



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

---

---

**“Intervención psicológica breve no presencial para  
disminuir el consumo de alcohol e incrementar  
autoeficacia en estudiantes universitarios”**

Tesis que para obtener el grado de:

**MAESTRO EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA  
SALUD**

Presenta:

**LIC. EN PSIC. JULIO CÉSAR VARGAS RAMOS**

Directora de Tesis:

**DRA. REBECA MA. ELENA GUZMÁN SALDAÑA**

San Agustín Tlaxiaca Hgo., agosto de 2021



1/agosto/2021

AAM/MCBS/065/2021

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

**Julio César Vargas Ramos**

**Alumno de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud**

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Intervención psicológica breve no presencial para disminuir el consumo de alcohol e incrementar autoeficacia en estudiantes universitarios" con el cual obtendrá el **Grado de Maestro en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

- PRESIDENTE Dr. Abel Lerma Talamantes
- PRIMER VOCAL Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
- SECRETARIO Dra. Claudia Lerma González
- SUPLENTE Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada
- SUPLENTE Dra. Claudia Margarita González Fragoso

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

M.C. ESP. ADRIÁN MOYA ESCALERA  
 DIRECTOR



DIRECCIÓN

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO  
 COORDINADORA DE POSGRADO ICSA

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ  
 COORDINADOR DEL PROGRAMA

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera  
 Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo,  
 México. C.P. 42160  
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308  
 medicina@uaeh.edu.mx



Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca **1006130**.

Agradezco también a la Coordinación del Área Académica de Psicología perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por todas las facilidades brindadas para realizar la presente investigación.

Durante el periodo del 1 de marzo al 30 de abril de 2021, se realizó una estancia nacional de investigación a distancia, en el Departamento de Instrumentación Electromecánica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en la Ciudad de México, bajo la supervisión de la Dra. Claudia Lerma González.

Finalmente, se extiende el agradecimiento a la Lic. en Psic. Gala Frida Melissa Fabela Becerril y a la Lic. en Psic. Regina Itzel Navarro Márquez por su apoyo en el proceso de evaluación durante la Fase 1 de esta investigación.

## **AGRADECIMIENTOS**

*Quiero agradecer y al mismo tiempo dedicar este trabajo a...*

*...A Karen y Gael. Por ser mi más grande motivación, por hacer que todo este esfuerzo haya la pena, por haberme acompañado en este proceso, y porque a pesar de las dificultades, las necesidades y la enfermedad, el hecho de siempre contar con su compañía y amor, me dan toda la fuerza necesaria para superar cualquier obstáculo.*

*...A mi mamá, mi papá y mi hermano. Por siempre estar a mi lado, por creer en mí y por todo el apoyo que me han brindado, tanto en mis mejores momentos como en los más complicados. Todo lo que soy es gracias a ustedes, y espero algún día poder retribuir todo lo que han hecho por mí.*

*...A Jaaziel, gracias por todos estos años de amistad. Porque a pesar del trabajo de cada uno, la distancia, y cualquier situación que llegue a ocurrir, siempre hay tiempo para un buen trago, una buena charla, palabras de ánimo y mucha música.*

*...A mi directora de tesis, la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña, por haberme aceptado como alumno, por su asesoría, enseñanzas y consejos que me brindó durante estos dos años de Maestría. Pero sobretodo, por su apoyo y confianza que, aún hoy en día, me continúa brindando. Gracias por todo Dra., aún con la pandemia, ¡lo logramos!*

*También quiero extender el agradecimiento a la Dra. Claudia Lerma, por haberme aceptado para que realizara una estancia de investigación en el departamento a su cargo; por todo su apoyo y esfuerzo para que este trabajo pudiera concluirse.*

*...A los miembros restantes de mi comité, la Dra. Lilian, la Dra. Claudia González, y el Dr. Abel. Gracias por haber aceptado ser parte de este proceso, y por todos sus comentarios y sugerencias para mi trabajo.*

*...Finalmente, quiero agradecerle a la Dra. Jeannett Izquierdo y al Dr. Manuel Sánchez por todo el trabajo que realizan por esta Maestría, y por todo el apoyo que me brindaron a mí, a mis compañeras y compañeros.*

# ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL .....	I
ÍNDICE DE FIGURAS .....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	V
ABREVIATURAS .....	VI
RESUMEN .....	VII
ABSTRACT .....	VIII
INTRODUCCIÓN .....	IX
<b>I. ANTECEDENTES.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. El consumo de alcohol .....</b>	<b>1</b>
<i>1.1. Definición y clasificación del consumo de alcohol .....</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Trastornos relacionados al alcohol.....</i>	<i>2</i>
<i>1.2.1. Clasificación.....</i>	<i>2</i>
<i>1.2.2. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol .....</i>	<i>3</i>
<i>1.3. Prevalencia del consumo de alcohol .....</i>	<i>4</i>
<i>1.3.1. A nivel internacional.....</i>	<i>4</i>
<i>1.3.2. A nivel nacional .....</i>	<i>5</i>
<i>1.3.3. A nivel estatal .....</i>	<i>6</i>
<i>1.4. Factores asociados al consumo de alcohol.....</i>	<i>7</i>
<i>1.4.1. Factores biológicos .....</i>	<i>7</i>
<i>1.4.2. Factores psicológicos .....</i>	<i>7</i>
<i>1.4.3. Factores sociales .....</i>	<i>8</i>
<i>1.5. Consecuencias del consumo de alcohol .....</i>	<i>8</i>
<i>1.5.1. Consecuencias biológicas.....</i>	<i>8</i>
<i>1.5.2. Consecuencias psicológicas .....</i>	<i>9</i>
<i>1.5.3. Consecuencias sociales .....</i>	<i>9</i>
<i>1.6. Teorías psicológicas que explican el consumo de alcohol.....</i>	<i>10</i>
<i>1.7. Instrumentos y técnicas de evaluación .....</i>	<i>12</i>
<i>1.8. Tratamiento .....</i>	<i>13</i>
<i>1.9. El Consumo de alcohol en estudiantes universitarios.....</i>	<i>14</i>
<i>1.9.1. Factores de riesgo .....</i>	<i>14</i>

1.9.2. Perfil del estudiante universitario .....	15
<b>Capítulo 2. La autoeficacia .....</b>	<b>16</b>
2.1. Definición de autoeficacia.....	16
2.2. Teorías y modelos psicológicos que aplican la autoeficacia .....	17
2.2.1. La Teoría del Aprendizaje Social .....	17
2.2.2. El modelo transteórico y de las etapas de cambio .....	18
2.3. La autoeficacia y el consumo de alcohol .....	20
2.3.1. La relación entre la autoeficacia y el consumo de alcohol .....	20
2.3.2. Evaluación de la autoeficacia .....	21
2.3.3. Intervenciones psicológicas y la autoeficacia .....	22
<b>Capítulo 3. Intervenciones preventivas .....</b>	<b>23</b>
3.1. La prevención desde el modelo biomédico.....	23
3.2. La prevención desde el modelo biopsicosocial .....	23
3.2.1. Prevención universal .....	24
3.2.2. Prevención selectiva .....	24
3.2.3. Prevención indicada .....	24
3.3. Uso de la telepsicología .....	26
3.3.1. Definición de telepsicología .....	26
3.3.2. Antecedentes de telepsicología .....	27
3.3.3. Aspectos prácticos y éticos de la telepsicología.....	29
<b>Capítulo 4. Antecedentes del problema .....</b>	<b>31</b>
4.1. Intervenciones psicológicas breves para el consumo de alcohol.....	31
4.2. Propuesta de intervención.....	33
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>35</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>IV. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>38</b>
<b>V. HIPÓTESIS.....</b>	<b>38</b>
<b>VI. FASE 1: EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>39</b>
6.1. Objetivos específicos .....	39
6.2. Método.....	39
6.2.1. Contexto de la investigación.....	39
6.2.2. Diseño y tipo de estudio.....	39

6.2.3. Definición de variables.....	40
6.2.4. Selección de la población .....	41
6.2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	41
6.2.6. Instrumentos de evaluación .....	41
6.2.7. Procedimiento.....	42
6.2.8. Análisis estadístico .....	43
6.2.9. Aspectos éticos.....	43
6.3. Resultados.....	43
6.3.1. Datos sociodemográficos de los participantes de la muestra .....	44
6.3.2. Datos del nivel de consumo de alcohol de los participantes de la muestra ...	45
6.3.3. Datos de nivel de consumo de los participantes en riesgo.....	48
6.4. Discusión .....	52
<b>VII. FASE 2: APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN .....</b>	<b>56</b>
7.1. Objetivos específicos .....	56
7.2. Método.....	56
7.2.1. Contexto de la investigación.....	56
7.2.2. Diseño y tipo de estudio.....	56
7.2.3. Definición de variables.....	57
7.2.4. Selección de la población .....	58
7.2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	58
7.2.6. Instrumentos de evaluación .....	59
7.2.7. Procedimiento.....	60
7.2.8. Análisis estadístico .....	61
7.2.9. Aspectos éticos.....	62
7.3. Resultados.....	62
7.3.1. Comparación intra e inter-grupal del consumo de alcohol y autoeficacia....	62
7.3.2. Descripción de casos de los participantes del grupo experimental .....	68
7.4. Discusión .....	80
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>84</b>
<b>IX. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS .....</b>	<b>85</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>98</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Propuesta de intervención preventiva breve .....	34
Figura 2. Diseño de la Fase 1 del estudio .....	39
Figura 3. Nivel de consumo de alcohol por sexo .....	48
Figura 4. Tipo de bebida consumida preferentemente por los participantes en riesgo .....	50
Figura 5. Lugares en donde los participantes usualmente consumen alcohol .....	51
Figura 6. Motivos reportados por los que se consume alcohol en los participantes.....	52
Figura 7. Diseño de la Fase 2 del estudio .....	57
Figura 8. Comparación del puntaje del AUDIT entre grupos a lo largo de las tres evaluaciones.....	65
Figura 9. Comparación del puntaje general del CCS entre grupos a lo largo de las tres evaluaciones.....	67
Figura 10. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante uno durante el estudio.....	69
Figura 11. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante dos durante el estudio.....	71
Figura 12. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante tres durante el estudio.....	73
Figura 13. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante cuatro durante el estudio.....	75
Figura 14. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia del participante cinco durante el estudio.....	77
Figura 15. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante seis durante el estudio.....	79

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por Consumo de Alcohol .....	4
Tabla 2. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios .....	14
Tabla 3. Estudios que comprobaron la efectividad de las intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol .....	31
Tabla 4. Definición de las variables utilizadas en la Fase 1 de la investigación.....	40
Tabla 5. Características socio-demográficas de los participantes del estudio.....	45
Tabla 6. Resultados de la evaluación del consumo de alcohol en la muestra .....	47
Tabla 7. Datos relacionados al consumo de alcohol de estudiantes con riesgo.....	49
Tabla 8. Definición de las variables utilizadas en la Fase 2 de la investigación.....	57
Tabla 9. Resultados sociodemográficos obtenidos de la muestra de la Fase 2 .....	63
Tabla 10. Resultados de la prueba <i>U</i> de Mann-Whitney al comparar los puntajes pre-intervención entre ambos grupos.....	64
Tabla 11. Resultados de la prueba de Friedman al comparar los puntajes del AUDIT de las tres evaluaciones del estudio.....	64
Tabla 12. Resultados de la prueba de Friedman al comparar los puntajes generales del CCS de las tres evaluaciones del estudio.....	66

## **ABREVIATURAS**

APA	Asociación Psiquiátrica Americana
APA	Asociación Americana de Psicología
AUDIT	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol
CCS	Cuestionario de Confianza Situacional
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta. Ed.
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud

## RESUMEN

Los estudiantes universitarios son una población en riesgo para presentar un elevado consumo de alcohol. Las intervenciones psicológicas breves son ampliamente utilizadas para atender este problema, sin embargo, debido a la pandemia por la COVID-19, se ha vuelto indispensable el brindar este tipo de atención psicológica de manera no presencial. El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de una intervención psicológica breve preventiva en modalidad no presencial, en el nivel de consumo de alcohol y de autoeficacia en estudiantes universitarios de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo. La investigación se dividió en dos fases, en la primera se aplicó el cuestionario *AUDIT* a una muestra no probabilística de estudiantes universitarios ( $N = 341$ ,  $\bar{X}_{edad} = 19.8$ ,  $DE = 2.13$ ) y de acuerdo con sus resultados, se identificó a los participantes en riesgo. En la segunda fase, los estudiantes con consumo de riesgo que aceptaron integrarse al proceso de intervención ( $n = 12$ ), se les evaluó el nivel de autoeficacia para evitar consumir alcohol con el cuestionario *CCS*. Utilizando un diseño cuasi-experimental de dos grupos, uno en lista de espera ( $n = 6$ ) y otro experimental ( $n = 6$ ), se implementó la intervención psicológica breve en el grupo experimental. Se evaluó el nivel de consumo de alcohol y la autoeficacia posterior a la aplicación de la intervención, y después de un periodo de seguimiento de un mes. Finalmente se compararon los resultados obtenidos en los tres momentos. Se utilizó una prueba de Friedman, la cual mostró que en el grupo experimental se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres evaluaciones del consumo de alcohol ( $Xr = 10.34$ ,  $p = 0.006$ ), el cual disminuyó a lo largo del estudio. En cuanto a la autoeficacia, ésta aumentó durante las evaluaciones y también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $Xr = 10.34$ ,  $p = 0.006$ ). En el grupo en espera no se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones del consumo de alcohol ( $Xr = 1.65$ ,  $p = 0.438$ ), mientras que la autoeficacia disminuyó a lo largo del estudio, mostrando diferencias significativas ( $Xr = 7.12$ ,  $p = 0.03$ ). En conclusión, la intervención psicológica mostró efectividad para disminuir el nivel de consumo de alcohol y aumentar el nivel de autoeficacia en la muestra de estudiantes universitarios.

**Palabras clave:** Consumo de alcohol, autoeficacia, estudiantes universitarios, intervención breve, telepsicología.

## ABSTRACT

College students are a risk population to presents a heavier prevalence of alcohol drinking. Psychological brief interventions are one of the most used treatments to attend this problem. Due to the pandemic caused by the COVID-19, it has become indispensable to bring non-presential psychological attention. The aim of this research is to evaluate the effect of a brief and preventive psychological intervention with a non-presential modality, in the alcohol consumption and self-efficacy levels in college students from *Pachuca de Soto, Hidalgo*. The study was divide in two phases, in the first one, the *AUDIT* questionnaire was apply on a no probabilistic college student's sample ( $N = 341$ ,  $\bar{X}_{age} = 19.8$ ,  $SD = 2.13$ ), and depending of the results, the participants in risk were identified. In the second phase, students with binge alcohol consumption that agreed to join the intervention process ( $n = 12$ ), answered the questionnaire *SCQ* to evaluated the self-efficacy level to avoid consuming alcohol. With a quasi-experimental design with two groups, a standby ( $n = 6$ ) and an experimental group ( $n = 6$ ), the psychological brief preventive intervention with a non-presential modality was apply only on the experimental group. Alcohol consumption and self-efficacy were reassess after the intervention and after a follow-up period. Finally, the results obtained in the three moments were compare. With the Friedman's ranks variance analysis, it was demonstrated that in the experimental group exists statistical and significant differences between the three assessment of the alcohol consumption ( $Xr = 10.34$ ,  $p = 0.006$ ), which decreased throughout the study. Regarding self-efficacy, it increased during the three assessment and significant differences were found ( $Xr = 10.34$ ,  $p = 0.006$ ). In the standby group, no significant differences were found in alcohol consumption ( $Xr = 1.65$ ,  $p = 0.438$ ), while the self-efficacy decreased throughout the study, showing significant differences ( $Xr = 7.12$ ,  $p = 0.03$ ). In conclusion, the psychological intervention was efficient to decrease the alcohol consumption level and increase the self-efficacy level in the college students' sample.

**Keywords:** Alcohol consumption, self-efficacy, college students, brief intervention, telepsychology.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es actualmente uno de los problemas de salud más relevantes a nivel internacional, debido a las consecuencias que conlleva tanto a nivel físico y psicológico en las personas, y también las afecciones que provoca a nivel sociedad (1). Se ha detectado, tanto por edad como por factores de riesgo, que los estudiantes universitarios son un tipo de población con un alto índice de consumo (2); debido a esto, se ha buscado implementar diversas estrategias para atender esta problemática, dentro de las cuales se encuentran las intervenciones psicológicas breves (3).

Debido a la pandemia provocada por la COVID-19 y a las medidas sanitarias impuestas a nivel federal, diversos sectores han optado por el trabajo virtual, usando herramientas que permitan la comunicación a distancia; la atención psicológica ha sido un sector que ha buscado adaptarse a esta situación actual, implementando estrategias que actualmente son conocidas como “telepsicología” (4). El presente trabajo consistió en la aplicación de una intervención psicológica breve bajo esta modalidad en estudiantes universitarios. A continuación se enlistan todos los elementos que conformaron esta investigación.

En el primer capítulo se describe el consumo de alcohol, su definición y clasificación, los trastornos relacionados con el exceso en su consumo de acuerdo con la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), su prevalencia a nivel internacional, nacional y estatal, así como los factores y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales relacionadas a este. También se hace mención de teorías psicológicas que explican el consumo excesivo de alcohol, los instrumentos y técnicas estandarizadas para su evaluación, y el tratamiento usual en casos de adicción. Finalmente se describe el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, y los factores que propician este tipo de conducta en esta población.

En el siguiente apartado se describe a la autoeficacia, su definición, los modelos y teorías en psicología donde se aplica, y cómo se relaciona con el consumo de alcohol. También se describen algunos instrumentos utilizados para evaluarla, y finalmente cómo influyen ciertas intervenciones psicológicas en el nivel de este constructo.

En el tercer capítulo se aborda el concepto de las intervenciones psicológicas preventivas, su clasificación y cómo se han adaptado al utilizar diversas tecnologías de comunicación. Se aborda el tema de “telepsicología”, sus antecedentes y actualmente cómo se lleva a cabo por parte de los profesionales de la salud mental.

En el apartado de antecedentes del problema se mencionan estudios recientes en donde se han aplicado intervenciones psicológicas breves con el objetivo de disminuir el nivel de consumo de alcohol en diferentes poblaciones, así como la propuesta de intervención que se aplicó en este estudio.

En los siguientes apartados se describen los elementos propios de esta investigación, como son el planteamiento de problema, la pregunta de investigación, la justificación, su hipótesis y objetivo general. Posteriormente, se menciona que este estudio fue dividido en dos fases, cada una con sus propios objetivos específicos, método, resultados y conclusiones, los cuales vienen detallados en cada apartado.

En la Fase 1 del estudio se realizó una evaluación del consumo de alcohol con el objetivo de identificar individuos con un nivel de consumo de riesgo. En la Fase 2 del estudio se describe la aplicación de una intervención psicológica en una sub-muestra de estos mismos individuos, y se evaluó el efecto de esta intervención en el consumo de alcohol y el nivel de autoeficacia.

Finalmente se exponen la discusión, conclusiones, limitaciones, perspectivas, y el listado de referencias utilizadas como sustento de este trabajo de investigación, así como un compilado de anexos que complementan lo descrito en el contenido de esta tesis.

# I. ANTECEDENTES

## Capítulo 1. El consumo de alcohol

En este capítulo se abordan generalidades del consumo de alcohol, sus características, su prevalencia a nivel mundial, nacional y estatal, sus causas y consecuencias, y los métodos utilizados tanto para evaluarlo como para prevenir o disminuir el consumo excesivo. También se abordan teorías psicológicas que pretenden explicar la conducta de consumo de alcohol, y finalmente se mencionan las características de los estudiantes universitarios que propician esta conducta.

### *1.1. Definición y clasificación del consumo de alcohol*

El consumo de alcohol es definido como la ingesta voluntaria de alcohol de tipo etílico. Este consumo se puede clasificar dependiendo de la cantidad de bebidas alcohólicas estándar que consume la persona; la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone cuatro categorías para el consumo de alcohol, las cuales son: a) Consumo nulo de alcohol, b) Consumo de alcohol sin riesgo o controlado, c) Consumo de riesgo o perjudicial, y d) Consumo de alcohol con riesgo de dependencia. Sin embargo estos términos tienden a ser inexactos ya que no están estandarizados para toda la población del mundo (5).

En respuesta a esta inexactitud, el Instituto Nacional del Abuso de Alcohol y Alcoholismo (por sus siglas en inglés NIAAA) de Estados Unidos, propone los siguientes patrones de consumo de alcohol (6):

- Consumo moderado: el cual hace referencia a la ingesta de una bebida en mujeres y dos bebidas en hombres por día.
- Consumo de bajo riesgo: el cual se establece en tres bebidas estándar por ocasión y no más de siete a la semana en mujeres, y en cuatro bebidas por ocasión y no más de catorce a la semana en hombres.
- Consumo excesivo: se establece en cuatro bebidas o más por ocasión en mujeres y cinco bebidas o más por ocasión en hombres en un periodo de dos horas. Este tipo de consumo debe haber ocurrido una sola vez en los últimos 30 días.

- Consumo de alta intensidad: se establece en ocho bebidas o más por ocasión en mujeres y diez bebidas o más por ocasión en hombres.

## *1.2. Trastornos relacionados al alcohol*

Un consumo excesivo está asociado a un conjunto de trastornos conocidos como Trastornos Relacionados al Alcohol, los cuales se caracterizan por la aparición de síntomas físicos, cognitivos y conductuales que están relacionados a los efectos de esta sustancia. Estos síntomas pueden ser temporales o permanentes, dependiendo del tipo de trastorno y el consumo de la persona, y son descritos en los Manuales de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (7). El trastorno se considera como leve si se presentan de dos a tres síntomas, moderado si se presentan cuatro o cinco y grave si se presentan seis o más. Es importante destacar que dos de los síntomas principales de estos trastornos son la presencia de la tolerancia a la sustancia adictiva y el síndrome de abstinencia; la primera es definida como una reducción del efecto producido por una sustancia adictiva al ser consumida en la dosis habitual, por lo que se requiere un aumento de esta para conseguir los efectos deseados; el segundo es definido como un conjunto de síntomas que aparecen en una persona que ha consumido alcohol de manera prolongada e intensa, y repentinamente abandonó el consumo, provocándole un gran malestar (8).

### *1.2.1. Clasificación*

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) considera cinco trastornos relacionados con el consumo de alcohol (7,8), los cuales son:

- Trastorno por consumo de alcohol, comúnmente llamado alcoholismo: el cual se caracteriza por un deseo intenso de consumir alcohol y por la presencia del síndrome de abstinencia y la tolerancia a los efectos del alcohol; también se caracteriza por un deterioro físico, psicológico y social en la persona.
- Intoxicación por alcohol: se caracteriza por cambios psicológicos y de comportamiento en la persona que se presentan durante o poco tiempo después del consumo de alcohol; estos síntomas son temporales e incluyen desinhibición,

sensación de bienestar, falta de coordinación, pérdida de equilibrio, y dependiendo la cantidad de alcohol consumido, puede generar pérdida de conocimiento, amnesia e incluso la muerte.

- **Abstinencia de alcohol:** se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos que aparecen ante la disminución de alcohol en sangre, en una persona cuyo consumo de alcohol ha sido prolongado. Los síntomas que aparecen son sudoración, aumento del pulso cardíaco, temblor de las manos, insomnio, náuseas, vómito, alucinaciones visuales, auditivas o táctiles y ansiedad.
- **Otros trastornos inducidos por el alcohol:** son aquellos trastornos mentales que pueden ser provocados por el consumo de alcohol pero por sus características, se clasifican dentro de otras categorías, como el trastorno psicótico, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad, trastorno del sueño y disfunción sexual.
- **Trastorno relacionado con el alcohol no especificado:** son todos aquellos trastornos que están relacionados al consumo de alcohol pero que no cumplen con las características de los trastornos descritos anteriormente.

### *1.2.2. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de alcohol*

En la Tabla 1 se describen los criterios para el diagnóstico del Trastorno por Consumo de Alcohol (alcoholismo) según el DSM-5 (7).

*Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por Consumo de Alcohol*

---

Criterios de acuerdo con la APA

---

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de doce meses.

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por algunos de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
  - b. Se consume alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

---

Fuente: APA, 2014, p. 490.

