento y se identificaron las variables de la TAP predictoras de la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol.

En el presente estudio, la actitud resultó predictora de la búsqueda de ayuda, parecido a lo encontrado por otros investigadores (Adams et al., 2022; Cood y Cohen, 2003; Kelly et al., 2011, Kelly et al., 2016; Lee y Shin, 2022; Vederhus et al., 2015). Los seres humanos desarrollan actitudes favorables cuando creen que obtendrán consecuencias deseables y forman actitudes desfavorables a acciones asociadas a consecuencias desagradables (Ajzen, 1991). Por tanto, sería recomendable promover los beneficios de la atención oportuna de los problemas relacionados con el alcohol, alejándose de estrategias morales para combatir los trastornos por uso de alcohol (Shoumerus et al., 2011), y más bien transmitiendo que en etapas tempranas el consumo de alcohol conlleva sus propios riesgos y que para los jóvenes existen beneficios de buscar ayuda en estas etapas entre las que se encuentran desarrollar estrategias que les permitan tomar mejores decisiones sobre su proyecto de vida.

Los jóvenes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol de este estudio no presentaron la norma subjetiva como predictora de la intención de buscar ayuda. En otros estudios la norma subjetiva ha presentado relaciones más débiles con la intención de buscar ayuda en servicios de salud mental de jóvenes universitarios (Aldalaykeh et al., 2019). La norma subjetiva captura las influencias sociales de los jóvenes, es decir, la presión social que los jóvenes perciben para realizar la conducta. Es posible que los jóvenes no consideraran que la conducta de buscar ayuda sería apoyada por los grupos de personas importantes para ellos o que la expectativa de cumplir con la presión social no fuera tan relevante para estos jóvenes.

Lee y Shin, (2022) sugieren que la norma subjetiva al capturar la presión social, puede ser mayormente considerada en culturas que tiendan al gregarismo, si bien la cultura latinoamericana tiende a estimar los valores tradicionales y familiares, en este estudio los jóvenes se guiaron más por las variables internas del modelo, dejando entrever una orientación hacia una perspectiva más individualista sobre la intención de búsqueda de ayuda.

Por otro lado, estos resultados también pueden reflejar que no se perciba una necesidad de atención en estos niveles de consumo de riesgo y perjudicial puesto que no llegan a ser un trastorno por uso de alcohol grave, es decir, no existe una percepción de riesgo, como encontró Salazar-Garza (2020). Los adultos jóvenes de su estudio con consumo peligroso y nocivo de alcohol se rodearon de familia y amigos con patrones de consumo de alcohol excesivo, no contaron con apoyo social para buscar ayuda por lo que sería importante evaluar en un futuro la relación entre dicha percepción de riesgo y la intención de búsqueda de ayuda en esta población.

En este estudio la autoeficacia presentó una asociación significativa con la intención de búsqueda de ayuda, lo cual es apoyado en otras investigaciones (Adams et al., 2022; Bohon et al., 2016; Aldalaykeh et al., 2019; Lee y Shin, 2022; Kelly et al., 2011). Un aspecto a tomar en cuenta sería promover los lugares y programas de atención para los jóvenes en el campus pues ello puede incrementar la autoeficacia para buscar ayuda, como lo han reportado Lee y Shin (2022). La búsqueda de ayuda en el pasado fue el predictor más fuerte en la intención de buscar ayuda, así como se ha mencionado en la literatura, donde la búsqueda de ayuda previa facilita la búsqueda de ayuda en el futuro (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005; Ajzen, 2002b). En este apartado también sería importante evaluar los recursos que se ofertan en las universidades públicas mexicanas como programas permanentes de atención a los problemas relacionados con el alcohol, por un lado, para promoverlos pues esto puede incrementar la autoeficacia para buscar ayuda de los jóvenes y por otro lado para garantizar que los

profesionales y centros de atención incluyan protocolos y programas apropiados y eficaces para responder a las necesidades de los jóvenes.

De acuerdo con Murray (2005), la búsqueda de ayuda, es un proceso dinámico que incorpora el presente y el pasado, que incluye a los que buscan ayuda como a los que la ofertan. De esta manera, los jóvenes que buscaron ayuda en el pasado, que actualmente tengan la intención de búsqueda de ayuda y que lleven a cabo la conducta y la encuentren de manera directa y efectiva en los programas que se oferten podrán incorporarla a su repertorio conductual, lo cuál puede ser más difícil para los jóvenes que en su pasado hubiesen tenido dificultades para acceder a la ayuda necesaria. Siguiendo a Murray (2005), la búsqueda de ayuda también incorpora la legitimidad de los problemas, es decir, que un problema sea considerado como tal. Las estrategias de intervención para alfabetizar sobre el alcohol podrían contribuir a legitimar el consumo riesgoso y perjudicial de alcohol como un problema que tiene repercusiones físicas, psicológicas y sociales que pueden comprometer la salud en los jóvenes, reconociendo que las consecuencias aparecen incluso en estos patrones de consumo y no solo hasta que se tenga un trastorno por uso de alcohol grave.

Las intervenciones breves de alfabetización en salud mental sobre el alcohol también pueden ayudar a promover la búsqueda de ayuda oportuna (Adams et al., 2022). Sería recomendable que estas intervenciones informen verazmente de los riesgos del consumo de la sustancia incluso en etapas tempranas y también ayuden a que los jóvenes desarrollen habilidades para la toma de decisiones y la conducta asertiva ante situaciones de consumo. Esta perspectiva difiere de aquellas donde se promueve una visión moralista del consumo, donde lo “peor” sería llegar a tener una “dependencia” donde no se tenga control sobre el consumo y que, como se ha discutido anteriormente, dicho enfoque moral puede incrementar el estigma, el autoestigma y afectar la autoeficacia en personas con trastornos por uso de alcohol (Shomerus et al., 2011).

El instrumento de evaluación propuesto en este segundo estudio de la tesis, IBA-COPA, se sustenta en un modelo teórico sólido y apto para estudiar la intención de la búsqueda de ayuda (White et al., 2018), lo que lo distingue de otros instrumentos (Cellucci et al., 2006; Vogel et al., 2006; Caldeira et al., 2009; Lowinger, 2012; Salazar et al., 2020); se apega a las recomendaciones de Ajzen (2019) sobre realizar estudios previos que brinden las creencias subyacentes para emplearse en la conformación de ítems que reflejen más cercanamente las creencias de la población objetivo; además llevar a cabo su validación se ajusta también a recomendaciones de Adams et al. (2022) y Wei et al. (2015) pues ello favorece la confianza en la medición de los constructos de la TAP sobre la intención de búsqueda de ayuda.

El instrumento IBA-COPA es conciso, claro, puede aplicarse de manera grupal o individual, a lápiz y papel o difundida a través de medios electrónicos, está diseñado para aplicarse en población universitaria y puede emplearse por maestros, psicólogos, trabajadores sociales interesados en promover el acceso a servicios de atención por consumo de alcohol; también puede ser de utilidad para evaluar intervenciones de alfabetización en salud mental que promuevan la búsqueda de ayuda por problemas relacionados con el alcohol. Las limitaciones de este trabajo son el tipo de muestreo empleado, ya que la generalización de resultados se ve limitada por el muestreo por conveniencia. Por otro lado, debe tenerse en cuenta el posible efecto de deseabilidad social de los que jóvenes pudo surgir a partir de la aplicación del instrumento de autoinforme. Además, no se evaluó la conducta directa de buscar ayuda, sino la intención, por lo que en futuros estudios de tipo prospectivo podría investigarse la relación entre la intención y la búsqueda de ayuda como conducta. En este estudio se logró encontrar evidencia de la validez de constructo, convergente, discriminante y concurrente y el instrumento IBA-COPA mostró características psicométricas favorables. Puede concluirse que el instrumento IBA-COPA mostró características psicométricas favorables y se logró obtener

evidencia de su constructo, validez convergente, discriminante y concurrente, con un índice de confiabilidad adecuado.

7.4. Intervención Breve Basada en Internet para Reducir Consumo de Alcohol en Universitarios

Este estudio tuvo el objetivo general de disminuir la intención y el consumo de alcohol de jóvenes universitarios de primer año de licenciatura a través de una intervención breve basada en los constructos de la Teoría de la Acción Planificada, también presentó los objetivos específicos de impactar en la intención de buscar ayuda, modificar la norma personal y las expectativas (actitud) sobre el uso del alcohol, incrementar la autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol y disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol. Se trabajó desde un enfoque experimental con grupo experimental y grupo control en lista de espera, los principales hallazgos se discuten a continuación en el contexto general de la tesis.

Cabe señalar que la intervención se planteó inicialmente como una manera de contribuir a la población de jóvenes universitarios que participaron en la conformación de los primeros dos estudios. Al pensar en las opciones de búsqueda de ayuda, se pensó en diseñar una propuesta que pudiera ser culturalmente sensible (Martínez et al., 2006), de duración breve que pudiera implementarse sin representar una sobrecarga en las actividades académicas de los estudiantes, además que el formato tuviera flexibilidad para que pudiera aplicarse a través de internet y que a su vez pudiera representar una estrategia de alfabetización en salud sobre el alcohol. Estas características representan las principales aportaciones de la propuesta, en la comprensión de que este trabajo puede mejorarse y que requiere más estudios que prueben su eficacia y efectividad.

La intervención logró una disminución de la intención de beber en el grupo experimental, que no fue estadísticamente significativa, sin embargo, la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental si fue menor respecto al grupo control y la

diferencia fue estadísticamente significativa en el análisis intragrupal (ITm). En el análisis intergrupar por subgrupos se pudo observar que en los jóvenes con consumo de riesgo presentaron una disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y la disminución de los días de consumo, respecto a los participantes con consumo de riesgo del grupo control. Estos hallazgos son relevantes primeramente porque se observa un cambio a nivel conductual, además la intervención mostro efectos favorables en el subgrupo de más riesgo. Cabe señalar que este trabajo es congruente con el enfoque preventivo primario donde se promueve que todos los participantes independientemente de su grado de consumo sean integrados en la intervención, lo que además contribuye a disminuir el estigma asociado a la salud mental (Lee & Shin, 2022; Tembo et al., 2017).

En México el consumo riesgoso de alcohol está considerado como la ingesta de >4 bebidas por ocasión de consumo para los hombres y >3 bebidas para las mujeres (Secretaría de Salud, 2019). En los jóvenes universitarios este tipo de consumo es el más frecuente (Davoren et al., 2016; Hingson et al., 2017; Krieger et al., 2018; Steele et al., 2022; Yi et al., 2017). La disminución de la cantidad de bebidas ingeridas por ocasión de consumo puede contribuir a proteger a los jóvenes de consecuencias adversas en su salud física, mental y en el plano social (Almeida-Antunes et al., 2021; Gierski et al., 2020; Krieger et al., 2018; Steele et al., 2022), además de contribuir a los efectos positivos de la reducción del consumo de alcohol o la abstinencia en consumidores de riesgo como el incremento de la calidad de vida, disminución de estrés psicosocial, reducción de lesiones asociadas al consumo de alcohol, incremento de la confianza en sí mismo (Charlet & Heinz, 2017).

Los resultados acerca de que la intervención serviría como una estrategia de alfabetización en salud mental sobre el alcohol por lo que la intención de buscar ayuda se vería incrementada en el grupo experimental no logró evidencia a favor en este estudio. En el análisis por subgrupos, los jóvenes de bajo riesgo del GE presentaron una disminución de la actitud de

buscar ayuda respecto al grupo control en lista de espera. Podría inferirse que los jóvenes del grupo experimental al ser conscientes de su rango de consumo de bajo riesgo pudieron considerar menos importante para ellos la posibilidad de buscar ayuda. Los jóvenes con consumo de riesgo pudieron no considerar prioritaria la búsqueda de ayuda si la intervención pudo ser interpretada como un recurso de ayuda en sí misma. Sería conveniente realizar ajustes al manual donde se haga énfasis en la reflexión acerca qué tanto la psicoeducación sobre los niveles de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol les llevaría de manera hipotética a buscar ayuda en caso de percibirse en riesgo (y no solo en las instrucciones del instrumento que evaluó la intención de búsqueda de ayuda). Además, podrían incluirse las diferentes opciones para solicitar ayuda en el campus y fuera de él, de manera más clara y concisa, por lo que después de estos ajustes sería recomendable probar nuevamente la intervención para observar si se dan cambios en la intención de buscar ayuda de los jóvenes.

Respecto a los constructos de la TAP que buscaron impactarse a través de la intervención, se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en las expectativas sobre el consumo de alcohol del grupo experimental respecto al grupo control en lista de espera; tampoco existieron diferencias en la norma social, norma personal, control conductual percibido hacia el consumo, control conductual percibido hacia la abstinencia, ni en la autoeficacia y consecuencias del consumo; sin embargo, sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de la norma descriptiva, siendo este puntaje menor en la evaluación pre respecto de la post en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Las normas descriptivas representan aquellas creencias acerca de que los amigos o compañeros usan alcohol y/o drogas y lo perciben como algo normal y aceptable; se consideran predictoras del consumo de drogas legales e ilegales y de esta manera el consumo estaría condicionado por normas descriptivas erróneas las cuáles pueden ser contrastadas (Burkhart, 2009). En este estudio una de las estrategias consistió en discrepar la información sobre el

propio consumo con su percepción del consumo de otros y con la información del consumo real de jóvenes de su edad, de ésta forma se pudo observar que los jóvenes al contrastar su consumo y su percepción del consumo de otros pudieron realizar un ajuste de su percepción lo que se reflejó en un menor puntaje de esta norma después de la intervención. Este cambio es relevante puesto que la literatura señala que estos métodos sobre las normas sociales presentan efectos significativos sobre el consumo y disminuyen a largo plazo los problemas con el alcohol (Burkhart, 2009).

Si bien en el grupo control en lista de espera no se encontró una reducción del consumo de alcohol estadísticamente significativa si se encontró evidencia de que los jóvenes presentaron un mayor control conductual percibido hacia la abstinencia y mayor confianza situacional (autoeficacia: habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol) en la evaluación post respecto de la evaluación pre intervención, esta diferencia estadísticamente significativa, similar a otros estudios realizados en jóvenes (Alonso-Castillo et al., 2013; Salazar-Garza et al., 2012). La autoeficacia se reconoce como una variable protectora contra el consumo excesivo de alcohol (Adamson et al., 2009; Chomsri et al., 2018; DiBello et al., 2019; Foster et al., 2014), las personas que sienten seguridad de que pueden abstenerse de beber probablemente beberán menos en comparación con personas que se muestren inseguras (Foster et al., 2014), por lo que se apoya el empleo de estrategias que incrementen la autoeficacia en el desarrollo y perfeccionamiento de intervenciones para moderar el consumo de alcohol (Cooke et al., 2016; DiBello et al., 2019). Este resultado sobre el incremento de la autoeficacia también es relevante pues esta variable se ha asociado de manera prospectiva con la reducción del consumo y los problemas relacionados con el alcohol (DiBello et al., 2019).

Existieron varias limitaciones del estudio que es necesario mencionar, primeramente, las dificultades para el acceso a internet de los participantes, si bien algunos jóvenes pueden

acceder al internet en sus hogares, otros tienen dificultades económicas para hacerlo, por lo que se optó por llevar a cabo el estudio en el Laboratorio de Cómputo de la institución educativa. De esta forma se garantizaría el acceso a internet de manera fluida y de calidad, por lo que los hallazgos también se limitan a este tipo de aplicación. Sería recomendable en un futuro aplicar la intervención a muestras mucho más grandes para que pudiera realizarse completamente en línea, de manera asincrónica y medir así la eficacia en ese formato de entrega totalmente automatizado. Por otro lado, otras de las limitaciones a comentar fueron el obtener los datos por autoinforme lo que puede dar lugar a sesgos por la deseabilidad social de los jóvenes, así como evaluar el consumo de alcohol en largos periodos, en este caso de tres meses previos y un mes después de la intervención, pues el recuerdo preciso del consumo de los jóvenes puede verse disminuido por déficits en la memoria (Gmel & Daepfen, 2007). Emplear puntos de tiempo de seguimiento limitados en este caso de un mes post intervención, puede no captar fielmente la naturaleza cambiante del consumo de alcohol de los universitarios en relación con ciertas fechas específicas del calendario (Voogt et al., 2014), por lo que la interpretación de estos resultados deberá realizarse tomando en consideración las limitantes mencionadas.

Para futuras líneas de investigación, concretamente sobre esta propuesta de intervención es posible que la cantidad de sesiones sea un elemento que considerar para próximas aplicaciones. Esto puede ser necesario para probar si la exposición de los jóvenes a las estrategias planteadas distribuidas en más sesiones pudiese reflejarse en los resultados secundarios referentes a los constructos de la TAP por lo que sería importante continuar realizando estudios sobre la eficacia de esta intervención.

También es relevante continuar abriendo espacios para el diálogo y la reflexión ya sea de manera presencial y/o en espacios virtuales como las redes sociales, donde se promueva el consumo de bajo riesgo, se brinde psicoeducación de la progresión y consecuencias del consumo perjudicial y se difundan los servicios para acceder a la ayuda profesional (Gulliver

et al., 2010; Radez et al., 2021; Rickwood et al., 2005; Westberg et al., 2020; Westberg et al., 2022), para generar mejores actitudes hacia la búsqueda de ayuda sobre los problemas relacionados con el alcohol y hacia la participación en los programas de intervención. Se considera que el programa aquí propuesto puede ser de beneficio a nivel institucional al ser una opción breve y de bajo costo coadyuvante en el abordaje preventivo del consumo riesgoso de alcohol en los jóvenes de nuevo ingreso a la universidad, por lo que sería necesario continuar con estudios de los costos-beneficios de esta intervención.

7.4. Conclusiones

Ante la diversidad de consecuencias desfavorables que pueden sufrir los jóvenes por el consumo de riesgo de alcohol y ante la infrautilización de los servicios de atención, fue relevante llevar a cabo esta tesis para conocer las variables que intervienen en la intención de búsqueda de ayuda de jóvenes con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol. Como resultado de este proyecto se pudo construir la escala IBA-COPA sustentada en los constructos de la TAP para conocer la intención de los jóvenes para buscar ayuda. La escala mostró características psicométricas favorables, se garantizó su validez de constructo, validez discriminante y validez concurrente y podrá ser de utilidad para psicólogos, maestros, trabajadores sociales interesados en el tema; además que podrá emplearse para diseñar intervenciones orientadas a incrementar la intención y conducta de búsqueda de ayuda, así como para evaluar su eficacia. Además, se diseñó una intervención breve que mostro eficacia para reducir la cantidad de bebidas por ocasión de consumo en el grupo experimental y disminución del consumo mensual, la cantidad de bebidas estándar por ocasión de consumo y disminución de los días de consumo en el grupo de los jóvenes con consumo de riesgo del alcohol. También se vio disminuida la norma descriptiva del grupo experimental, lo que sugiere que la estrategia del abordaje de las normas sociales pudo relacionarse con los cambios conductuales observados en la disminución del consumo del grupo experimental. Por otro lado,

el seguimiento realizado al grupo control en lista de espera sugiere que la intervención logró incidir en la autoeficacia de los jóvenes para enfrentarse a situaciones de posible abuso del alcohol. Se sugiere continuar realizando ensayos confirmatorios sobre la eficacia de la intervención incrementando sesiones de tratamiento, incrementar el seguimiento a 3, 6 y 12 meses post intervención, evaluar la relación riesgo-beneficio de la intervención para que ésta pueda incorporarse a la práctica preventiva regular.