### *1.3. Prevalencia del consumo de alcohol*

#### *1.3.1. A nivel internacional*

De acuerdo con el *Global Status Report on Alcohol and Health 2018* (1), 43% de la población mundial (aproximadamente 2,300 millones de personas) consumen bebidas alcohólicas; siendo los destilados, la bebida más consumida (44.8%), seguido por la cerveza (34.3%) y en tercer lugar el vino (11.7%). También se estima que el consumo per cápita en

personas mayores de 15 años es en promedio 6.4 litros anuales; y que las zonas donde hay un mayor consumo de alcohol es en Europa y América, donde se afirma que, en promedio, hay un consumo por persona de 9.8 y 8.0 litros de alcohol puro al año respectivamente; mientras que en las regiones del norte de África, Oriente y Sureste de Asia son las que presentan menor consumo.

En cuanto al Continente Americano, se estima que en Estados Unidos el 12.4% de los adultos varones presenta dependencia al consumo de alcohol y 4.9% en mujeres; los países con mayor prevalencia de consumo de alcohol son Canadá, Uruguay y nuevamente Estados Unidos, en donde se reporta una prevalencia en el último año de 79.8%, 74% y 66.3% respectivamente, mientras que el país con menor prevalencia de consumo es El Salvador en donde 18% de la población reportó haber consumido alcohol en el último año. Sin embargo, los países con mayor prevalencia de consumo de alcohol de riesgo son Guyana y Panamá con una prevalencia de 28.6% y 24.5% respectivamente; mientras que Chile y Uruguay (9.3% y 6.5% respectivamente) son los que presentan un menor porcentaje de personas con consumo de alcohol de riesgo (9).

### *1.3.2. A nivel nacional*

En México, los resultados obtenidos por la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT, 2016-2017* (10) describen que en la población de adultos, 88.3% de los hombres y 67.3% de las mujeres han consumido alcohol al menos una vez en su vida; en cuanto a haber consumido en el último año, hay una prevalencia de 66.4% en hombres y 41.3% en mujeres; estos resultados son similares a los obtenidos en el año 2011 (11). Sin embargo, en cuanto a “consumo excesivo de alcohol en el último año”, si se presentó un aumento en la prevalencia en comparación con los resultados anteriores, ya que en hombres aumentó de 46.8% a 51.9%, mientras que en las mujeres, aumento de 16.8% a 24%. De igual manera se encontró que los estados que presentan una mayor prevalencia en cuanto a “consumo de alcohol en el último año” son Jalisco (63.7%), Aguascalientes (58.8%), Colima (57.3%) y Nayarit (57.2%).

También se indagó acerca de la edad de inicio de consumo de alcohol en las personas, encontrándose que 53.1% de la población inició su consumo a los 17 años o menos, mientras

que el 41.3% lo hizo entre los 18 y los 25 años y el 5.6% fue a los 25 años o más; haciendo una comparación con resultados anteriores, a pesar de que existe un aumento en el porcentaje de la población que inició su consumo entre los 18 y los 25 años de edad, este cambio no es significativo, ya que la edad promedio de inicio de consumo fue de 17.9 años, resultado similar a las encuestas de los años 2008 y 2011. Respecto a la “dependencia por consumo de alcohol”, en adultos (18 a 65 años) se obtuvo una prevalencia de 4.6% en hombres y 0.6% en mujeres, mientras que en adolescentes (12 a 17 años) se presentó una prevalencia de 0.9% en hombres y 0.7% en mujeres (10,11).

### *1.3.3. A nivel estatal*

La ENCODAT 2016-2017 describe el consumo de alcohol en México por regiones (y no por estados): Norcentral, Noroccidental, Nororiental, Occidental, Centro, Ciudad de México, Centro Sur y Sur. El estado de Hidalgo se encuentra en la región del Centro, el cual reportó un aumento en la categoría de “consumo excesivo en el último mes” (19.3%) en la población adulta, comparándolo con los resultados obtenidos en el 2011 (9.8%). También se obtuvo un aumento en el “consumo excesivo de alcohol” en la población con edad entre 12 a 17 años, en la cual se presentó una prevalencia de 8.8% mientras que en el 2011 se reportó 4.8% (10,11).

El estado de Hidalgo presenta prevalencias similares al promedio nacional en los rubros de consumo de alcohol “alguna vez”, “una vez en el último año”, “una vez en el último mes” y en el rubro de “consumo diario”. En cuanto a los rubros de “consumo consuetudinario”, “consumo excesivo en el último mes” y “dependencia al alcohol”, Hidalgo presenta prevalencias menores al promedio nacional (10). Por otro lado, de acuerdo a la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018* (12), en Hidalgo el 25.3% de la población con edad entre los 10 y los 19 años, han consumido alcohol al menos una vez en su vida, mientras que el 14.5% de la población mayor a los 20 años refiere consumir alcohol al menos una vez a la semana.

## *1.4. Factores asociados al consumo de alcohol*

### *1.4.1. Factores biológicos*

A pesar de que la etiología de los trastornos asociados al consumo de alcohol es multifactorial, se ha considerado que ciertas alteraciones genéticas predisponen a que una persona sea más susceptible de padecer una adicción a esta sustancia. Se ha descrito que alteraciones en los genes ADH-1, 2, 3 y ALDH-2, que están asociados a la producción de las enzimas alcohol-deshidrogenasa y aldehído-deshidrogenasa (metabolización del alcohol), pueden ser una causa de la adicción al alcohol; sin embargo estos resultados han sido inconsistentes. Otros genes que también se han relacionado al consumo excesivo de alcohol son el GCKR (regulador de glucoquinasa), el KLB (reguladora de la hormona Klotho) y el CADM2; sin embargo, aún no hay un consenso en cuanto a la relación entre el consumo de alcohol y las alteraciones en este tipo de genes (13).

### *1.4.2. Factores psicológicos*

Se han relacionado ciertos rasgos de la personalidad con la dependencia al alcohol; entre estos rasgos, la impulsividad parece ser uno de los que más influye en este trastorno, debido principalmente por la búsqueda de los efectos placenteros inmediatos que provoca el alcohol (14). El estado emocional de las personas también influye para que una persona consuma alcohol, principalmente cuando ésta se encuentra bajo un nivel elevado de estrés (15).

Otros factores que influyen en este comportamiento son la presencia de síntomas depresivos y baja autoestima, así como pensamientos rumiativos relacionados con las problemáticas que pudiera llegar a tener la persona, los cuales funcionan como un agente motivante para consumir alcohol y así disminuir el malestar (16).

Finalmente, otras características psicológicas de la persona como la falta de conocimiento respecto a los efectos en el cuerpo que produce el alcohol y otro tipo de sustancias adictivas, el subestimar el consumo y sus posibles consecuencias, y la carencia de habilidades sociales y de comunicación, son factores relacionados al consumo excesivo de alcohol (17).

### *1.4.3. Factores sociales*

Se ha considerado a la familia como uno de los factores que influyen para que una persona consuma alcohol, ya que en personas que consumen de manera excesiva presentan antecedentes en su familia de consumo de sustancias adictivas (18); otros factores asociados a la familia son la disfuncionalidad en esta, la ausencia de disciplina, la sobreprotección, la falta de atención y el que los hijos hayan sufrido violencia por parte de algún familiar (19).

El grupo de amigos también se considera como uno de los factores que favorecen el inicio de consumo de alcohol, sobretodo en la etapa de la adolescencia; ya que si en el círculo social de la persona, se acostumbra consumir alcohol, es probable que la persona también consuma (20); esto debido a necesidades de aceptación e integración a un grupo social por parte de la persona o para disminuir su nivel de ansiedad social y sea más fácil poder socializar con otras personas (21,22).

Por otro lado, existen otros factores de tipo social que inciden en el consumo de alcohol como el fácil acceso que tiene la población hacia este tipo de bebidas, los horarios y puntos de venta, la publicidad del alcohol en los medios de comunicación, la rigurosidad de las leyes hacia su uso, la percepción que tiene la población acerca del alcohol y las costumbres o festividades en donde se consume (23,24).

## *1.5. Consecuencias del consumo de alcohol*

### *1.5.1. Consecuencias biológicas*

El consumo excesivo de alcohol por tiempo prolongado se considera como un factor de riesgo para múltiples enfermedades físicas como la cirrosis hepática (25,26), pancreatitis (27,28), hipertensión (29,30), diabetes mellitus (31), Síndrome metabólico (32) y con ciertas enfermedades vasculares como el infarto al miocardio, la apoplejía isquémica y la hemorragia intra-cerebral (33); el alcohol también se ha relacionado con ciertos tipos de cáncer, sobretodo del aparato digestivo como el cáncer de hígado, esófago, faringe, laringe (34,35), colon y recto (36); finalmente, en mujeres embarazadas, el consumo de alcohol puede provocar un conjunto de alteraciones en el feto conocidas como Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal, que incluyen alteraciones físicas, cognitivas y conductuales (37).

De igual manera, el abuso en el consumo de alcohol también afecta la estructura y las funciones del Sistema Nervioso, ya que puede provocar una degeneración de la materia blanca y varias estructuras del encéfalo como la corteza prefrontal y parietal, el hipocampo y el cerebelo; también provoca una deficiencia de vitamina B1 (tiamina), lo cual tiene como consecuencia el desarrollo de la encefalopatía de Wernicke y el Síndrome de Korsakoff, afecciones comunes en las personas con adicción al consumo de alcohol (38). Otras afecciones en el Sistema Nervioso asociadas al consumo excesivo de alcohol son la disminución en la neurogénesis y la neuropatía alcohólica, en ésta los nervios periféricos se ven afectados, provocando deficiencias motrices y sensitivas en la persona (39).

### *1.5.2. Consecuencias psicológicas*

El abuso en el consumo de alcohol está relacionado con diversas afecciones a nivel cognitivo en el ser humano, entre estas afecciones se encuentra la toma de decisiones, el control de impulsos, la disminución de habilidades motoras como el equilibrio y la coordinación ojo-mano, y también pérdida de memoria (39). También se ha relacionado el consumo excesivo de alcohol con alteraciones en el sueño, específicamente en los periodos de abstinencia de una persona adicta (40).

Por otro lado, se ha señalado que el abuso en el consumo de alcohol es un factor de riesgo para presentar ideación y conductas suicidas (41), así mismo con el trastorno depresivo mayor (42). Una posible explicación que se da para esta asociación es el hecho de que el consumo excesivo de cualquier sustancia adictiva afecta diversas áreas del individuo, generando conflictos con las personas a su alrededor o en las áreas donde se desenvuelve, lo cual pueden originar depresión (43); sumado a esto, también se ha encontrado que los adultos mayores a 50 años que consumen alcohol de manera excesiva, tienen una mayor tendencia a padecer depresión, en comparación con los que no consumen de manera excesiva (44).

### *1.5.3. Consecuencias sociales*

Como ya se señaló, las personas con algún trastorno asociado al consumo de alcohol se ven afectadas de manera global, no solo biológica y psicológicamente. En cuanto a la esfera social, existen algunas consecuencias asociadas al consumo excesivo de alcohol, como

la disminución del rendimiento en las actividades académicas o laborales del individuo, la realización de conductas de riesgo, tener contacto sexual sin protección, el consumo de drogas ilegales, y que la persona ejerza violencia física, familiar o sexual contra una o más personas (45).

Se estima que en Estados Unidos hubo un total de 93,296 muertes relacionadas al consumo de alcohol entre los años 2011 y 2015, tanto por enfermedades crónicas causadas por el consumo excesivo como por accidentes, principalmente de tránsito; del total de personas fallecidas, 71.3% fueron varones, y la mayoría (56.1%) tenía una edad entre 35 y 64 años (46). Por otro lado, Guerrero-López y colaboradores (47) describen que en México, entre los años 2000 a 2011, 24.4% de las muertes por accidente vial en adultos estuvieron relacionadas al consumo de alcohol, mientras que en adolescentes, el porcentaje fue de 20.4%. Aunado a esto, en un estudio más reciente en donde se utilizaron datos reportados por la ENSANUT 2018-2019, del total de lesiones accidentales no fatales ocurridas a nivel nacional durante ese último año, 8.1% estuvieron relacionadas con el consumo de alcohol o algún tipo de droga en hombres, mientras que en mujeres, el 1% de estas lesiones estuvo relacionada al consumo de estas sustancias (48).

### *1.6. Teorías psicológicas que explican el consumo de alcohol*

Diversas teorías psicológicas se complementan al intentar explicar el consumo de sustancias adictivas y la conducta adictiva en general (49). Una de las primeras teorías que fue aplicada para la conducta adictiva es la del Proceso Oponente diseñada por Solomon y Corbit (50), la cual describe el funcionamiento interno de las emociones y la motivación del ser humano a través de dos procesos opuestos que interactúan entre sí, el primero corresponde a una respuesta al ambiente en el que se encuentra la persona y el segundo como una respuesta compensatoria que busca la homeostasis, por lo que su función es contrarrestar el primer proceso. Aunque esta teoría no tenía como objetivo explicar las adicciones, la interacción entre procesos internos opuestos fungió como antecedente en otros modelos posteriores que si estudiaron de manera específica el consumo de sustancias psicoactivas (49).

Dentro de estos modelos que retomaron el Proceso Oponente, uno de los principales fue el realizado por Siegel (51), en el cual propone que los estímulos o elementos ambientales

que preceden o están presentes durante el consumo de alcohol (p. ej. un vaso, una copa, el olor del alcohol o un bar), se asocian con procesos fisiológicos de la persona que buscan contrarrestar los efectos inmediatos del alcohol que se producen en el cuerpo (51,52). Si este evento se repite en varias ocasiones, los estímulos ambientales adquieren la capacidad de evocar las mismas respuestas fisiológicas, aunque la persona no esté consumiendo alcohol en ese momento; esta respuesta condicionada generalmente es aversiva, por lo tanto, la persona se verá motivada para consumir alcohol con el objetivo de sentir su efecto placentero y disminuir el malestar (51,53). Este modelo que retoma también el proceso del Condicionamiento Clásico, también se propone como explicación para los fenómenos de la tolerancia a los efectos del alcohol y los síntomas del síndrome de abstinencia (54).

El Condicionamiento Operante también se ha postulado como modelo para explicar el funcionamiento de la conducta adictiva; se considera que los efectos placenteros que produce el etanol en el cuerpo en conjunto con el ambiente en el que se está consumiendo, funcionan como un reforzamiento positivo para que se instaure la conducta de consumo; cuando el consumo es frecuente y comienzan a aparecer los síntomas del síndrome de abstinencia, el consumo de alcohol ahora adquiere la cualidad de ser un reforzador negativo, ya que disminuye el malestar provocado por la abstinencia y provoca que se mantenga la conducta (53).

Un último modelo, enfocado en los procesos neuropsicológicos de la conducta adictiva, describe que un consumo reiterado de alcohol afecta de manera estructural y funcional ciertas áreas del cerebro, principalmente el Núcleo Accumbens, y la producción de ciertos neurotransmisores como la Dopamina; estas alteraciones son provocadas debido a un proceso de adaptación en el cerebro a los niveles de alcohol en el cuerpo (55). Debido a estas alteraciones, si una persona que ya ha consumido de manera excesiva alcohol, permanece en abstinencia y es expuesta a señales relacionadas al alcohol, sentirá un malestar excesivo que la motivará consumir alcohol (56). El estrés tendría un papel importante en el mantenimiento de la conducta adictiva, debido a que la presencia de episodios de estrés son causas importantes para que una persona comience a consumir sustancias adictivas, y también que el malestar excesivo que siente la persona durante la abstinencia, se ha relacionado con los

efectos fisiológicos que produce el estrés, específicamente un aumento en la actividad simpática del Sistema Nervioso Autónomo (57).

### *1.7. Instrumentos y técnicas de evaluación*

La evaluación del consumo de alcohol en una persona, consiste en describir su naturaleza, severidad y alcance, para generar un plan de tratamiento; dentro de la evaluación se debe incluir cierta información como el historial de consumo, su inicio, consecuencias que se hayan originado por el consumo, en qué situaciones se da, el uso de otras sustancias adictivas, antecedentes familiares, así como verificar la existencia de síntomas relacionados con la dependencia al alcohol (58).

Para realizar esta evaluación se pueden utilizar diversos instrumentos como cuestionarios estandarizados, la entrevista estructurada, auto-registros, el análisis funcional de la conducta y evaluaciones psicofisiológicas (58). Uno de los cuestionarios estandarizados más utilizados a nivel mundial es el *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)*, el cual fue creado por la OMS y clasifica el consumo de una persona en “consumo sin riesgo”, “consumo de riesgo” y “consumo con riesgo de padecer dependencia”, tomando en cuenta el patrón de consumo, consecuencias relacionadas al consumo de alcohol y síntomas relacionados a la dependencia al alcohol (59).

A nivel nacional, en el *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* (60) de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), se incluyen diversos instrumentos para evaluar el consumo de alcohol en la población mexicana; entre estos, se encuentra la *Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)*, formatos de entrevista clínica, líneas bases de registro del consumo de alcohol de los usuarios y algunos cuestionarios de apoyo como el *Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)*, el cual evalúa las situaciones de riesgo para que una persona consuma alcohol, y el *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, el cual mide la autoeficacia de los usuarios para evitar el consumo de alcohol. Por último, también existe la *Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)*, que evalúa el *craving* o deseo por consumir alcohol, y fue validada en población mexicana por Cordero y colaboradores (61,62).

## *1.8. Tratamiento*

Existen diferentes tipos y modalidades de tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol, la primera modalidad que es considerada como el primer paso dentro del tratamiento es la desintoxicación bajo cuidados médicos, que consiste en la eliminación del alcohol en su totalidad del organismo; este proceso puede provocar malestar en el paciente, relacionado con los síntomas del síndrome de abstinencia, por lo que comúnmente se requiere de tratamiento farmacológico que apoye este primer paso de tratamiento (63). Los fármacos más utilizados durante la etapa de desintoxicación y en general durante todo el tratamiento del paciente son: a) Disulfiram, el cual provoca malestar en la persona cuando consume alcohol, b) Naltrexona y Nalmefeno, los cuales reducen los síntomas del síndrome de abstinencia, y c) Acamprosato, el cual busca reestablecer la producción de los neurotransmisores en el cerebro que se vieron afectados por el consumo excesivo (64,65).

Otras modalidades de tratamiento son el residencial a corto y largo plazo, los cuales se llevan a cabo comúnmente en centros no hospitalarios, tanto públicos como privados. Este tipo de tratamiento puede tener una duración de seis a doce meses y los pacientes reciben atención multidisciplinaria; en esta modalidad, se tiene como objetivo que los usuarios desarrollen responsabilidad personal y tengan una vida socialmente productiva; mediante diversas actividades individuales y grupales, se atienden diferentes áreas de la persona, como los ámbitos laboral, familiar y social, se fomenta un estilo de vida saludable, se realizan talleres, conferencias y se generan redes de apoyo entre los pacientes (66).

En cuanto al tratamiento de tipo psicológico que es brindado, tanto en los centros residenciales como en consulta externa, consiste en intervenciones con diferentes orientaciones y tienen como objetivo que el paciente disminuya su consumo de alcohol y adquiera las habilidades necesarias para poder mantenerse en abstinencia; sin embargo, no todas las intervenciones psicológicas que se emplean para el tratamiento de las adicciones cuentan con evidencia empírica (67). Entre las intervenciones que si cuentan con soporte científico, se incluyen la intervención breve preventiva, la terapia breve, la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, el refuerzo comunitario, el contrato conductual, la terapia aversiva y la prevención de recaídas (68).

## 1.9. El Consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Resultados obtenidos en estudios previos han concluido que los estudiantes universitarios son una población que presenta altos índices de consumo de alcohol, incluso superiores a la población de adultos en general; también se ha reportado que la cantidad de alcohol que consumen los estudiantes universitarios por ocasión es superior en comparación con otras poblaciones (69).

### 1.9.1. Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que propician que los estudiantes universitarios consuman alcohol, estos factores pueden ser clasificados en: a) Factores macrosociales, que hacen referencia al entorno del estudiante, b) Factores microsociales, que hacen referencia a las relaciones interpersonales del estudiante, y c) Factores personales que son propios del estudiante (70). La Tabla 2 presenta los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios, integrada por factores propuestos por diversos autores (14,71–73).

Tabla 2. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios

<b>Factores macrosociales</b>	<b>Factores microsociales</b>	<b>Factores personales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponibilidad del alcohol.</li><li>• Escaso control de la ley.</li><li>• Precio del alcohol.</li><li>• Horario de venta.</li><li>• Lugares de venta.</li><li>• Aprobación por parte de la población del consumo de alcohol.</li><li>• Publicidad.</li><li>• Asociación del alcohol con el ocio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambigüedad en normas familiares.</li><li>• Exceso de protección por parte de los padres.</li><li>• Falta de comunicación.</li><li>• Clima familiar conflictivo.</li><li>• Círculo de amigos o pareja consumidores de alcohol.</li><li>• Presión social</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desinformación acerca del alcohol y las drogas.</li><li>• Actitudes favorables hacia el consumo.</li><li>• Creencias acerca del alcohol.</li><li>• Ansiedad social.</li><li>• Estados de estrés elevado.</li><li>• Problemas personales.</li></ul>

Fuente: Bravo *et al.*, 2017; Herman y Duka, 2018; Kenney *et al.*, 2018; Smith *et al.*, 2019.

Estos mismos factores también pueden influir para que los estudiantes universitarios no acepten tratamiento para disminuir su consumo o que las intervenciones destinadas a

disminuir esta conducta no sean tan efectivas. De acuerdo con Carey y colaboradores (74), algunos factores que influyen en esta problemática son la creencia de que en la vida universitaria se debe consumir alcohol y que el estudiante tenga un círculo de amigos que consumen de manera excesiva; también describen que a mayor consumo de alcohol, menos efectivas son las acciones destinadas a disminuir el consumo. Por otro lado, aquellos estudiantes que han tenido algún incidente ocasionado por el consumo de alcohol y aceptaron su responsabilidad, tienen mayor disposición a realizar cualquier intervención para disminuir su consumo y estas tienen un mayor índice de efectividad.

Otro elemento que también influye en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios es el tiempo libre que tiene; de acuerdo con Cornilov y colaboradores (75), aquellos estudiantes que no tienen la necesidad de trabajar, poseen más tiempo libre, el cual utilizan para desempeñar diversas actividades recreativas, entre ellas el consumo de alcohol, mientras que los estudiantes que al mismo tiempo trabajan, consumen alcohol en sus días de descanso y con el objetivo principal de disminuir la carga tanto académica como laboral. En este mismo estudio, se encontró que los estudiantes universitarios prefieren consumir en su propio hogar o en la casa de alguno de sus compañeros o conocidos, en comparación a consumir en algún lugar público.

### *1.9.2. Perfil del estudiante universitario*

La población de estudiantes universitarios presentan ciertas características que la diferencian del resto de la población en general; una de estas es la edad promedio, ya que los estudiantes universitarios regularmente cuentan con la mayoría de edad. Cabe destacar, que una parte de esta población se encuentra todavía en la última etapa de la adolescencia, la cual se caracteriza por cambios a nivel biológico y psicológico, y una búsqueda por parte de la persona de nuevas experiencias, novedades e independencia social; otras características son una disminución de la supervisión por parte de padres y adultos en comparación con población estudiantil de grados inferiores, y periodos en los que los estudiantes presentan niveles de estrés y ansiedad elevados, normalmente relacionados a la carga de trabajo escolar (45).

## Capítulo 2. La autoeficacia

Este capítulo aborda el concepto de la autoeficacia, las teorías y modelos psicológicos que la abordan, y cómo se relaciona este concepto con el consumo de alcohol. También se exponen los métodos utilizados para evaluar este constructo, y como este influye en las intervenciones psicológicas y viceversa, como algunos procesos psicoterapéuticos provocan cambios en la autoeficacia.

### *2.1. Definición de autoeficacia*

La autoeficacia es un concepto psicológico descrito por Albert Bandura (76) dentro de su Teoría del Aprendizaje Social, el cual hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre su propia capacidad para realizar una conducta. Esta percepción es determinante dentro del proceso para aprender y realizar un nuevo comportamiento, ya que un nivel de autoeficacia bajo influirá en que el individuo no lo realice, debido a que se percibe como incapaz de hacerlo; mientras que un nivel de autoeficacia elevado influirá en que el individuo si realice dicho comportamiento al percibirse con mayor capacidad.

Del mismo modo, la autoeficacia también influye a nivel afectivo, cognitivo y motivacional en el individuo ante eventos donde se perciba en riesgo, ya que, si este se percibe incapaz de realizar ciertas acciones, puede presentar niveles elevados de estrés y ansiedad, emociones como tristeza, enojo e impotencia, pensamientos disfuncionales y un nivel de motivación bajo. Por otro lado, si el individuo se percibe capaz, los niveles de estrés y ansiedad serán bajos, sus pensamientos serán más funcionales y dirigidos a la realización de la conducta, y su nivel de motivación será elevado (77).