Referencias

- Abbey, A. (2011). Alcohol's role in sexual violence perpetration: Theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug and Alcohol Review, 30*(5), 481-489. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00296.x>
- Adams, C., Gringart, E., & Strobel, N. (2022). Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: A scoping review. *Systematic Reviews, 11*(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02034-y>
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment, 36*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Ajayi, A. I., Owolabi, E. O., & Olajire, O. O. (2019). Alcohol use among Nigerian university students: prevalence, correlates and frequency of use. *BMC Public Health, 19*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7104-7>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes, 50*, 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002a). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of applied social psychology, 32*, 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I. (2002b). Residual effects of past on later behavior: habituation and reasoned action perspectives. *Personality and social psychology review, 6*, 107–122. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_02

- Ajzen, I. (2011). Design and evaluation guided by the theory of planned behavior en Mark, M.M., Donaldson, S.I., Campbell, B. (Ed.), *Social Psychology and Evaluation (9ed., 74-100)*. Guilford Publications.
- Ajzen, I. (2019). *Constructing a TPB questionnaire: conceptual and methodological considerations*. <http://www.people.umass.edu/aizen/> (accessed March 20, 2022).
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Aldalaykeh, M., Al-Hammouri, M. M., & Rababah, J. (2019). Predictors of mental health services help-seeking behavior among university students. *Cogent Psychology, 6*(1), 1660520. <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1660520>
- Almaraz Castruita, D. A., & Alonso Castillo, M. M. (2018). Consejo breve y atención plena para dejar de fumar: un estudio de caso. *Health & Addictions/Salud y Drogas, 18*(2), 91-100. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.376>
- Almeida-Antunes, N., Crego, A., Carbia, C., Sousa, S. S., Rodrigues, R., Sampaio, A., & López-Caneda, E. (2021). Electroencephalographic signatures of the binge drinking pattern during adolescence and young adulthood: A PRISMA-driven systematic review. *NeuroImage: Clinical, 29*, 102537. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102537>
- Alonso Castillo, M. M., Esparza Almanza, S. E., López García, K. S., Rodríguez Aguilar, L., Guzmán Facundo, F. R., & Alonso Castillo, M. T. D. J. (2013). Prevención de consumo de drogas y fortalecimiento de conductas saludables en jóvenes de preparatoria. *Ciencia UANL, 16*(62), 56-67. <http://eprints.uanl.mx/3212/1/8ArticulodelasDrogas.pdf>

Amare, T., & Getinet, W. (2020). Alcohol use and associated factors among high school, college and university students in Ethiopia, systematic review, and meta-analysis, 2018. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 29(4), 455–463.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1677871>

Anderson, P., Gual, A., & Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Organización Panamericana de la Salud.

Annis, H. M., Schober, R., & Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counseling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention counseling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 37.

APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5th ed.). Médica Panamericana.

Armendáriz, G. N. A., Alonso Castillo, M. M., Alonso Castillo, B. A., López Cisneros, M. A., Rodríguez Puente, L. A., & Méndez Ruiz, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y Enfermería*, 20(3), 109-118.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300010>

Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.

<https://doi.org/10.1348/014466601164939>

Asociación Médica Mundial (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*. <https://www.wma.net/es/policies->

[post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/](#)

Atkinson, E. A., Ortiz, A. M., & Smith, G. T. (2020). Affective risk for problem drinking: Reciprocal influences among negative urgency, affective lability, and rumination. *Current Drug Research Reviews Formerly: Current Drug Abuse Reviews*, 12(1), 42-51. <https://doi.org/10.2174/2589977511666191021105154>

Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., & Hasking, P. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf;

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>

Basaran, M. T. B., Florez, G., Seijo, P., & Garcia, J. B. (2019). Does ICD-11 improve the epidemiological and nosological purposes of mental, behavioral and developmental

disorders? ¿Mejora la CIE-11 los propósitos epidemiológicos y nosológicos de los Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo? *Adicciones*, 31(3), 183-189.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.31.3>

Bedendo, A., Andrade, A. L. M., Opaleye, E. S., & Noto, A. R. (2017). Binge drinking: a pattern associated with a risk of problems of alcohol use among university students.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25, e2925. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1891.2925>

Belló, M., Puentes-Rosas, E., & Icaza, M. E. M. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Revista*

Panamericana De Salud Pública, 23, 231-236.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v23n4/v23n4a02.pdf

Bentler, P. M. (2006). *EQS 6: structural equation program manual*. Multivariate Software.

Bernabéu, E. B., & De la Peña Álvarez, C. (2019). Repercusiones cognitivas del consumo de alcohol en el rendimiento académico universitario: un estudio preliminar. *Electronic*

Journal of Research in Educational Psychology, 17(49)

<https://doi.org/10.25115/ejrep.v17i49.2643>

Bernal, S. V. M., Márquez Morales, A., Navarro Benítez, B., & Selser Ventura, C. (1983). *El alcoholismo en México. Negocio y manipulación*. Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones, Instituto de Investigaciones Económicas, Editorial Nuestro Tiempo.

- Bhochhibhoya, A., Hayes, L., Branscum, P., & Taylor, L. (2015). The use of the internet for prevention of binge drinking among the college population: a systematic review of evidence. *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), 526-535. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv047>
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Bohon, L. M., Cotter, K. A., Kravitz, R. L., Cello, P. C., Jr, & Fernandez Y Garcia, E. (2016). The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. *Journal of American college health* 64(8), 593–603. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1207646>
- Brailowsky, S. (2010). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología* (5th ed.). Fondo de cultura Económica.
- Büchter, R. B., & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *GMS German Medical Science*, 15. <https://doi.org/10.3205/000248>
- Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista Española De Drogodependencias*, (4), 376-400. <http://hdl.handle.net/10550/22436>
- Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista española de drogodependencias*, (4), 376-400. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3121402>

- Buscemi, J., Murphy, J. G., Martens, M. P., McDevitt-Murphy, M. E., Dennhardt, A. A., & Skidmore, J. R. (2010). Help-seeking for alcohol-related problems in college students: Correlates and preferred resources. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(4), 571.
<https://doi.org/10.1037/a0021122>
- Busto, M., A., Moure-Rodríguez, L., Mallah, N., Díaz-Geada, A., Corral, M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2021). Alcohol consumption among freshman college students in Spain: Individual and pooled analyses of three cross-sectional surveys (2005, 2012 and 2016). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(5), 2548.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052548>
- Butcher, H., & Crosbie, D. (1977). *Pensioned Off: A Study of the Needs of Elderly People in Cleator Moor*. University of York, Department of Social Administration and Social Work.
- Caballo, V. E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. 7ª. *Edição.Siglo XXI.España*.
- Caldeira, K. M., Arria, A. M., Allen, H. K., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., & O'Grady, K. E. (2017). Continuity of drunk and drugged driving behaviors four years post-college. *Drug and Alcohol Dependence, 180*, 332-339.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.032>
- Caldeira, K. M., Kasperski, S. J., Sharma, E., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., Wish, E. D., & Arria, A. M. (2009). College students rarely seek help despite serious substance use problems. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(4), 368-378.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.04.005>

- Carbia, C., Cadaveira, F., López-Caneda, E., Caamaño-Isorna, F., Holguín, S. R., & Corral, M. (2017). Working memory over a six-year period in young binge drinkers. *Alcohol*, *61*, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.01.013>
- Carmines, E., and Zeller, R. (1979). *Reliability and validity assessment*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Castaño, P. G. A. (2008). Aspectos socioculturales del consumo de alcohol en Latinoamérica y estrategias de prevención. *Análisis*, *7*, 15-27. <http://www.fiuc.org/bdf/pdf/revistaanalisis07.pdf#page=15>
- Castaño, P. G. A., & Calderon-Vallejo, G. A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, *22*, 739-746. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3579.2475>
- Cellucci, T., Krogh, J., & Vik, P. (2006). Help seeking for alcohol problems in a college population. *The Journal of General Psychology*, *133*(4), 421-433. <https://doi.org/10.3200/GENP.133.4.421-433>
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and Alcohol Review*, *32*(2), 115-123. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00517.x>
- Charles, N. E., Strong, S. J., Burns, L. C., Bullerjahn, M. R., and Serafine, K. M. (2021). Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*. 296:113706. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113706>

- Charlet, K., & Heinz, A. (2017). Harm reduction-a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction biology*, 22(5), 1119–1159. <https://doi.org/10.1111/adb.12414>
- Chomsri, P., Likhitsathian, S., Aramrattana, A., & Siviroj, P. (2018). Self-efficacy, sensation seeking, right attitude, and readiness to change among alcohol drinkers in a Thai vocational school. *Addictive behaviors reports*, 8, 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.08.006>
- Choo, E. K., Ranney, M. L., Aggarwal, N., & Boudreaux, E. D. (2012). A systematic review of emergency department technology-based behavioral health interventions. *Academic Emergency Medicine*, 19(3), 318-328. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01299.x>
- Chow, M. S., Ling Poon, S. H., Lui, K. L., Chan, C. C. Y., & Lam, W. W. (2021). Alcohol consumption and depression among university students and their perception of alcohol use. *East Asian Archives of Psychiatry*, 31(4), 87-96. <https://doi.org/10.12809/eaap20108>
- Codd, R. T., & Cohen, B. N. (2003). Predicting college student intention to seek help for alcohol abuse. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(2), 168-191. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.2.168.22877>
- Conde, K., Brandariz, R. A., & Cremonte, M. (2016). Problemas por uso de alcohol en estudiantes secundarios y universitarios. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 54(2), 84-93. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000200002>
- Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (2 de septiembre de 2023). *Programas Nacionales Estratégicos*. <https://conahcyt.mx/pronaces/>

- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health, 23*(7), 745-765.
<https://doi.org/10.1080/08870440701544437>
- Cooke, R., Beccaria, F., Demant, J., Fernandes-Jesus, M., Fleig, L., Negreiros, J., Scholz, U., & de Visser, R. (2019). Patterns of alcohol consumption and alcohol-related harm among European university students. *European Journal of Public Health, 29*(6), 1125-1129.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz067>
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review, 10*(2), 148-167.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547>
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice, 17*(3), 280-288.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>
- Corrigan, P. W. (2004). Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric rehabilitation journal, 28*(2), 113.
<https://doi.org/10.2975/28.2004.113.121>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. *Journal of social and clinical psychology, 25*(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>

- Cortaza-Ramírez, L., Calixto-Olalde, G., Hernández-López, L., & Torres-Balderas, D. (2022). Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería. *Medwave*, 22(02). <https://doi.org/10.5867/medwave.2022.02.002530>
- Cservenka, A., & Brumback, T. (2017). The burden of binge and heavy drinking on the brain: effects on adolescent and young adult neural structure and function. *Frontiers in Psychology*, 8, 1111. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01111>
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Kemper, A. R., & Kubik, M. (2018). Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 320(18), 1899-1909. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16789>
- Dagnino, J. (2014). Comparaciones múltiples. *Revista Chilena de Anestesia*, 43(1), 311-312. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n04.08.pdf>
- Davoren, M. P., Demant, J., Shiely, F., & Perry, I. J. (2016). Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review. *BMC Public Health*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2843-1>
- de Goede, J., van der Mark-Reeuwijk, K. G., Braun, K. P., le Cessie, S., Durston, S., Engels, R. C., Goudriaan, A. E., Moons, K. G., Vollebergh, W. A., & de Vries, T. J. (2021). Alcohol and brain development in adolescents and young adults: A systematic review of the literature and advisory report of the health council of the Netherlands. *Advances in Nutrition*, 12(4), 1379-1410. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa170>

Del Boca, F. K., & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, *98 Suppl 2*, 1–12.

<https://doi.org/10.1046/j.1359-6357.2003.00586.x>

del Bosque Garza, J., Fernández, C.C., Fuentes, M.A., Díaz, N.D.B., Espínola, N.M., González, G.N., Loredó, A.A., Medina-Mora, I.M.E., Nanni, A.R., Natera, R.G., Próspero, G.O., Sánchez, H.R., Sansores, M.R., Real, Q.T., & Zinser, S.J.W. (2012). Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: El papel del sector salud. *Salud Mental*, *35*(2), 165-174.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200010&lng=es&tlng=es.

del Carmen Gogascoechea-Trejo, M., L Blázquez-Morales, M. S., Pavón-León, P., & Ortiz León, M. C. (2021). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios como predictor para el consumo de otras drogas. *Health & Addictions/Salud Y Drogas*, *21*(1), 294–305.

<https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.569>

Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., & Solís Torres, C. (2008). *Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. Salud Mental*, *31*(4), 271-282.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400004&lng=es&tlng=es.

Díaz, N. D. B., Arellanez Hernández, J. L., Rodríguez Kuri, S. E., & Fernández Cáceres, C. (2015). Comparación de tres modelos de riesgo de uso nocivo de alcohol en estudiantes mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, *5*(2), 2047-2061.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000202047

DiBello, A. M., Miller, M. B., & Carey, K. B. (2019). Self-Efficacy to Limit Drinking Mediates the Association between Attitudes and Alcohol-Related Outcomes. *Substance use & misuse*, 54(14), 2400–2408. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1653322>

Diestelkamp, S., Schulz, A., & Thomasius, R. (2021). Technology-based interventions for alcohol prevention among children and adolescents. [Technologiebasierte Interventionen zur Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen] *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(6), 714-721. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03338-5>

Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and interventions for college students (BASICS): A Harm reduction approach*. New York: Guilford Press.

Dormal, V., Bremhorst, V., Lannoy, S., Lorant, V., Luquiens, A., & Maurage, P. (2018). Binge drinking is associated with reduced quality of life in young students: A pan-European study. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.033>

Echeverría, L., & Ayala, H. E. (1997). *Auto registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Eubanks-Fleming, C. (2016). Do as I say, not as I do? An examination of the relationship between partner behaviors and help seeking for alcohol related issues. *Substance use & Misuse*, 51(9), 1185-1194. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1160933>

- Feigelman, W., & Gorman, B. S. (2010). Prospective predictors of premature death: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(3), 353-361. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400698>
- Fillo, J., Rodriguez, L. M., Neighbors, C., & Lee, C. M. (2020). Intrapersonal and interpersonal pathways linking 21st birthday celebration beliefs, intentions, and drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 110, 106526. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106526>
- Finney, J. W., & Moos, R. H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, 90(9), 1223-1240. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.90912237.x>
- Foster, D. W., Neighbors, C., & Young, C. M. (2014). Drink refusal self-efficacy and implicit drinking identity: an evaluation of moderators of the relationship between self-awareness and drinking behavior. *Addictive behaviors*, 39(1), 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.024>
- Franco, B. R., & Chávez, V. E. (2016). *Tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber centros de integración juvenil dirección de tratamiento y rehabilitación*. Centros de Integración Juvenil. <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTratamientoParaPersonasQueTienenProblemasConSuFormadeBeber.pdf>
- French, D. P., & Cooke, R. (2012). Using the theory of planned behaviour to understand binge drinking: The importance of beliefs for developing interventions. *British Journal of Health Psychology*, 17(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2010.02010.x>

- Freyer, J., Coder, B., Bischof, G., Baumeister, S. E., Rumpf, H., John, U., & Hapke, U. (2007). Intention to utilize formal help in a sample with alcohol problems: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 210-216.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.018>
- García, C. M. A., Novalbos, R. J. P., Martínez, D. J. M., & O´Ferral, G. C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194-204.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.775>
- García-Moreno, L. M., Exposito, J., Sanhueza, C., & Angulo, M. T. (2008). Prefrontal activity and weekend alcoholism in the young. *Adicciones*, 20(3), 271-279.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.269>.
- Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Kaner, E., Beyer, F., Muirhead, C., Hickman, M., Redmore, J., de Vocht, F., Beard, E., & Michie, S. (2018). Reported Theory Use by Digital Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption, and Association with Effectiveness: Meta-Regression. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e69.
<https://doi.org/10.2196/jmir.8807>
- Gierski, F., Stefaniak, N., Benzerouk, F., Gobin, P., Schmid, F., Henry, A., Kaladjian, A., & Naassila, M. (2020). Component process analysis of verbal memory in a sample of students with a binge drinking pattern. *Addictive Behaviors Reports*, 12, 100323.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100323>
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399-418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>

- Gmel, G., & Daepfen, J. B. (2007). Recall bias for seven-day recall measurement of alcohol consumption among emergency department patients: implications for case-crossover designs. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(2), 303–310.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.303>
- Godoy, A., Herrera, T., & Ulloa, M. (2003). *Más allá del pulque y el tepache: las bebidas alcohólicas no destiladas indígenas de México*. UNAM.
- Gogiascoechea-Trejo, M. D. C., L. Blázquez-Morales, M. S., Pavón-León, P., & Ortiz León, M. C. (2021). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios como predictor para el consumo de otras drogas. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(1).
<https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.569>
- González, A. P., Alonso-Castillo, M. M., Ventura, C. A. A., García, K. S. L., & Pillon, S. C. (2023). Políticas públicas como factor protector del consumo de alcohol en universitarios mexicanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.008>
- Greenley, J. R., & Mullen, J. A. (1990). Help-seeking and the use of mental health services. *Research in Community and Mental Health*, 6(1), 325-350.
- Guerrero, E. G., Villatoro, J. A., Kong, Y., Fleiz, C., Vega, W. A., Strathdee, S. A., & Medina-Mora, M. E. (2016). *Barreras para acceder al tratamiento por abuso de sustancias en México: Análisis comparativo nacional por situación migratoria*. Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz.

- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hagger, M. S., Polet, J., & Lintunen, T. (2018). The reasoned action approach applied to health behavior: Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Social science & medicine (1982)*, *213*, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.038>
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, *31*(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
- Hampton, W. H., Hanik, I. M., & Olson, I. R. (2019). Substance abuse and white matter: Findings, limitations, and future of diffusion tensor imaging research. *Drug and Alcohol Dependence*, *197*, 288-298. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.005>
- Harutyunyan, M., & Malfeito-Ferreira, M. (2022). The Rise of Wine among Ancient Civilizations across the Mediterranean Basin. *Heritage*, *5*(2), 788-812. <https://doi.org/10.3390/heritage5020043>
- Henseler, J., Ringle, C. y Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *43*(1), 115-135. <https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8>
- Herrero-Montes, M., Alonso-Blanco, C., Paz-Zulueta, M., Pellico-López, A., Ruiz-Azcona, L., Sarabia-Cobo, C., Fradejas-Sastre, V., Boixadera-Planas, E., & Parás-Bravo, P. (2022). Relationship between depressive symptoms, personality, and binge drinking among

university students in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1), 53.

<https://doi.org/10.3390/jcm11010053>

Hingson, R., Zha, W., & Smyth, D. (2017). Magnitude and trends in heavy episodic drinking, alcohol-impaired driving, and alcohol-related mortality and overdose hospitalizations among emerging adults of college ages 18–24 in the United States, 1998–2014. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(4), 540-548.

<https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.540>

Horigian, V. E., Schmidt, R. D., & Feaster, D. J. (2021). Loneliness, mental health, and substance use among US young adults during COVID-19. *Journal of Psychoactive Drugs*, 53(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1836435>

Hsu, L. & Alden, L.E. (2008). Cultural influences on willingness to seek treatment for social anxiety in Chinese and European-heritage students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 215-223. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.215>

Hurlbut, S.C. & Sher, K. J. (1992) Assessing Alcohol Problems in College Students. *Journal of American College Health*, 41(2), 49-58,

<https://doi.org/10.1080/07448481.1992.10392818>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Mujeres y hombres en México 2018*.

INEGI. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf

Jones, S. A., Lueiras, J. M., & Nagel, B. J. (2018). Effects of Binge Drinking on the Developing Brain. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(1), 87-96.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104956/>

- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., & de Vocht, F. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9)
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
- Kelly, P. J., Deane, F. P., McCarthy, Z., & Crowe, T. P. (2011). Using the theory of planned behaviour and barriers to treatment to predict intention to enter further treatment following residential drug and alcohol detoxification: A pilot study. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 276-282. <https://doi.org/10.3109/16066359.2011.564690>
- Kelly, P. J., Leung, J., Deane, F. P., & Lyons, G. C. (2016). Predicting client attendance at further treatment following drug and alcohol detoxification: Theory of Planned Behaviour and Implementation Intentions. *Drug and Alcohol Review*, 35(6), 678-685.
<https://doi.org/10.1111/dar.12332>
- Kim, E. J., Yu, J. H., & Kim, E. Y. (2020). Pathways linking mental health literacy to professional help-seeking intentions in Korean college students. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 393–405. <https://doi.org/10.1111/jpm.12593>
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138-143. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.138>
- Kleinman, B. P., Millery, M., Scimeca, M., & Polissar, N. L. (2002). Predicting long-term treatment utilization among addicts entering detoxification: The contribution of help-seeking models. *Journal of Drug Issues*, 32(1), 209-230.
<https://doi.org/10.1177/002204260203200109>

- 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30557145/>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lannoy, S., Duka, T., Carbia, C., Billieux, J., Fontesse, S., Dormal, V., Gierski, F., López-Caneda, E., Sullivan, E. V., & Maurage, P. (2021). Emotional processes in binge drinking: A systematic review and perspective. *Clinical Psychology Review*, 84, 101971. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101971>
- Lee, J., & Shin, Y. (2022). Using the Theory of Planned Behavior to Predict Korean College Students' Help-Seeking Intention. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 49(1) <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09735-z>
- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 02-04-2014, (1987). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 16-05-2022, (1984). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Lloret-Irles, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y drogas*, 1 (1), 113-128. <https://doi.org/10.21134/haaj.v1i1.184>
- Loureiro, L. M. D. J. (2013). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista De Enfermagem Referência*, (11), 59-66. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1360>

- Lowinger, R. (2012). College students' perceptions of severity and willingness to seek psychological help for drug and alcohol problems. *College Student Journal*, 46(4), 829-833.
<https://link.gale.com/apps/doc/A312618221/AONE?u=anon~8af30f8a&sid=googleScholar&xid=a3b5fdff>
- Luquiens, A., Said, A. B., Sadik, H., Ferrer Sánchez Del Villar, E., Le Manach, A., Ambrosino, B., Tzourio, C., Benyamina, A., & Aubin, H. J. (2018). Alcohol consumption, drinker identity, and quality of life among students: why there cannot be one prevention strategy for all. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(10), 2629–2637. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1923-3>
- Manthey, J., Kokole, D., Riedel-Heller, S., Rowlands, G., Schäfer, I., Schomerus, G., Soellner, R., & Kilian, C. (2023). Improving alcohol health literacy and reducing alcohol consumption: recommendations for Germany. *Addiction science & clinical practice*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00383-0>
- Marín-Navarrete, R., Fernández-Mondragón, J., Eliosa-Hernández, A., Nuñez, LT, Graue-Moreno, J., Galván-Sosa, D., ... & Berlanga, C. (2013). Consideraciones metodológicas y éticas para la conducción de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) sobre brotes para las adicciones. *Salud mental*, 36 (3), 253-265.
- Martínez Martínez, K. I., Pedroza Cabrera, F. J., Muro, V., de los Ángeles, M., Jiménez Pérez, A. L., & Salazar Garza, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana De Análisis De La Conducta*, 34(2), 247-264.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200008&lng=es&tlng=es.

Martínez, A. M., and Fierro, M. E. (2018). Application of the PLS-SEM technique in knowledge management: a practical technical approach. *RIDE Rev. Iberoamericana Para La Invest. Y El Des. Educ.* 8, 130–164. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i16.336>

Martínez, M. F., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 331-350. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592006000300007&script=sci_arttext

McAuliffe, W. E., LaBrie, N., Mulvaney, N., Shaffer, H. J., Geller, S., Fournier, E. A., et al. (1994). *Assessment of substance abuse treatment needs: A telephone survey and questionnaire. Technical monograph, Vol. 1: National Technical Center for Substance Abuse Needs Assessment.*

Meda, S. A., Hawkins, K. A., Dager, A. D., Tennen, H., Khadka, S., Austad, C. S., Wood, R. M., Raskin, S., Fallahi, C. R., & Pearlson, G. D. (2018). Longitudinal effects of alcohol consumption on the hippocampus and parahippocampus in college students. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(7), 610-617. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.02.006>

Medina-Mora, E., Carreño, S., & De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México. In B. Springer MA (Ed.), *Desarrollos recientes en alcoholismo, vol 14* (pp. 383-396). Springer. https://doi.org/10.1007/0-306-47148-5_19

Méndez-Romero, N. A., & González-Robledo, L. M. (2018). Condicionantes del acceso a tratamiento del abuso de alcohol en instituciones de carácter público en México.

Diferencias por género. *Salud Problema*, 12(24), 36-53.

http://saludproblema.xoc.uam.mx/tabla_contenido.php?id=834

Méndez-Vallejo, A., Salazar-Mendoza, J., Castellanos-Contreras, E., González-Angulo, P., Vargas-Ortiz, I., de los Ángeles Onofre-Santiago, M., & Esperanza Conzatti-Hernández, M. (2023). Consumo De Alcohol En Estudiantes Universitarios De Enfermería Durante La Pandemia Por COVID-19. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 23(2).

<http://doi.org/10.21134/haaj.v23i2.755>

Mendieta, Y. N. L. (1939). Ensayo sobre el alcoholismo entre las razas indígenas de México.

Revista Mexicana de Sociología, 77-93. <https://doi.org/10.2307/3537346>

Mendoza, G. E. M. (2019). Funciones ejecutivas y consumo de alcohol en jóvenes universitarios: capacidad predictiva de las medidas de evaluación. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 6(2), 22-29.

<http://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.3>

Messina, M. P., Battagliese, G., D'Angelo, A., Ciccarelli, R., Pisciotta, F., Tramonte, L., Fiore, M., Ferraguti, G., Vitali, M., & Ceccanti, M. (2021). Knowledge and practice towards alcohol consumption in a sample of university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9528.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18189528>

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour

change techniques. *Applied Psychology*, 57(4), 660-680. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00341.x>

Míguez, M. D. C., & Permuy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista De La Facultad De Medicina*, 65(1), 15-22.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/65124>

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... & Altman, D. G. (2012). CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *International journal of surgery*, 10(1), 28-55. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2011.10.001>

Monteiro, M.G., Sanchez, Z., Sohi, I., Rodrigo de Jesús García, C. R. J., Valente, J., & Falade, R. (2020). Consumo de Alcohol durante la pandemia del COVID-19 en América Latina y el Caribe. *INEBRIA Latina*, Volumen 6, Número Especial.
https://www.researchgate.net/profile/Alejandra_VillamilSanchez/publication/347080097_Volumen_6_Numero_Especial_Octubre_de_2020_Presentacion/links/5fd7d0bc45851553a0b9ff26/Volumen-6-Numero-Especial-Octubre-de-2020-Presentacion.pdf.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>

Moral, J. M. de la V., Bringas, M. C., Ovejero, B. A., Morales, Q. L. A., & Rodríguez, D. F. J. (2017). Emergencia sociosanitaria en consumo de riesgo de alcohol y síntomas de dependencia en jóvenes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 17(2), 91–99.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.307>

- Murgraff, V., Abraham, C., & McDermott, M. (2007). Reducing Friday alcohol consumption among moderate, women drinkers: Evaluation of a brief evidence-based intervention. *Alcohol and Alcoholism*, 42(1), 37-41. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl083>
- Murillo, C. R., Martínez, J. I. V., Rodríguez, G. I. H., Millan, L. T., Sierra, V. P., & Reyes, R. T. (2022). Inteligencia Emocional y su relación en el consumo de alcohol en universitarios mexicanos. *Journal Health NPEPS*, 7(2).
<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/10431>
- Murray, C. (2005). Young people's help-seeking: An alternative model. *Childhood*, 12(4), 479-494. <https://doi.org/10.1177/090756820505860>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2022). *Neuroscience: The Brain in Addiction and Recovery*. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/neuroscience-brain-addiction-and-recovery>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2023b). *The Basics: Defining How Much Alcohol is Too Much*. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/basics-defining-how-much-alcohol-too-much>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (3 de Agosto del 2023a). *Alcohol's Effects on Health Research-based information on drinking and its impact. Alcohol and Young Adults Ages 18 to 25*. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/alcohol-facts-and-statistics/alcohol-and-young-adults-ages-18-25>
- Neighbors, C., Lee, C. M., Atkins, D. C., Lewis, M. A., Kaysen, D., Mittmann, A., Fossos, N., Geisner, I. M., Zheng, C., & Larimer, M. E. (2012). A randomized controlled trial of event-specific prevention strategies for reducing problematic drinking associated with

21st birthday celebrations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 850.

<https://doi.org/10.1037/a0029480>

Neighbors, C., Lee, C. M., Lewis, M. A., Fossos, N., & Walter, T. (2009). Internet-based personalized feedback to reduce 21st-birthday drinking: a randomized controlled trial of an event-specific prevention intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 51. <https://doi.org/10.1037/a0014386>

Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Sunderland, M., Barrett, E. L., Champion, K. E., Chapman, C., Smout, A., Lawler, S. M., & Mather, M. (2022). The 7-year effectiveness of school-based alcohol use prevention from adolescence to early adulthood: a randomized controlled trial of universal, selective, and combined interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(4), 520-532.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.10.023>

Newton, N. C., Stapinski, L., Slade, T., Champion, K. E., Barrett, E. L., Chapman, C., Smout, A., Lawler, S., Mather, M., & Castellanos-Ryan, N. (2018). Pathways to prevention: protocol for the CAP (Climate and Preventure) study to evaluate the long-term effectiveness of school-based universal, selective and combined alcohol misuse prevention into early adulthood. *BMC Public Health*, 18(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5554-y>

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. (2013).

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, (2009). <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>

Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T. L., Harris, P. R., Millings, A., & Sheeran, P. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 108-127. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12277>

Nourse, R., Adamshick, P., & Stoltzfus, J. (2017). College binge drinking and its association with depression and anxiety: A prospective observational study. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27(1), 18-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28387209/>

Nutt, D., Hayes, A., Fonville, L., Zafar, R., Palmer, E. O., Paterson, L., & Lingford-Hughes, A. (2021). Alcohol and the Brain. *Nutrients*, 13(11), 3938. <https://doi.org/10.3390/nu13113938>

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2021). *Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2021*. Secretaría de Salud, Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/observatorio-mexicano-de-salud-mental-y-consumo-drogas?state=published>

Okan, O., Rowlands, G., Sykes, S., & Wills, J. (2020). Shaping Alcohol Health Literacy: A Systematic Concept Analysis and Review. *Health literacy research and practice*, 4(1), e3–e20. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191104-01>

Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, *44*, 45-59.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>

Organización Mundial de la Salud (2005). *Documento de las Américas de Buenas Prácticas Clínicas*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*.

Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85401>

Paljärvi, T., Koskenvuo, M., Poikolainen, K., Kauhanen, J., Sillanmäki, L., & Mäkelä, P.

(2009). Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort

study. *Addiction*, *104*(7), 1168-1178. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02577.x>

Pan, Q., & Hao, Z. (2022). Chinese college students' help-seeking behavior: An application of the modified theory of planned behavior. *PsyCh Journal*,

<https://doi.org/10.1002/pchj.605>

Pérez, A. R., Bes-Rastrollo, M., Martínez-González, M. Á., Toledo, E., Ruiz-Canela, M.,

Barbería-Latasa, M., & Gea, A. (2023). Effect of Binge-Drinking on Quality of Life in the 'Seguimiento Universidad de Navarra' (SUN) Cohort. *Nutrients*, *15*(5), 1072.

<https://doi.org/10.3390/nu15051072>

Perez-Garcia, J. M., Cadaveira, F., Canales-Rodríguez, E. J., Suarez-Suarez, S., Rodríguez

Holguín, S., Corral, M., Blanco-Ramos, J., & Doallo, S. (2022). Effects of Persistent

Binge Drinking on Brain Structure in Emerging Adults: A Longitudinal Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 935043. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.935043>

Peterson, S. J., Atkinson, E. A., Riley, E. N., Davis, H. A., & Smith, G. T. (2021). Affect-Based Problem Drinking Risk: The Reciprocal Relationship between Affective Lability and Problem Drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 56(6), 746-753.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agab024>

Pretorius, C., Chambers, D., & Coyle, D. (2019). Young people's online help-seeking and mental health difficulties: Systematic narrative review. *Journal of medical Internet research*, 21(11), e13873. <https://doi.org/10.2196/13873>

Prieto, A. P., & Bares, C. B. (2016). Detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol estrategias de intervención breve y referencia a tratamiento especializado: un planteamiento general. *Anuario De Investigación En Adicciones*, 13(1)

Quiroga, A. H., Sánchez Sosa, J.J., Medina-Mora, I.M.E., & Aparicio, N.C.F. (2007). Desarrollo de un modelo motivacional cognitivo-conductual de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 563-577. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342007000300009&script=sci_arttext

Quiroga, A.H. & Cabrera, A.T. (Trads.) (2003). Detección e Intervención Breve de Alcohol en Estudiantes Universitarios (DIBAEU). *Un Enfoque de Reducción del Daño*. UNAM, Facultad de Psicología. México. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de L.A. Dimeff, J. S. Baer, D. R. Kivlahan & G. A. Marlatt (1999) Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS). The Guilford Press

- Quiroga, A.H. & Montes, C.V. (Trads.) (2003). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para Bebedores Problema (TAG). UNAM, Facultad de Psicología, México. Traducción y adaptación al español a partir del original de M.B. Sobell & Sobell (1993), *Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment*. The Guilford Press London.
- Quiroga, A.H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaídas (PER) Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. UNAM, Facultad de Psicología, México. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de H.M. Annis, M.A. Herie & L. Watkin-Merek (1996), *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*. Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183-211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Ramírez, P. L., Cruz, Z. G., Núñez-Hernández, A., Lerena, M. S. M., & Plascencia, C. J. (2021). Consumo de sustancias adictivas en estudiantes de primer ingreso a un Centro Universitario en Jalisco, México. *RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición*, 20(2), 1-12. <https://doi.org/10.29105/respyn20.2-1>
- Ramos, C., Albarracín, E., Arguello, A., Chávez, M., Falconí, A., Jurado, M., & Vélez, E. (2016). Relación entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol de estudiantes

universitarios. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(2), 91-99.

<https://doi.org/10.26423/rctu.v3i2.159>

Rangel, C., L. G., Gamboa Delgado, E. M., & Murillo López, A. L. (2017). Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1185-1197. <https://doi.org/10.20960/nh.1057>

Resko, S. M., Brown, S., Lister, J. J., Ondersma, S. J., Cunningham, R. M., & Walton, M. A. (2017). Technology-based interventions and trainings to reduce the escalation and impact of alcohol problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 17(1-2), 114-134. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2017.1304948>

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., & Bischof, G. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: an individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine*, 15(12), e1002714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>

Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. J. (2009). Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior: A meta-analysis of anticipated affect and moral norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2985-3019. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00558.x>

- Rodríguez Kuri, S. E., Díaz Negrete, D. B., Gracia Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero Huesca, J. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*, 34(1), 27-35. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100004&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, D.L.C. P. J., González-Angulo, P., Salazar-Mendoza, J., Camacho-Martínez, J. U., & López-Cocotle, J. J. (2022). Percepción de riesgo de consumo de alcohol y tabaco en universitarios del área de salud. *Sanus*, 7. e222. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.222>
- Romero, R. D., Moriano, L.J.A., and Ybarra, S.J.L. (2023) Development and validation of the help-seeking intention scale in university students with hazardous and harmful consumption of alcohol. *Frontiers in Psychology*. 14:1112810. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1112810>
- Ronzani, T. M., Fuentes-Mejía, C., Mota, D. C. B., Gomide, H. P., Ferreira, M. L., & Cruvinel, E. (2019). Intervenciones breves para el abuso de sustancias en América Latina: una revisión sistemática. *Psicologia Em Estudo*, 24 <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.44393>
- Salas-Gómez, D., Fernández-Gorgojo, M., Pozueta, A., Diaz-Ceballos, I., Lamarain, M., Pérez, C., & Sánchez-Juan, P. (2016). Binge Drinking in Young University Students Is Associated with Alterations in Executive Functions Related to Their Starting Age. *PloS one*, 11(11), e0166834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166834>
- Salazar-Garza, M. L., Pantoja Valenciano, J. A., Vacio Muro, M. D. L. Á, Ramírez García, J. A., & Jurado Cárdenas, S. (2020). Escalas que evalúan barreras y recursos ambientales

para buscar ayuda en universitarios que beben alcohol. *Health & Addictions / Salud Y Drogas*, 20(1), 52-67. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.467>

Salazar-Garza, M. L., Vacio Muro, M. D. L. Á. V., & Rodríguez, J. J. M. (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>

Salazar-Garza, M. L., Vacio Muro, M. D. L. Á. V., López Udave, M. A., & Sánchez Leos, F. M. (2012). Adaptación del Young Adult Alcohol Problem Screening Test (YAAPST) con estudiantes universitarios de México. *Investigación y ciencia-Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 20(56), 44-52.

<https://biblat.unam.mx/hevila/InvestigacionycienciaUniversidadautonomadeaguascalientes/2012/vol20/no56/6.pdf>

Sánchez, J. P. E., Pereira, J. R., & García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720404>

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 12-17.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013>

- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2009). Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: A representative population survey applying the Theory of Planned Behaviour. *Psychological Medicine*, 39(11), 1855-1865. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005832>
- Schulenberg, J. E., Patrick, M. E., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Miech, R. A. (2021). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2020. Volume II, College Students & Adults Ages 19-60. *Institute for Social Research*, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED615085.pdf>
- Secretaría de salud (2019). *Prevención del consumo de alcohol en el trabajo*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566347/Guia_Prevencion_de_Consumo_Alcohol_Trabajo_2019.pdf
- Secretaría de Salud. (2021). *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancia psicoactivas en México*. Secretaria de Salud. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf:
- Serecigni, J. G., Jiménez-Arriero, M. A., Pascual, P., Flórez, G., & Contel, S. M. (2015). *Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica*. SOCIDROGALCOHOL. <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/111.pdf>
- Shapiro, E. G. (1984). Help seeking: Why people don't. *Research in the Sociology of Organizations*, 3(213-236).
- Sirtoli, R., Balboa-Castillo, T., Fernández-Rodríguez, R., Rodrigues, R., Morales, G., Garrido-Miguel, M., Valencia-Marín, Y., Guidoni, C. M., & Mesas, A. E. (2022). The association between alcohol-related problems and sleep quality and duration among college

students: a multicountry pooled analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00763-8>

Sobell, LC y Sobell, MB (1992). *Seguimiento de la línea de tiempo. En Medición del consumo de alcohol*. Humana Press.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. Guilford Press.