Existen diversas fuentes que influyen en el desarrollo de la autoeficacia (78). Estas son: a) La propia experiencia del sujeto, los eventos en donde la persona ha tenido éxito al momento de realizar una conducta van a influir para que se perciba con una mayor capacidad, mientras que los eventos en donde no logró sus objetivos influirán para que la persona se perciba menos capaz; b) El modelamiento social, es decir, si el sujeto observa a otras personas que presenten características similares a él, teniendo éxito al realizar una conducta, este se percibirá igualmente capaz de realizarla; c) La persuasión social, en donde el apoyo y la

confianza mostrada por otras personas cercanas al sujeto fomentan que este se perciba con mayor capacidad de realizar una acción; y finalmente, d) El estado físico de la persona, ya que la presencia de estados de estrés elevado, cansancio, o dolor, provocan que el individuo se perciba más vulnerable e incapaz de realizar una conducta.

## *2.2. Teorías y modelos psicológicos que aplican la autoeficacia*

### *2.2.1. La Teoría del Aprendizaje Social*

Como se mencionó anteriormente, la Teoría del Aprendizaje Social fue desarrollada por Albert Bandura (79) y describe que las personas aprenden nuevas conductas gracias a la observación e interacción con las demás personas, y a diferentes procesos cognitivos del propio sujeto. A pesar de que esta teoría introduce conceptos propios de la esfera cognitiva que no habían sido tomados en cuenta anteriormente, esta busca complementar lo postulado en los modelos de aprendizaje previos, como el aprendizaje por asociación y por consecuencias (el Condicionamiento Clásico y el Operante), en lugar de refutarlos.

De acuerdo a esta teoría, el proceso de aprendizaje comienza con la observación por parte de un individuo hacia la conducta efectuada por otro, el cual funge como un modelo a seguir; el individuo empieza a imitar su conducta para lograr un objetivo, este proceso es conocido como Modelamiento (80). El nuevo comportamiento debe ser reforzado para que se mantenga en la persona; sin embargo, Bandura menciona que el proceso de reforzamiento no solo se lleva a cabo al otorgar un reforzador, como se plantea en el Condicionamiento Operante, sino también por un tipo de reforzamiento llamado Intrínseco, el cual está más relacionado a procesos cognitivos del individuo, como la satisfacción, el logro de metas y el orgullo; también el hecho de observar que otras personas son recompensadas por su conducta, también funciona como reforzador para el individuo (81).

Cabe destacar que esta teoría considera al ser humano como un ente activo dentro del proceso de aprendizaje, y que los procesos mentales son fundamentales para que se lleve a cabo. La autoeficacia es el eje central; sin embargo, se retomaron otros elementos cognitivos como las expectativas del sujeto, que son los pensamientos que tiene la persona acerca de los posibles resultados de su conducta, y las metas, las cuales son el objetivo que la persona

busca alcanzar a través de sus acciones, concluyendo que todos estos elementos influyen en el aprendizaje del ser humano (82).

Finalmente, esta teoría propone que existe una relación entre tres elementos, los cuales influyen e interactúan entre sí, estos elementos conforman el Modelo de Reciprocidad Trídica (83), y está conformado por:

- El ambiente: es el lugar donde se encuentra el individuo, e incluye no solo el espacio físico, sino también a las personas que lo rodean. Los estímulos provenientes del ambiente provocan una respuesta en la persona, tanto a nivel conductual como cognitiva. Del mismo modo, la interacción que tiene el individuo con su ambiente influye en ciertos factores personales como la propia autoeficacia, la motivación y las expectativas.
- La conducta: es la acción que realiza la persona. A través de su conducta, el individuo busca responder a las exigencias del ambiente en el que se encuentra, así como modificarlo; los comportamientos en los que el individuo logra su objetivo o se ven reforzados, también influirán y modificarán los factores personales ya mencionados.
- Factores personales: Son aquellos elementos propios de la persona, incluye factores físicos y también factores psicológicos como las emociones, y ciertos procesos cognitivos como la autoeficacia, la motivación y las expectativas del sujeto. Los factores personales influyen directamente en cómo va a actuar el individuo (conducta) y en cómo percibe su ambiente.

### *2.2.2. El modelo transteórico y de las etapas de cambio*

Otro modelo que involucra a la autoeficacia es el transteórico, también conocido como de etapas de cambio; este modelo fue postulado por Prochaska y DiClemente (84) tras haber estudiado las dificultades para modificar la conducta en personas adictas al tabaco. Los autores proponen que un individuo pasa por diversas etapas para lograr un cambio duradero de su conducta y el terapeuta debe ubicar en qué etapa se encuentra el paciente para poder dirigir de mejor manera su tratamiento.

Las etapas de cambio son las siguientes (85,86):

- Pre-contemplación: En esta etapa, el individuo no tiene la intención de realizar algún cambio en su comportamiento, y desconoce que su conducta pueda tener consecuencias negativas para su salud.
- Contemplación: El individuo reconoce las consecuencias negativas de su conducta y tiene la intención de hacer un cambio. Sin embargo, no tiene la motivación ni el compromiso suficiente para hacerlo.
- Preparación: El individuo empieza a realizar ciertas acciones para cambiar su conducta. Sin embargo, estas no están planificadas y no logran realizar el cambio deseado por el individuo.
- Acción: En esta etapa, el individuo realiza acciones planificadas y operacionales para poder cambiar su comportamiento.
- Mantenimiento: El individuo logra cambios en su conducta gracias a las acciones realizadas desde la etapa anterior, y estos cambios logran mantenerse.
- Terminación: Los cambios en la conducta del individuo tienden a ser permanentes y no hay recaídas en la conducta indeseada.

Cabe destacar que aparte de las etapas de cambio, los autores proponen un listado de “procesos de cambio” los cuales son usados por el individuo para modificar su conducta (86). Durante las primeras tres etapas de cambio, aparecen ciertos procesos, estos son:

- Concientización: La persona aprende acerca de las consecuencias de la conducta nociva.
- Alivio dramático: La persona experimenta y expresa emociones relacionadas al problema.
- Reevaluación del ambiente: La persona es consciente de cómo su conducta afecta su entorno.
- Auto-reevaluación: La persona es consciente de cómo afectaría en su persona su propia conducta.

Por otro lado, en las últimas tres etapas de cambio aparecen otros procesos, los cuales son:

- Liberación de uno mismo: La persona se compromete a realizar un cambio en su conducta.

- Manejo de refuerzos: La persona refuerza las acciones que favorecen el cambio y deja de reforzar aquellas que lo impiden.
- Redes de apoyo: La persona busca apoyo en otras personas, tanto de manera informal como con algún profesional.
- Contra-condicionamiento: La persona sustituye algunos hábitos y comportamientos por otros que le ayuden a cambiar su conducta nociva.
- Control de estímulos: La persona evita aquellos estímulos ambientales que provocan la conducta nociva.

Finalmente, este modelo integra tres elementos que influyen para que el individuo cambie su comportamiento. En primer lugar, están las tentaciones y recaídas, las cuales hacen referencia a los momentos en los que una persona tiene una urgencia por realizar la conducta nociva y vuelve a realizarla. En segundo lugar, se describe que el individuo siempre realiza un balance entre pros y contras de cambiar su conducta, y dependiendo del resultado de este balance, el proceso de cambio será más sencillo. Y finalmente la autoeficacia, ya que si el individuo se percibe capaz de modificar o disminuir la conducta nociva, tendrá una mayor motivación para hacerlo, del mismo modo, si la persona presenta un mayor nivel de autoeficacia, las recaídas y las tentaciones disminuyen (87).

### *2.3. La autoeficacia y el consumo de alcohol*

#### *2.3.1. La relación entre la autoeficacia y el consumo de alcohol*

La relación entre el consumo de sustancias adictivas y la autoeficacia ha sido estudiada desde dos diferentes perspectivas, dependiendo la función que cumple la autoeficacia para el individuo y cómo influye en la conducta de consumo. La primera de estas perspectivas indica que un nivel elevado de autoeficacia favorece que la persona consuma alguna sustancia adictiva, ya que la persona se percibe como capaz de efectuar esta conducta; esto, sumado a otros factores como una actitud positiva hacia el alcohol, y la presión y aceptación social son factores predictores de que una persona pueda tener alguna adicción. Desde esta perspectiva, el hecho de tener un nivel elevado de autoeficacia no favorece a la persona en cuanto a su salud, ya que influye en la realización de una conducta nociva, por ejemplo el consumo excesivo de alcohol (88).

La segunda perspectiva sugiere que la autoeficacia favorece la conducta de abstinencia y autocontrol al momento del consumo de alguna sustancia adictiva. En este caso, un nivel elevado de autoeficacia en la persona es determinante para poder evitar consumir dichas sustancias o para que la persona consuma de manera moderada. En cuanto al consumo de alcohol, la autoeficacia en conjunto con algunos factores como las actitudes negativas hacia el consumo o hacia los efectos que producen las bebidas etílicas, el apoyo social percibido y la inhibición de conductas impulsivas, favorecen que la persona evite el consumo excesivo de alcohol. Desde esta perspectiva, la autoeficacia influye para que el individuo evite o disminuya una conducta nociva (89,90).

### 2.3.2. Evaluación de la autoeficacia

Para evaluar el nivel de autoeficacia relacionada con el consumo de alcohol se han desarrollado diversos cuestionarios estandarizados basados en los postulados de Bandura; a nivel internacional, existen diversos instrumentos como *The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale* (91), el cual evalúa a través de 20 ítems con respuesta de tipo Likert, el nivel de autoeficacia en las personas para mantenerse en abstinencia de consumo de alcohol, ante diferentes situaciones en donde hay riesgo de consumo. También existe el *Drinking Self-Efficacy Questionnaire (DSEQ)*, el cual posee 31 ítems con respuesta tipo Likert y también evalúa la autoeficacia de las personas para evitar consumir alcohol ante diferentes situaciones (92).

Sin embargo, uno de los instrumentos más populares es el CCS (*Situational Confidence Questionnaire, SCQ*), el cual consta de 100 ítems y consiste en que la persona valore a través de una escala Likert, qué tan capaz se percibe de evitar consumir alcohol en diferentes situaciones, las cuales fueron clasificadas en ocho tipos: a) cuando la persona siente emociones desagradables, b) cuando siente un malestar físico, c) cuando siente emociones agradables, d) cuando la persona pone a prueba su auto-control, e) cuando siente urgencia por consumir alcohol, f) cuando la persona tiene conflictos con otros, g) al tener presión social para consumir, y h) cuando la persona está en un momento agradable (93).

En México, el CCS fue adaptado para el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* de CONADIC (60) en un formato breve para

fungir como instrumento de evaluación previo a la intervención o para evaluar los cambios del paciente mientras avanza en su proceso terapéutico. Esta versión consta de 8 ítems, cada una de las preguntas corresponde a una de las situaciones del instrumento original en las cuales se le cuestiona al paciente qué tan capaz se percibe de evitar consumir alcohol.

### 2.3.3. *Intervenciones psicológicas y la autoeficacia*

Concordando con la segunda perspectiva mencionada anteriormente, en la cual la autoeficacia es favorable para que la persona evite consumir alcohol, las intervenciones psicológicas que tienen como objetivo disminuir esta conducta, incluyen a la autoeficacia como un indicador al momento de evaluar a los pacientes; ya que si estos cuentan con un nivel elevado en este rubro, en conjunto con otros factores, brinda un mejor pronóstico para su tratamiento (94,95).

Existen también intervenciones que buscan elevar el nivel de autoeficacia en las personas, sobretodo en adolescentes, para prevenir conductas no saludables, entre ellas, el consumo de sustancias adictivas; como en el estudio realizado por Karatay y Baş (96), en el cual brindaron una intervención usando técnicas de *role playing* para elevar los niveles de autoeficacia en una muestra de adolescentes y de esta manera prevenir el consumo de sustancias adictivas.

La autoeficacia también puede ser un indicador para que una persona con problemas por abuso de sustancias logre mantenerse en abstinencia después de recibir algún tratamiento; en un estudio realizado por Nikmanesh, Baluchi y Pirasteh-Motlagh (97), se concluyó que el recibir apoyo social y poseer un nivel elevado de autoeficacia, fueron factores relacionados con la ausencia de recaídas en personas adictas y que concluyeron con su tratamiento, en comparación con aquellas que también terminaron su tratamiento, sin embargo presentaron un bajo nivel de autoeficacia y no recibieron apoyo social.

## Capítulo 3. Intervenciones preventivas

Este capítulo aborda el concepto de prevención desde el modelo biopsicosocial, en el cual se basan las intervenciones psicológicas preventivas actuales y se describen los tres tipos de intervención. También se aborda el concepto de “telepsicología”, sus antecedentes, su uso en la actualidad y las guías estandarizadas que rigen cómo realizar este tipo de intervención por parte de los profesionales de la salud.

### *3.1. La prevención desde el modelo biomédico*

De acuerdo con el modelo biomédico, se consideran cuatro niveles de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. La prevención primaria es toda intervención que se lleva a cabo antes de que aparezca la causa biológica de una enfermedad, la prevención secundaria es toda intervención que se realiza cuando la enfermedad ya está presente pero busca evitar que la persona se vea afectada, la prevención terciaria es toda intervención que busca que la persona se rehabilite tras padecer una enfermedad, y la prevención cuaternaria es el evitar los procedimientos médicos que no brinden un beneficio al individuo y puedan afectarlo de manera negativa. Cabe destacar, que este modelo solo se enfoca en las causas biológicas de una enfermedad, dejando de lado otro tipo de factores, como los psicológicos y sociales del individuo (98).

### *3.2. La prevención desde el modelo biopsicosocial*

Actualmente se ha adoptado un nuevo modelo que contempla otro tipo de factores que influyen en el consumo de alcohol de forma riesgosa y que no fueron tomados en cuenta en el modelo biomédico (psicológicas y sociales). De acuerdo con este modelo, las intervenciones breves se definen como aquellas actividades o iniciativas que buscan la reducción del consumo de alcohol en la población, y evitan los daños físicos, psicológicos o sociales que pudiera generar en la persona su consumo (58). Este tipo de intervenciones se clasifican en tres tipos de prevención: universal, selectiva e indicada, dependiendo del objetivo de las acciones a realizar y la población a la que se atenderá (3,58).

### *3.2.1. Prevención universal*

La prevención universal se realiza mediante la promoción de la salud y tiene como objetivo brindar información a la población en general acerca de alguna problemática de salud y cómo prevenirla; en este tipo de prevención no se toma en cuenta si la población presenta o no factores de riesgo. Al aplicarse con una orientación hacia el consumo de alcohol, se busca incrementar la percepción de riesgo del uso de alcohol en la población, brindar información acerca de los servicios que se ofrecen para el tratamiento del alcoholismo, se fomenta la participación ciudadana en acciones de promoción de la salud y se busca favorecer la presencia de factores de protección para evitar el abuso en el consumo de alcohol (58). Este tipo de intervención requiere menos recursos en comparación con los siguientes tipos de intervención y puede ser realizada por cualquier persona, sin la necesidad de tener estudios profesionales enfocados a la salud, también puede aplicarse en los ámbitos comunitario, escolar, familiar y laboral (3).

### *3.2.2. Prevención selectiva*

La prevención selectiva está dirigida hacia aquellos subgrupos dentro de la población que se encuentran expuestos a el riesgo de padecer alguna problemática de salud debido a factores biológicos, psicológicos y sociales; en el caso de la adicción al alcohol, estos factores pueden ser personas con algún familiar cercano con problemas de uso de drogas, población penitenciaria, víctimas de violencia, y población estudiantil y adolescente. Las acciones que se realizan, están conformadas por intervenciones preventivas orientadas hacia fortalecer factores protectores con el fin de evitar el consumo de alcohol y detectar casos que requieren tratamiento especializado (3). Este tipo de intervenciones requieren que el personal que las realice tenga una formación profesional específica y a pesar de que no se valora el grado de vulnerabilidad de la población objetivo, si se considera que los miembros de este tipo de población son vulnerables a padecer el problema de salud (58).

### *3.2.3. Prevención indicada*

Este tipo de intervención está dirigida a la población que ya presentan un consumo de alcohol y que empiezan a tener consecuencias debido a su consumo. Se busca realizar intervenciones breves basadas en consejería y orientación con el objetivo de disminuir el

consumo de alcohol y así evitar que se desarrolle la dependencia hacia su uso, o que se vean más afectadas las esferas biológica, psicológica y social de la persona (58). Este tipo de intervenciones suelen ser más largas en comparación con las anteriores, tienen un costo mucho más elevado, y requieren que el personal que realice la intervención tenga estudios profesionales específicos y entrenamiento especializado para poder realizar la intervención (3).

Independientemente del tipo de prevención que se utilice, las intervenciones psicológicas breves que tienen una orientación cognitivo-conductual constan de cuatro a cinco sesiones con una duración de una hora cada una y presentan los siguientes componentes (3,58):

- Análisis funcional de la conducta: basándose en un esquema de tipo ABC, se identifican los elementos ambientales o estímulos que propician que la persona consuma alcohol (A), se identifican los pensamientos o creencias irracionales que promueven que la persona consuma (B), y se identifican aquellas respuestas emocionales y conductuales que propician el consumo de alcohol, así como las consecuencias que refuerzan el consumo (C).
- Control de estímulos: consiste en que el paciente aprenda a identificar los elementos ambientales que propician el consumo del alcohol, como los lugares donde usualmente consume, las personas con las que lo hace y los eventos relacionados al consumo como algún día de la semana en específico o algún estado emocional.
- Manejo del *craving*: se busca que el paciente pueda manejar las respuestas automáticas relacionadas al deseo de consumir, que aparecen ante los estímulos asociados al consumo de alcohol.
- Solución de problemas: el objetivo de este componente es que el paciente adquiera diversas conductas que permitan darle solución a las problemáticas que pudiera tener en ese momento o a futuro y que, de no ser resueltas, puedan desencadenar en un consumo de alcohol.
- Planeación de actividades: en este componente, se le instruye a los pacientes a realizar otro tipo de actividades que sean placenteras para ellos y sustituir de esta manera el consumo de alcohol.

Normalmente las intervenciones breves se estructuran de tal manera que en la primera sesión se realice la evaluación del paciente; en una segunda sesión se establece el objetivo o la meta del paciente, y se le brinda educación en salud para que considere el cambio en su consumo de alcohol, también se realiza una evaluación de costos-beneficios de su consumo y se utiliza el consejo breve como apoyo en esta sesión; en la siguiente sesión se realiza el análisis funcional de la conducta; en la sesión posterior se inicia con el entrenamiento en habilidades para el paciente o en las estrategias que utilizará para disminuir su consumo; y finalmente, la última sesión consiste en una evaluación para verificar si se generaron los cambios deseados (58).

### *3.3. Uso de la telepsicología*

#### *3.3.1. Definición de telepsicología*

La “telepsicología” es definida por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) como la acción de brindar un servicio psicológico, usando cualquier tecnología de telecomunicación, como el teléfono fijo o móvil, el correo electrónico, blogs, páginas de internet, chats, redes sociales y videoconferencias. Gracias a estas herramientas, la comunicación que se da entre el psicólogo y los pacientes o usuarios puede ser sincrónica, es decir, la interacción puede darse entiempos real, o puede ser asincrónica, que significa que la interacción entre las personas no se da en tiempo real (99).

La telepsicología posee ciertas ventajas en comparación con la práctica tradicional, ya que el uso de la tecnología brinda una mayor accesibilidad, reducción de costos y es posible la comunicación entre el terapeuta y el paciente sin necesidad de que estén en un mismo lugar, también brindan una mayor autonomía a los pacientes y se puede mantener el anonimato de este; como desventajas, existen algunos riesgos inherentes al uso de la tecnología, como el mal manejo de confidencialidad, robo de información, dificultad para el manejo de ciertas situaciones (como las crisis en el paciente) y la ausencia de la ética en la práctica del psicólogo (100,101).

### 3.3.2. Antecedentes de telepsicología

El concepto de “telepsicología” tiene su origen de un concepto más amplio que es el de “telesalud” (*telehealth*, en inglés), término que hace referencia al uso de telecomunicaciones y tecnología de la información para proveer evaluación, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, y educación en salud (102). Este concepto abarca cualquier materia relacionada con la salud incluyendo la psicología y la psiquiatría; los profesionales de estas ramas tuvieron que dar un uso importante a la tecnología de telecomunicaciones en comunidades rurales principalmente, donde era complicado brindar los servicios de atención psicológica debido a cuestiones geográficas y de transporte (103).

Se considera que el teléfono fue una de las primeras herramientas a las que recurrieron los psicólogos para brindar sus servicios sin tener que estar frente a frente con el paciente, sobre todo cuando surgió la necesidad de atender alguna crisis urgente de su paciente; gracias al desarrollo que tuvieron este tipo de tecnologías, las prácticas de telesalud y telepsicología también se fueron desarrollando. Desde entonces el uso del teléfono como herramienta para brindar servicios psicológicos es una práctica común en los profesionales de salud (104).

Siguiendo con el uso del teléfono, Coughtrey y Pistrang (104), a través de una revisión sistemática, indagaron acerca de la efectividad de brindar psicoterapia vía telefónica para tratar depresión y ansiedad. Los estudios analizados utilizaron intervenciones basadas en la evidencia con participantes mayores de edad, y se evaluaron los síntomas con instrumentos estandarizados. La mayoría informó una reducción significativa de los síntomas de depresión y ansiedad, por lo que se concluye que el uso del teléfono para brindar psicoterapia es efectivo.

En otro estudio realizado en México por Cárdenas y colaboradores (105), se aplicó un programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia social, específicamente miedo a hablar en público, en población mexicana; este programa puede ser realizado por los pacientes en dos modalidades, una con la presencia de su terapeuta y otro en donde no se requiere; al comparar los resultados no se encontraron diferencia significativas entre los grupos y hubo una disminución en la sintomatología de la fobia, concluyendo que el programa de telepsicología fue efectivo.

Por otro lado, en una revisión sistemática realizada por Ohinmaa y colaboradores (106), se encontró que el uso del teléfono, el internet y las aplicaciones para computadora son efectivas para atender casos de consumo severo de alcohol y tabaco, sin embargo no se encontraron resultados significativos cuando el consumo es leve o los participantes están iniciando su consumo; de igual manera se concluye que este tipo de intervenciones requieren menos recursos que las intervenciones tradicionales presenciales.

En años recientes, con la aparición de las redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea, los psicólogos han hecho uso de estas herramientas como apoyo dentro de su práctica; principalmente para brindarle información al paciente con fines psico-educativos o para enviar avisos urgentes; en un estudio llevado a cabo por Vera y colaboradores (101) se observa que la mayoría de los psicólogos participantes usan principalmente las aplicaciones *Whatsapp*, *YouTube* y *Facebook* para compartir información a sus pacientes o dar avisos, sin embargo no las utilizan dentro de la intervención terapéutica.

De acuerdo con Uscher-Pines y colaboradores (107), actualmente en Estados Unidos hay un crecimiento de 20% en el uso de telemedicina para el tratamiento de abuso de sustancias; sin embargo, en comparación con otras organizaciones de salud, este crecimiento es menor; se concluye que esto puede deberse a que los pacientes rechazan este tipo de tratamiento, también a la regulación de medicamentos utilizados en el tratamiento de la adicción y a las dificultades de recetarlos a través de telepsicología, y por último a la falta de recursos o de herramientas necesarias para poder realizar una intervención usando telemedicina.

Junto a estas razones para evitar la práctica de telepsicología, Vásquez (108) describió en su momento, que hay una ambivalencia en cuanto al uso de la tecnología dentro de la práctica de la psicoterapia, lo cual se relaciona con la orientación terapéutica a la que pertenece el psicólogo, ya que en algunos modelos terapéuticos se destaca la importancia de la relación entre el psicólogo y el paciente, así como el desarrollo de la “alianza terapéutica”, la cual puede verse afectada al no haber un encuentro cara a cara entre ambas partes; la generación a la que pertenece el psicólogo también influye en la aceptación para usar la tecnología actual, ya que las generaciones de terapeutas más jóvenes tienen mayor flexibilidad para hacer uso de estas herramientas en su práctica.

### *3.3.3. Aspectos prácticos y éticos de la telepsicología*

Conforme se fue popularizando la práctica de la telepsicología, surgió la necesidad de regular estas acciones bajo los principios éticos que están presentes en cualquier práctica que brinda atención a la salud de las personas. Se han diseñado guías y manuales para su práctica, en donde se incluyen los principios que deben ser tomados en cuenta por cualquier profesional que vaya a utilizar la “telepsicología” (109).