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D., & Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive behaviors*, 11(2), 149-161.

Soberanes, J. G., & Piña, M. A. L. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano*, 20(132), 84.

Squeglia, L. M., Schweinsburg, A. D., Pulido, C., & Tapert, S. F. (2011). Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(10), 1831-1841. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01527.x>

Steele, B., Martin, M., Yakubovich, A., Humphreys, D. K., & Nye, E. (2022). Risk and protective factors for men's sexual violence against women at higher education institutions: a systematic and meta-analytic review of the longitudinal evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 716-732. <https://doi.org/10.1177/1524838020970900>

Stephens, D. N., & Duka, T. (2008). Cognitive and emotional consequences of binge drinking: role of amygdala and prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3169-3179. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0097>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003). *2002 National Survey on Drug Use and Health Questionnaire*. <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/nhsda/2k2MRB/2k2CAISpecs.pdf>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57)*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report>

Tanudjaja, S. A., Chih, H., Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., & Jancey, J. (2021). Alcohol consumption and associated harms among university students in Australia: Findings from a cross-sectional study. *Health Promotion Journal of Australia*, *32*(2), 258-263. <https://doi.org/10.1002/hpja.342>

Tebb, K. P., Erenrich, R. K., Jasik, C. B., Berna, M. S., Lester, J. C., & Ozer, E. M. (2016). Use of theory in computer-based interventions to reduce alcohol use among adolescents and young adults: a systematic review. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-33. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3183-x>

Tembo, C., Burns, S., & Kalembo, F. (2017). The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. *PLoS One*, *12*(6), e0178142. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178142>

Teo, T., Shi, W., Hoi, C. K. W., & Huang, F. (2020). Predicting the intention to use cybercounseling among Chinese adolescents: an extended theory of planned behavior.

Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 23(9), 627-634.

<https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0775>

Torres González, M. C., Palma Riveros, M. M., Iannini Uribe, J., & Moreno Luna, S. (2006).

Validación de la prueba Young Adult Alcohol Problems Screening Test, YAAPST, en un grupo de estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. *Universitas Psychologica*, 5(1), 175-190.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165792672006000100013&script=sci_arttext

Trova, A. C., Paparrigopoulos, T., Liappas, I., & Ginieri-Coccosis, M. (2015). Prevention of alcohol dependence. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 26(2), 131-140.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26197102/>

Vederhus, J., Zemore, S. E., Rise, J., Clausen, T., & Høie, M. (2015). Predicting patient post-detoxification engagement in 12-step groups with an extended version of the theory of planned behavior. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s13722-015-0036-3>

Villatoro-Velázquez JA., Reséndiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol. México*. Secretaría de Salud.

https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf

Vinader-Caerols, C., Duque, A., Montañés, A., & Monleón, S. (2017). Blood alcohol concentration-related lower performance in immediate visual memory and working

memory in adolescent binge drinkers. *Frontiers in Psychology*, 8, 1720.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01720>

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325.

<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>

Voogt, C. V., Kuntsche, E., Kleinjan, M., & Engels, R. C. (2014). The effect of the ‘What Do You Drink’ web-based brief alcohol intervention on self-efficacy to better understand changes in alcohol use over time: Randomized controlled trial using ecological momentary assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 89-97.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.009>

Voogt, C., Kuntsche, E., Kleinjan, M., Poelen, E., & Engels, R. (2014). Using ecological momentary assessment to test the effectiveness of a web-based brief alcohol intervention over time among heavy-drinking students: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), e2817.

<https://doi.org/10.2196/jmir.2817>

Weafer, J., Gorka, S. M., Dziedzic, M., Kareken, D. A., Phan, K. L., & de Wit, H. (2021).

Neural correlates of inhibitory control are associated with stimulant-like effects of alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 46(8), 1442-1450. [https://doi.org/10.1038/s41386-](https://doi.org/10.1038/s41386-021-01014-5)

[021-01014-5](https://doi.org/10.1038/s41386-021-01014-5)

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*,

15(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

- Westberg, K. H., Nygren, J. M., Nyholm, M., Carlsson, I., & Svedberg, P. (2020). Lost in space— an exploration of help-seeking among young people with mental health problems: a constructivist grounded theory study. *Archives of Public Health*, 78(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s13690-020-00471-6>
- Westberg, K. H., Nyholm, M., Nygren, J. M., & Svedberg, P. (2022). Mental health problems among young people—a scoping review of help-seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1430.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031430>
- 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://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908712/>
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 12(5), e62.
<https://doi.org/10.2196/jmir.1479>
- White, M. M., Clough, B. A., & Casey, L. M. (2018). What do help-seeking measures assess? Building a conceptualization framework for help-seeking intentions through a systematic review of measure content. *Clinical Psychology Review*, 59, 61-77.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.001>
- Wilson, S., Bair, J. L., Thomas, K. M., & Iacono, W. G. (2017). Problematic alcohol use and reduced hippocampal volume: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 47(13), 2288-2301. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000721>

- World Health Organization. (2015). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- World Health Organization. (2020). *It's time to walk the talk: WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases - final report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336173/9789240005273-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2021). *Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5
- World Health Organization. (2022). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/alcohol>
- Yi, S., Ngin, C., Peltzer, K., & Pengpid, S. (2017). Health and behavioral factors associated with binge drinking among university students in nine ASEAN countries. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0117-2>
- Zamboanga, B. L., Newins, A. R., & Cook, M. A. (2021). A meta-analysis of drinking game participation and alcohol-related outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(3), 263–273. <https://doi.org/10.1037/adb0000670>

Zamboanga, B. L., Tomaso, C. C., Cloutier, R. M., Blumenthal, H., Kenney, S. R., & Borsari,

B. (2016). Drinking Game Participation Among High School and Incoming College

Students: A Narrative Review. *Journal of addictions nursing*, 27(1), 24–E1.

<https://doi.org/10.1097/JAN.000000000000108>

Zemore, S. E., Ware, O. D., Gilbert, P. A., & Pinedo, M. (2021). Barriers to retention in

substance use treatment: Validation of a new, theory-based scale. *Journal of*

Substance Abuse Treatment, 108422. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108422>

Zheng, Y., Li, J., & Vergunst, F. (2023). Drinking behaviors of Chinese adolescents over the

past three decades: A systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 173,

107558. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107558>

ANEXO A

Cuestionario Para Identificar Creencias de Comportamiento, Normativas y de Control Accesibles sobre la Intención de Solicitar Ayuda en Jóvenes

Lee las siguientes preguntas y toma tu tiempo para contestar cada una de ellas.

1.- ¿Cuáles cree que son las ventajas buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por su consumo de alcohol durante el próximo mes?

2.- ¿Cuáles cree que son las desventajas de buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?

3.- ¿Hay algo más que asocie con buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?

4.- ¿Hay personas o grupos que aprueben que busque ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por mi consumo de alcohol durante el próximo mes?

5.- ¿Hay personas o grupos que desaprueban que busque ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por mi consumo de alcohol durante el próximo mes?

6.- ¿Hay otros individuos o grupos que vienen a tu mente cuando piensas en buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?

7.- ¿Qué factores o circunstancias le permitirían buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?

8.- ¿Qué factores o circunstancias podrían dificultar o imposibilitar que usted busque ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?

9.- ¿Hay otros problemas que se te ocurran cuando piensas en la dificultad de buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?

10.- Tengo la intención de buscar ayuda (grupos de AA, psicólogo, Centro de Integración Juvenil, Tutoría, Centro de Atención Nueva Vida “CAPA”, vía internet) por mi consumo de alcohol durante el próximo mes:

extremadamente improbable: __0__: __1__: __2__: __3__: __4__: extremadamente probable.

ANEXO B

Development and validation of the Help-Seeking Intention Scale in university students with hazardous and harmful consumption of alcohol

Scale IH-RHAC (English version)

Section A. Indicate to what extent you consider that seeking help to solve problems with alcohol consumption would help you to:

- 1.- Learn to regulate alcohol consumption
- 2.- Improve my quality of life
- 3.- Stop drinking alcohol
- 4.- Make better decisions

Now please indicate to what extent the following aspects are important to you in your life:

- 5.- Learn to regulate alcohol consumption
- 6.- Improve my quality of life
- 7.- Stop drinking alcohol
- 8.- Make better decisions

Section B. Now please think about the people who are closest to you, to what degree would they agree if you sought help for your alcohol consumption?

- 1.- My parents and siblings
- 2.- My close friends
- 3.- My partner

And how do you rate the opinion of these people in relation to seeking help for your alcohol consumption? I consider it...

- 4.- My parents and siblings
- 5.- My close friends
- 6.- My partner

Section C. To what degree do you think you would be able to perform each of the following behaviors?

- 1.- Obtain information about centers specialized in treating alcohol consumption
- 2.- Attend centers specialized in treating alcohol consumption
- 3.- Participate in an online program to treat alcohol consumption

- 4.- Contact a health care professional (psychologist, therapist) to treat alcohol consumption
5. Seek support from my family and/or friends to help me with my alcohol use problem.

Section D.

- 1.- Do you intend to seek help for your alcohol consumption during the next month?
- 2.- Do you plan to seek help for your alcohol consumption?
- 3.- If you had the opportunity, would you want to seek help for your alcohol consumption?

Section E.

- 1.- Have you sought help in the past for your alcohol consumption? Yes___ No ___

IBA-COPA (Spanish versión)

Sección A. Señala hasta qué punto consideras que buscar ayuda para resolver problemas con el consumo de alcohol, te ayudaría a:

1. Aprender a regular el consumo de alcohol
2. Mejorar mi calidad de vida
3. Dejar de tomar alcohol
4. Tomar mejores decisiones

Ahora indica, por favor, hasta qué punto son importantes para ti en tu vida los siguientes aspectos:

5. Aprender a regular el consumo de alcohol
6. Mejorar mi calidad de vida
7. Dejar de tomar alcohol
8. Tomar mejores decisiones

Sección B. Por favor, ahora piensa en las personas que son más cercanas a ti, ¿en qué grado se mostrarían de acuerdo si buscaras ayuda por tu consumo de alcohol?

1. Mis padres y hermanos
2. Mis amigos/as cercanos/as
3. Mi novia(o) o pareja

Y ¿cómo valoras la opinión de estas personas en relación con la búsqueda de ayuda por tu consumo de alcohol?

4. Mis padres y hermanos
5. Mis amigos/as cercanos/as
6. Mi novia(o) o pareja

Sección C. ¿En qué grado crees que serías capaz de realizar cada una de las siguientes conductas?

- 1.- Obtener información sobre centros especializados en tratar el consumo de alcohol
- 2.- Asistir a centros especializados en tratar el consumo de alcohol
- 3.- Participar en un programa por internet para tratar el consumo de alcohol
- 4.- Contactar a un profesional de la salud (psicólogo, terapeuta) para tratar el consumo de alcohol
- 5.- Buscar apoyo de mi familia y/o amigos/as para que me ayuden con mi problema de consumo de alcohol.

Sección D.

- 1.- ¿Tienes intención de buscar ayuda por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?
- 2.- ¿Tienes planeado buscar ayuda por tu consumo de alcohol?
- 3.- Si tuvieras la oportunidad ¿Querrías buscar ayuda por tu consumo de alcohol?

Sección E

- 1.- ¿Has buscado ayuda en el pasado por tu consumo de alcohol? Sí ____ No ____

ANEXO C

Dictamen de Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Tamaulipas



UAT



Unidad Académica
Multidisciplinaria
Matamoros

Unidad Académica Multidisciplinaria
Matamoros - UAT

DICTAMEN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y/O LIBRO

R-OP-61-08-03

Dictamen: 117
No. Registró 117

Título: Intervención breve basada en la Teoría de la Conducta Planificada para reducir el consumo de alcohol en universitarios.

Nombre del Investigador Responsable del Proyecto: Daniela Romero Reyes

Nombre de los Colaboradores: Luz Adriana Orozco Ramírez (integrante), **José Luis Ybarra Sagarduy (integrante), **Daniela Romero Reyes (integrante), Elizabeth Aurora Pérez Hernández (integrante), Adrián Alberto Andaverde Vega (colaborador), Katia Cecilia Uresti Maldonado (colaborador).


A partir de la evaluación del anteproyecto de investigación, los integrantes del Comité Investigación y Ética de esta Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT, consideran Cumple con los lineamientos establecidos por el CIE y se convierte en proyecto de investigación.

Por lo que este proyecto queda registrado como INTERNO con financiamiento PROPIO para el periodo comprendido del 30 de Septiembre 2022 a 30 de Marzo 2023. Se dictamina como:

APROBADO CON MODIFICACIONES


Matamoros, Tamaulipas, 7 de Enero del 2022

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA



Dra. Hermelinda Avila Alpirez
Presidente




Dr. Gustavo Gutiérrez Sánchez
Secretario


Dra. Yolanda Castillo Muraira
Vocal

Unidad Académica
Multidisciplinaria
Matamoros - UAT
COMITE DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN


Dra. San Juana López Guevara
Vocal


FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11 de enero de 2021


VERSION: 6

ANEXO D

Registro en ClinicalTrials.gov

Brief Intervention Based on the Theory of Planned Behavior to Reduce Alcohol Consumption in University Students

ClinicalTrials.gov ID  NCT05533554

Sponsor  Daniela Romero Reyes

Information provided by  Daniela Romero Reyes, Universidad Autónoma de Tamaulipas (Responsible Party)

Last Update Posted  2023-07-06

Study record dates



Study Details

Table View

No Results Posted

Record History

On this page

| Study Overview

Contacts and Locations

Participation Criteria

Study Plan

Collaborators and Investigators

Publications

More Information

 Download

Expand all content


Collapse all content

Study Overview

Brief Summary:

Brief behavioral intervention designed from the guidelines of the Theory of Planned Action (TAP) of Ajzen (1991). It has the general objective of reducing the intention and hazardous and harmful consumption of alcohol in young university students in the first year of their undergraduate degree. The following specific objectives are considered: (a) Impact on the personal and descriptive norm by modifying the perception of the actual use of alcohol and its level of acceptance among the population of university students. (b) Modify attitudes towards consumption by reducing the value attributed to the expectations associated with risky alcohol consumption. (c) Increase perceived behavioral control and self-efficacy to avoid...


[+ Show more](#)

STUDY START (ACTUAL) 

2022-09-23

PRIMARY COMPLETION (ESTIMATED) 

2023-06-30

STUDY COMPLETION (ESTIMATED) 

2023-12-15

ANEXO E

Manual de Intervención Breve

**Manual de
Intervención Breve
para Reducir
Consumo de Alcohol
en Universitarios.**

IBPA

Contenido

I. <u>Introducción</u>	1
II. <u>La intervención y sus bases teóricas</u>	2
III. <u>¿Cómo se lleva a cabo el programa?</u>	3
<u>Fase 1 Pre intervención</u>	4
<u>Fase 2</u>	
<u>Sesión 1</u>	7
<u>Sesión 2</u>	10
<u>Fase 3 Postevaluación</u>	12
IV. <u>Sesiograma</u>	13
V. <u>Referencias</u>	19
VI. <u>Apéndices</u>	23

I. Introducción

El consumo perjudicial de alcohol es aquel que conlleva consecuencias negativas para el bebedor y sus allegados. A nivel mundial el consumo de alcohol en el contexto estudiantil universitario es una práctica frecuente que llega a representar un problema de salud pública por las consecuencias asociadas a dicho consumo (Davoren et al., 2016; Krieger et al., 2018).

El consumo perjudicial de alcohol puede ocasionar daño físico, problemas legales, incumplimiento de responsabilidades escolares y relacionales, incrementar conductas violentas, propiciar interacciones sociales negativas y afectar el procesamiento cognitivo de los jóvenes (Krieger et al., 2018), por lo que las intervenciones breves que permitan alterar la trayectoria del consumo riesgoso hacia conductas más saludables han sido una estrategia importante para atender esta problemática (Ronzani et al., 2019).

Las intervenciones breves preventivas del consumo de riesgo del alcohol en contextos escolares, donde se muestren los daños para la salud derivados de la cantidad de alcohol que se consume y donde se desarrollen habilidades para dosificar o reducir el consumo de alcohol a patrones no riesgosos, son un elemento clave de la alfabetización en salud sobre el alcohol (Manthey et al., 2023), la cual consiste en la habilidad de obtener y comprender conocimientos sobre el alcohol y sus riesgos lo que puede llevar a tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud y a la búsqueda de ayuda oportuna (Okan et al., 2020, Kim et al., 2020).

Las intervenciones breves pueden llevarse a cabo en diferentes formatos como el presencial (Ronzani et al., 2019). Actualmente con apoyo de las nuevas tecnologías se han diseñado intervenciones en formato virtual, lo que favorece la confidencialidad y pueden resultar beneficiosas para jóvenes que tengan dificultades para acceder a servicios de manera presencial (Bedendo et al., 2017). En este sentido, este manual está dirigido a aquellos profesionales de la psicología o profesiones afines que trabajen desde la prevención con jóvenes universitarios de 18 a 29 años con o sin consumo de alcohol. La presente es una intervención breve en formato electrónico que incorpora diversas actividades con el objetivo de disminuir la intención y el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.

En esta guía se encuentra una descripción de los fundamentos teóricos de la propuesta, la metodología para llevar a cabo la intervención en línea, un apartado con el sesiograma de las actividades y finalmente los materiales de la misma. Todo lo cual le será de utilidad para conducir las sesiones de evaluación y tratamiento.

II. LA INTERVENCIÓN Y SUS BASES TEÓRICAS

Cada vez se cuenta con mayor evidencia de que las intervenciones en salud pública con sustento en teorías de las ciencias sociales y de la conducta son más efectivas (Glanz y Bishop, 2010). Las teorías explican las vías que predicen la conducta y con ello orientan sobre como modificarla (Tebb et al., 2016).

Esta intervención está diseñada desde los lineamientos de la Teoría de la Acción Planificada (TAP) de Ajzen (1991). La TAP es una base teórica sólida para desarrollar intervenciones para realizar cambios en comportamientos relacionados con la salud (Norman et al., 2018). De acuerdo con esta teoría la conducta está precedida por las intenciones que a su vez están conformadas por las actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido.

Las actitudes se componen de las creencias conductuales (creencias sobre los resultados del comportamiento y la evaluación de éstos resultados), la norma subjetiva se integra de las creencias sobre las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir con esas expectativas; el control conductual percibido se conforma de las creencias sobre la presencia de factores que pueden facilitar u obstaculizar el comportamiento (Ajzen, 2011). El control conductual percibido es compatible con el constructo de autoeficacia percibida de Bandura (1982), el cual se refiere a la percepción de confianza de poder llevar a cabo un comportamiento.

Las intervenciones para modificar el comportamiento pueden apuntar a las actitudes, norma subjetiva y al control conductual percibido o autoeficacia, los cambios en dichos factores formarán nuevas intenciones que podrán llevarse a cabo en determinadas circunstancias (Ajzen, 2011).

Por lo tanto, la presente intervención se diseñó encaminada a apuntar a los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la intención y el consumo riesgoso de alcohol a través de una intervención breve basada en los constructos de la Teoría de la Acción Planificada en jóvenes universitarios de primeros semestres de licenciatura.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Aumentar la actitud, norma subjetiva, autoeficacia e intención de buscar ayuda por problemas relacionados con el alcohol en los jóvenes universitarios.
- b) Impactar en la norma subjetiva, personal y descriptiva por medio de modificar la percepción sobre el uso real del alcohol y nivel de aceptación de este entre la población de jóvenes universitarios.
- c) Modificar las actitudes hacia el consumo por medio de disminuir el valor atribuido a las expectativas asociadas al consumo riesgoso de alcohol.

<2>

d) Incrementar el control conductual percibido y la autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de establecer meta y plan de consumo y aumento de comunicación asertiva.

e) Disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol por medio de actividades agradables saludables.

III. ¿CÓMO SE LLEVA A CABO EL PROGRAMA?

La Intervención Breve Para Reducir Consumo de Alcohol en universitarios (IBPA) está diseñada para implementarse en estudiantes de primeros semestres de carrera, por medio de sesiones virtuales a través de la plataforma Teams. La intervención consta de tres fases básicas para su desarrollo, a continuación, se mencionan sus características de manera general:

Fase 1. Evaluación Pre Intervención. Aquellos jóvenes que acepten participar en la intervención serán citados en la plataforma virtual para llevar a cabo la sesión de evaluación previa a la intervención la cual consiste en medir la ingesta de alcohol, la intención de búsqueda de ayuda, identificar expectativas asociadas al consumo, norma subjetiva, control conductual percibido, autoeficacia e intención de consumo, valorar la percepción de autoeficacia frente a situaciones de riesgo para beber en exceso y conocer las consecuencias del consumo en los jóvenes.

Fase 2. Sesiones 1 y 2 de Intervención. En esta fase se lleva a cabo la intervención por medio de dos sesiones en la plataforma virtual Teams. En estas sesiones de 120 minutos, por medio de diversas técnicas psicoeducativas, de comunicación persuasiva, resolución de problemas y habilidades sociales se busca impactar en las actitudes, norma subjetiva, control conductual percibido y autoeficacia de los jóvenes para disminuir la intención y conducta de consumo de alcohol.

Fase 3. Evaluación Post Intervención. Se llevará a cabo un mes después de la intervención. Se aplicará la misma batería de la fase 2 para constatar cambios en los niveles de consumo de alcohol, identificar las diferencias en las expectativas asociadas al consumo de alcohol, la norma subjetiva, el control conductual percibido, la autoeficacia e intención, así como valorar los cambios en la percepción de autoeficacia de los participantes frente a situaciones de riesgo y en las consecuencias del uso de alcohol de los jóvenes.

A continuación, se detallarán cada una de las fases, se mostrará el sesiograma para tener una visión global de la intervención, finalmente se mostrarán los materiales de la misma.

Objetivo: Evaluar la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las creencias conductuales, norma subjetiva, norma personal, norma descriptiva, control conductual percibido, autoeficacia y consecuencias del uso de alcohol en jóvenes universitarios previamente a la intervención y de esta manera llevar a cabo la evaluación pre intervención.

MATERIALES:

a) Oficio de solicitud de permiso de llevar a cabo programa IBPA dirigido a las autoridades de la institución académica.

b) Consentimiento informado de la fase de evaluación.

c) Ficha de datos sociodemográficos

d) Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT; Saunders et al., 1993). Instrumento de uso internacional validado en México (Medina-Mora et al., 1998), que en estudios hechos con estudiantes ha mostrado una consistencia interna favorable de hasta .92 (Moral et al., 2017). Esta prueba identifica el consumo de riesgo, perjudicial y posible dependencia al alcohol a través de 10 ítems. Cada pregunta tiene una serie de opciones que se puntúan de 0 a 4. Puntuaciones iguales o mayores a 8 indican consumo perjudicial.

e) Cuestionario de Intención de Búsqueda de Ayuda en Adultos Jóvenes con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol IBA-COPA (Romero et al., 2023). Este instrumento tiene el objetivo de medir la intención de búsqueda de ayuda. La escala se compone de cinco apartados: (a) actitud, (b) norma subjetiva, (c) autoeficacia, (d) intención de búsqueda de ayuda y (e) búsqueda de ayuda en el pasado. Las respuestas se calificaron en una escala Likert de 1 a 5.

f) Cuestionario TAP para consumo de alcohol (Díaz et al., 2015 basada en el instrumento de Rodríguez et al. 2007). Conformado por 25 ítems que evalúan las creencias conductuales, 2 ítems de norma subjetiva, 1 ítem de norma personal, 1 ítem de norma descriptiva, 5 ítems de control conductual percibido y 3 ítems de intención de consumo de alcohol. La escala fue diseñada en México y ha mostrado una adecuada confiabilidad de .96 en estudiantes mexicanos (Díaz et al., 2015).

g) Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos (Salazar et al., 2019). El objetivo de esta escala es medir el concepto de autoeficacia con relación a la percepción del estudiante sobre su habilidad de afrontar efectivamente situaciones de consumo de alcohol. La escala está compuesta por una sola dimensión de 4 ítems. Fue validada en universitarios mexicanos donde presentó una confiabilidad de .78.

h) Línea Base Retrospectiva LIBARE (Sobell & Sobell, 1992). Instrumento en forma de calendario donde se registran los días de consumo y la cantidad consumida conforme a la medida de trago estándar de los tres meses previos a la intervención. Los datos obtenidos a partir de este instrumento han presentado una adecuada fiabilidad test-retest ($\geq .87$) en hombres y mujeres canadienses (Sobell et al., 1986). Se tiene el registro de confiabilidad test-retest de .91 en la adaptación del instrumento a población mexicana (Echeverría y Ayala, 1997).

Escala Sobre Consecuencias Del Consumo De Alcohol En Universitarios (Hurlbut y Sher, 1992), adaptación en jóvenes mexicanos por Salazar et al. (2012). Este instrumento mide las consecuencias del consumo de alcohol a través de 25 ítems con las opciones de respuesta si/no para la ocurrencia de las consecuencias alguna vez en la vida y para la frecuencia y severidad de ocurrencia de consecuencias en los últimos seis meses: 0 veces, 1 vez, 2 veces, 3 veces, de 4 a 5 veces, de 6 a 7 veces, de 12 a 20 meses, más de 21 veces. La escala presentó adecuados índices de fiabilidad por medio del alpha de Cronbach para las tres posibles dimensiones de análisis: (a) para toda la vida (.82), (b) para seis meses previos (.85), (c) severidad, entendida como la frecuencia de ocurrencia en los seis meses previos (.87). Para efectos de esta intervención se emplearán la dimensión de frecuencia de ocurrencia.

Procedimiento:

Primeramente, se establece el contacto con la institución educativa, y se solicita permiso para llevar a cabo la intervención. Contando con la autorización de la institución se procede a la evaluación. Se acuerda con la institución la ruta más viable para la aplicación de los instrumentos, la cual podrá realizarse en formato tradicional o electrónico. A continuación, se aplican los instrumentos: a) Ficha de datos sociodemográficos y b) AUDIT, c) Instrumento IBA-COPA, d) Cuestionario TAP para consumo de alcohol, e) Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos, f) Línea Base Retrospectiva LIBARE, g) Escala Sobre Consecuencias Del Consumo De Alcohol En Universitarios a jóvenes universitarios de 1° y 2° semestre de licenciatura.

La sesión de evaluación tendrá una duración de 120 minutos. El moderador tendrá preparados los instrumentos en una liga electrónica para ser compartida en el chat de la sesión virtual. El moderador tendrá los instrumentos digitales abiertos, interactuará con los participantes durante la sesión, dará una explicación breve de los objetivos de los instrumentos y se mantendrá al tanto de las dudas u observaciones que pudieran surgir en el proceso.

Al iniciar la sesión virtual se les dará la bienvenida a los participantes de manera cálida, cordial y estableciendo rapport. Se les mencionará que es una fase de evaluación previa a la intervención. Se les explicará brevemente la importancia de esta fase para conocer su estado de salud relacionado específicamente con el uso del alcohol. Se les recordará que este proceso de evaluación es estrictamente confidencial, que sus datos personales no serán revelados a terceros, que podrán usarse para realizar investigación sin exponer su identidad personal. Se les explicará que están en la libertad de detener el proceso si así lo consideraran pertinente, sin embargo, se les animará a continuar en todas las fases del proceso. Se les leerá el consentimiento informado de la fase de evaluación.

Después se compartirá la liga por medio del chat de la sesión de Teams, se les comentará que como evaluador se permanecerá en la sesión para aclarar cualquier duda que surgiera al respecto y para guiar el proceso de aplicación de los instrumentos.

El primer instrumento a aplicar es la ficha de datos sociodemográficos, a continuación, el AUDIT, después el Cuestionario IBA COPA, a continuación, el Cuestionario TAP para consumo de alcohol, se le explicará al participante el que el objetivo de la prueba es conocer algunos factores psicosociales, por ejemplo, algunas creencias relacionadas con su consumo de alcohol. Se leen las instrucciones del instrumento (apéndice) y se le comenta que se permanecerá al tanto de dudas que pudieran surgir para resolverlas.

A continuación, se aplicará el instrumento Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos. Se le explicará al participante que este instrumento tiene el objetivo de medir que tan capaz se percibe de afrontar efectivamente situaciones de consumo de alcohol. Se le leen las instrucciones y se resuelven las dudas que surgieran durante la aplicación de la prueba.

Después se aplicará la prueba LIBARE, el llenado de este calendario será en conjunto moderador-participante para apoyar en la identificación de los datos requeridos. Primeramente, el moderador explica que el objetivo de este instrumento es describir el patrón de consumo de alcohol que ha tenido el participante durante los últimos 3 meses. El moderador debe explicar el concepto de una copa estándar antes de iniciar la recabación de los datos, para que el participante tenga una idea clara de cuántas bebidas está ingiriendo. El patrón de consumo de alcohol será identificado por medio de marcar los días de consumo y la cantidad de bebida en un día típico. Se le explicará al participante que no es obligatorio recordar exactamente las fechas, pero si una aproximación lo más precisa posible.

Por último, se aplica la Escala Sobre Consecuencias Del Consumo De Alcohol En Universitarios. Se le mencionará al participante que el objetivo de esta prueba es evaluar las consecuencias del uso de alcohol. Se leen las instrucciones del instrumento (ver material de apoyo en apéndice), y se resuelven dudas que surgieran en el proceso.

Cuando el participante concluya su evaluación se le explica que a partir de la evaluación se llevará a cabo una invitación a participar en la siguiente fase de intervención, a los que acepten participar se les citará para la siguiente sesión de intervención en la plataforma Teams, se le comenta que se le contactará antes por correo electrónico y por llamada telefónica para confirmar la asistencia en el horario establecido. El moderador deberá contar con una agenda de los participantes de la intervención, se podrá hacer uso del calendario de Teams para el registro de las sesiones y recordatorio de las mismo.

OBJETIVOS:

1. Impactar en la norma personal y descriptiva por medio de modificar la percepción sobre el uso real del alcohol y nivel de aceptación de este entre la población de jóvenes universitarios.
2. Modificar las actitudes hacia el consumo por medio de disminuir el valor atribuido a las expectativas asociadas al consumo de riesgo de alcohol.
3. Incrementar el control conductual percibido y autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de establecer meta y plan de consumo.

MATERIALES:

- ✓ Plataforma Teams y correo electrónico de los participantes.
- ✓ Liga electrónica con las diapositivas (cargada en Teams).
- ✓ Guía del usuario (cargada en PDF en la plataforma Teams).
- ✓ Guía del usuario en Forms (cargada en plataforma Teams).

PROCEDIMIENTO:

Se citará a los participantes una semana después de la sesión de pre-evaluación y se llevará a cabo la sesión grupal vía Teams. La intervención será llevada a cabo de manera sincrónica, siendo administrada por el moderador. Los horarios de atención serán acordados previamente, la sesión tiene una duración de 120 minutos. En la sesión grupal primeramente se les dará la bienvenida, se les agradecerá su participación, se establecerá una atmósfera de cordialidad y se establecerá rapport.

1.- CÓMO ANDAMOS:

Para llevar a cabo esta actividad, se hará uso de las diapositivas 1 y 2 del material interactivo (apéndice). En la diapositiva 2 aparece la versión breve del AUDIT, es decir, la versión C, a manera de complemento visual. Primeramente, se les pregunta a los participantes si conocen cuál es el consumo de alcohol de riesgo y cuáles son los parámetros de consumo de bajo riesgo. Se escuchan las respuestas de 1 o 2 participantes, después apoyándose en el material interactivo, el moderador muestra los valores de consumo de riesgo: más de 4 copas por día para los hombres y más de 3 copas por día para las mujeres. Consumo de bajo riesgo: 2 copas por día (hombres), 1 copa por día(mujeres).

A continuación, se les pedirá a los jóvenes que observen la diapositiva 2 donde aparece el cuestionario AUDIT C, los alumnos responderán a cada una de las tres preguntas y sumarán el puntaje de sus respuestas, a continuación, ubicarán su resultado en el semáforo de puntuaciones que aparece en la diapositiva 2, a continuación, el moderador guiará una breve reflexión sobre los niveles de consumo, comentándoles que sus resultados son personales y que les servirán para identificar su nivel de consumo de tal manera que puedan considerar ajustes acordes a sus metas y valores de vida. Los puntajes de la prueba indican que tener más de 8 puntos es considerado como un consumo de alto riesgo, se les explicará a los jóvenes que en este nivel de riesgo pueden existir diversos daños a la salud y que además de esta intervención breve se puede buscar apoyo a mayor profundidad; de 4 a 7 puntos es considerado un consumo de riesgo, en este nivel se invita a los jóvenes a reflexionar en los disparadores de su consumo y se les explica que en esta intervención se les darán estrategias para afrontar esas situaciones de riesgo y de 1 a 3 puntos es considerado un consumo de bajo riesgo, se felicita de manera general a aquellos jóvenes que se encuentren en este nivel y se les anima a mantenerse dentro de esos parámetros.

2.- Y LOS DEMÁS ¿QUÉ HACEN?

Para llevar a cabo esta actividad se utilizarán la diapositiva 3 del material interactivo. Se les preguntará a los participantes si consideran que los demás jóvenes de su edad consumen grandes cantidades de alcohol. Se escucha su respuesta y a continuación apoyándose en el material interactivo el moderador le muestra porcentajes de consumo de jóvenes universitarios. En este caso se utilizan los datos de un estudio de screening local, sin embargo, pueden emplearse los datos de la ENCODAT más actual.

Lo que se pretende es generar una reflexión sobre la posible idea de que “todos los jóvenes” beben mucho, a partir de revisar datos reales que evidencian que sólo un pequeño porcentaje de jóvenes tiene un consumo de riesgo.

3.- CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE RIESGO Y CREENCIAS ASOCIADAS/VENTAJAS DEL CONSUMO DE BAJO RIESGO

Para esta actividad se emplearán las diapositivas 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del material interactivo (apéndice).

Primeramente, se revisa la diapositiva sobre qué es el consumo de riesgo del alcohol. La siguiente actividad consiste en hacer un recorrido sobre las diversas consecuencias físicas y mentales del consumo de riesgo de alcohol.

Después se revisará el material audiovisual sobre las creencias que mantienen el consumo de riesgo en jóvenes universitarios, donde a través de dos testimonios, se abordan las creencias conductuales de desinhibición, obtener experiencias placenteras, tener más confianza en sí mismo(a) y llenar el vacío emocional que se asociaron significativamente con el consumo de riesgo del alcohol en un estudio preliminar, estas creencias serán cuestionadas por jóvenes que han optado por la abstinencia de alcohol, explicando cómo dichas creencias pueden prometer una idea falsa de lo que el consumo puede ofrecerles y mencionan las alternativas que les favorecieron para alcanzar y mantener la abstinencia.

Al finalizar el video se le preguntará al participante que le pareció, qué piensa al respecto y responderá a las preguntas de reflexión de la diapositiva 9, se escucharán sus respuestas y a continuación se visualizará la diapositiva 10 que abarca un repaso sobre el consumo de bajo riesgo, así como las ventajas de la reducción de consumo o abstinencia, se le preguntará al joven qué ventajas piensa que existen de disminuir, moderar o dejar el consumo de alcohol.

4.- ¿ESTÁS LISTO PARA UN CAMBIO?

Para la realización de esta actividad se revisará la diapositiva 11 del material interactivo (apéndice).

A partir de la revisión de las ventajas del consumo de bajo riesgo o abstinencia del alcohol, se dialoga con el participante sobre la elección de una meta que puede ser disminuir la cantidad de consumo o dejar de beber. Se establece la fecha para implementarla. Se redactarán las razones por las que elige realizar estos cambios. En el formato (apéndice), escribirá las estrategias que utilizará para llevar a cabo su plan, por ejemplo: cenar antes de salir con sus amigos, llevar botellas de agua, pedir bebidas sin alcohol. También escribirá una lista de las personas que considera pueden ayudarlo a llevar a cabo su meta. Redactará las señales de éxito de su plan, es decir, cómo se dará cuenta de que su plan está funcionando, por ejemplo, “*me mantuve en mi consumo de bajo riesgo*”, “*hice actividades saludables*”, etc. También identificará y redactará posibles obstáculos y cómo los manejará. Por último, redactará cómo se autocompensará por apegarse a su plan, recomendándole premiarse con reforzadores positivos saludables.

3.- CIERRE DE LA SESIÓN.

Se le informa al joven que ha concluido la sesión. Se le pide hacer una reflexión sobre lo que aprendió. Se le menciona que se realizará la siguiente sesión de intervención en una semana, se programará la siguiente cita y se le informará que se le contactará previamente para confirmar su asistencia a la siguiente sesión. Moderador y participante se despiden y se cierra la sesión de Teams.

OBJETIVOS:

1. Incrementar el **control conductual percibido y autoeficacia** para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de aumentar la comunicación asertiva.
2. Disminuir las **consecuencias** negativas del uso de alcohol en distintas situaciones de los jóvenes por medio de actividades agradables saludables.

MATERIALES:

- ✓ Plataforma Teams y correo electrónico de los participantes.
- ✓ Liga electrónica con las diapositivas (cargada en Teams).
- ✓ Guía del usuario (cargada en PDF en la plataforma Teams).
- ✓ Guía del usuario en Forms (cargada en plataforma Teams).

PROCEDIMIENTO:

Se citará a los participantes una semana después de la sesión 1 de intervención y se llevará a cabo la sesión grupal vía Teams. La intervención será llevada a cabo de manera sincrónica, siendo administrada por el moderador. Los horarios de atención serán acordados previamente, la sesión tiene una duración de 120 minutos. En la sesión grupal primeramente se les dará la bienvenida, se les agradecerá su participación, se establecerá una atmósfera de cordialidad y se establecerá rapport.

1.- HABLANDO DE MIS RELACIONES Y AMIGOS.

A partir del material interactivo, diapositivas 12 y 13, se dialogará con el participante sobre la importancia de establecer y mantener relaciones con personas que no beban o que lo hagan en parámetros de bajo riesgo, lo cual le beneficiará en el apego a su plan de disminuir o mantener la abstinencia del alcohol.