En la guía publicada por la APA (99), el primer punto a considerar, son las competencias del psicólogo al momento de realizar prácticas de “telepsicología”; se sugiere que el psicólogo debe tener los estudios profesionales, preparación, experiencia y capacitación para brindar este servicio; a pesar de que esta competencia aplica tanto en “telepsicología” como en la práctica tradicional, esta se refuerza con una segunda competencia que es el conocer las herramientas tecnológicas que utilizará en su práctica y que estas cuenten con sustento científico de que brindan resultados adecuados.

El siguiente punto a considerar es que el personal de salud debe asegurar que su práctica cumple con los estándares profesionales al inicio y durante los servicios que brinda. Para esto, antes de realizar cualquier tipo de acción se deben evaluar los dispositivos y la red de internet que se utilizarán para que funcionen de manera correcta; en caso de realizar videoconferencias, el psicólogo y el paciente se deben encontrar en un lugar cómodo, privado, donde no haya distractores, ruido o interrupciones (110).

Un aspecto importante que es mencionado en esta guía es el uso del consentimiento informado; se resalta la obligación que tiene el psicólogo de brindarle a su paciente un consentimiento informado en el cual le informe acerca de los objetivos a seguir en la intervención, las actividades que se van a realizar, las obligaciones y derechos tanto del paciente como del psicólogo, y también mencionar los posibles riesgos que se pueden presentar durante la intervención (100).

El siguiente punto a resaltar, menciona que el psicólogo debe asegurar la confidencialidad de los datos personales y el trabajo realizado con su paciente; desde un principio se debe acordar con el paciente las medidas de confidencialidad que se van a

tomar; se puede hacer uso de aplicaciones o empresas de telecomunicación intermediadoras que aseguran la confidencialidad de esta información. Otras estrategias que pueden ser útiles son el realizar copias de respaldo protegidas y uso de contraseñas de acceso (99).

Los instrumentos de evaluación que utilizará el psicólogo en su práctica también son considerados dentro de la guía de la APA (99,100); esta menciona que los instrumentos deben ser estandarizados y que cumplan con los criterios de confiabilidad y validez; también se debe de tomar en cuenta que el hecho de convertirlos a un formato para ser trabajado vía electrónica no afecte sus características y que no influya en los resultados a obtener (109,110).

Finalmente, se hace mención a que el psicólogo debe considerar el lugar en donde se encuentre su paciente, ya que si hay una regulación legal en la práctica de la psicología diferente a la promulgada en la localidad en donde se ubica el psicólogo, este deberá hacer las adecuaciones necesarias a su metodología, para poder realizar su labor de la mejor manera y apegada al marco legal existente (99,100,109,110).

## Capítulo 4. Antecedentes del problema

En este capítulo se exponen estudios recientes en los cuales se han aplicado intervenciones breves preventivas en diferentes poblaciones, con el objetivo de disminuir el nivel de consumo de alcohol. Se describen los elementos que influyeron para que estas intervenciones fueran efectivas, y en los estudios donde no hubo resultados significativos, se describen los elementos que pudieron influir en estos resultados. Finalmente se describe la propuesta de intervención que se aplicó en este estudio.

### 4.1. Intervenciones psicológicas breves para el consumo de alcohol

Las intervenciones psicológicas breves son ampliamente utilizadas como medida preventiva en la población que consume alcohol de manera excesiva (111). Se han realizado diversos estudios y meta-análisis que han tenido como objetivo el comprobar su eficacia para disminuir el nivel de consumo en población adolescente y en población adulta, los cuales han mostrado resultados significativos, concluyendo que es una intervención efectiva (96,111–117). La Tabla 3 muestra algunas investigaciones que han evaluado la efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol y que obtuvieron resultados significativos.

*Tabla 3. Estudios que comprobaron la efectividad de las intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol.*

<b>Método</b>	<b>Resultado</b>	<b>Referencias</b>
Estudio experimental Grupo control = 172 adultos varones Grupo experimental = 164 adultos varones Intervención breve cognitivo conductual de 4 sesiones.	Disminución del consumo de alcohol en el grupo experimental.	Estudio de 2017, realizado por Nadkarni y cols.
Estudio experimental Grupo control = 250 sujetos Grupo experimental 1 (intervención con terapeuta) = 248 sujetos Grupo experimental 2 (intervención usando computadora) = 252 sujetos	La intervención constó de dos sesiones y se obtuvo una disminución del consumo de alcohol en el grupo experimental 1, en comparación con los otros dos	Estudio de 2019, realizado por Fernández y cols.

<p>Meta-análisis con 52 estudios incluidos Se compararon manuales y guías para intervenciones breves que buscan disminuir el consumo de alcohol, y se indagó acerca de cuál es la más efectiva.</p>	<p>La intervención BASICS (2 sesiones basadas en entrevista motivacional) fue la más efectiva en comparación con otras intervenciones basadas en el consejo breve y la retroalimentación.</p>	<p>Estudio de 2019, realizado por Hennessy y cols.</p>
<p>Estudio pre-experimental comparando tres tipos de intervención breve Grupo 1 (consejo breve) = 107 sujetos Grupo 2 (entrevista motivacional) = 119 sujetos Grupo 3 (entrevista motivacional y seguimiento vía telefónica) = 98 sujetos</p>	<p>La intervención basada en la entrevista motivacional con seguimiento vía telefónica fue la más efectiva de las tres modalidades.</p>	<p>Estudio de 2019, realizado por Richards y cols.</p>
<p>Revisión sistemática con nueve estudios incluidos Se evaluó la efectividad de las intervenciones breves en países en vías de desarrollo.</p>	<p>En ocho de los estudios incluidos se describe disminución en el nivel de consumo de alcohol de los participantes.</p>	<p>Estudio de 2017, realizado por Joseph y Basu</p>
<p>Estudio experimental Grupo 1 (distracción cognitiva) = 34 sujetos Grupo 2 (control) = 35 sujetos Se evaluó el <i>craving</i> en tres momentos, para la línea base, ante un estímulo neutro (agua) y ante un estímulo de alcohol (vino).</p>	<p>El grupo en el cual se aplicó la técnica de distracción cognitiva mostró un nivel significativamente menor en cuanto a <i>craving</i> ante el estímulo de alcohol.</p>	<p>Estudio de 2019, realizado por Koukounas y cols.</p>
<p>Estudio pre-experimental (n = 245) Se aplicó una intervención basada en el <i>role playing</i> buscando incrementar el nivel de Autoeficacia para evitar consumir alcohol e adolescentes. Se evaluó en dos momentos (pre-post).</p>	<p>Diferencia significativa en el nivel de autoeficacia para evitar el consumo de alcohol después de la aplicación de la intervención.</p>	<p>Estudio de 2017, realizado por Karatay y Baş</p>
<p>Revisión sistemática de 126 estudios que evaluaron la efectividad de las intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol y los elementos que influyen para obtener resultados significativos.</p>	<p>Las intervenciones breves fueron efectivas para disminuir el nivel de consumo de alcohol de manera significativa.</p>	<p>Estudio de 2018, realizado por Beyer y cols.</p>

De acuerdo con los estudios citados en la Tabla 3, se concluye que las intervenciones breves de corte preventivo son efectivas para disminuir el consumo de alcohol; sin embargo, requieren cumplir con ciertas características, como el tener más de dos sesiones, que las personas que reciben la intervención no presenten problemas de consumo de otro tipo de sustancias, que la intervención contenga sesiones basadas en la entrevista motivacional y la intervención incluya diversas técnicas con orientación cognitivo-conductual. Otros elementos que también influyen para que las intervenciones breves sean eficaces son que el paciente no cumpla con los criterios diagnósticos de adicción al alcohol, y que en las sesiones de intervención se le proponga al paciente a que realice una conducta neutral o más saludable que sustituya la del consumo de alcohol, y aplicar la técnica de control de estímulos para identificar aquellas situaciones donde hay mayor probabilidad de consumo (96,111–117).

#### *4.2. Propuesta de intervención*

La intervención que se planea realizar en la presente investigación es de orientación cognitivo-conductual, ya que este tipo de intervenciones psicológicas son las que cuentan con un mayor sustento empírico en la actualidad (67,68). El tipo de población que participará en este estudio es de estudiantes universitarios que tienen un consumo de alcohol de riesgo, sin llegar a cumplir los criterios de diagnóstico de dependencia a la sustancia; por esta razón, se ha considerado que una intervención basada en el modelo de prevención selectiva es adecuada para ser aplicada en los participantes (45,58).

La propuesta realizada por la Organización de los Estados Americanos (58) y la realizada por CONADIC (3), en cuanto a las acciones destinadas a la prevención de las adicciones, sugieren que las intervenciones breves sean de cuatro a cinco sesiones, que sean aplicadas en sujetos no dependientes, y que estén basadas en técnicas conductuales y de entrevista motivacional; estos elementos concuerdan con los reportados en diversos estudios que comprobaron la efectividad de las intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol; debido a esto, la intervención a realizar contará con estos elementos recomendados para su efectividad. Se propone que la primera sesión de la intervención conste de psicoeducación y educación para la salud relacionada a las consecuencias del consumo de alcohol, así como los modelos teóricos que explican el mantenimiento de la conducta de consumo; en una segunda sesión se trabajará con el análisis funcional de la conducta, haciendo énfasis en

la identificación de aquellos elementos ambientales que detonan el consumo; la tercer sesión abordará el plan para disminuir el alcohol, en donde se identificarán obstáculos que se le puedan presentar a los participantes y que dificulten la disminución del consumo, se instruirá la técnica de control de estímulos y se motivará a realizar actividades placenteras que sustituyan el consumo de la sustancia (111,113).

La intervención tendrá una cuarta sesión en donde se instruirá al participante con las técnicas cognitivo-conductuales de exposición y distracción cognitiva (116). Para esto, se solicitará a los participantes que se expongan a situaciones que los motiven a consumir y eviten realizarlo, apoyándose de lo trabajado durante la intervención. Finalmente, la quinta y última sesión será de retroalimentación, buscando motivar a los participantes a continuar con el plan terapéutico y disminuir su consumo de alcohol.

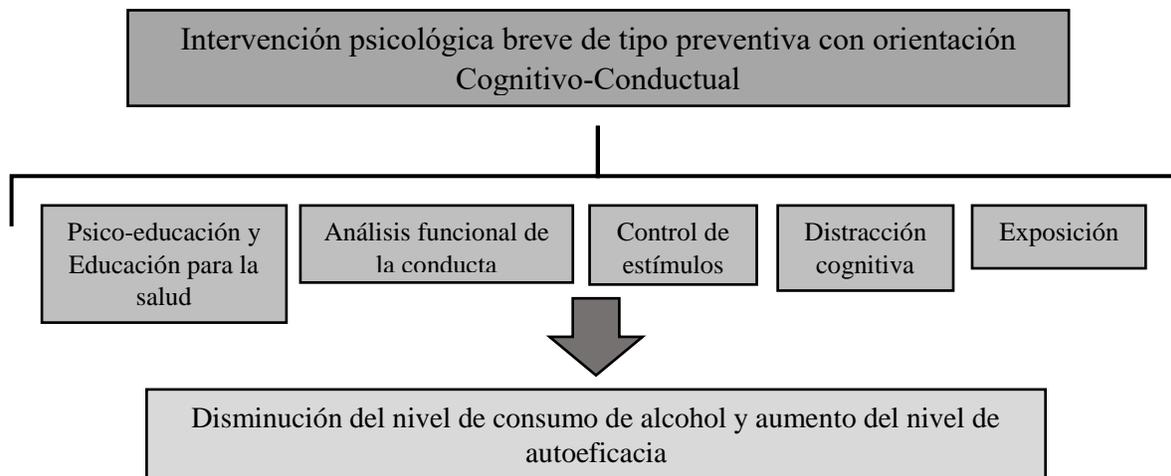


Figura 1. Propuesta de intervención preventiva breve

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudiantes universitarios son una población que posee ciertas características que la diferencian del resto de la población (72). Características relacionadas con factores biológicos como la edad y la etapa de desarrollo en la que se encuentran, factores psicológicos como los rasgos de personalidad, el estrés o la ansiedad, y factores sociales como disminución de supervisión adulta, grupos de amigos, carga de trabajo y características del entorno, propician que esta población sea vulnerable a diversos problemas de salud (19,21,22,69,71,73,75).

Entre estos problemas de salud, el consumo excesivo de alcohol ha adquirido gran importancia debido a los altos índices que se reportan en esta población, los cuales son superiores al promedio de consumo en la población en general (69,71,73); también por las consecuencias con las que se ha relacionado esta conducta, como diversas enfermedades biológicas, trastornos psicológicos (39), efectos negativos en las actividades diarias del individuo (45), y por ser una causa principal de mortalidad relacionada a accidentes viales a nivel nacional (47).

Desde la medicina y la psicología, existen numerosos tratamientos e intervenciones que tienen como objetivo la disminución del consumo de alcohol (65). El tratamiento médico consiste en la administración de fármacos con diferentes efectos tanto en el sistema nervioso como en el aparato digestivo del individuo (64); en cuanto a intervenciones psicológicas, estas consisten en que la persona adquiera diversas habilidades que le permitan regular procesos cognitivos y modificar conductas que estén relacionadas al consumo de alcohol (67,68).

Una de las intervenciones psicológicas más utilizadas a nivel internacional para disminuir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios es la intervención breve con enfoque preventivo, debido a su bajo costo y por tener evidencia empírica que sustenta su efectividad en diversas poblaciones. Sin embargo, los resultados varían en su efectividad dependiendo de la población a la que se aplica, la severidad del consumo, el entorno donde se realiza, el personal que la lleva a cabo y el contenido de la intervención, ya que este puede

variar dependiendo del número de sesiones, la duración de cada sesión y las técnicas psicológicas que se le aplican al paciente (111–116).

Sumado a las intervenciones breves, la práctica de la telepsicología se ha popularizado debido a las ventajas que presenta en comparación con la práctica tradicional, como la reducción de costos y la posibilidad de tener comunicación asincrónica entre el terapeuta y el paciente (100). Actualmente los profesionales de la salud mental brindan intervenciones psicológicas bajo una modalidad no presencial usando el teléfono, aplicaciones en la computadora, internet y videoconferencias (106). Sin embargo, cabe destacar que el uso de este tipo de práctica presenta ciertas desventajas relacionadas al manejo y confidencialidad de la información personal del paciente (101); debido a esto, existen guías y manuales para poder realizar cualquier tipo de intervención psicológica bajo una modalidad no presencial (99).

En México, existen varias instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales que realizan intervenciones enfocadas en la disminución del consumo de alcohol, y que abarcan los tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada); estas intervenciones atienden a diferentes poblaciones y también se llevan a cabo en diferentes contextos (3). En cuanto a intervenciones psicológicas bajo una modalidad no presencial, existe el antecedente de un tratamiento para fobia social (105); sin embargo, no hay antecedentes del uso de intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol bajo este tipo de modalidad.

En base a lo planteado anteriormente, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué efecto tiene una intervención psicológica breve no presencial en los niveles de consumo de alcohol y de autoeficacia de una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Pachuca, Hidalgo?

### **III. JUSTIFICACIÓN**

A pesar de que existen numerosos estudios que han evaluado la efectividad de las intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol tanto en población general como en población estudiantil, muchas de estas intervenciones difieren en su contenido y en su duración; debido a esto, los resultados de estas intervenciones son inconsistentes en cuanto a su efectividad, así como los beneficios que percibió la población donde se aplicaron. La intervención que se planea realizar en la presente investigación, contiene aquellos elementos que han sido reportados como elementales para que la intervención breve sea efectiva y que los resultados sean significativos.

Como se señaló anteriormente, la población de estudiantes universitarios reportan mayor prevalencia de consumo de alcohol riesgoso en comparación con el resto de la población en general. La intervención que se pretende realizar en este estudio es de corte preventivo, y está orientada a la población universitaria de la ciudad de Pachuca Hidalgo; los participantes que reciban la intervención podrán verse beneficiados en cuanto a su salud física y psicológica, así como en el ámbito social. El obtener resultados significativos en este estudio podrá incentivar la realización de este tipo de intervenciones en una mayor población tanto de la ciudad como en otros puntos del país; de esta manera, la prevalencia del consumo de alcohol riesgoso podrá verse disminuida.

Finalmente, las intervenciones psicológicas breves son ampliamente utilizadas a nivel nacional en atención primaria y en programas de prevención relacionados al consumo de alcohol en la población en general; sin embargo, no existen estudios nacionales que evalúen la efectividad de este tipo de intervenciones bajo una modalidad no presencial; esta investigación pretende comprobar si una intervención psicológica breve preventiva y no presencial genera cambios en el nivel de consumo de alcohol y de autoeficacia. Los resultados que se obtengan en este estudio serán un aporte importante para que en México, se considere la implementación de intervenciones psicológicas breves bajo una modalidad no presencial en las instituciones de educación superior.

#### **IV. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el efecto de una intervención psicológica breve no presencial en los niveles de consumo de alcohol y de autoeficacia de una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

#### **V. HIPÓTESIS**

H<sub>0</sub>: La intervención psicológica breve no inducirá una disminución en el nivel de consumo de alcohol ni un aumento en el nivel de autoeficacia en la muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

H<sub>1</sub>: La intervención psicológica breve inducirá una disminución en el nivel de consumo de alcohol y un aumento en el nivel de autoeficacia en la muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

La presente investigación fue dividida en dos fases metodológicas; en la primera se llevó a cabo una pre-evaluación del consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios con el fin de identificar a aquellos que presentaran un consumo de riesgo; en la segunda fase se aplicó una intervención psicológica breve con el fin de disminuir el nivel de consumo de alcohol y aumentar el nivel de autoeficacia de los estudiantes en riesgo. A continuación se describen ambas fases del estudio con sus respectivos resultados.

## VI. FASE 1: EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

### 6.1. Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios.
- Identificar a los estudiantes universitarios que presentan un nivel de consumo de alcohol de riesgo.

### 6.2. Método

#### 6.2.1. Contexto de la investigación

La Fase 1 de la presente investigación se realizó en las instalaciones de una universidad pública del estado de Hidalgo, en la Licenciatura en Psicología.

#### 6.2.2. Diseño y tipo de estudio

La primera fase consistió en un diseño no experimental, de tipo descriptivo y transversal, ya que no hubo manipulación de variables y se realizó una aplicación de cuestionarios estandarizados. La Figura 2 expone de manera gráfica el diseño, en donde se observa la evaluación del consumo de alcohol en la muestra de estudiantes y la identificación de aquellos que presentaron consumo de riesgo.

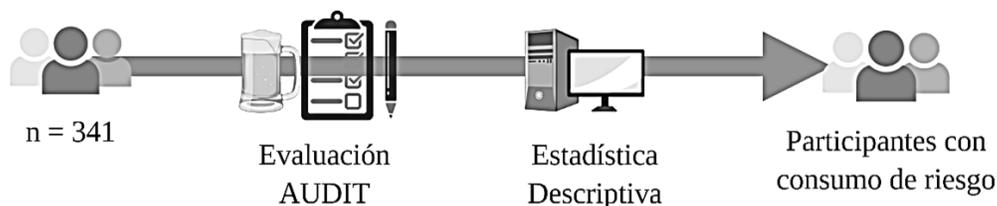


Figura 2. Diseño de la Fase 1 del estudio

### 6.2.3. Definición de variables

La Tabla 4 expone la definición y características de las variables utilizadas en la Fase 1 de la presente investigación.

*Tabla 4. Definición de las variables utilizadas en la Fase 1 de la investigación.*

<b>Variables</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Edad</b>	Independiente	Núm. de años cumplidos.	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Sexo</b>	Independiente	Sexo biológico del participante (Hombre / Mujer).	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Estado civil</b>	Independiente	Condición interpersonal actual del participante (Soltero / Casado / Unión libre / Divorciado).	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Personas con las que vive</b>	Independiente	Personas que viven en el mismo domicilio que el participante (Solo / Padres / Familiares / Amigos / Pareja).	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Tipo de domicilio</b>	Independiente	Tipo de domicilio en el que vive el participante actualmente (Casa propia / Casa rentada / Departamento).	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Días que consume alcohol</b>	Independiente	Núm. de días a la semana que consume alcohol.	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Periodo del semestre que consume alcohol</b>	Independiente	Periodo del semestre en el que es más probable que consuma alcohol el participante (Inicio del semestre / Mitad del semestre / Final del semestre).	Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2).
<b>Consumo de alcohol</b>	Dependiente	Ingesta voluntaria de alcohol etílico (5).	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT (Anexo 3). 0 = Consumo nulo 1-7 = Consumo sin riesgo 8-15 = Consumo de riesgo 16 o más = Consumo con riesgo de dependencia (59).

#### *6.2.4. Selección de la población*

Se realizó una evaluación del consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios de la Licenciatura en Psicología; el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia.

#### *6.2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación*

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Residir en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Estudiar licenciatura en una universidad pública del Estado de Hidalgo.

Los criterios de exclusión para los participantes fueron:

- No aceptar participar en la investigación.
- No firmar el consentimiento informado.

El criterio de eliminación de los participantes fue:

- No responder completamente los cuestionarios

#### *6.2.6. Instrumentos de evaluación*

##### *Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2)*

Se utilizó una encuesta (diseñada ex profeso) para obtener datos sociodemográficos de todos los participantes como edad, sexo, semestre en el que está cursando, si vive sólo o acompañado, si es un estudiante local o foráneo, el tipo de vivienda en el que vive; y también datos relacionados a su consumo de alcohol como el número de días a la semana que consume alcohol y durante qué periodo del semestre es más probable que consuma alcohol, al principio, a mitad o al final del semestre (Ver Anexo 2).

*Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT  
(Anexo 3)*

Se utilizó el AUDIT (ver Anexo 3), el cual es un cuestionario de tamizaje elaborado por la OMS (59) y tiene como objetivo evaluar el nivel de consumo de alcohol en el individuo. Consta de 10 preguntas con cinco opciones de respuesta tipo Likert, las cuales tienen un valor de respuesta que van desde el 0 al 4; un puntaje correspondiente a cero equivale a un nivel de consumo “nulo”, un puntaje con un valor entre uno y siete equivale a un nivel de consumo “sin riesgo”, un puntaje con un valor entre ocho y quince equivale a un nivel de consumo “de riesgo” y un puntaje igual o mayor a dieciséis equivale a un nivel de consumo “con riesgo de dependencia”. Fue validado en México con población adulta, obteniendo dos factores: a) frecuencia-cantidad y consumo excesivo y b) dependencia, estos factores poseen un alfa de Cronbach de 0.88 y 0.81 respectivamente (118).

*6.2.7. Procedimiento*

Posterior a la aprobación del protocolo de la presente investigación por parte del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, se les solicitó a las autoridades competentes de la Licenciatura en donde se aplicó el estudio, la autorización para aplicar en los estudiantes el cuestionario AUDIT junto con un consentimiento informado y una encuesta de datos sociodemográficos en la muestra del estudio; se reclutaron a dos estudiantes prestatarias de servicio social, a las cuales se les capacitó para apoyar en la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Los cuestionarios fueron respondidos de manera grupal y en formato escrito, en las aulas en donde recibían cotidianamente clases. El tiempo requerido para la evaluación fue de aproximadamente 20 minutos. Posterior a la aplicación de los cuestionarios, todos los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos, contando nuevamente con el apoyo de las estudiantes prestatarias de servicio social; finalmente, usando estadística descriptiva, se analizaron las características principales de la muestra evaluada y se identificaron a los individuos que obtuvieron un puntaje equivalente a “consumo de riesgo”.

#### *6.2.8. Análisis estadístico*

Se utilizó estadística descriptiva para obtener las medidas de tendencia central y dispersión del nivel de consumo de alcohol de la muestra, así como otro tipo de variables socio-demográficas. También se utilizó la prueba Chi cuadrada para evaluar si se presentaron diferencias en las variables sociodemográficas cualitativas, entre los participantes con consumo de riesgo y los que presentaron consumo sin riesgo. Del mismo modo, para la *edad de los participantes* se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney para evaluar diferencias entre ambos grupos, ya que los datos obtenidos en esta variable no mostraron una distribución normal. Para realizar los análisis anteriormente descritos, se usó el *software* IBM-SPSS para Windows, en su versión 21 en español.

#### *6.2.9. Aspectos éticos*

De acuerdo con el Art. 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio es una investigación con riesgo mínimo, debido a la aplicación de cuestionarios e instrumentos psicológicos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH (Código: CEEI-042-2019).