Después se analizará qué se puede hacer si tuviera presión por amigos o conocidos para beber. Se revisará un ejemplo de una joven a la que sus amigos le insisten para beber. Se le preguntará al estudiante qué haría en su lugar. Después se le mencionarán algunas estrategias de comunicación asertiva:

- a) **Decir que no.** Expresar con rostro serio y tono firme “no quiero”, “no me interesa”, “no lo necesito”.
- b) **Disco rayado.** Repetir todas las veces que sea necesario los argumentos de rechazo, hasta que la otra persona tenga claro que no se quiere beber.
- c) **Tregua.** Hacer un compromiso conciliador con la condición de que se respete tu decisión.
- d) **Niebla:** Poner una excusa, por ejemplo, “mañana tengo examen”.

- e) **Resolver:** Hacer frente a las críticas, por ejemplo, “puede que a ti te parezca miedoso de mi parte, pero he decidido no beber”.
- f) **Interrogación:** Responder a una crítica con una pregunta: ¿Y qué tiene de malo no querer tomar?

2.- EL GUIÓN CONDUCTUAL.

Después de analizar las diferentes estrategias de comunicación asertiva, se empleará la diapositiva 13. Al participante se le presentará un ejemplo de una situación donde un joven es presionado a beber por sus amigos, sin embargo, él no desea tomar, se le pregunta al participante que haría él en su caso, a continuación, se le animará a escribir un guion de afrontamiento utilizando las estrategias de comunicación asertiva para contrarrestar la presión. Se practicarán estas estrategias en ensayo conductual, para ello se formarán salas con equipos de 5 dónde los participantes ensayaran su guion conductual (Caballo, 2007), se les da 10 minutos para la actividad, finalmente se presentará un ejemplo de guion conductual con un equipo que desee participar mostrando las estrategias de comunicación que decidieron emplear. Por último, el moderador retroalimentará la actividad y animará a los jóvenes a poner en práctica estas estrategias cuando fuera necesario.

3.- LA VIDA QUE DESEO...

Se revisarán las diapositivas 14 y 15 del material interactivo (apéndice). Para finalizar se dialogará con los participantes acerca de su poder para generar una vida significativa y guiada por valores. Apoyándose en el material interactivo, se le mostrará al participante un listado de actividades placenteras que podrá realizar en su día a día y se le animará a ampliar esta lista con una lluvia de ideas de actividades agradables acordes a sus valores personales.

4.- CIERRE DE LA SESIÓN.

Se le informa al joven que ha concluido la sesión. Se le pide hacer una reflexión sobre lo que aprendió, se le animará a poner en práctica su plan de afrontamiento y de actividades agradables. Se le menciona que se realizará una sesión de evaluación y seguimiento post un mes después, se programará la siguiente cita y se le informará que se le contactará previamente para confirmar la sesión de post- evaluación. Moderador y participante se despiden y se cierra la sesión de Teams.

Objetivo: Evaluar la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las creencias conductuales, norma subjetiva, norma personal, norma descriptiva, control conductual percibido, autoeficacia y consecuencias del uso de alcohol posteriormente a la intervención.

MATERIALES:

- a) Cuestionario TAP para consumo de alcohol (Díaz, et al., 2015 basada en el instrumento de Rodríguez et al. 2007).
 - b) Cuestionario de Intención de Búsqueda de Ayuda en Adultos Jóvenes con Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol IBA-COPA
 - c) Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos (Salazar et al., 2019).
 - d) Línea Base Retrospectiva LIBARE (Sobell & Sobell, 1992).
 - e) Escala Sobre Consecuencias Del Consumo De Alcohol En Universitarios (Hurlbut y Sher, 1992, adaptación en jóvenes mexicanos, Salazar et al., 2012).
-

PROCEDIMIENTO:

La sesión de evaluación postratamiento tendrá una duración de 120 minutos. El moderador tendrá preparados los instrumentos en la liga correspondiente para ser compartida en el chat de la sesión virtual. Al iniciar la cita se le dará la bienvenida al participante de manera cálida, cordial y mostrando una actitud de empatía. Se le explicará brevemente la importancia de esta fase para conocer su estado de salud relacionado específicamente con el uso del alcohol después de la intervención.

Al pasar a la evaluación, se le dará una descripción concisa y el objetivo de cada instrumento, para favorecer la comprensión de los jóvenes y su involucramiento en este proceso para obtener respuestas confiables. Se le recuerda que este proceso de evaluación es estrictamente confidencial y que sus datos personales no serán revelados a terceros. A continuación, se compartirá la liga por medio del chat de la sesión de Teams, se le comentará que como evaluador se permanecerá en la sesión para aclarar cualquier duda que surgiera sobre los instrumentos de evaluación. Al finalizar la evaluación, se agradece la participación del joven.

IV. SESIOGRAMA

SESIÓN	OBJETIVO	TEMA	TÉCNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREAS
Fase 1 Pre- evaluación 120 min.	Evaluar las creencias conductuales, norma subjetiva, norma personal, norma descriptiva, control conductual percibido, autoeficacia, intención de consumo, la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, consecuencias del uso de	Consentimiento informado para fase de evaluación (pre-post) y de intervención. Evaluación pre-intervención.	Firma de consentimiento informado. Aplicación de instrumentos de evaluación.	Aplicación de instrumentos de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Datos sociodemográficos ✓ AUDIT ✓ IBA-COPA ✓ Cuestionario TAP. ✓ Cuestionario Breve de Confianza Situacional. ✓ LIBARE. ✓ Escala Sobre Consecuencias del Consumo. 	Liga en Google forms con los instrumentos del estudio.	No aplica

	Alcohol en jóvenes para detectar aquellos que cumplan con criterios de inclusión previamente a la intervención.					
Fase 2 Sesión 1 de Intervención Grupo experimental 120 min.	a) Impactar en la norma subjetiva, personal y descriptiva por medio de modificar la percepción sobre el uso real del alcohol y nivel de aceptación de éste entre la población de jóvenes universitarios.	a) Consumo de bajo riesgo. Identificación del propio consumo por medio de autoevaluación con AUDIT C. Demostración de comportamiento de iguales y comparación con el consumo personal.	a) Psicoeducar sobre consumo de bajo riesgo. Analizar los resultados de la autoevaluación de los jóvenes con AUDIT C. Demostración de comportamiento de consumo de iguales, comparación del consumo propio con el del grupo normativo.	a) <u>Duración 10 min.</u> Bienvenida b) <u>Duración: 40 min.</u> Se mostrará presentación interactiva sobre consumo de bajo riesgo. Se analizarán sus resultados del AUDIT C, a continuación, se mostrará al joven diapositiva sobre el consumo real de jóvenes universitarios de la	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diapositiva 1 “consumo de bajo riesgo”. ✓ Diapositiva 2 Resultados de AUDIT. ✓ Ficha de resultados. ✓ Diapositiva 3 con datos comparativos del consumo de alcohol de jóvenes universitarios. 	Llevar a cabo el plan personal.

	<p>b) Modificar las actitudes hacia el consumo por medio de disminuir el valor atribuido a las expectativas asociadas al consumo riesgoso de alcohol.</p> <p>c) Incrementar el control conductual percibido y autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de establecer meta y plan de consumo.</p>	<p>b) Consumo riesgoso de alcohol, consecuencias del consumo, expectativas asociadas al consumo y estrategias de afrontamiento. Repaso de consumo de bajo riesgo. Ventajas de consumo de bajo riesgo.</p> <p>c) Meta de consumo/situaciones de riesgo/Plan de acción/Habilidades sociales para afrontar la presión de iguales</p>	<p>b) Comunicación persuasiva sobre consecuencias del consumo de alcohol en jóvenes. Identificación de creencias asociadas al consumo de alcohol basadas en premisas falsas y su cuestionamiento. Repaso de definición de consumo de bajo riesgo. Identificación de ventajas del consumo de bajo riesgo.</p> <p>c) Elegir una meta de consumo de bajo riesgo. Identificación de situaciones de alto riesgo y elaboración de un plan de acción.</p>	<p>localidad de acuerdo con el AUDIT, comparando su consumo con el de los datos normativos.</p> <p>c) <u>Duración: 40min.</u> Revisión del material interactivo consecuencias del consumo riesgoso de alcohol. Video sobre las creencias asociadas al consumo de alcohol basadas en premisas falsas, su cuestionamiento y alternativas de afrontamiento. Repaso de definición del consumo de bajo riesgo. Analizar ventajas del consumo de bajo riesgo.</p> <p>d) <u>Duración: 30 min.</u> El joven elegirá una meta de consumo de bajo riesgo. Se identificarán situaciones de riesgo y desarrollará un plan de acción.</p> <p>e) <u>Duración 10min.</u> f) Cierre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diapositiva 4: Consumo riesgoso de alcohol. ✓ Diapositivas 5, 6 y 7 consecuencias del consumo riesgoso. ✓ Diapositiva 8: videos sobre creencias asociadas al consumo de riesgo y alternativas de afrontamiento. ✓ Diapositiva 10: definición del consumo de bajo riesgo y ventajas del consumo de bajo riesgo. ✓ Diapositiva 11 Formato de meta de consumo y plan de acción. 	
--	---	---	--	--	--	--

<p>Fase 2 Sesión 2 de Intervención grupo experimental 120 min.</p>	<p>a) Incrementar el control conductual percibido y autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de establecer meta y plan de consumo.</p> <p>b) Disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol en distintas situaciones de los jóvenes por</p>	<p>a) Plan de Habilidades sociales para afrontar la presión de iguales.</p> <p>b) Actividades agradables para aprender a disfrutar sin alcohol.</p>	<p>a) Práctica de habilidades sociales por medio de ensayo conductual: Decir que no o moderar mi consumo ante la presión de amigos.</p> <p>b) Listado de actividades agradables para aprender a disfrutar sin alcohol.</p>	<p>a) <i>Duración 15 min.</i> Bienvenida</p> <p>b) <i>Duración: 65 min.</i> Se realizará un ensayo conductual para decir que no o moderar mi consumo ante la presión de amigos.</p> <p>b) <i>Duración: 30 min.</i> Finalmente se elaborará una lista basada en listado de actividades agradables</p>	<p>✓ Diapositivas 12 y 13: Relaciones sociales, comunicación asertiva y guion conductual.</p> <p>✓ Diapositiva 14 y 15: Listado de actividades agradables.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

	medio de actividades agradables saludables.			saludables y significativas para el estudiante para desarrollar alternativas al consumo riesgoso. <i>c) Cierre: 10 min.</i>		
Fase 3 Post evaluación 120 min.	Evaluar las creencias conductuales, norma subjetiva, norma personal, norma descriptiva, control conductual percibido, autoeficacia,	Evaluación postratamiento.	Aplicación de instrumentos de evaluación.	Llevar a cabo la evaluación post por medio de pruebas psicológicas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ LIBARE ✓ IBA-COPA ✓ Cuestionario TAP. ✓ Cuestionario Breve de Confianza Situacional. 	Liga en Google forms con los instrumentos del estudio.	Aplicación de instrumentos de evaluación.

	intención de consumo, la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, consecuencias del uso de alcohol en jóvenes posteriormente a la intervención.			✓ Escala Sobre Consecuencias Del Consumo.		
--	--	--	--	---	--	--

V. Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2011). Design and evaluation guided by the theory of planned behavior. En M.M Mark, S.I. Donaldson, B. Campbell (Ed.), *Social Psychology and Evaluation* (74-100). Guilford Publications.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/intervencion-breve-para-consumo-riesgo-perjudicial-alcohol-manual-para-utilizacion>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bedendo, A., Andrade, A., Opaleye, E. S., & Noto, A. R. (2017). Binge drinking: a pattern associated with a risk of problems of alcohol use among university students. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2925. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1891.2925>
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Siglo XXI de España Editores.
- Diaz, N. D. B., Arellanez, H. J. L., Rodríguez, K. S. E., & Fernández, C. C. (2015). Comparación de tres modelos de riesgo de uso nocivo de alcohol en estudiantes mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 5(2), 2047-2061.
- Davoren, M. P., Demant, J., Shiely, F., & Perry, I. J. (2016). Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review. *BMC public health*, 16, 173. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2843-1>
- Echeverría S., L. y Ayala V., H. (1997). Cuestionario de Confianza Situacional, versión breve. En V. Ayala, L. Cárdenas, S. Echeverría y L. Gutiérrez (Eds.): Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa-UNAM <19>

- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of public health, 31*, 399–418.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>
- Hurlbut, S. C., & Sher, K. J. (1992). Assessing alcohol problems in college students. *Journal of American College Health, 41*(2), 49-58.
- Kim, E. J., Yu, J. H., & Kim, E. Y. (2020). Pathways linking mental health literacy to professional help-seeking intentions in Korean college students. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 27*(4), 393–405.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12593>
- 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.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. College Drinking (12 de enero del 2022). *Alcohol and You: An Interactive Body*
<https://www.collegedrinkingprevention.gov/SpecialFeatures/interactiveBody.aspx>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (14 de enero del 2022). *Planning for change*
<https://www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/Thinking-about-a-change/Its-up-to-you/Planning-For-Change.aspx>
- Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T. L., Harris, P. R., Millings, A., & Sheeran, P. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology, 23*(1), 108-127.
- Manthey, J., Kokole, D., Riedel-Heller, S., Rowlands, G., Schäfer, I., Schomerus, G., Soellner, R., & Kilian, C. (2023). Improving alcohol health literacy and reducing alcohol consumption: recommendations for Germany. *Addiction science & clinical practice, 18*(1), 28.
<https://doi.org/10.1186/s13722-023-00383-0>
- Mckay, M., Wood, J. C., Brantley, J. (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Desclée de Brouwer
- Medina-Mora, E., Carreño, S., & De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México. In B. Springer MA (Ed.), *Desarrollos recientes en alcoholismo, vol 14* (pp. 383-396). Springer, Boston, MA. 10.1007/0-306-47148-5_19

- Moral, J. M. de la V., Bringas, M. C., Ovejero, B. A., Morales, Q. L. A., & Rodríguez, D. F. J. (2017). Emergencia sociosanitaria en consumo de riesgo de alcohol y síntomas de dependencia en jóvenes. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 17(2), 91–99. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.307>
- Okan, O., Rowlands, G., Sykes, S., & Wills, J. (2020). Shaping Alcohol Health Literacy: A Systematic Concept Analysis and Review. *Health literacy research and practice*, 4(1), e3–e20. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191104-01>
- Rodríguez, K. S. E., Díaz, N. D. B., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero, H. J. A., & Gómez, M. E. L. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 68-81.
- Ronzani, T. M., Fuentes-Mejía, C., Mota, D. C. B., Gomide, H. P., Ferreira, M. L., & Cruvinel, E. (2019). Intervenciones breves para el abuso de sustancias en América Latina: una revisión sistemática. *Psicologia Em Estudo*, 24(10).4025/psicoestud.v24i10.44393
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, Juan R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093>
- Salazar, G. M. L., Pérez, C. J. L., Ávila, H. O. P., & Vacío, M. M. D. L. Á. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22(2), 247-256. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.549>
- Salazar Garza, M. L., Muro, V., de los Angeles, M., López Udave, M. A., & Sánchez Leos, F. M. (2012). Adaptación del Young Adult Alcohol Problem Screening Test (YAAPST) con estudiantes universitarios de México. *Investigación y ciencia-Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 20(56), 44-52. <https://biblat.unam.mx/hevila/InvestigacionycienciaUniversidadautonomadeaguascalientes/2012/vol20/no56/6.pdf>
- Salazar, G. M. L., Vacío, M. M. D. L. A., & Macías, R. 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>

- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, Juan R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093>
- Secretaría de salud (2017). La neta del alcohol y algo más. Guía preventiva para adolescentes. Comisión Nacional Contra las adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/La_neta_del_alcohol.pdf
- Secretaría de salud (2019). Prevención del consumo de alcohol en el trabajo. Gobierno de México https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566347/Guia_Prevencion_de_Consumo_Alcohol_Trabajo_2019.pdf
- Sobell, LC y Sobell, MB (1992). *Seguimiento de la línea de tiempo. En Medición del consumo de alcohol*. Humana Press, Totowa, Nueva Jersey.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D., & Basian, E. (1986). The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive behaviors*, 11(2), 149-161.
- Tebb, K. P., Erenrich, R. K., Jasik, C. B., Berna, M. S., Lester, J. C., & Ozer, E. M. (2016). Use of theory in computer-based interventions to reduce alcohol use among adolescents and young adults: a systematic review. *BMC Public Health*, 16(1), 1-33. 10.1186/s12889-016-3183-x

Fase 1 Evaluación Pre Intervención

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Intervención breve para la reducción del consumo de alcohol en jóvenes universitarios.

Investigador Responsable: Mtra. Daniela Romero Reyes

Asesores: Dr. Juan Antonio Moriano León, Dr. José Luis Ybarra Sagarduy.

Prólogo: Estamos interesados en valorar la factibilidad de una intervención psicológica para disminuir la intención y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios de primeros semestres de licenciatura, por lo que lo estamos invitando a participar en el presente estudio. Si usted acepta participar, le solicitaremos que conteste 6 cuestionarios de conductas relacionadas con el consumo de alcohol.

Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos/beneficios y lo que debe de hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, donde le explicaremos el estudio. Cabe mencionar que, si usted decide participar, podrá ser asignado a alguno de los dos grupos del estudio y después le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El estudio pretende valorar una intervención para reducir el consumo de alcohol en jóvenes por lo que deseamos evaluar que tan factible es su aplicación. La importancia de este estudio radica en que podrá intentar reducir su consumo y al mismo tiempo se podrá contribuir con un protocolo útil para ser aplicado en personas que desean reducir o abandonar el consumo de alcohol.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO/PROCEDIMIENTO

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Posteriormente será asignado a alguno de los dos grupos del estudio. La intervención constará de una sesión de preevaluación, dos sesiones de intervención y una evaluación post intervención, las sesiones serán grupales por plataforma Teams con una duración de 120 minutos.

El proceso de evaluación (pre-post intervención) incluye la aplicación los siguientes instrumentos: AUDIT, IBA-COPA, Cuestionario TAP para consumo de alcohol, Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos, Línea Base Retrospectiva LIBARE y la Escala Sobre Consecuencias Del Consumo De Alcohol En Universitarios. Una semana más tarde se aplicará la *“Intervención breve para la reducción del consumo de alcohol en jóvenes universitarios”* la cual consiste en dos sesiones breves de 120 minutos. Las sesiones serán en modalidad grupal en formato electrónico por medio de la plataforma Teams. Un mes después se llevará a cabo una sesión de evaluación posterior a la intervención, por lo que se le contactará vía teléfono, WhatsApp e email para citarle a la sesión grupal de evaluación post.

Las sesiones grupales podrán ser grabadas solamente para efectos de la supervisión de calidad de la implementación de la intervención.

Además, se le informa que su participación no tendrá ninguna repercusión en su lugar de trabajo o estudio. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades laborales/escolares.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse un momento para recapacitar sobre seguir participando en el estudio o no.

BENEFICIOS ESPERADOS

En este estudio el beneficio principal será que tendrá la oportunidad de conocer estrategias que ayudan a reducir consumo de alcohol, y que a futuro otras personas que desean dejar de beber podrían beneficiarse de los resultados de la aplicación de la intervención en la que usted participó.

ALTERNATIVAS

La única alternativa para el presente estudio implica no participar en él.

COSTOS

No hay ningún costo por participar en el estudio.