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado (Anexo 1), en donde se les indicó de manera general el objetivo del estudio, los responsables de este con sus datos de contacto y las actividades que se les solicita que realicen. El documento también les informa que sus datos personales son confidenciales, y que su participación o abandono del proyecto es voluntaria, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (119) y a la guía de las Buenas Prácticas Clínicas (120).

#### *6.3. Resultados*

Para la primera fase del estudio, se establecieron los objetivos específicos de describir el consumo de alcohol de la muestra estudiada e identificar a los participantes que presentan un nivel de consumo de alcohol de riesgo; para esto, se aplicó en una muestra de estudiantes universitarios del estado de Hidalgo el AUDIT, junto con el consentimiento informado para

participar en el estudio y una encuesta de datos sociodemográficos; posterior a la aplicación, se analizó utilizando estadística descriptiva.

### *6.3.1. Datos sociodemográficos de los participantes de la muestra*

La muestra que participó en la primera fase del estudio ( $N = 341$ ) estuvo conformada por 250 mujeres (73.3%) y 91 hombres (26.7%), con una  $\bar{X}_{edad} = 19.8$  años ( $DE = 2.13$ ) y un rango de edad entre 18 y 25 años. Del total de los participantes, 330 (96.8%) son solteros, 4 (1.2%) son casados y 7 (2.1%) se encuentran en unión libre. En cuanto a las personas con las que viven, 226 (66.3%) viven con sus padres, 32 (9.4%) viven con otros familiares, 23 (6.7%) con amigos o conocidos, 10 (2.9%) viven con su pareja, y 50 (14.7%) viven solos. Finalmente se observa que 202 (59.2%) estudian en el turno matutino, mientras que 139 (40.7%) estudian en el turno vespertino.

El cuestionario AUDIT brinda un puntaje general, el cual indica el nivel de consumo de alcohol de la persona; un puntaje de 0 indica un consumo nulo, entre 1 y 7 indica un consumo sin riesgo, entre 8 y 15 indica un consumo con riesgo, y un puntaje superior a 16 indica un consumo con riesgo de dependencia. Se dividió a la muestra del estudio en participantes con un puntaje menor a 8, y participantes con un puntaje igual o mayor a 8, siendo estos últimos los estudiantes identificados con consumo de riesgo o con consumo con riesgo de dependencia ( $n = 62$ ), a los cuales se les invitó a participar en la Fase 2 del estudio.

En esta segunda muestra, 34 participantes fueron mujeres (54.8%) y 28 fueron hombres (45.2%), y tienen una  $\bar{X}_{edad} = 19.7$  años ( $DE = 1.5$ ); en cuanto al estado civil, 61 (98.4%) son solteros y 1 (1.6%) se encuentra en unión libre. De igual manera se observa que 44 (71%) de los participantes viven con sus padres o algún familiar, mientras que 18 (29%) viven con amigos, con su pareja o solos. Por último, se observa que 32 individuos (51.6%) estudian en el turno matutino y 30 (48.4%) en el turno vespertino.

Finalmente, en los resultados de la prueba  $U$  de Mann-Whitney no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de los participantes, entre los dos grupos ( $U = 8425$ ,  $p = 0.739$ ); mientras que en la prueba de Chi cuadrada, de acuerdo con las variables de sexo, estado civil, personas con las que vive, y turno en el que estudia la

persona; solo la variable de sexo mostró diferencias significativas entre los dos grupos ( $X^2 = 13.22$ ,  $p < 0.001$ ). La Tabla 5 muestra los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas en la muestra de estudiantes en general y divididos entre individuos con consumo sin riesgo y consumo de riesgo, también se muestran los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas (la variable *edad* es descrita con mediana y percentiles 25 y 75, el resto de las variables son descritas usando frecuencia absoluta y porcentaje).

Tabla 5. Características socio-demográficas de los participantes del estudio

Variable	Total de alumnos (n = 341)	Nivel de consumo de alcohol		Parámetro
		Sin riesgo (n = 279)	Con riesgo (n = 62)	
<b>Edad</b>	19 (19 – 20)	19 (19 – 20)	19 (19 – 20)	$U = 8425.0$
<b>Sexo</b>				
Mujeres	250 (73.3%)	216 (77.4%)	34 (54.8%)	$X^2 = 13.22^*$
Hombres	91 (26.7%)	63 (22.6%)	28 (45.2%)	
<b>Estado civil</b>				
Soltero	330 (96.8%)	269 (96.4%)	61 (98.4%)	$X^2 = 0.981$
Casado o en unión libre	11 (3.2%)	10 (3.6%)	1 (1.6%)	
<b>Con quién vive</b>				
Padres	226 (66.3%)	190 (68.1%)	36 (58.1%)	$X^2 = 3.68$
Familiares	32 (9.4%)	24 (8.6%)	8 (12.9%)	
Amigos(as)	23 (6.7%)	17 (6.1%)	6 (9.7%)	
Pareja	10 (2.9%)	9 (3.2%)	1 (1.6%)	
Solo(a)	50 (14.7%)	39 (14.0%)	11 (17.7%)	
<b>Turno escolar</b>				
Matutino	202 (59.2%)	170 (60.9%)	32 (51.6%)	$X^2 = 1.82$
Vespertino	139 (40.7%)	109 (39.1%)	30 (48.4%)	

\* Resultado estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ).

### 6.3.2. Datos del nivel de consumo de alcohol de los participantes de la muestra

En la evaluación del consumo de alcohol, los participantes obtuvieron un puntaje promedio de  $\bar{X} = 4.23$  ( $DE = 4.84$ ) en el AUDIT; en cuanto al nivel de consumo, 82 (24%) participantes no consumen ningún tipo de bebida alcohólica, 197 (57.8%) consumen alcohol sin riesgo, 48 (14.1%) tienen un consumo con riesgo y 14 (4.1%) participantes presentan un consumo con riesgo de dependencia al alcohol. También se encontró que en promedio, los participantes consumen alcohol más de un día a la semana ( $\bar{X}_{\text{días}} = 1.27$ ,  $DE = 1.27$ ).

Por otro lado, a los alumnos que afirman consumir alcohol se les preguntó en qué días usualmente lo hacen, siendo jueves y viernes los días en los que es más frecuente que los participantes consuman ( $n = 176$ , 51%); en cuanto a los días lunes, martes y miércoles, 38 (11.1%) alumnos refieren hacerlo en estos días; finalmente, 125 (36.6%) participantes, lo realizan durante el fin de semana. Cabe destacar que algunos sujetos refieren consumir los jueves y viernes además del fin de semana, otros consumen a lo largo de la semana, indistintamente del día; por este motivo, la suma de estos porcentajes no conforma el 100% de la muestra, y deben leerse de manera independiente.

También se les cuestionó a los participantes, en qué periodo del semestre hay mayor probabilidad que consuman alcohol, 118 (34.6%) refieren consumir con mayor frecuencia al inicio del semestre, 101 (29.6%) refieren hacerlo a la mitad del semestre, y 200 (58.6%) lo hacen con mayor frecuencia al final del semestre. Nuevamente, estos datos no representan el 100% de la muestra, y deben leerse de manera independiente.

En cuanto a los participantes que presentan un consumo de riesgo ( $n = 62$ ), se observa que consumen alcohol al menos dos días a la semana; en cuanto a los días en los que consumen, 52 participantes (83.8%) consumen los días jueves y viernes, 39 (62.9%) lo hacen durante el fin de semana, y 21 (33.9%) consumen entre los días lunes y miércoles. En cuanto al periodo del semestre donde hay mayor probabilidad de consumo, 56 participantes (90.3%) refieren hacerlo al final del semestre, 47 (75.8%) lo hacen al inicio, y 43 estudiantes (69.3%) lo hacen a mediados del semestre. Finalmente, en cuanto al resultado en el AUDIT, los participantes obtuvieron un puntaje promedio de 12.5 ( $DE = 4.8$ ), 48 estudiantes (77.4%) presentaron un nivel de consumo de riesgo, y 14 estudiantes (22.6%) presentaron un nivel de consumo con riesgo de dependencia. La Tabla 6 muestra los resultados obtenidos de la evaluación del consumo de alcohol en la muestra en general y dividida entre alumnos sin riesgo y alumnos con riesgo (el *número de días por semana que se consume alcohol* y el *puntaje del AUDIT* son descritos con mediana y percentiles 25 y 75, el resto de las variables son descritas con frecuencia absoluta y porcentaje); en todas las variables se encontraron diferencias significativas entre los alumnos con riesgo y sin riesgo ( $p < 0.001$ ).

Tabla 6. Resultados de la evaluación del consumo de alcohol en la muestra

Variable	Total de alumnos (n = 341)	Nivel de consumo de alcohol		Parámetro	p
		Sin riesgo (n = 279)	Con riesgo (n = 62)		
<b>Días por semana que consume alcohol</b>	1 (0 – 2)	1 (0 – 2)	2 (2 – 3)	U = 3122.0	< 0.001
<b>Consume los lunes, martes y miércoles</b>					
Sí	38 (11.1%)	17 (6.1%)	21 (33.9%)	X <sup>2</sup> = 39.5	< 0.001
No	303 (88.9%)	262 (93.9%)	41 (66.1%)		
<b>Consume los jueves y viernes</b>					
Sí	176 (51.6%)	124 (44.4%)	52 (83.8%)	X <sup>2</sup> = 31.6	< 0.001
No	165 (48.4%)	155 (55.6%)	10 (16.2%)		
<b>Consume los sábado y domingo</b>					
Sí	125 (36.6%)	86 (30.8%)	39 (62.9%)	X <sup>2</sup> = 22.5	< 0.001
No	216 (63.4%)	193 (69.2%)	23 (37.1%)		
<b>Consume al inicio del semestre</b>					
Sí	118 (34.6%)	71 (25.4%)	47 (75.8%)	X <sup>2</sup> = 56.8	< 0.001
No	223 (65.4%)	208 (74.6%)	15 (24.2%)		
<b>Consume a mediados del semestre</b>					
Sí	101 (29.6%)	58 (20.8%)	43 (69.3%)	X <sup>2</sup> = 57.4	< 0.001
No	240 (70.4%)	221 (79.2%)	19 (30.7%)		
<b>Consume al final del semestre</b>					
Sí	200 (58.6%)	144 (51.6%)	56 (90.3%)	X <sup>2</sup> = 31.3	< 0.001
No	141 (41.4%)	135 (48.4%)	6 (9.7%)		
<b>Puntaje del AUDIT</b>	3 (1 – 6)	2 (0 – 4)	11 (9 – 15)	U = 0.0	< 0.001
<b>Nivel de consumo de alcohol</b>					
Nulo	82 (24.0%)	82 (29.4%)	-----		
Sin riesgo	197 (57.8%)	197 (70.6%)	-----		
Con riesgo	48 (14.1%)	-----	48 (77.4%)		
Con riesgo de dependencia	14 (4.1%)	-----	14 (22.6%)		

Por otro lado, en la Figura 3 se presenta el nivel de consumo de alcohol en la muestra, de acuerdo con el puntaje que obtuvieron en el cuestionario AUDIT y dependiendo del sexo de los estudiantes. Como puede observarse, las mujeres presentaron una prevalencia en cuanto a consumo sin riesgo de 59.6% y consumo nulo de 26.8%, mientras que en los hombres fue de 52.7% y 16.5% respectivamente. En cuanto al nivel de consumo con riesgo y de consumo con riesgo de dependencia, los hombres presentaron una prevalencia de 20.9% y 9.9% respectivamente, mientras que en las mujeres fue de 11.6% y 2%. Al comparar con la prueba *U* de Mann-Whitney entre hombres y mujeres, dependiendo su nivel de consumo de alcohol, no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

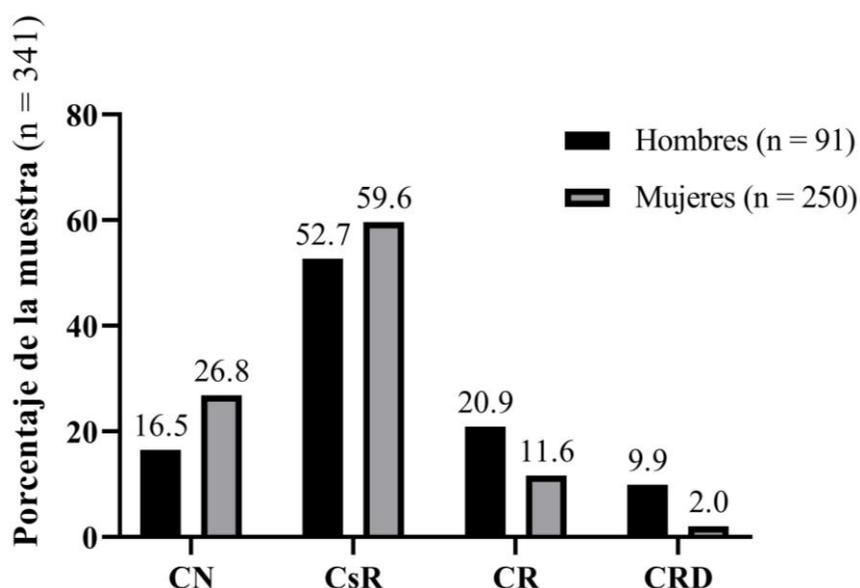


Figura 3. Nivel de consumo de alcohol por sexo. CN = Consumo Nulo; CsR = Consumo sin Riesgo; CR = Consumo con Riesgo; CRD = Consumo con Riesgo de Dependencia.

### 6.3.3. Datos de nivel de consumo de los participantes en riesgo

Al invitar a los participantes que presentaron un nivel de consumo de riesgo, a continuar en el estudio, 14 alumnos decidieron no continuar participando, quedando la muestra en 48 sujetos, a los cuales se les solicitó firmar un segundo consentimiento informado y responder una encuesta (ver anexo 4) con el objetivo de indagar con mayor

precisión sobre las características de su consumo. Los datos arrojados señalan que la *edad promedio de inicio de consumo de alcohol* en esta muestra fue a los  $\bar{X} = 15.4$  años ( $DE = 1.5$ ); también se le preguntó sobre la *disponibilidad o acceso al alcohol* tienen en el lugar donde viven. Del total de esta muestra, 26 participantes (54.2%) afirmaron que es muy fácil conseguir alcohol en el lugar en el que viven, mientras que 12 participantes (25%) lo perciben fácil de conseguir; finalmente ningún participante refirió percibir difícil o complicado adquirir alcohol en el lugar donde vive.

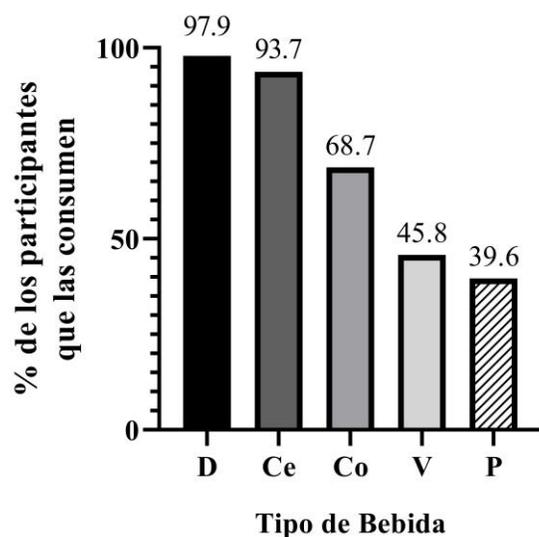
Del mismo modo, se les preguntó a los participantes si tienen algún *familiar cercano que consuma alcohol de manera excesiva*; de esta muestra, 12 participantes (25%) afirmaron tenerlo. También se les preguntó *cuánto dinero gastan al mes en bebidas alcohólicas*, obteniendo una mediana de 300 pesos gastados (150 – 800). Finalmente se les preguntó si *consumen tabaco en cualquiera de sus presentaciones* y si *consumen algún tipo de droga ilegal*; 19 participantes (39.6%) refirieron consumir tabaco, y 8 participantes (16.7%) consumen algún tipo de droga. Los datos relacionados al consumo de alcohol, obtenidos en esta segunda encuesta se observan en la Tabla 7 (la *edad de inicio de consumo* es descrita con media y desviación estándar, la *cantidad de dinero gastado en alcohol* se describe con mediana y percentiles 25 y 75, y el resto de variables se describen con frecuencia absoluta y porcentaje).

*Tabla 7. Datos relacionados al consumo de alcohol de estudiantes con riesgo*

<b>Estudiantes con Consumo de Riesgo (n = 48)</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Edad de inicio de consumo de alcohol</b>	15.4 ± 1.5
<b>Disponibilidad de alcohol en el lugar donde viven</b>	
Muy fácil de conseguir	26 (54.2%)
Fácil de conseguir	12 (25%)
Ni fácil, ni difícil de conseguir	10 (20.8%)
<b>Individuos con familiares que consumen alcohol</b>	12 (25%)
<b>Consumo tabaco en cualquier presentación</b>	19 (39.6%)
<b>Consumo algún tipo de droga ilegal</b>	8 (16.7%)
<b>Cantidad de dinero gastado en alcohol al mes (\$)</b>	300 (150 – 800)

Dentro de esta segunda encuesta aplicada, también se les preguntó a los participantes acerca de *qué tipo de bebida alcohólica consumían de manera más frecuente*, las bebidas fueron clasificadas en: cerveza, destilados (whiskey, tequila, mezcal, vodka o ron), vino,

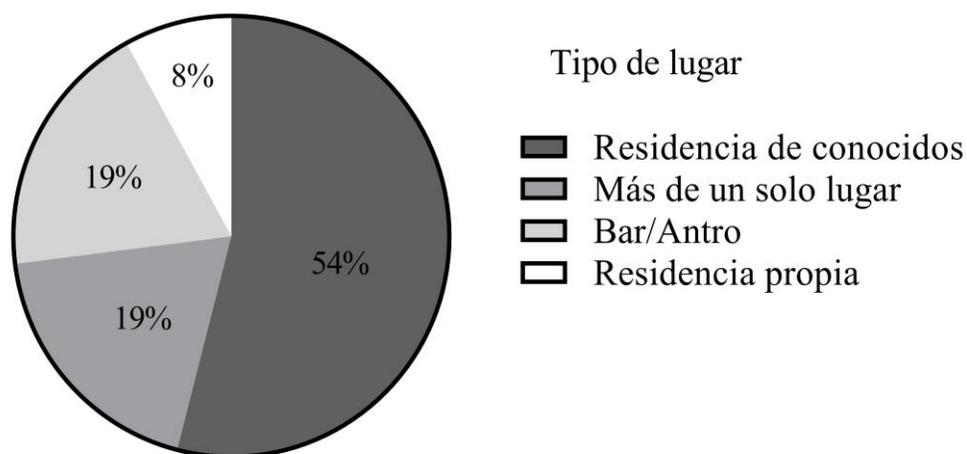
pulque y *coolers* (bebidas alcohólicas preparadas y que se venden usualmente enlatadas o embotelladas); como resultado, los destilados son el tipo de bebida alcohólica más frecuentemente consumida (97.9%), mientras que el pulque fue la bebida que menos frecuencia de consumo presentó (39.6%). La Figura 4 expone los resultados obtenidos de esta sección del cuestionario aplicado; cabe destacar nuevamente, que algunos participantes consumen preferentemente más de un tipo de bebida alcohólica, por lo tanto, los porcentajes no conforman el 100% de la muestra.



*Figura 4. Tipo de bebida consumida preferentemente por los participantes en riesgo. D = Destilados; Ce = Cerveza; Co = Coolers; V = Vino; P = Pulque.*

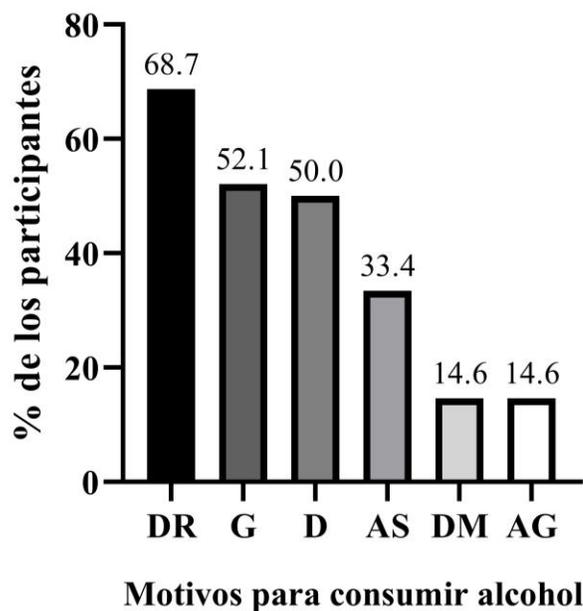
También se indagó en *qué lugares los participantes consumen alcohol* con mayor frecuencia, en este sentido se realizó una clasificación de los espacios, considerando: bar/antro, lugar de residencia, residencia de conocidos y más de un sitio (consumen frecuentemente en más de un solo sitio). En los resultados se observa que la casa de conocidos es el lugar en el que más frecuentemente consumen alcohol los participantes (54%), los bares y antros presentaron una frecuencia de 19% y la propia residencia del participante fue el lugar menos frecuente para realizar un consumo de alcohol (8%). Finalmente, del total de los participantes que tienen un consumo de riesgo, 19% refiere consumir alcohol frecuentemente

en más de un solo lugar. La Figura 5 muestra los resultados obtenidos en los participantes encuestados.



*Figura 5. Lugares en donde los participantes usualmente consumen alcohol*

Por último, a estos participantes también se les pidió responder acerca de los *motivos principales por los que acostumbran a consumir alcohol*, los cuales fueron clasificados en: a) Disfrutar más de una reunión, b) Por el gusto de sentir los efectos que produce el alcohol, c) Para disminuir algún malestar, d) Para sentirse aceptado en un grupo, e) Para aumentar la sociabilidad, y f) Disminuir el estrés. El motivo para consumir alcohol más frecuente en los participantes fue el de “disfrutar más de una reunión” (68.7%), en segundo lugar fue “por el gusto de sentir los efectos del alcohol” (52.1%), en tercer lugar fue “para disminuir el estrés” (50%), seguido de “aumentar la sociabilidad” (33.4%), finalmente, los motivos menos frecuentes fueron “disminuir algún malestar” (14.6%), y por “aceptación grupal” (14.6%). La Figura 6 representa los motivos principales reportados por los participantes, así como el porcentaje de personas que afirmaron consumir debido a ese motivo.



*Figura 6. Motivos reportados por los que se consume alcohol en los participantes. DR = Disfrutar de una reunión; G = Por gusto; D = Disminuir el estrés; AS = Aumentar la sociabilidad; DM = Disminuir algún malestar; AG = Aceptación grupal.*

#### 6.4. Discusión

*Prevalencia elevada de consumo de alcohol en los estudiantes de Pachuca Hidalgo, similar a otros estudios nacionales e internacionales*

En esta primera Fase del estudio se cumplieron los objetivos específicos de evaluar el nivel de consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios, e identificar a aquellos participantes que presenten un consumo de riesgo; para esto se aplicó el cuestionario AUDIT, junto con una encuesta de datos sociodemográficos, que también permitió identificar con mayor detalle el consumo de alcohol de los participantes.

En los resultados obtenidos se observó que 83.5% de los hombres y 73.2% de las mujeres consumen alcohol, mientras que 18.2% de los participantes presentaron un consumo de riesgo. A pesar del puntaje elevado en estos rubros, estos resultados son similares a los reportados tanto a nivel nacional como estatal por la ENCODAT 2016-2017 (10); sin

embargo, debe resaltarse que en esta última, la población encuestada tuvo un rango de edad más amplio, ya que los participantes fueron adultos entre 18 y 65 años de edad, mientras que en este estudio, el rango de edad fue entre 18 y 25 años. Esto puede sugerir que en las siguientes encuestas estatales y nacionales, probablemente se reportará un aumento en el consumo excesivo de alcohol en la población adulta, siguiendo con la tendencia de los últimos años en los que el nivel de consumo excesivo de alcohol continúa aumentando en su prevalencia (1). También está el hecho de que la población de estudiantes universitarios generalmente presentan una mayor prevalencia de consumo excesivo en comparación con la población de adultos en general (69).

Cabe destacar, que en esta investigación se encontró que el porcentaje de mujeres que consume alcohol de manera regular y moderada es superior al de los hombres; fenómeno que ha empezado a estudiarse recientemente, ya que actualmente la brecha que había entre el consumo de alcohol de los hombres y las mujeres ha empezado a disminuir (35,121). Esta situación puede explicarse por los cambios que han ocurrido a nivel social y cultural en todo el mundo, en donde las generaciones más jóvenes buscan dejar de lado los roles de género tradicionales, así como las creencias y actitudes que consideran como negativo que las mujeres consuman alcohol, mientras que esta misma conducta en los hombres se considera como positiva y normal por parte de la sociedad; gracias a estos cambios, las mujeres se perciben con mayor libertad para consumir estas sustancias, al igual que lo hacen los hombres (35,122,123).