INCENTIVOS

Al finalizar la intervención se llevará a cabo una rifa de regalos entre los participantes que concluyan todas las sesiones de evaluación pre, intervención 1, 2 y evaluación post.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación. Las únicas personas que conocerán su participación en este estudio, son usted y la autora del estudio. Ninguna información sobre su persona será dada a conocer de manera personalizada. Los resultados de los cuestionarios serán publicados de manera global en una tesis, artículos científicos o congresos de investigación. Recuerde que toda la información que usted proporcione será anónima y confidencial.

DERECHO A RETRACTAR

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no, no afectará su relación actual con la institución donde labora/estudia. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos como profesional.

PREGUNTAS

Este proceso está dirigido por la **Mtra. Daniela Romero Reyes**, alumna del Doctorado en Psicología de la Salud de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas ahora o en cualquier momento de su participación en el teléfono 8343016727 o en el correo danielaromeroreyes@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, mayor de edad, de _____ años.

Manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio “*Intervención breve para la reducción del consumo de alcohol en jóvenes universitarios*”, dirigida por la Mtra. Daniela Romero Reyes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

- 1. He recibido información sobre el estudio.**
- 2. He podido hacer todas las preguntas que he creído conveniente sobre el estudio y se me han respondido satisfactoriamente.**
- 3. Comprendo que mi participación es voluntaria.**
- 4. Comprendo que puedo retirarme del estudio y revocar este consentimiento cuando quiera y sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.**

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), y que mis datos personales nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, para cubrir los objetivos especificados.

Firma del participante

Firma del psicólogo(a)

Datos sociodemográficos

1.- Edad: ____

2.- Teléfono celular (Whatsapp)_____

3.- Email: _____ 4.- Sexo: ()

Mujer () Hombre

5.- Estado civil: () Soltero () Casado () Unión libre

() Separado () Divorciado () Otros.

6.- Licenciatura:

7.-Semestre cursado actualmente:

() 1° a 3er semestre

() 4° a 6to semestre

() 7° a 9° semestre

8.- Vives con:

() Tus padres () Cónyuge o pareja () Solo () Compañeros

9.- Sostén económico:

() Padres

() Cónyuge o pareja

() Tu mismo

() Otros

10.- Trabajas:

() Si

() No

11.- ¿Cuántas horas a la semana?

() Menos de 16 horas

() De 16 a 32 horas

() Más de 32 horas

12.- Ingreso mensual familiar

() Menos de 2 salarios mínimos

() De 2 a 3 salarios mínimos

() De 4 a 5 salarios mínimos

() De 6 a 7 salarios mínimos

() De 8 a 9 salarios mínimos

() Más de 9 salarios mínimos

13.-¿Con qué equipo cuentas para tomar clases en línea?

a) Computadora

b) Celular

c) Ambos

<26>

14.- ¿Cuentas con un espacio individual para estudiar en casa?

Sí No

15.- ¿Cuentas con datos móviles o internet en caso de ser invitado a participar a un programa de intervención en línea?

Sí No

17. ¿En el último año usted ha sido diagnosticado con algún trastorno mental?

Sí No

18. Usted consume frecuentemente alguna de las siguientes sustancias: ¿Marihuana, anfetaminas, cocaína, tachas, éxtasis, inhalables, hongos, peyote, sedantes o hipnóticos?

Sí No

19. ¿Cuentas con vivienda estable?

Sí No

<27>

AUDIT

Debido a que el uso de alcohol puede afectar su salud es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3.- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año.		Sí, el último año.
10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año.		Sí, el último año.
					Total:

IBA-COPA

Sección A. Señala hasta qué punto consideras que buscar ayuda para resolver problemas con el consumo de alcohol, te ayudaría a:

1. Aprender a regular el consumo de alcohol
2. Mejorar mi calidad de vida
3. Dejar de tomar alcohol
4. Tomar mejores decisiones

Ahora indica, por favor, hasta qué punto son importantes para ti en tu vida los siguientes aspectos:

5. Aprender a regular el consumo de alcohol
6. Mejorar mi calidad de vida
7. Dejar de tomar alcohol
8. Tomar mejores decisiones

Sección B. Por favor, ahora piensa en las personas que son más cercanas a ti, ¿en qué grado se mostrarían de acuerdo si buscaras ayuda por tu consumo de alcohol?

1. Mis padres y hermanos
2. Mis amigos/as cercanos/as
3. Mi novia(o) o pareja

Y ¿cómo valoras la opinión de estas personas en relación con la búsqueda de ayuda por tu consumo de alcohol?

4. Mis padres y hermanos
5. Mis amigos/as cercanos/as
6. Mi novia(o) o pareja

Sección C. ¿En qué grado crees que serías capaz de realizar cada una de las siguientes conductas?

- 1.- Obtener información sobre centros especializados en tratar el consumo de alcohol
- 2.- Asistir a centros especializados en tratar el consumo de alcohol
- 3.- Participar en un programa por internet para tratar el consumo de alcohol
- 4.- Contactar a un profesional de la salud (psicólogo, terapeuta) para tratar el consumo de alcohol
- 5.- Buscar apoyo de mi familia y/o amigos/as para que me ayuden con mi problema de consumo de alcohol.

Sección D.

- 1.- ¿Tienes intención de buscar ayuda por tu consumo de alcohol durante el próximo mes?
- 2.- ¿Tienes planeado buscar ayuda por tu consumo de alcohol?
- 3.- Si tuvieras la oportunidad ¿Querrías buscar ayuda por tu consumo de alcohol?

Sección E

- 1.- ¿Has buscado ayuda en el pasado por tu consumo de alcohol? Sí ____ No ____

Cuestionario TAP para consumo de alcohol (Díaz et al., 2015 basada en el instrumento de Rodríguez et al. 2007).

A continuación, aparece una lista de expectativas asociadas al uso de alcohol, lee atentamente, marca la casilla que represente la importancia que tienen para ti cada una de ellas:

EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿QUÉ TAN IMPORTANTE HA SIDO PARA TI...	Nada importante	Poco importante	Medianamente importante	Importante	Muy importante
1. ...pasártela bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ser aceptado(a) por tus amigos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...desinhibirte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...tener experiencias placenteras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...evitar la tristeza o la depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...tener más confianza en ti mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...pasar el rato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...compartir lo que hacen tus amigos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...sentirte liberado(a) de presiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...quitarte el mal humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...sentirte seguro(a) para socializar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...enfrentar situaciones que implican riesgos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...disfrutar de las fiestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...olvidarte de tus preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...sentirte relajado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...sentirte parte del grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...evitar sentimientos de culpa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...ser más sociable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...olvidar los problemas cotidianos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ..." encajar en la situación"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...sentirte con confianza al estar con jóvenes del otro sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...evitar el aburrimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ...sentirte desinhibido(a) para tener algún contacto sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...llenar el vacío emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...estar en "sintonía" con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación, se te presentan algunas preguntas relacionadas al uso de alcohol, lee atentamente, responde marcando la casilla que mejor represente tu respuesta a cada pregunta:

	Nunca	A veces	Algunas veces sí, algunas veces no	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
Cuando tomas bebidas con alcohol, ¿te gusta quedar bien con tus amigos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ni de acuerdo				
	Totalmente desacuerdo	en	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
En tu opinión, ¿beber alcohol puede tener un impacto negativo en tu vida?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ninguno(a)	Menos de la mitad	La mitad	Más de la mitad	Casi todos
En los últimos 30 días, ¿cuántos de tus amigos(as) han bebido cuatro o más copas en una ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy difícil	Difícil	Ni fácil ni difícil	Fácil	Muy fácil
¿Qué tan fácil es para ti controlar la cantidad de alcohol que bebes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan fácil es para ti consumir alcohol cuando convives con amigos que están consumiendo alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan fácil es para ti consumir alcohol cuando estás seguro de que no te vas a emborrachar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan fácil es para ti estar a gusto sin consumir alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan fácil es para ti decir “no” cuando tus amigos te invitan a que consumas bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes la intención de consumir alcohol?

Definitivamente no 1 2 3 4 5 definitivamente si

	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	--

¿Tienes planeado consumir alcohol próximamente?

Definitivamente no 1 2 3 4 5 definitivamente si

	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	--

Si tuvieras la oportunidad ¿Querrías consumir alcohol?

Definitivamente no 1 2 3 4 5 definitivamente si

	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	--

Cuestionario Breve de Confianza Situacional para Jóvenes Universitarios Mexicanos (Salazar et al., 2019).

INSTRUCCIONES: Marca con una X la opción que más se acerque a la confianza que posees para controlar tu forma de beber en cada una de las situaciones que se te muestran a continuación.

CONFÍO EN MI CAPACIDAD PARA CONTROLAR MI FORMA DE BEBER ALCOHOL...	No confío en mí mismo (0)	Confío poco en mí mismo (1)	Confío mucho en mí mismo (2)	Confío totalmente en mí mismo (3)
1. Aun si quisiera probar mi control sobre el consumo de alcohol. (Por ejemplo: si pienso que puedo detenerme o dejar de tomar cuando yo lo decida).				
2. Aun si siento necesidad física. (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber, si pensara “que rico es beber alcohol”).				
3. Aun si tengo conflictos con otros. (Por ejemplo: si tuviera una pelea con alguien cercano o importante para mí).				
4. Aun en momentos agradables con otros. (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo o amiga y quisiera sentirme mejor).				

Línea Base Retrospectiva LIBARE (Sobell et al. 1988).

Mediante este calendario, vamos a reconstruir su consumo de bebidas alcohólicas durante el período de: _____ a _____. No es una tarea difícil, en especial si se utiliza el calendario. Se ha encontrado que este instrumento es útil para que las personas recuerden la cantidad, y frecuencia con que beben. Le daremos algunos "tips" o ayudas para facilitar su llenado:

1. Es importante que en cada día del calendario se anote el número de copas estándar que consumió. El reporte que se proporcione siempre debe ser en COPAS ESTÁNDAR.
2. Los días que NO consumió bebidas alcohólicas márkuelos con un "o".
3. En los días que SÍ consumió bebidas alcohólicas escriba el número de copas estándar que bebió, no importa qué tipo de bebida. Por ejemplo, si bebió durante la comida una copa de tequila, después un vaso de vino, y en la noche tomó una cerveza, 3 copas estándar es lo que debe reportar en el calendario.
4. Si al llenar el calendario, no recuerda si bebió un lunes o un miércoles, o si fue en la primera o en la segunda semana del mes, trate de ser lo más preciso posible, pero anote su mejor estimación. AYUDAS
 - Si tiene una agenda anual utilícela para ayudarse a recordar.
 - En el calendario están señalados los días festivos, como, por ejemplo, el 1º de enero, el 16 de septiembre, navidad, etc. Además, se puede ayudar recordando fechas especiales como cumpleaños, vacaciones, aniversarios, etc.
 - Algunas personas tienen un patrón de consumo muy regular. Por ejemplo, beben sólo los fines de semana, los viernes con sus amigos mientras juegan dominó o cartas, o sólo durante viajes de negocios. En estos casos inicie el llenado de su calendario anotando su consumo durante estas fechas.

CALENDARIO

2022

A



B

2023



Escala Sobre Consecuencias Del Consumo De Alcohol En Universitarios

Nombre: _____ Fecha: _____

Fase: _____

Instrucciones: A continuación, se te presentan algunos eventos que les suceden a las personas en relación con el uso del alcohol. Lee cada frase cuidadosamente y señala tus respuestas con una X en las casillas de No o Sí. Posteriormente, si tu respuesta fue afirmativa, indica cuantas veces DURANTE EL ÚLTIMO MES te ha ocurrido lo que se te pregunta.

	Número de veces que te ocurrió en el último mes							
	0	1	2	3	4-6	7-11	12-20	Más de 21
1. ¿Has conducido un carro o motocicleta después de haber bebido alcohol?								
2. ¿Has sentido dolor de cabeza a consecuencia de haber bebido alcohol la noche anterior?								
3. ¿Has estado enfermo del estómago o has vomitado después de beber alcohol?								
4. ¿Has llegado tarde o faltado a la universidad o al trabajo por haber bebido alcohol, o por haber sentido algún malestar ocasionado por la bebida?								
5. ¿Te has involucrado en peleas o agresiones físicas cuando has bebido alcohol?								
6. ¿Has dañado un vehículo, vivienda u otra propiedad ajena, o has ocasionado una falsa alarma luego de haber bebido alcohol?								
7. ¿Se han quejado tus padres, novio/a (esposo/a) o alguna otra persona cercana, por tu forma de beber?								
8. ¿Consumir alcohol te ha ocasionado problemas con alguna otra persona cercana; por ejemplo: tu familia, novio/a (esposo/a)?								
9. ¿Has perdido amigos/as (incluso: novios/as) por tu forma de beber alcohol?								
10. ¿Al beber alcohol te has involucrado en situaciones sexuales que luego lamentas?								
11. ¿Has recibido una nota baja en un examen por haber bebido alcohol?								
12. ¿Te han detenido por manejar embriagado/a, borracho/a o bajo la influencia del alcohol.								

13. ¿Has sido detenido, aunque fuera por unas horas, a consecuencia del comportamiento de otra persona que ha bebido alcohol?								

	Número de veces que te ocurrió en los últimos seis meses							
	0	1	2	3	4-6	7-11	12-20	Más de 21
14. ¿Te has despertado en la mañana, luego de haber bebido alcohol y no puedes recordar parte de lo que sucedió la noche anterior?								
15. ¿Has sentido la necesidad de beber alcohol apenas te levantas en la mañana o antes de la primera comida del día?								
16. ¿Has sentido la necesidad de ingerir mayores cantidades de alcohol para sentir algún efecto, puesto que ya no te embriagas o te emborrachas con la cantidad acostumbrada para hacerlo?								
17. ¿Alguna vez has sentido que necesitabas del alcohol?								
18. ¿Te has sentido mal o culpable por beber alcohol?								
19. ¿En alguna ocasión un médico te ha dicho que la forma en que bebes alcohol está perjudicando tu salud?								
20. ¿Has tenido problemas con la policía por pleitos, escándalos o conductas inapropiadas a causa de haber consumido bebidas alcohólicas?								
21. ¿En alguna ocasión has gastado todo tu dinero en bebidas alcohólicas?								
22. ¿Has dejado de comprar cosas básicas o importantes para ti debido a que has gastado tu dinero en bebidas alcohólicas?								
23. ¿Alguna vez has hecho el ridículo a causa de tomar alcohol?								
24. ¿Has experimentado dificultad para hablar, sostener objetos o caminar al estar bajo los efectos del alcohol?								
25. ¿Al estar tomando has tenido la sensación de no poder parar tu consumo de alcohol?								

Fase 2 Sesión 1
APENDICE
MATERIAL
INTERACTIVO
DIAPOSITIVA 1

Sobre el consumo de alcohol



El consumo de alcohol de **bajo riesgo** consiste en ajustarlo a cantidades que tengan una baja probabilidad de causar daño a quien lo ingiere o a los demás.



2 copas



1 copa



El riesgo aumenta si se consumen más de 2 bebidas por día y más de 5 veces a la semana.

Consumo riesgoso:



Más de 4 copas x día



Más de 3 copas x día



FUENTES DE INFORMACIÓN:

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Organización Mundial de la salud.

¿Cómo andamos?

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- 0. Nunca
- 1. Una vez al mes o menos
- 2. Dos a cuatro veces al mes
- 3. Dos a tres veces por semana
- 4. Cuatro o más veces por semana

2. Cuando bebas, ¿cuántos tragos estándar te tomas?

- 0. Uno o dos
- 1. Tres o cuatro
- 2. Cinco o seis
- 3. Siete a nueve
- 4. Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas cinco o más tragos estándar en un mismo día o reunión?

- 0. Nunca
- 1. Una vez al mes o menos
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. Diario o casi diario

RESULTADOS



8 o más puntos: Alto riesgo. Considera los daños que produce en tu salud, busca ayuda especializada.

4 a 7 puntos: Riesgo. Reflexiona e identifica por qué estás consumiendo y aprende estrategias para regular el consumo.

De 1 a 3 puntos: Bajo riesgo. 0 puntos. ¡Muy bien! Sigue sin consumir alcohol



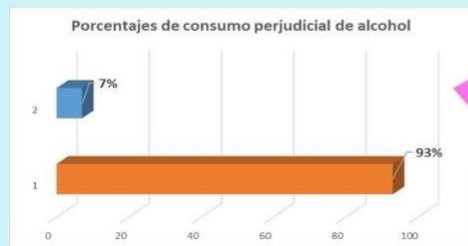
DIPOSITIVA 3

¿Con qué frecuencia y en qué cantidad crees que beben jóvenes como tú?

En dos estudios realizados en dos universidades públicas de Cd. Victoria, Tamaulipas se encontró

2020

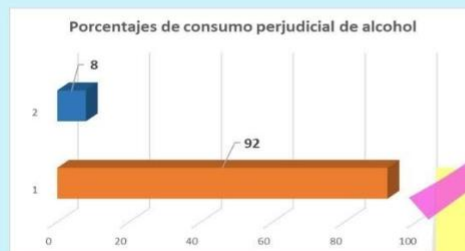
1007 jóvenes participaron de manera voluntaria, sólo 126 (7%) presentaron consumo perjudicial de alcohol, (AUDIT \geq 8)



**93%
no bebe
o consume
en nivel
de bajo riesgo**

2021

Inicialmente 1827 alumnos respondieron las encuestas. Sólo 155 (8%) cubrieron los criterios de consumo perjudicial de alcohol (AUDIT \geq 8)



**92%
no bebe
o consume
en nivel
de bajo riesgo**

<39>

DIPOSITIVA 4

¿Qué es el consumo riesgoso de alcohol?

Las personas con consumos episódicos excesivos de alcohol se ponen en riesgo de vivir consecuencias negativas.

Hombres mayores de 18 años no deberían consumir más de 12 copas/tragos por semana o 4 copas/tragos estándar* en un sólo día.



Mujeres mayores de 18 años no deberían consumir más de 9 copas/tragos por semana o 3 copas/tragos estándar* en un sólo día.

*Una copa o trago estándar equivale de 10 a 13 gramos de etanol aproximadamente.
Para guiarte puedes observar las siguientes equivalencias:

Una copa estándar equivale a:



1 Cerveza (344ml)

1 Copa de vino (148ml)

1 Caballito de tequila (44ml)

1 Cóctel (44ml)



1 Caguama (940ml)

Equivale a 3 copas estándar:

Equivale a 7 copas estándar:

1 botella de vino (1l)



FUENTES DE INFORMACIÓN:

Secretaría de Salud (2019). *Prevención del consumo de alcohol en el trabajo*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566347/Guia_Prevension_de_Consumo_Alcohol_Trabajo_2019.pdf


DIPOSITIVA 5

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

en jóvenes


Se define el consumo riesgoso y perjudicial de alcohol como el patrón de consumo que eleva el riesgo de consecuencias negativas como daños a la salud física y mental del individuo y sus allegados, entre las consecuencias físicas se encuentran las siguientes:

CEREBRO



El cerebro continúa desarrollándose hasta los 25 años, el uso perjudicial de alcohol puede alterar su estructura y funcionamiento. El alcohol afecta áreas del cerebro que controlan el equilibrio, la memoria, el habla y el juicio, el consumo crónico llega a reducir el tamaño de las neuronas. Los periodos de consumo intensivo pueden generar problemas de concentración impactando en el área académica. Las habilidades para la toma de decisiones se ven comprometidas, lo que puede derivar en conductas riesgosas como conducir a alta velocidad, conducta sexual imprudente y agresividad. El efecto tóxico prolongado del alcohol sobre el cerebro puede causar depresión, ansiedad, trastornos del sueño y disfunciones sexuales.