Ahora bien, como ya se señaló en los resultados de este estudio, se encontró que el consumo de alcohol excesivo sigue siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres, concordando con estudios anteriores, en donde se concluye que el sexo de la persona está asociado con los patrones de consumo; si bien, la intoxicación que produce el alcohol afecta de manera diferente a hombres y mujeres, dependiendo de la talla, peso, y metabolismo, esta problemática se vincula más con la esfera social del individuo, ya que en los hombres, usualmente el consumo de alcohol inicia a edades más tempranas en comparación con las mujeres, así mismo, reciben una mayor presión social para consumir de manera reiterada y en mayores cantidades; también se destaca la existencia de creencias y actitudes, que

fomentan y normalizan en la etapa final de la adolescencia y los primeros años de la adultez, el consumo de alcohol (124–126).

Otro aspecto relevante de los resultados es que la mayoría de los participantes tienen un patrón de consumo preferentemente los días jueves y viernes de la semana, lo cual puede explicarse a partir de dos factores: en primer lugar, el hecho de que en estos días, las actividades académicas no sean tan intensas en comparación con los primeros días de la semana, por lo tanto, los alumnos disponen de más tiempo libre; y en segundo lugar, el hecho de que aquellos estudiantes que sean foráneos y que regresan a sus ciudades de origen durante el fin de semana, aprovechan estos días en los cuales no tienen supervisión paternal para consumir alcohol, estos dos factores han sido relacionados con la conducta de consumo específicamente en la población universitaria (70,73).

Aunado a esto, también se observó que más del 50% de los participantes del estudio refiere consumir alcohol con mayor frecuencia durante los últimos dos meses del semestre, esta misma tendencia la reportaron los estudiantes que consumen con un nivel de riesgo, ya que perciben que su consumo aumenta hacia el final del curso. Este periodo se caracteriza por la entrega de trabajos y evaluaciones finales, lo cual puede implicar que la sobrecarga de trabajo y el estrés académico que los estudiantes presentan están relacionados con el consumo de alcohol (15,71,72).

Ahora bien, al cuestionar a los participantes que presentaron consumo de riesgo acerca de los motivos por los que ingieren alcohol, la mayoría afirma que lo hace porque así disfruta más una reunión o una fiesta con sus conocidos, así como por el gusto de sentir los efectos que produce esta sustancia en el organismo, lo cual resalta las creencias y actitudes favorables hacia el alcohol en la vida universitaria (71,72).

Por otro lado, el consumir para disminuir algún malestar o para sentirse aceptados en su grupo social fueron los motivos menos frecuentes. Una explicación para este fenómeno es el hecho de que la búsqueda de aceptación grupal y el sentirse integrado dentro de un grupo, son motivantes para que una persona comience a consumir alcohol por primera vez (21,22), pero para una persona que ya consume de manera regular y en exceso, estos motivos dejan de ser los principales, y aparecen otros factores que refuerzan esta conducta, como la

búsqueda de los efectos que produce la intoxicación del alcohol, tales como la desinhibición y la euforia (70).

Finalmente, los resultados indican la necesidad de acciones destinadas a prevenir y disminuir el consumo de alcohol en los estudiantes, debido a la alta prevalencia de este problema, a los factores de riesgo presentes en este tipo de población, y a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva esta conducta.

## VII. FASE 2: APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

### 7.1. *Objetivos específicos*

- Integrar un grupo experimental y un grupo en espera de estudiantes universitarios que presentan consumo de alcohol de riesgo.
- Evaluar el nivel de autoeficacia en ambos grupos.
- Aplicar una intervención psicológica breve preventiva y no presencial, enfocada en la disminución del consumo de alcohol, en el grupo experimental.
- Evaluar el nivel de consumo de alcohol y de autoeficacia, después de la aplicación de la intervención psicológica breve.
- Evaluar nuevamente el nivel de consumo de alcohol y de autoeficacia, después de un periodo de seguimiento.
- Comparar los niveles del consumo de alcohol y autoeficacia obtenidos en los tres momentos de la investigación.

### 7.2. *Método*

#### 7.2.1. *Contexto de la investigación*

Debido a las medidas sanitarias impuestas por la pandemia provocada por la COVID-19, esta Fase de la investigación, así como la intervención que fue aplicada, se realizaron bajo una modalidad no presencial.

#### 7.2.2. *Diseño y tipo de estudio*

La segunda fase del estudio consistió en un diseño cuasi-experimental con dos grupos: en espera y experimental, y es de tipo prospectivo y longitudinal. La Figura 7 expone de manera gráfica el diseño de la presente investigación, en donde se observa la conformación de los grupos, sus tres evaluaciones, así como el momento donde se aplicó la intervención breve en el grupo experimental.

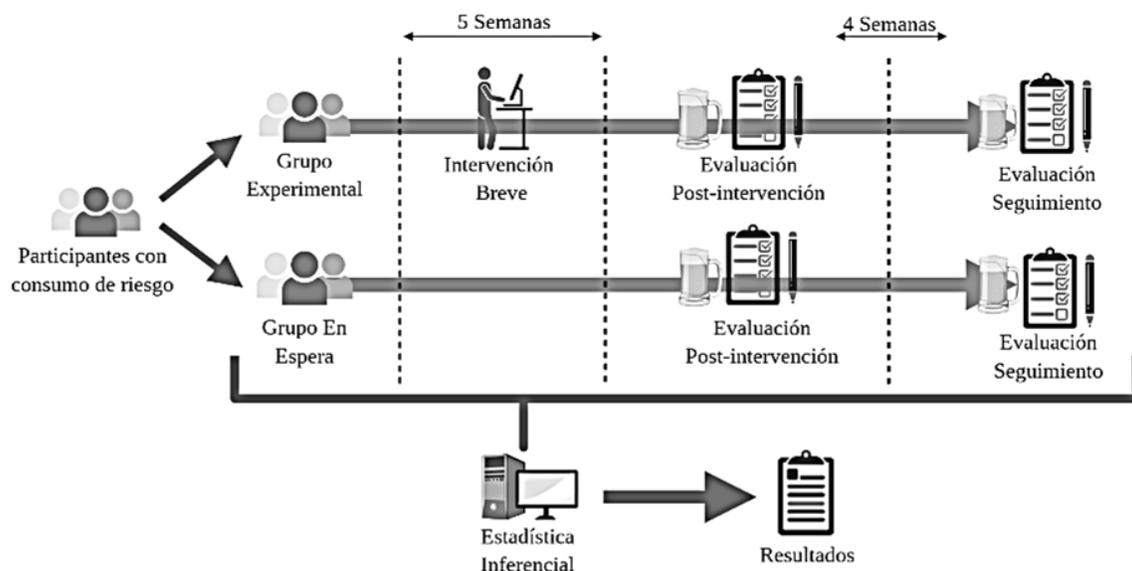


Figura 7. Diseño de la Fase 2 del estudio.

### 7.2.3. Definición de variables

La Tabla 8 expone la definición y características de las variables que se utilizaron en la Fase 2 de la presente investigación.

Tabla 8. Definición de las variables utilizadas en la Fase 2 de la investigación.

Variables	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
<b>Consumo de alcohol</b>	Dependiente	Ingesta voluntaria de alcohol etílico (5).	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT (59) expuesto en el Anexo 3. Auto-registro de consumo de alcohol semanal (3) expuesto en el Anexo 7.
<b>Autoeficacia</b>	Dependiente	Percepción que tiene una persona sobre su propia capacidad de realizar una conducta (76).	Cuestionario de Confianza Situacional CCS (60) expuesto en el Anexo 8.
<b>Intervención psicológica breve</b>	Independiente	Prácticas que tienen como objetivo identificar algún problema real o potencial relacionado al consumo de alcohol y motivar al individuo a disminuir esta actividad (58).	Carta descriptiva de la intervención psicológica breve, expuesta en el Anexo 9.

#### *7.2.4. Selección de la población*

Se identificaron a los estudiantes que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 8 en el AUDIT en la Fase 1 del estudio, lo que corresponde a un nivel de consumo de riesgo. Esta sub-muestra (n = 48) estuvo conformada por 27 mujeres (56.3%) y 21 hombres (43.8%), con una edad promedio de 19.5 años ( $DE = 1.3$ ), de los cuales, 47 (97.9%) son solteros y 1 (2.1%) está en unión libre. Se invitó a estos estudiantes a participar en la Fase 2 del estudio, de los cuales, 12 individuos aceptaron participar, quedando la muestra de estudiantes para esta fase del estudio en 12 participantes, de los cuales 5 fueron hombres (41.7%) y 7 fueron mujeres (58.3%), con una edad promedio de 19.9 años ( $DE = 1.6$ ), siendo todos solteros.

#### *7.2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación*

Los participantes tuvieron que cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Aceptar participar en esta Fase de la investigación, firmando un segundo consentimiento informado
- Edad en un rango de los 18 a los 25 años.
- Residir en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Haber obtenido un puntaje equivalente a “consumo de riesgo” en el cuestionario AUDIT (puntaje igual o mayor a 8) durante la Fase 1.
- Poseer una computadora o laptop con cámara web y una red de internet doméstica.

Los criterios de exclusión para los participantes fueron:

- Tener conocimiento de padecer alguna enfermedad psiquiátrica.
- Consumir de manera regular sustancias adictivas ilegales (mariguana, cocaína, heroína, etc.).
- No poseer computadora, laptop, cámara web o una red de internet doméstica

Los criterios de eliminación de la presente investigación fueron:

- Abandono voluntario por parte del participante.
- Que el participante se dé de baja del programa educativo.

- No asistir a una de las sesiones de la intervención psicológica.

#### 7.2.6. Instrumentos de evaluación

##### *Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT (Anexo 3)*

Para evaluar el nivel del consumo de alcohol, a lo largo de la aplicación de la intervención y después del periodo de seguimiento, se volvió a utilizar el AUDIT (59), descrito en el apartado de instrumentos de evaluación de la Fase 1 (Anexo 3).

##### *Auto-registro de consumo de alcohol semanal (Anexo 7)*

También se utilizó un auto-registro individual con una periodicidad semanal cuyo formato es propuesto por CONADIC (3), en el cual los participantes anotan el número de copas estándar de alcohol que consumieron por día durante la semana, también si consumieron solos o en compañía de otra persona y si ocurrió en un lugar público o privado; cabe destacar que en el mismo auto-registro, hay una tabla que se usa como guía para identificar de acuerdo al tipo y cantidad de bebidas alcohólicas, a cuántas copas estándar de alcohol equivalen (Anexo 7).

##### *Cuestionario de Confianza Situacional CCS (Anexo 8)*

Para la evaluación de la autoeficacia se utilizó el CCS, el cual evalúa qué tan capaz se percibe el individuo para evitar consumir alcohol en ocho diferentes situaciones, valorando esa capacidad de manera porcentual desde el 0% al 100%. La versión aplicada fue la adaptación que realizó CONADIC (60) para el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, el cual consta de 8 ítems abordando las diferentes situaciones propuestas en el instrumento original: a) cuando la persona siente emociones desagradables, b) algún malestar físico, c) emociones agradables, d) al poner a prueba su auto-control, e) ante la urgencia por consumir alcohol, f) al tener conflictos con otros, g) al tener presión social para consumir, y h) al estar en un momento agradable (Anexo 8).

### 7.2.7. Procedimiento

Los participantes identificados con un nivel de consumo de riesgo en la Fase 1, fueron invitados a participar en la Fase 2 por medio de un correo electrónico. Se les brindó un segundo consentimiento informado (Anexo 5), así como una lista de lineamientos a seguir (Anexo 6), en donde se les indicó en qué consistía la intervención y el procedimiento para realizarla, haciendo hincapié en que esta sería bajo una modalidad no presencial; por lo tanto, se solicitó que poseyeran una laptop con cámara web y red de internet doméstica. También se les solicitó contestar un segundo cuestionario para obtener más información relacionada a su consumo de alcohol (Anexo 4).

Se realizó una reunión virtual e individual con cada uno de los participantes que integraron el grupo experimental utilizando la aplicación para videoconferencias *Zoom*, en donde se les dieron indicaciones acerca de cómo sería el procedimiento de la intervención psicológica y los requerimientos para asegurar la seguridad y confidencialidad de la información personal, tanto del terapeuta como de los participantes; retomando las indicaciones establecidas en la *Guía para la práctica de Telepsicología de la APA* (99).

Debido a las medidas sanitarias impuestas por la pandemia de la COVID-19, los cuestionarios y el auto-registro fueron adaptados a un formulario de *Google*, para que fueran contestados vía virtual por los participantes.

La intervención psicológica de tipo breve preventiva y no presencial estuvo conformada por 5 sesiones individuales y semanales de 1 hora cada una, y se utilizó nuevamente la aplicación *Zoom* para llevarlas a cabo (Anexo 9); al final de cada sesión se les solicitó a los participantes llenar el auto-registro de consumo de alcohol (Anexo 7).

La primera sesión consistió en el establecimiento de la conducta objetivo, la cual fue traducida en una disminución del consumo de alcohol, el registro de la línea base del consumo de alcohol y en una exposición psicoeducativa acerca de los modelos psicológicos que explican el mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol.

En la segunda sesión se instruyó a los participantes para realizar un análisis funcional de la conducta, y de esta manera, que pudieran identificar bajo su propio contexto, qué

elementos ambientales o estímulos, pensamientos y creencias, respuestas emocionales y refuerzos son los que influyen en su conducta de consumo.

En la tercera sesión se realizó la planeación para poder disminuir el consumo de alcohol de los participantes, se identificaron también barreras y obstáculos, y usando la técnica de Reestructuración Cognitiva, se modificaron pensamientos disfuncionales que pudieran influir en la conducta a modificar.

En la cuarta sesión, se aplicaron técnicas de Distracción Cognitiva y se propusieron conductas alternativas que el participante pudiera realizar, con el objetivo de que se expusiera a una situación de consumo real y evitara consumir alcohol de manera excesiva.

En la quinta sesión se brindó retroalimentación a los participantes y se les propuso aplicar las técnicas aprendidas durante las sesiones de la intervención en situaciones reales.

Una vez finalizada la intervención psicológica en el grupo experimental, se les solicitó a los participantes de ambos grupos volver a contestar el cuestionario AUDIT y el CCS. Después de un periodo de seguimiento de un mes, se realizó una tercera evaluación, nuevamente aplicándose el cuestionario AUDIT y el CCS en ambos grupos. Una vez terminada la tercera evaluación, se invitó a los participantes pertenecientes al grupo en espera a recibir la misma intervención psicológica, la cual fue aplicada de la misma manera y tuvo el mismo contenido. Finalmente se procedió a realizar el análisis estadístico de los resultados obtenidos en las tres evaluaciones realizadas en ambos grupos.

#### *7.2.8. Análisis estadístico*

Debido a la cantidad de participantes que conformaron la muestra en esta Fase del estudio ( $n = 12$ ), se realizó estadística no paramétrica. Se aplicó la prueba de  $U$  de Mann-Whitney para comparar los niveles de consumo de alcohol entre el grupo experimental y el grupo en espera previos a la intervención, posterior a esta y después del periodo de seguimiento, para buscar diferencias significativas entre los grupos durante las tres evaluaciones. También se realizó un análisis de varianza por rangos de Friedman para verificar los cambios en los grupos a través de los tres momentos de evaluación. Para los análisis estadísticos, nuevamente se usó el software IBM-SPSS para Windows, en su versión 21 en español.

### 7.2.9. Aspectos éticos

De acuerdo con el Art. 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio es una investigación con riesgo mínimo, debido a la realización de una intervención psicológica breve y la aplicación de cuestionarios y pruebas psicológicas estandarizadas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (Código: CEEI-042-2019).

Todos los participantes firmaron un segundo consentimiento informado (Anexo 5), en donde se les indicó de manera general el objetivo de la segunda fase del estudio, los responsables de este con sus datos de contacto y las actividades que se les solicita que realicen. El documento también les informó que sus datos personales son confidenciales, y que su participación o abandono del proyecto es voluntaria, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (119) y a la guía de las Buenas Prácticas Clínicas (120).

La intervención psicológica que fue aplicada bajo una modalidad no presencial, se realizó de acuerdo a lo estipulado en la *Guía para la práctica de Telepsicología de la APA* (99), con el fin de asegurar la integridad, confidencialidad y privacidad de todos los participantes de esta Fase del estudio.

## 7.3. Resultados

### 7.3.1. Comparación intra e inter-grupal del consumo de alcohol y autoeficacia

Como ya se señaló, para la segunda Fase de esta investigación, se establecieron los objetivos específicos de integrar dos grupos, uno experimental y uno en espera, aplicar la intervención psicológica breve en el grupo experimental, y evaluar los niveles de consumo de alcohol y autoeficacia en tres momentos (previo a la intervención, posterior a la intervención, y después de un periodo de seguimiento). Para esto, se procedió a invitar a los participantes de la Fase 1 del estudio que obtuvieron un puntaje en el AUDIT igual o mayor a 8 (el cual corresponde a un “consumo de riesgo” de alcohol) a continuar participando en esta segunda fase.

La muestra que participó en esta segunda Fase del estudio ( $n = 12$ ) estuvo conformada por 5 hombres (41.7%) y 7 mujeres (58.3%), con una edad promedio de  $\bar{X} = 19.9$  años ( $DE = 1.8$ ) dentro de un rango entre 18 y 23 años; en cuanto al estado civil, todos refirieron ser solteros. Se procedió a integrar un grupo experimental y un grupo en espera, los cuales estuvieron conformados por 6 integrantes cada uno. La Tabla 9 muestra los resultados obtenidos con estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes de cada grupo.

*Tabla 9. Resultados sociodemográficos obtenidos de la muestra de la Fase 2*

Variables	Total de la muestra (n = 12)	Grupo	
		Experimental (n = 6)	En espera (n = 6)
<b>Sexo</b>			
Mujer	7 (58.3%)	5 (83.3%)	2 (33.3%)
Hombre	5 (41.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)
<b>Edad</b>	19 (19 – 22)	20 (19 – 22)	19 (18 – 22)

Debido a que la muestra en esta Fase del estudio fue pequeña ( $n = 12$ ), se utilizó estadística no paramétrica para realizar los análisis siguientes.

Con el fin de corroborar que no haya diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo en espera antes de aplicar la intervención psicológica, se realizó la prueba  $U$  de Mann-Whitney para comparar el consumo de alcohol entre ambos grupos, de acuerdo a los puntajes del AUDIT obtenidos en la evaluación pre-intervención. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $U = 17.5$ ,  $p = 0.936$ ), lo cual indica que previo a realizar la intervención psicológica, no hubo diferencias en el consumo de alcohol entre el grupo experimental y el grupo en espera.

Para la variable autoeficacia, debido a que el CCS no aporta un resultado general, sino ocho porcentajes diferentes, se calculó un puntaje promedio de autoeficacia. Nuevamente se realizó una prueba  $U$  de Mann-Whitney, comparando entre los dos grupos, los puntajes generales obtenidos en la evaluación pre-intervención. No se encontró una diferencia significativa ( $U = 6.5$ ,  $p = 0.065$ ), demostrando que antes de aplicar la intervención psicológica, no hubo diferencias en el puntaje general de autoeficacia entre los dos grupos.

La Tabla 10 muestra los resultados obtenidos en la prueba *U* de Mann-Whitney al comparar el nivel de consumo de alcohol y el puntaje general de autoeficacia entre ambos grupos previo a la intervención psicológica.

*Tabla 10. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney al comparar los puntajes pre-intervención entre ambos grupos*

Evaluación pre-intervención	Grupo		<i>U</i>	<i>p</i>
	Experimental n = 6	En espera n = 6		
Nivel de consumo de alcohol	11 (9 – 12)	13 (8 – 23)	17.5	0.936
Puntaje general de autoeficacia	55 (50 – 70)	79 (62 – 87)	6.5	0.065

Posteriormente se realizó un análisis de varianza por rangos de Friedman para evaluar si hubo diferencias significativas entre los puntajes de consumo de alcohol obtenidos en las tres evaluaciones realizadas a lo largo del estudio. El resultado obtenido en el grupo experimental muestra que entre las tres evaluaciones del consumo de alcohol existen diferencias estadísticamente significativas ( $Xr = 10.34$ ,  $p = 0.006$ ). En cuanto al grupo en espera, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres evaluaciones del consumo de alcohol ( $Xr = 1.65$ ,  $p = 0.438$ ). La Tabla 11 muestra los resultados de la prueba de Friedman al comparar los puntajes obtenidos en el AUDIT en ambos grupos, a lo largo de las tres evaluaciones.

*Tabla 11. Resultados de la prueba de Friedman al comparar los puntajes del AUDIT de las tres evaluaciones del estudio*

Grupo del estudio	Consumo de alcohol			<i>Xr</i>	<i>p</i>
	Pre	Post	Seg.		
Grupo experimental (n = 6)	11 (9-12)	7 (5-8)	4 (4-5)	10.34	0.006
Grupo en espera (n = 6)	13 (8-23)	12 (8-17)	13 (9-19)	1.65	0.438

Por otro lado, se realizó una prueba  $U$  de Mann-Whitney, para comparar los puntajes del AUDIT entre ambos grupos, a lo largo de las dos últimas evaluaciones. En la evaluación posterior a la intervención se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ( $U = 5.5, p = 0.04$ ). De igual manera, en la evaluación después del periodo de seguimiento también se obtuvo una diferencia significativa ( $U = 0.0, p = 0.004$ ). La Figura 8 muestra la comparación de los puntajes del AUDIT entre los dos grupos, a lo largo de las tres evaluaciones; en esta se observa que en el grupo experimental, el puntaje del consumo de alcohol tiende a disminuir a lo largo del estudio; mientras que en el grupo en espera, el consumo de alcohol disminuyó en la segunda evaluación, pero aumentó en la tercera.

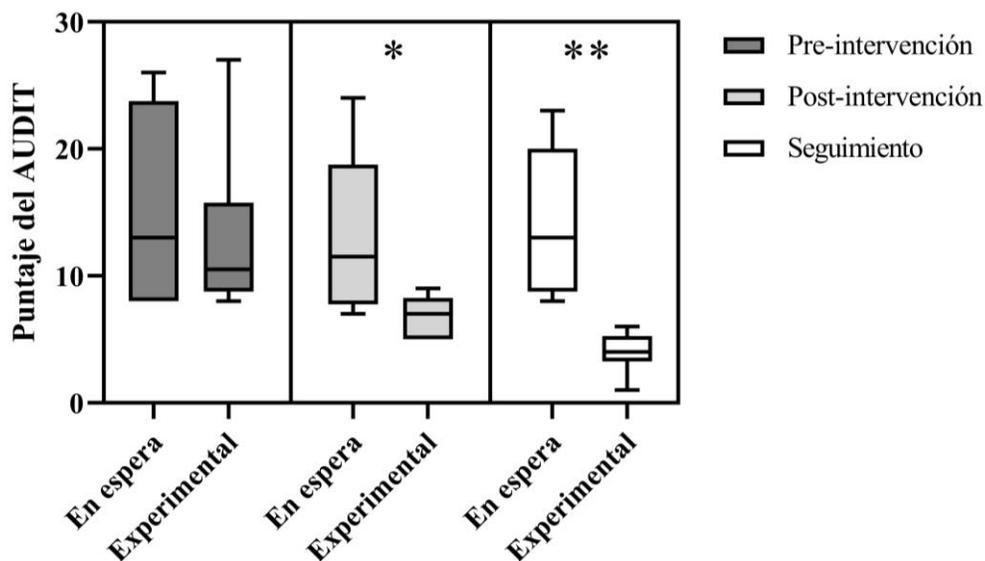


Figura 8. Comparación del puntaje del AUDIT entre grupos a lo largo de las tres evaluaciones. \* Diferencia significativa ( $p = 0.05$ ); \*\* Diferencia significativa ( $p = 0.01$ ).