PULMONES



El consumo excesivo de alcohol es factor de riesgo para desarrollar pulmonía. En pacientes alcohólicos con sepsis o traumatismo es de 2 a 4 veces mayor el riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), una de las complicaciones más graves del COVID-19.

FUENTES DE INFORMACIÓN:
Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. College Drinking (12 de enero del 2022). Alcohol and You. An Interactive Body <https://www.collegedrinkingprevention.gov/special-features/interactivebody.aspx>
Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, Juan R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

DIPOSITIVA 6

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL


en jóvenes

CORAZÓN



Puede dar lugar a miocardiopatía alcohólica donde el corazón se dilata y deja de funcionar adecuadamente, puede generar infartos, hipertensión (cuando se reduce el consumo de alcohol se reduce esta enfermedad). El latido del corazón tiene un marcapasos interno que hace que se bombee la sangre, el consumo excesivo altera este sistema dando lugar a arritmias incluso en personas sanas, también es un factor de riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares.

HÍGADO



Es uno de los órganos más afectados por el etanol. Cuando el alcohol entra en el hígado es degradado por enzimas que lo descomponen en acetaldehído y otros compuestos que perjudican las células del hígado. El consumo excesivo puede causar tres enfermedades crónicas en el hígado:

- a) Hígado graso,
- b) Hepatitis alcohólica y
- c) Cirrosis hepática. El 1-2% de los cirróticos desarrollan cáncer.


FUENTES DE INFORMACIÓN:
Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. College Drinking (12 de enero del 2022). Alcohol and You: An Interactive Body <https://www.collegedrinkingprevention.gov/SpecialFeatures/InteractiveBody.aspx>
Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, Juan R. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

DIPOSITIVA 7

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

en jóvenes

ESTÓMAGO



En embriaguez ligera o mediana aumentan las secreciones salivales y gástricas, a muy altas concentraciones, la secreción gástrica se inhibe. El abuso de alcohol puede causar gastritis, úlceras, sangrado. El alcohol puede detener el proceso digestivo evitando que se absorban nutrientes esenciales para el organismo.

RIÑONES



Cuando se bebe mucho alcohol los riñones tienen dificultad para identificar los líquidos necesarios para el cuerpo, por lo que los filtran todos hacia la vejiga para ser transformados en orina, por ello los riñones se ven en la necesidad de tomar de otros líquidos del cuerpo como la capa protectora del cerebro, para hidratarse, ello explica la "cruda" o dolor de cabeza, por falta de líquidos en el cuerpo. A largo plazo pueden presentarse síntomas de insuficiencia renal.

PÁNCREAS



Hay una relación entre el abuso de alcohol y el daño del páncreas, el consumo de 80 a 100gr. de alcohol por periodo de 3 a 5 años puede lesionar e inflamar el páncreas, dando lugar a una pancreatitis aguda que con el tiempo puede llegar a ser crónica predisponiendo al organismo a desarrollar cáncer del páncreas o diabetes pancreática. Un ataque pancreático agudo tiene los siguientes síntomas: dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, transpiración y frecuencia cardíaca rápida.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. College Drinking (12 de enero del 2022). Alcohol and You: An Interactive Body. <https://www.collegedrinkingprevention.gov/SpecialFeatures/InteractiveBody.aspx>
Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, Juan R, & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

DIPOSITIVA 8

¿Qué creencias se asocian a un consumo de riesgo?

Algunos jóvenes tienen creencias asociadas al uso de alcohol, sin embargo esas construcciones pueden ser mas o menos ajustadas a la realidad y en ocasiones pueden estar basadas en premisas falsas.

Ve los siguientes videos y forma tus conclusiones:

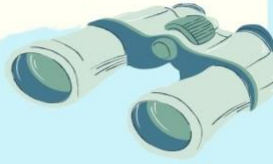


DIPOSITIVA 9

¿Qué creencias se asocian a un consumo de riesgo?



A partir de la observación de los videos anteriores a continuación responde a las siguientes preguntas de reflexión:



¿Cómo han afectado mis hábitos de consumo al logro de mis metas personales?

¿Cómo podría desinhibirme y ser más espontáneo sin necesidad de alcohol?

¿Qué experiencias previas tengo de socializar y ser espontáneo sin alcohol?

Actualmente, ¿qué actividades placenteras me gusta realizar dónde no se vea involucrado el uso de alcohol?

¿Qué logros he alcanzado que son importantes para mí?

¿En qué habilidades soy bueno?

¿Qué valores son importantes para mí y que conductas me llevan a practicar esos valores?

DIPOSITIVA 10

Repasando:

Los parámetros de bajo riesgo son:



Para reducir los riesgos se sugiere:

- No beber más de 2 copas al día
- No beber más de 5 veces a la semana
- No consumir nada de alcohol cuando se conduzca o maneje maquinaria, en el embarazo o lactancia, tome medicación que haga interacción con el alcohol, tenga una condición médica que empeore con el alcohol o no pueda controlar o para su consumo.

VENTAJAS DEL CONSUMO DE BAJO RIESGO

- Ahorraré dinero
- Dormiré mejor
- Mis relaciones mejorarán
- Me mantendré joven
- Lograré más metas en mi vida
- Aprenderé más en la escuela
- Tendré mejor aprovechamiento de mis materias
- Me será más fácil mantenerme delgado(a)
- 6 veces menos probabilidad de deprimirme
- Menos probabilidad de morir de cáncer o enfermedad cardíaca
- Me respetarán los demás
- Menos posibilidad de que muera en incendio o ahogamiento
- Menos problemas con la policía
- 12 veces menos probabilidad de morir de una enfermedad del hígado.
- 3 veces menos posibilidades de morir en accidente de coche
- Menos violencia hacia mis seres queridos o hacia mi mismo
- Menos conductas sexuales de alto riesgo
- Menos posibilidades de un embarazo no planeado.



FUENTES DE INFORMACIÓN:

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Organización Mundial de la salud.

DIPOSITIVA 11



¿Estás listo para un cambio?

Si es así se puede diseñar un plan, hacer un plan escrito te ayudará a enfocarte en tus objetivos, aquí te mostramos una guía que podrás imprimir y mantenerla cerca de ti para que la tengas presente:

Objetivo: (Selecciona uno):

- Quiero beber no más de ___ bebidas en cualquier día y no más de ___ bebidas por semana.
- Quiero dejar de beber

Comenzaré en esta fecha: ___/___/___

Razones: Mis razones más importantes para hacer estos cambios son: _____

Estrategias: Utilizaré estas estrategias: (ej. si salgo con amigos llevaré agua en un termo; si siento el impulso mejor haré ejercicio; si tengo algún problema desencadenante en vez de beber, llamaré a un amigo para desahogarme).

Personas: Las personas que me pueden ayudar son (nombres y cómo me pueden ayudar): _____

Señales de éxito: Sabré que mi plan está funcionando cuando: _____

Posibles obstáculos y cómo los manejaré:
Obstáculos: _____

Cómo los manejaré: _____

Autorecompensa: Cómo me recompensaré por apegarme a mi plan (elegir recompensa saludable): _____



FUENTES DE INFORMACIÓN:

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (14 de enero del 2022).
<https://www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/Thinking-about-a-change/Its-up-to-you/Planning-For-Change.aspx>

FASE 2 SESIÓN 2

DIAPÓSITIVA 12

Hablando de mis relaciones y amigos

Al incrementar el número de veces por semana en que disfrutas de la compañía de otros sin beber fuera de la recomendación, entonces no necesitarás tanto alcohol.

Una manera de animarnos a beber dentro de los límites de bajo riesgo es conociendo personas que beban en bajo riesgo, para ello te animamos a hacer una lluvia de ideas de situaciones en las que podrías conocer nuevas amistades, por ejemplo: asistir a clases de deportes o artes, ayudar en actividades altruistas de alguna iglesia, convivir con familiares, etc.



¿Qué hacer si siento presión de beber por mis amigos?

Si te están presionando a beber, primeramente es necesario mostrar firmeza y comunicar claramente que no estás interesado en beber. Si este rechazo causa molestia expresa que no tiene porque afectar la relación y que es sano respetar las decisiones de los demás. No te preocupes, si verdaderamente valoran tu compañía no perderás amistades, recuerda, nadie puede forzarte a hacer algo que no quieres.

Alejandra sale cada fin con sus amigos, una tarde les comentó que ya no piensa beber, a lo que 2 de sus amigos respondieron con sorpresa e insistieron, por no quedar mal con ellos y por sentir vergüenza Ale bebió esa tarde-noche pero despertó al día siguiente sintiéndose mal con ella misma, cansada, con dolor de cabeza y no recordaba parte de lo que había pasado la noche anterior.

Una situación de este tipo puede ocurrirle a cualquiera, quizá tu tengas tus propias experiencias, existen algunas técnicas de **comunicación asertiva** que pueden ayudarte a decir no:

ASERTIVIDAD
El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, sin dañar los derechos, de la otra persona

Decir:
"No quiero"
"No me interesa"
"No lo necesito"
(con rostro serio y mirando a los ojos)

Disco rayado. Debes repetir todas las veces que sea necesario los argumentos de rechazo, hasta que la otra persona tenga claro que no quieres beber.

Tregua. Haz un compromiso conciliador con la condición de que se respete tu decisión. Ejemplo: "Yo no hablare sobre tus hábitos y tu respetarás los míos".

Niebla: Pon una excusa, por ejemplo: mañana tengo un examen y no puedo llegar así.

Resuelve: Haz frente a las críticas, ejemplo: "puede que a ti te parezca miedoso, pero he decidido no beber.

Interrogación: Cuando te hagan una crítica hazles una pregunta: "¿y que tiene?"

FUENTES DE INFORMACIÓN:
Secretaría de Salud (2017). La meta del alcohol y algo más. Guía preventiva para adolescentes. Comisión Nacional Contra las adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/La_meta_del_alcohol.pdf

DIPOSITIVA 13

Guión conductual

Te animamos a pensar en la siguiente situación dónde un joven llamado Manuel se ve presionado a beber. A continuación escribe un guión de cómo lo resolverías si fueras él utilizando las estrategias antes mencionadas.

Situación bajo presión:

Un grupo de amigos y amigas incitan a Manuel a beber para "pasarla bien". Insisten pero él no quiere, porque ya había decidido salir pero no beber esa noche. ¿Qué les dirías si estuvieras en el lugar de Manuel?

Guión de afrontamiento:

Ensayo conductual:

A continuación en equipos (si se está trabajando de manera grupal), o con tu moderador escenifica la situación mencionada al recibir presión para beber. Para ayudarte sigue la guía:

1. *Descripción de la situación "problema"*: Decir que no ante la presión de amigos.
2. Los alumnos *dialogarán* en pequeños grupos lo que hacen normalmente en esa situación.
3. Después realizarán la *identificación de una respuesta más adecuada* (de acuerdo a la lista de diapositiva anterior).
4. En pequeños grupos ensayaran la respuesta más adecuada a manera de *role playing*.
5. Por último los alumnos realizaran la *representación* de la respuesta asertiva elegida.
6. Recibirán retroalimentación del moderador y demás participantes.
7. El moderador cerrará con la reflexión sobre la importancia de mantener una comunicación asertiva y el aprender a decir que no ante la presión de los amigos.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

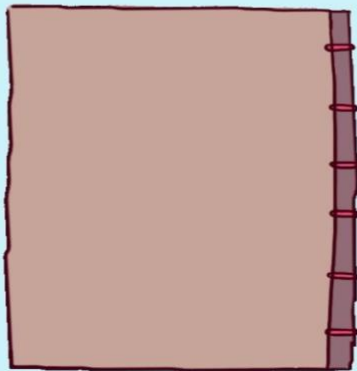
Caballo, V. E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales. Siglo XXI de España Editores.

DIPOSITIVA 14

Por último...

Actividades agradables

- ___ Preparar tu plato o comida favorita.
- ___ Cocinar una receta que no hayas hecho antes.
- ___ Ir a clases de cocina.
- ___ Salir a comer algo.
- ___ Salir a jugar con tu mascota.
- ___ Sacar a pasear al perro.
- ___ Darse un baño
- ___ Bañar a tu mascota
- ___ Salir a observar pájaros y otros animales
- ___ Buscar algo divertido que hacer, como leer un cómic.
- ___ Ver una película cómica (empezar a coleccionar películas cómicas para ver cuando te sientas triste).
- ___ Ir al cine a ver qué películas estan.
- ___ Ver la televisión.
- ___ Escuchar la radio.
- ___ Hablar con un amigo por teléfono
- ___ Salir a visitar a un amigo.
- ___ Invitar a un amigo a la casa
- ___ Mandar un mensaje a los amigos
- ___ Organizar una fiesta
- ___ Ejercicio
- ___ Escuchar tu podcast favorito
- ___ Crear una playlist de tu música favorita
- ___ Hacer tu propia lista de actividades agradables.



FUENTES DE INFORMACIÓN:

Mckay, M., Wood, J. C., Brantley, J. (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Desclée de Brouwer.

DIPOSITIVA 15

Mi listado de actividades
agradables:



ANEXO F

PILOTAJE DE LA INTERVENCIÓN

Durante el periodo de agosto a diciembre del 2022 se llevó a cabo un estudio piloto de la intervención, con el objetivo de probar el procedimiento de implementación del ensayo aleatorizado. La intervención en si misma tuvo el objetivo de disminuir la intención y el consumo riesgoso de alcohol a través de una intervención breve basada en los constructos de la Teoría de la Acción Planificada en jóvenes universitarios de primer año de licenciatura. Los objetivos específicos fueron: a) impactar en la norma subjetiva, personal y descriptiva por medio de modificar la percepción sobre el uso real del alcohol y nivel de aceptación de este entre la población de jóvenes universitarios; b) modificar las actitudes hacia el consumo por medio de disminuir el valor atribuido a las expectativas asociadas al consumo riesgoso de alcohol; c) Incrementar el control conductual percibido y autoeficacia para evitar conductas de consumo de alcohol, por medio de establecer meta y plan de consumo y aumento de comunicación asertiva; d) disminuir las consecuencias negativas del uso de alcohol de los jóvenes por medio de actividades agradables saludables.

La metodología que se contempló fue experimental, con grupo experimental y grupo control en lista de espera, con evaluación pre y post. La población se conformó por estudiantes universitarios. El estudio piloto correspondiente a la primera etapa del desarrollo de la intervención y su implementación, se llevó a cabo con alumnos de las tres licenciaturas que se imparten en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano: Trabajo Social, Psicología y Nutrición. Los criterios de inclusión fueron: a) Puntuación en el Test de Identificación de los Trastornos del Uso de Alcohol AUDIT de 5 a 15 puntos; (b) Ser

estudiante universitario de primer o segundo semestre; (c) Tener entre 18 y 29 años; (d) Participar voluntariamente en el estudio. Los criterios de exclusión: (a) Puntaje >16 en AUDIT; (b) Presencia de trastorno mental grave (trastornos psicóticos); (d) consumo de otras drogas.

El procedimiento iniciaba con la aplicación del AUDIT como prueba de pesquizaje a todos los alumnos de primer año de universidad. De un total de 471 jóvenes que fueron encuestados, 81 participantes presentaron un puntaje de 5 a 15 puntos en el AUDIT identificándose así con un consumo riesgoso y cumplieron con los criterios de inclusión por lo que se les extendió la invitación por vía telefónica llevando a cabo una entrevista motivacional breve para incrementar su disposición a participar en el ensayo, sin embargo, solo 32 aceptaron a participar. A continuación, se llevó a cabo la aleatorización en bloques balanceados en función del sexo (Femenino/Masculino) y del nivel de consumo (5-10 puntos y de 10 a 15 puntos en el AUDIT). El enmascaramiento fue simple ciego, donde el investigador conoció que participantes integraron cada grupo, dicha información no fue del conocimiento del participante. De esta forma 16 participantes fueron asignados al grupo experimental y 16 al grupo control, al inicio de la intervención solo acudieron y completaron el proceso hasta la evaluación de seguimiento 6 participantes en el grupo experimental y 5 participantes en el grupo control en lista de espera.

Las sesiones se configuraron para llevarse a cabo vía TEAMS en días sábado, las evaluaciones pre, seguimiento y post fueron implementadas por dos psicólogas capacitadas para ello, y la intervención se llevó a cabo a completamente a distancia. La intervención se implementó en 4 fases, la evaluación pre, la sesión 1 de intervención, la sesión 2 y la evaluación post a los quince días. Semana a semana los jóvenes recibieron en su correo la invitación a participar y fueron monitoreados vía telefónica para recordarles de la sesión sabatina. Sin embargo, existieron pérdidas de participantes, quienes presentaron fallas en el momento de

establecer conexión a internet, incompatibilidad de horarios para conectarse a las sesiones. El análisis de los datos se realizó por protocolo. Por el tamaño de la muestra se emplearon estadísticos no paramétricos con la prueba U de Mann Whitney sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. En el análisis de comparación pre y post entre el mismo grupo a través de la prueba T de Wilcoxon se encontraron diferencias significativas en la cantidad de consumo al mes después de la intervención en ambos grupos. Analizando el procedimiento, en la aplicación de la intervención al grupo control en lista de espera se les brindó simultáneamente que al grupo experimental un folleto con la información sobre los niveles de consumo riesgoso de alcohol. Se consideró que ello pudo haber influido en el resultado significativo en la cantidad de consumo de bebidas estándar del grupo control. Finalmente, después de concluir la evaluación post con el grupo experimental y control, el grupo control recibió la intervención breve de igual manera en formato completamente en línea. A partir de estos hallazgos, se consideraron adecuaciones al protocolo de la implementación de la intervención para mejorar y garantizar la inclusión de participantes.

Las adecuaciones consistieron en ampliar el rango de alumnos que pudieran participar en la intervención, no solo alumnos con consumo riesgoso de alcohol, sino alumnos incluso con puntajes bajos o sin consumo, puesto que el diseño de la intervención y sus actividades, al contener un componente psicoeducativo sobre el consumo riesgoso de alcohol puede ser de beneficio para todos los alumnos independientemente de su nivel de consumo (Newton et al., 2018). Un enfoque universal puede ser recomendable para disminuir el estigma asociado a la salud mental (Lee & Shin, 2022; Tembo et al., 2017) y podría contribuir el reclutamiento de participantes al ensayo clínico. El proceso resultante fue: a) Invitación y reclutamiento, b) Preevaluación, c) Intervención (2 sesiones), d) Post evaluación al mes. Se consideró llevar a cabo

la intervención de manera híbrida. Durante días hábiles, las psicólogas capacitadas acudirían a las aulas por los alumnos registrados, los alumnos acudirían al laboratorio de cómputo de la institución educativa para realizar allí la intervención en plataforma TEAMS, realizar las evaluaciones y los ejercicios de la misma. A partir de lo encontrado en el pilotaje también se mejoraron la claridad y calidad de los videos. Todos estos cambios fueron comunicados y aprobados por el Comité Investigación y Ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT, y fueron corregidos y argumentados en el registro del estudio en clinicaltrials.gov y ante la institución educativa participante.