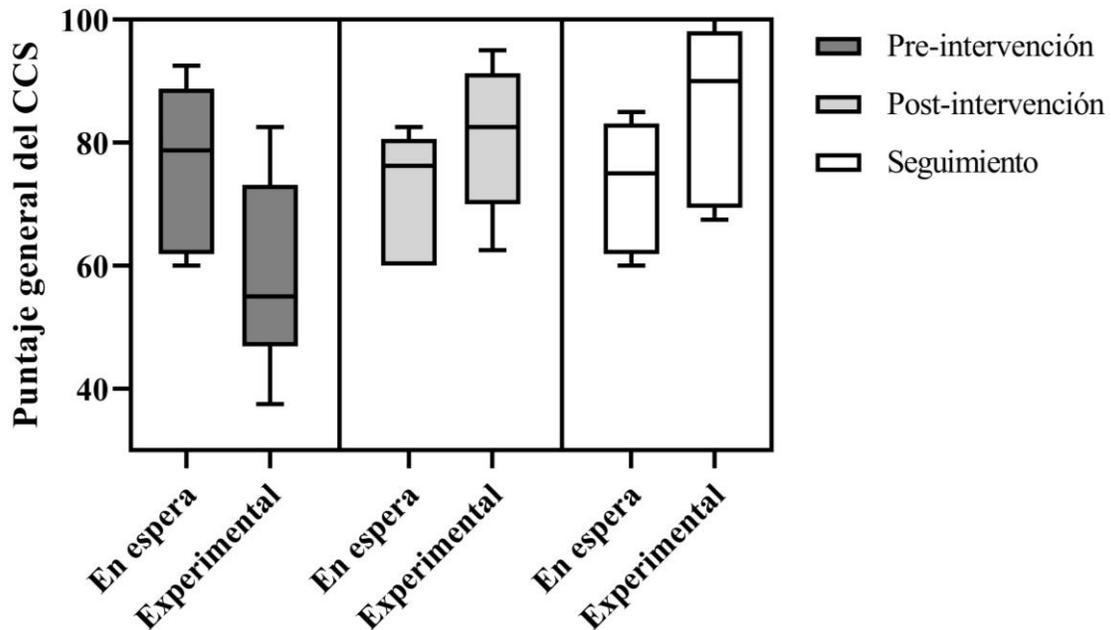
Para evaluar los cambios en cuanto a la autoeficacia, se volvió a realizar una prueba de Friedman para corroborar si hubo diferencias significativas entre los puntajes generales obtenidos en las tres evaluaciones del estudio. En el grupo experimental se observó que hay diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes generales de autoeficacia, a lo largo de las tres evaluaciones del estudio ( $Xr = 10.34, p = 0.006$ ). En cuanto al grupo en

espera, también existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes generales de autoeficacia ( $Xr = 7.12$ ,  $p = 0.03$ ). La Tabla 12 muestra los resultados de la prueba de Friedman al comparar los puntajes generales de autoeficacia de ambos grupos, obtenidos por el cuestionario CCS, a lo largo de las tres evaluaciones del estudio.

*Tabla 12. Resultados de la prueba de Friedman al comparar los puntajes generales del CCS de las tres evaluaciones del estudio*

Grupo del estudio	Autoeficacia			$Xr$	$p$
	Pre	Post	Seg.		
<b>Grupo experimental (n = 6)</b>	55 (50-70)	82 (72-90)	90 (70-97)	10.34	0.006
<b>Grupo en espera (n = 6)</b>	79 (62-87)	76 (60-80)	75 (62-82)	7.12	0.029

Por otro lado, la Figura 9 muestra la comparación en cuanto al puntaje general de autoeficacia entre los dos grupos, a lo largo de las tres evaluaciones realizadas en el estudio. En el grupo experimental se observa que el puntaje tiende a aumentar a lo largo de las tres evaluaciones. En cuanto al grupo en espera, se observa una disminución del puntaje general entre la evaluación pre-intervención y la evaluación post-intervención, posteriormente el puntaje se mantiene estable en la evaluación realizada después del seguimiento. Cabe destacar que en la evaluación pre-intervención, se observa una diferencia en el puntaje de la autoeficacia entre los dos grupos; sin embargo, la prueba  $U$  de Mann-Whitney realizada anteriormente demuestra que esta diferencia no es significativa ( $U = 6.5$ ,  $p = 0.065$ ). Al realizar esta misma prueba, comparando los puntajes del CCS entre ambos grupos, en las últimas dos evaluaciones, no se encontraron diferencias significativas en la evaluación post-intervención ( $U = 10.5$ ,  $p = 0.228$ ), ni en la evaluación realizada después del seguimiento ( $U = 7.5$ ,  $p = 0.092$ ).



*Figura 9. Comparación del puntaje general del CCS entre grupos a lo largo de las tres evaluaciones.*

Una vez concluido el análisis inter-grupal de la Fase 2 del estudio, a continuación se describe el análisis de cada uno de los participantes que conformaron el grupo experimental, así como los cambios que se presentaron en su consumo de alcohol y el nivel de autoeficacia posterior a la intervención y después del periodo de seguimiento.

### *7.3.2. Descripción de casos de los participantes del grupo experimental*

#### Participante 1 “M. S.”

Individuo femenino de 22 años, con un puntaje pre-intervención en el AUDIT de 12, que corresponde a un nivel de consumo de riesgo. Inició su consumo de alcohol a los 11 años, actualmente la bebida alcohólica que consume con mayor frecuencia es la cerveza, y los lugares donde prefiere consumir son los bares y antros. Refiere consumir alcohol tres veces a la semana, principalmente los jueves, viernes y el fin de semana, y los motivos principales por los que consume son para disminuir estrés y ansiedad, y disfrutar más de una reunión.

Vive en casa de sus padres y no tiene familiares directos que consuman alcohol de manera excesiva, menciona que no recibe presión por parte de su círculo social para consumir; afirma que en caso de solicitar ayuda para disminuir esta conducta, tanto sus familiares cercanos como sus amigos aceptarían hacerlo. Considera que su consumo es problemático debido a que ha tenido conflicto con sus padres, y ha intentado disminuirlo usando como estrategia el autocontrol sin obtener los resultados deseados.

En cuanto a la autoeficacia, previo a la intervención se percibió como incapaz de evitar consumir alcohol ante situaciones donde siente emociones desagradables, al tener conflictos con otras personas, al sentir un antojo intenso por consumir, y ante situaciones en las cuales esté disfrutando de una reunión con otras personas.

Al finalizar la intervención, su puntaje en el AUDIT disminuyó de 12 a 6, y posterior al periodo de seguimiento disminuyó a 4, el cual corresponde a un nivel de consumo sin riesgo. En su auto-registro de consumo semanal se observa un consumo intenso, tanto en la línea base como en la primera semana (22 y 45 copas de alcohol consumidas respectivamente), a partir de la segunda semana se observa una disminución en el consumo de alcohol (12 copas), y finalmente en la tercera y en la quinta semana la participante no consumió alcohol.

Para el nivel de autoeficacia, se obtuvo el puntaje general promediando el resultado de los ocho porcentajes que la participante obtuvo en el CCS previo a la intervención, otro puntaje general con los datos obtenidos posterior a la intervención y un tercer puntaje general

después del periodo de seguimiento; se observa en un primer momento un puntaje de 37.5, posterior a la intervención el puntaje aumentó a 95 y después del periodo de seguimiento aumentó a 100, el cual indica que se percibe 100% segura de poder evitar consumir alcohol en cualquier situación. La Figura 10 muestra los puntajes de la participante en cuanto al AUDIT, su auto-registro de consumo semanal y los puntajes generales de la autoeficacia a lo largo de la investigación.

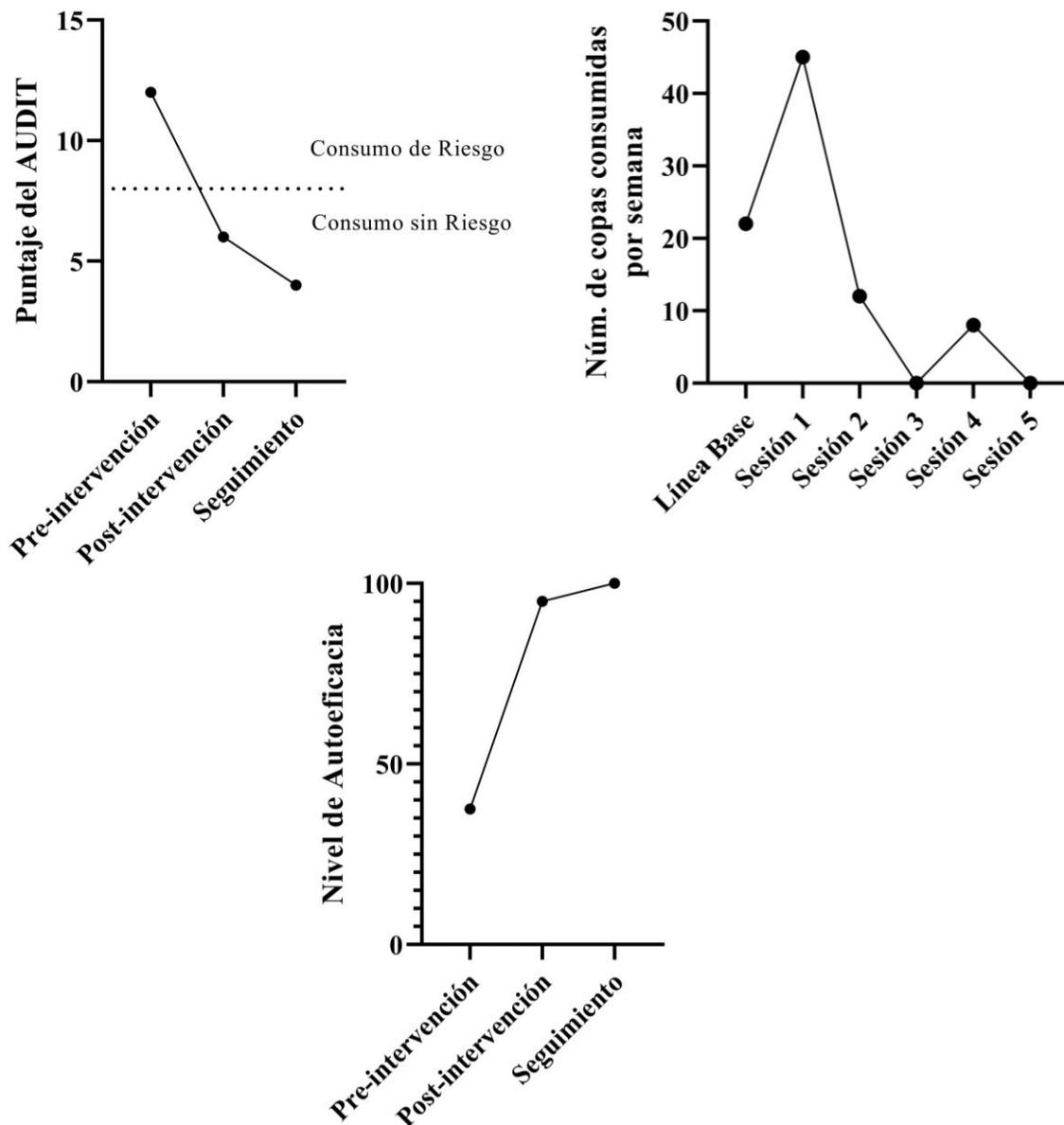


Figura 10. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante uno durante el estudio

## Participante 2 “J. T.”

Individuo femenino de 19 años, con un puntaje pre-intervención en el AUDIT de 9, correspondiente a un nivel de consumo de riesgo. Inició su consumo de alcohol a los 14 años, actualmente ingiere de manera indistinta diferentes tipos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino, destilados, pulque y *coolers*). Prefiere consumir en su lugar de residencia en lugar de realizarlo en lugares públicos, y menciona hacerlo tres veces por semana, principalmente los jueves, viernes y el fin de semana; en cuanto al motivo principal para consumir, refiere que lo hace para sentirse involucrada dentro de su grupo social y para disminuir algún malestar.

Actualmente vive con sus padres debido a la contingencia por la COVID-19, sin embargo, previo a la cuarentena rentaba un departamento, lugar donde normalmente consumía alcohol; a pesar del cambio de domicilio y la presencia de sus padres, su consumo continúa debido a conflictos familiares. No tiene antecedentes familiares relacionados con el consumo de alcohol o drogas, y menciona no percibir presión por parte de su familia para consumir. No considera que su consumo sea problemático, tampoco ha tenido ningún conflicto con sus padres por su conducta, ni ha padecido consecuencias negativas en el ámbito académico; finalmente menciona que no ha llevado a cabo ninguna estrategia con el objetivo de disminuir su consumo.

En la evaluación de la autoeficacia previa a la aplicación de la intervención, presenta un nivel bajo ante las situaciones en donde se presentan conflictos con otras personas, al disfrutar de un momento agradable, y al recibir presión social.

Al terminar la intervención psicológica, el puntaje obtenido en el AUDIT disminuyó a 8, el cual aún es considerado como un consumo de riesgo; sin embargo, después del periodo de seguimiento el puntaje disminuyó a 5, el cual se considera como un nivel de consumo sin riesgo. En cuanto al auto-registro de consumo semanal, en la línea base y después de la primera sesión consumió 1 y 4 copas de alcohol respectivamente, en las siguientes sesiones la participante no consumió alcohol.

Finalmente, sus niveles de autoeficacia general aumentaron de 70 (pre-intervención) a 87.5 en la evaluación posterior a la intervención, y después del periodo de seguimiento el

puntaje volvió a aumentar a un nivel de 92.5, el cual indica que se percibe 92.5% segura de evitar consumir alcohol. La Figura 11 muestra de manera gráfica los cambios en cuanto al nivel de consumo de alcohol, el número de copas de alcohol estándar consumidas de manera semanal a lo largo del estudio, y los niveles de autoeficacia obtenidos por la participante dos.

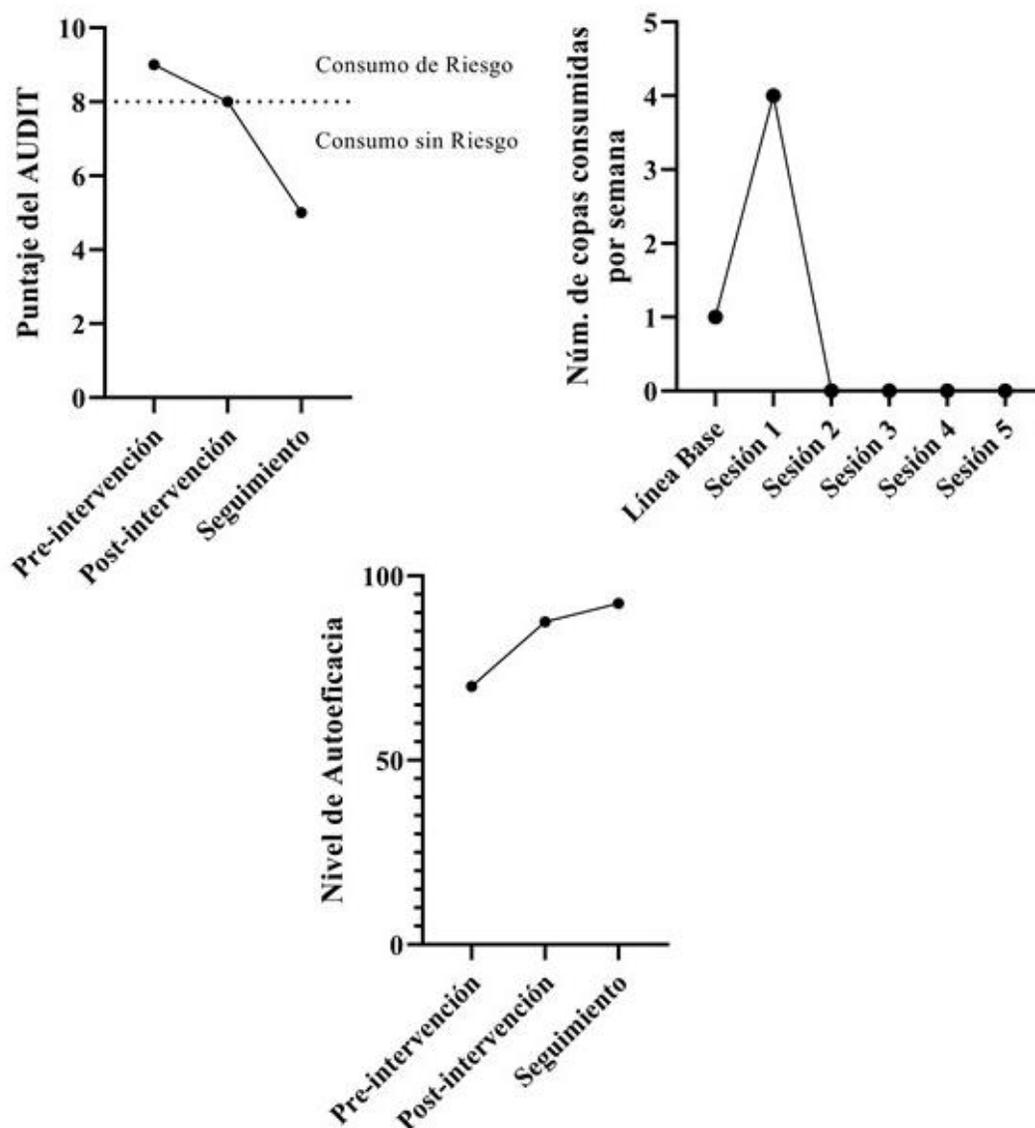


Figura 11. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante dos durante el estudio

### Participante 3 “F. M.”

Individuo femenino de 19 años, con un puntaje pre-intervención en el AUDIT de 27, correspondiente a un consumo con riesgo de dependencia. Inició su consumo a los 15 años, actualmente prefiere consumir alcohol en lugares públicos como en un bar o un antro, y estar en compañía con otras personas; consume preferentemente cerveza, destilados y *coolers*, y menciona que los días en los cuales consume con mayor frecuencia son el jueves, viernes y el fin de semana. También menciona que consume principalmente para disminuir su estrés o algún malestar que la aqueje, y para disfrutar más de una reunión.

Previo al inicio de la contingencia rentaba un departamento, actualmente vive con sus padres; tiene familiares cercanos que consumen de manera excesiva alcohol, y menciona recibir presión por parte de ellos para consumir. Considera su consumo como problemático, ya que lo ha relacionado con una disminución en su rendimiento académico al haber reprobado una materia seriada y por lo tanto haberse retrasado un semestre, también ha tenido conflictos con su familia por su consumo de alcohol y percibe que su estado de salud se ha visto afectado. Ha intentado disminuir esta conducta tratando de evitar los lugares y las reuniones donde sabe que hay mayor riesgo de consumir alcohol, sin embargo, menciona que no le agrada dejar de ver a sus seres queridos y no estar reunida con ellos.

En la evaluación previa a la intervención del nivel de autoeficacia, obtuvo puntajes bajos en el CCS ante las situaciones en donde presente emociones agradables o esté disfrutando de una reunión con otras personas, también ante la presión social y en los momentos en donde pudiera tener algún conflicto con otra persona.

AL finalizar la intervención, hubo una disminución en el consumo de alcohol de la participante, de acuerdo con el AUDIT, ya que en la evaluación pre-intervención obtuvo un puntaje de 27 y disminuyó a 9 en la evaluación post-intervención, este puntaje aún se considera como consumo de riesgo; sin embargo, en la evaluación después del periodo de seguimiento, el puntaje disminuyó a 4, el cual se considera como un nivel de consumo sin riesgo. En su auto-registro semanal, la participante consumió 3 y 4 copas de alcohol una semana antes de iniciar la intervención y después de la primera sesión respectivamente, en las siguientes sesiones no consumió alcohol. Por último, el nivel de autoeficacia aumentó de

50, a 62.5 en la evaluación post-intervención, y en la evaluación después del seguimiento aumentó a 67.5, el cual indica que se percibe 67.5% segura de que puede evitar consumir alcohol. La Figura 12 expone los cambios en el consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT, el número de copas consumidas a la semana y el puntaje general de autoeficacia en la participante tres, a lo largo del estudio.

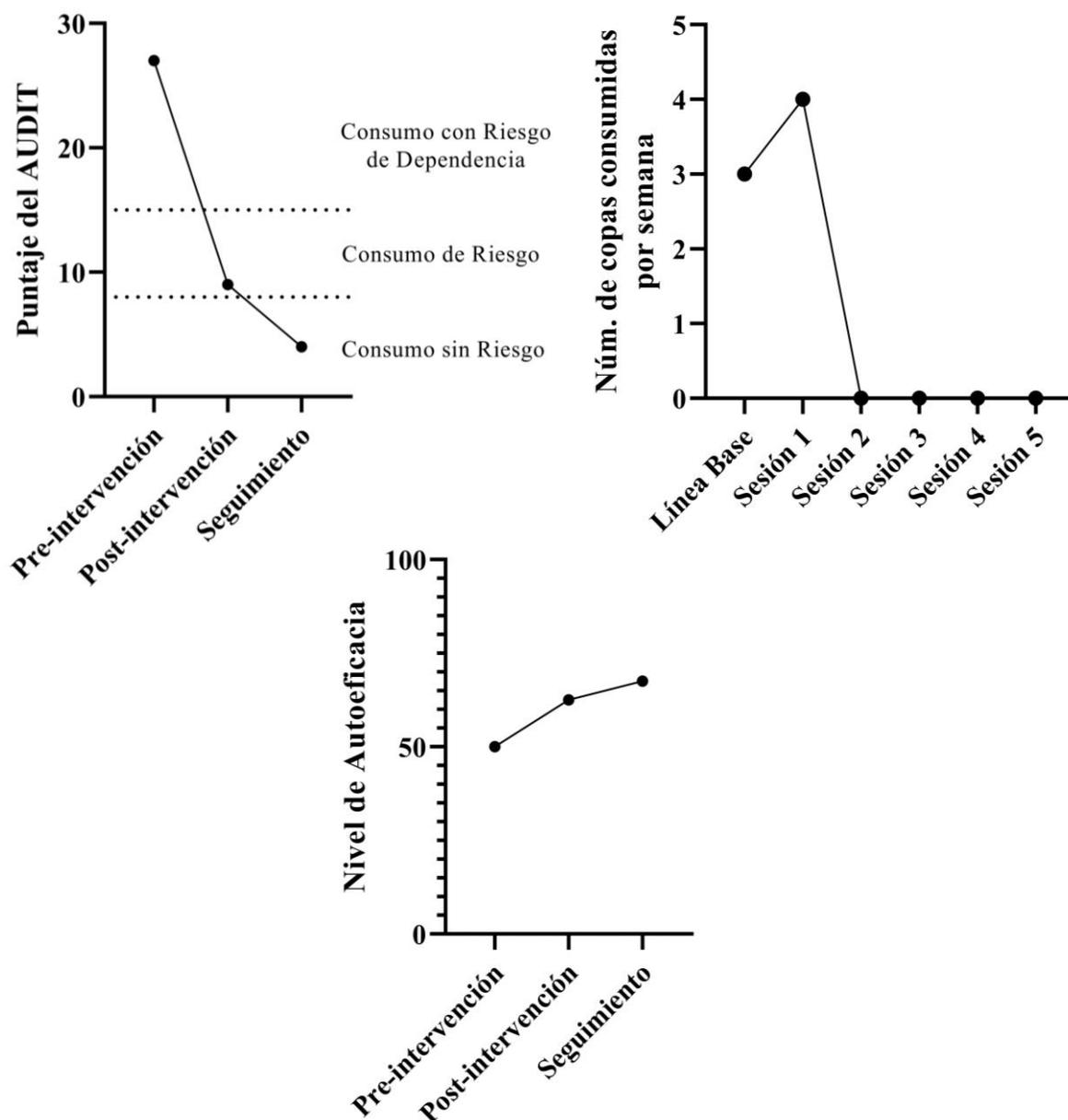


Figura 12. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante tres durante el estudio

#### Participante 4 “S. H.”

Persona femenina de 18 años, con un puntaje pre-intervención en el AUDIT de 10, que corresponde a un consumo con riesgo. Comenzó a consumir alcohol a los 16 años, actualmente las bebidas que más frecuentemente consume son la cerveza, el vino, los destilados y el pulque; prefiere consumir en la residencia de algún conocido y normalmente realiza esta conducta los jueves, viernes y el fin de semana. Los motivos principales por los cuales consume alcohol son para poder socializar y para disminuir el estrés o algún malestar que la aqueje.

Vive en casa de sus padres, y no refiere tener familiares cercanos que consuman de manera excesiva; no considera que su círculo familiar o de amigos ejerzan presión sobre ella para que consuma alcohol. Sin embargo menciona que cuando está en una reunión en la que haya personas con las que no convive o que no conoce, se siente presionada para consumir y de esta manera, le sea más fácil socializar y poder disfrutar de la reunión. No considera que su consumo sea problemático, pero ha planeado disminuir este comportamiento debido a que ha tenido conflictos con su familia, pero no lo ha llevado a cabo.

En la evaluación de la autoeficacia obtuvo puntajes bajos en las situaciones donde perciba presión por parte de otras personas para consumir, al tener algún conflicto con otras personas, y al momento de presentar emociones agradables y estar disfrutando de una reunión con otras personas.

En la evaluación del consumo de alcohol posterior a la intervención, la participante obtuvo un puntaje de 5, el cual fue menor en comparación con el obtenido en la evaluación pre-intervención, y es equivalente a un consumo sin riesgo; en la última evaluación, después del periodo de seguimiento, el puntaje aumentó a 6, el cual aún sigue siendo considerado como consumo sin riesgo. En su auto-registro de consumo, la participante consumió una copa de alcohol en las dos primeras semanas del estudio, una semana después consumió 3 copas, en la semana correspondiente a la tercera sesión no consumió, en la penúltima semana consumió una copa, y finalmente, en la última semana no consumió alcohol. En cuanto al nivel de autoeficacia, la participante mostró un aumento de un puntaje general de 50 obtenido en la evaluación pre-intervención, a 77.5 en la evaluación post-intervención, y a 87.5 en la

evaluación después del periodo de seguimiento, el cual indica que se percibe 87.5% capaz de evitar consumir alcohol. La Figura 13 muestra estos cambios en cuanto a nivel de consumo de alcohol, copas de alcohol consumidas por semana y puntaje general de autoeficacia, en la participante cuatro a lo largo del estudio.

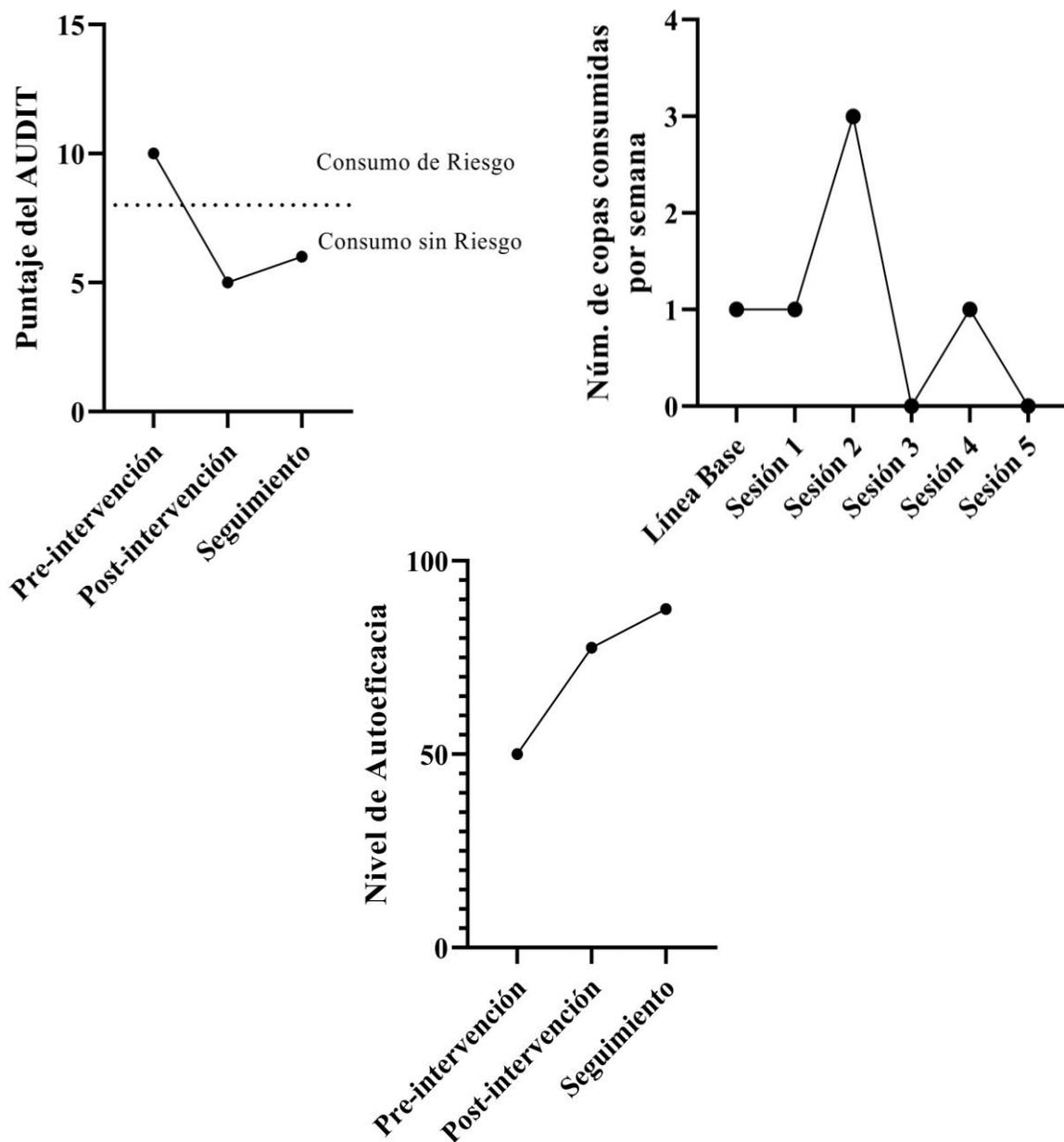


Figura 13. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante cuatro durante el estudio

## Participante 5 “A. G.”

Individuo masculino de 20 años, con un puntaje pre-intervención en el AUDIT de 8, correspondiente a un nivel de consumo de riesgo. Inició su consumo a los 16 años, actualmente las bebidas que consume con mayor frecuencia son la cerveza, el vino y los *coolers*; afirma consumir alcohol dos veces por semana, principalmente los lunes, martes y miércoles, y prefiere hacerlo en la residencia de sus conocidos en lugar de hacerlo en un lugar público. Los motivos principales por los que consume son para disminuir estrés, y para disfrutar más de una reunión con sus amigos.

Previo al inicio de la cuarentena, rentaba un departamento en la ciudad de Pachuca, Hidalgo; sin embargo, actualmente vive en casa de sus padres. No tiene familiares directos que consuman alcohol u otro tipo de sustancia adictiva de manera excesiva, ni recibe presión por parte de ellos o su círculo social para consumir. A pesar de no considerar problemático su consumo de alcohol, afirma haber planeado disminuirlo, sin embargo no ha realizado ninguna estrategia para hacerlo. También menciona que su consumo ha disminuido debido a que no puede reunirse con su círculo de amigos con los que usualmente consume; sin embargo, cuando se reúne con su pareja actual o logra reunirse con sus conocidos, su consumo es intenso, similar a los que realizaba antes de que iniciara la pandemia.

En cuanto a su nivel de autoeficacia, en la evaluación pre-intervención obtuvo puntajes bajos ante situaciones en donde presenta emociones desagradables y ante situaciones donde está disfrutando de una reunión con conocidos.

Después de la aplicación de la intervención psicológica, en la evaluación del consumo de alcohol, su puntaje del AUDIT disminuyó de un puntaje inicial de 8 a un puntaje de 5, el cual es considerado como un consumo sin riesgo; después del periodo de seguimiento, el puntaje del AUDIT volvió a disminuir, quedando en 1, considerado nuevamente como un consumo sin riesgo. En el auto-registro de consumo de alcohol semanal, durante la primera semana del estudio, el participante consumió 2 copas de alcohol estándar, y durante las siguientes semanas ya no consumió alcohol. En la evaluación de la autoeficacia, el participante tuvo un puntaje general en la primera evaluación de 82.5, después de la aplicación de la intervención su puntaje aumentó a 90, y después del periodo de seguimiento

aumentó a 97.5, el cual indica que se percibe 97.5% seguro que puede evitar consumir alcohol. La Figura 14 muestra los cambios en el participante cinco, a lo largo del estudio en el nivel de consumo de alcohol, el número de copas de alcohol consumidas por semana y en el puntaje general de la autoeficacia.

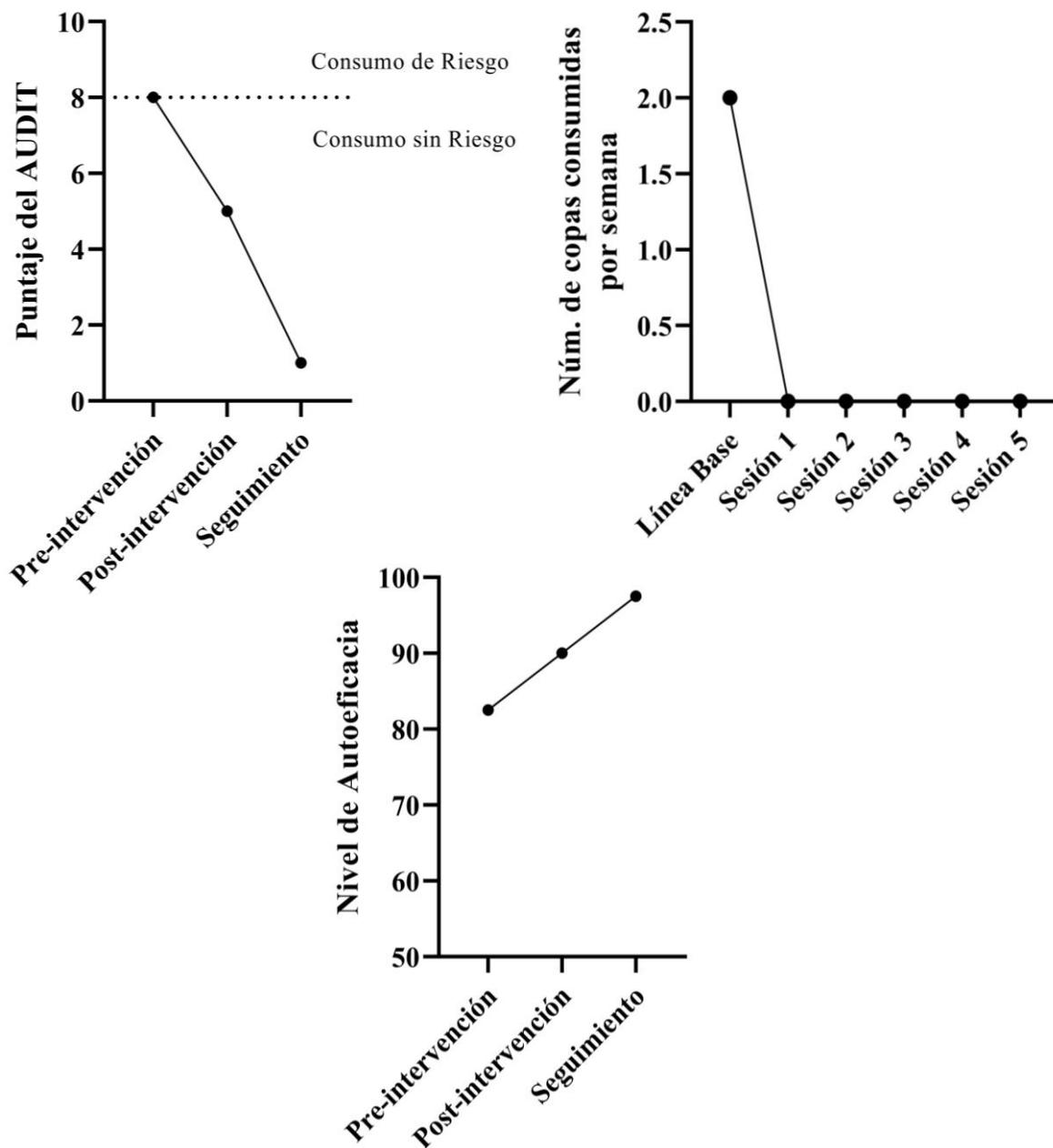


Figura 14. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia del participante cinco durante el estudio

## Participante 6 “H. B.”

Individuo femenino de 22 años, con un puntaje pre-intervención en el AUDIT de 11, el cual corresponde a un consumo de riesgo. Comenzó a consumir alcohol a la edad de 17 años, actualmente las bebidas que consume con mayor frecuencia son cerveza, vino, destilados y *coolers*; afirma consumir alcohol tres veces a la semana, preferentemente los jueves, viernes y el fin de semana, y menciona que el principal motivo por el cual realiza esta conducta es para disfrutar más de una reunión.

Vive en casa de sus padres, menciona no tener antecedentes de familiares cercanos que consuman alcohol u otra sustancia adictiva de manera excesiva, también menciona que no percibe recibir presión por parte de ellos o de su círculo de amigos para realizar esta conducta. No considera que su consumo sea problemático, sin embargo, debido a conflictos familiares provocados por este comportamiento, ha planeado disminuirlo aunque aún no lleva a cabo ninguna acción modificar su conducta.

En cuanto a la evaluación de la autoeficacia, la participante obtuvo puntajes bajos ante las situaciones relacionadas con el disfrutar de una reunión con otras personas, ante emociones agradables y ante la presión social ejercida por otros hacia ella, también ante las situaciones donde siente un antojo intenso por consumir, es decir, el *craving*.

Al finalizar la intervención psicológica, el nivel de consumo de alcohol de la participante disminuyó de un puntaje de 11 a 8 en la evaluación post-intervención, este puntaje sigue siendo considerado como consumo de riesgo; sin embargo, en la evaluación realizada después del periodo de seguimiento, el puntaje del AUDIT de la participante volvió a disminuir, en esta ocasión fue de 4, el cual se considera como equivalente a un consumo sin riesgo. En cuanto al auto-registro de consumo de alcohol semanal, la participante no consumió alcohol a lo largo del estudio, excepto durante la semana en la que se llevó a cabo la primera sesión, en donde consumió cinco copas de alcohol estándar. Finalmente, en cuanto a la evaluación de la autoeficacia, la participante obtuvo un puntaje de 60 antes de que recibiera la intervención psicológica, en la evaluación realizada posterior a la intervención, la participante obtuvo un puntaje de 72.5, y al momento de realizar la última evaluación, después del periodo de seguimiento, su nivel de autoeficacia disminuyó a 70, lo cual indica

que en ese momento se percibió como 70% capaz de evitar consumir alcohol. La Figura 15 muestra los cambios en el nivel del consumo de alcohol, el número de copas de alcohol estándar consumidas por semana y el nivel de autoeficacia en la participante seis, a lo largo de la investigación.

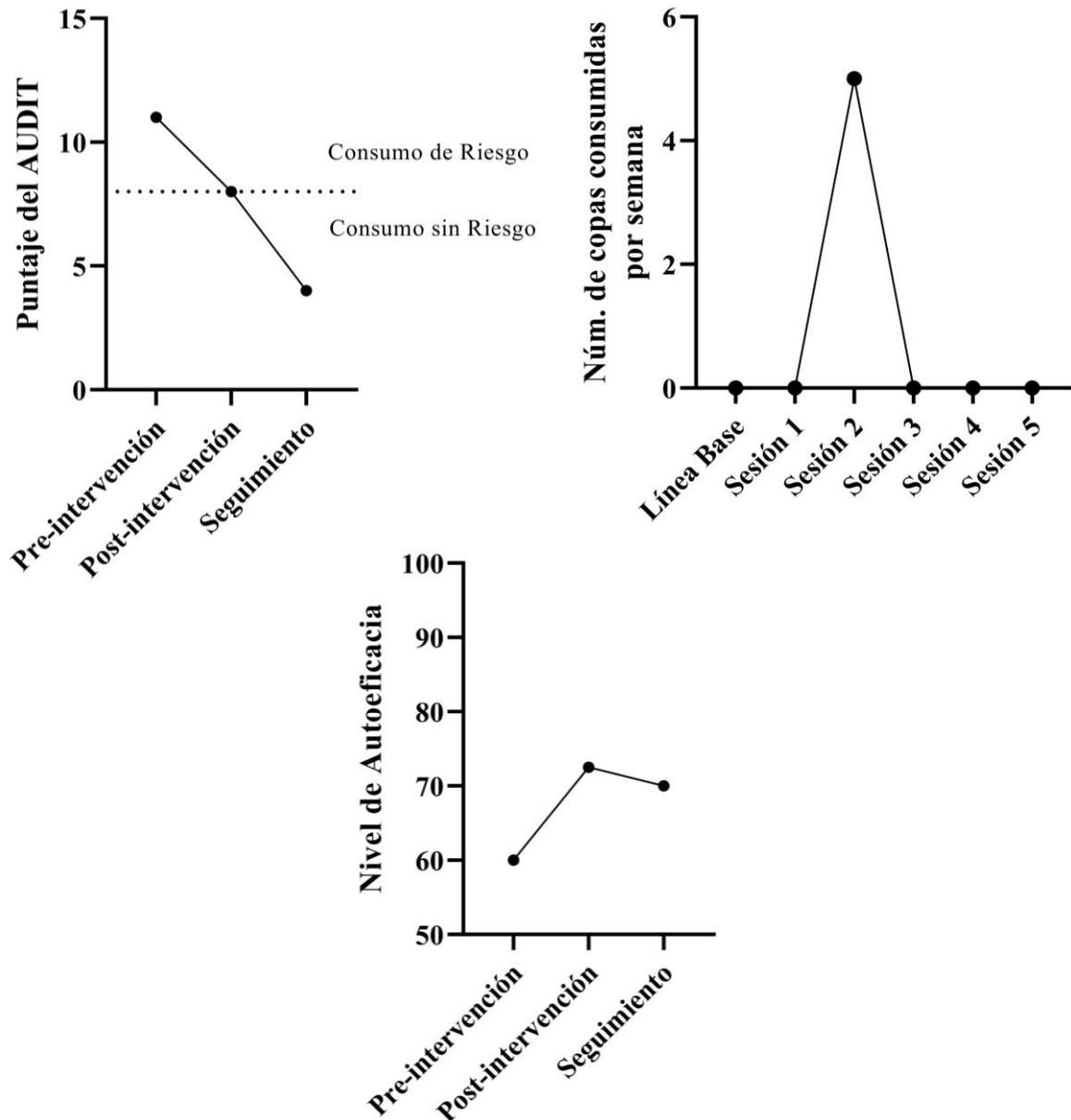


Figura 15. Cambios en el consumo de alcohol y la autoeficacia de la participante seis durante el estudio

Como se pudo observar en las figuras anteriores, de manera general, los participantes que conformaron el grupo experimental y que recibieron la intervención psicológica mostraron una disminución en el puntaje del AUDIT y en el número de copas de alcohol consumidas por semana, lo cual se traduce como una disminución del consumo de alcohol. Del mismo modo, se puede observar un aumento en el puntaje del CCS, lo cual indica un aumento en el nivel de autoeficacia para evitar consumir alcohol. En el siguiente apartado se realizan las discusiones de estos resultados, junto con los resultados del análisis inter e intra-grupal en cuanto al consumo de alcohol y la autoeficacia.

#### *7.4. Discusión*

*La intervención psicológica breve favorece una disminución en el consumo de alcohol y un aumento en la autoeficacia*

En esta segunda Fase de la investigación se cumplieron los objetivos específicos de integrar dos grupos: uno experimental y otro en espera, conformados por los estudiantes que obtuvieron en la Fase 1 un “nivel de riesgo en consumo de alcohol”; así mismo, se evaluó el nivel de autoeficacia en los participantes de ambos grupos, y se aplicó en el grupo experimental la variable independiente: una intervención psicológica breve preventiva en modalidad no presencial. En dos momentos más posteriores a la aplicación de la intervención, se evaluaron los niveles de consumo de alcohol y de autoeficacia, esto fue después de un periodo de seguimiento de un mes, al finalizar se compararon los puntajes obtenidos en los tres momentos.

En los análisis realizados se observó que en el grupo experimental hubo una disminución estadísticamente significativa en el consumo de alcohol a lo largo de las tres evaluaciones, mientras que en el grupo en espera, no hubo cambios significativos. Al hacer un análisis individual de los participantes del grupo experimental, se constató que la mayoría presentó un nivel de consumo de riesgo al inicio de la investigación, y después del periodo de seguimiento de un mes, todos presentaron un nivel de consumo moderado, de acuerdo con el puntaje del AUDIT. Esto confirma que la intervención aplicada favoreció una disminución en el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes, concordando estos resultados con

estudios previos, en los que se concluye que este tipo de intervenciones son efectivas para disminuir el consumo de alcohol (113,117).

Como ya se describió en el apartado del Método de esta investigación, la intervención que se aplicó tuvo una orientación Cognitivo-Conductual con un enfoque basado en la prevención selectiva y cuyas sesiones incluyeron técnicas de psico-educación, educación para la salud, entrevista motivacional, control de estímulos y exposición, los cuales son elementos que han sido reportados como esenciales para que una intervención breve sea efectiva en la disminución del consumo de alcohol (3,58,114,115,117). Sumado a estos elementos, también se destaca el uso de una técnica basada en la distracción cognitiva, utilizada previamente por Koukounas y colaboradores (116), la cual tuvo resultados significativos en la disminución del *craving* en una muestra de adultos.

Si bien no fue un elemento contemplado como variable en el diseño del estudio, otro elemento que pudo haber influido para que la intervención tuviera resultados significativos, e incluso, que los participantes aceptaran recibirla durante la Fase 2 del estudio, es la presencia y supervisión de los familiares del estudiante; ya que al hacer un análisis individual de cada uno de los participantes, se observó que la mayoría de los integrantes del grupo experimental viven con sus padres, mientras que en el grupo en espera, la mayoría viven solos o con amigos; de igual manera, una proporción elevada de estudiantes que presentaron un consumo de riesgo, y que no aceptaron participar en la Fase 2, refieren vivir solos. Aunado a esto, la mayoría de los participantes del grupo experimental afirmaron no tener familiares cercanos con problemas de consumo de sustancias, y refieren haber tenido discusiones relacionadas al consumo de alcohol con sus padres, antes de participar en esta investigación. Esto podría apuntar a que la presencia de los padres y familiares, así como la relación que tienen con el estudiante, se asocia con un consumo de alcohol nulo o sin riesgo, tal cual como se concluye en otros estudios (70,127,128).

En cuanto al nivel de autoeficacia para evitar consumir alcohol, se observó que en el grupo experimental hubo un aumento significativo de este constructo, lo cual indica que los participantes que integraron este grupo se sintieron más capaces para evitar consumir alcohol después de recibir la intervención y posterior al seguimiento de un mes. En cambio, en el grupo en espera, se observó una disminución significativa a lo largo de las evaluaciones, lo

cual indica que los participantes de este grupo se percibieron menos capaces de evitar consumir alcohol al final del estudio. Nuevamente, esto sugiere que la intervención favoreció un incremento en el nivel de autoeficacia de los participantes que integraron el grupo experimental, este resultado es similar a los reportados por otros autores, en donde se obtuvo un aumento de esta variable en personas que recibieron una intervención psicológica (96,129).

Cabe destacar, que los participantes del grupo en espera, afortunadamente no mostraron un aumento significativo en el consumo de alcohol durante las tres evaluaciones, a pesar de que este estudio se realizó durante la contingencia provocada por la COVID-19; lo cual dista de diversos estudios en donde se describe que debido al confinamiento, se da un aumento en el consumo de alcohol y otro tipo de sustancias adictivas, así como otras afecciones a la salud mental como un aumento en la ansiedad, y la sintomatología depresiva (4,130–132).

Esto último podría explicarse por diversos factores: en primer lugar, la implementación de la Ley Seca a nivel nacional durante la cuarentena, lo cual causó que disminuyera la disponibilidad de bebidas alcohólicas en tiendas y supermercados (133); en segundo lugar, el hecho de que los estudiantes tuvieran una mayor supervisión por parte de sus padres, al tener que pasar la mayor parte del tiempo resguardados en sus domicilios (134), en tercer lugar, por el cierre de lugares públicos como bares y antros, donde acostumbraban a consumir los participantes (135); finalmente, se suma el cierre de las universidades y que las actividades académicas tuvieran que realizarse de manera virtual por la pandemia; debido a esto, los participantes mencionaron no tener tanto contacto con sus compañeros con los que usualmente consumían alcohol. Como ya se mencionó anteriormente, el círculo social de los estudiantes universitarios influye en el consumo de alcohol y otro tipo de sustancias adictivas, y el hecho de que no tengan la posibilidad de reunirse con sus amigos y compañeros, con la misma frecuencia que antes, pudo fungir como un factor protector para que no haya aumentado el consumo de alcohol en los participantes (70,72,73).

Si bien, el nivel de consumo de alcohol se mantuvo constante en el grupo en espera, su nivel de autoeficacia disminuyó de manera significativa, esto probablemente si esté relacionado con las consecuencias en la salud mental que provoca el confinamiento por la

pandemia (131,132). Estos factores también estuvieron presentes en los participantes que integraron el grupo experimental y pudieron influir en las evaluaciones realizadas; sin embargo, debe destacarse que en este grupo, los niveles de consumo de alcohol y de autoeficacia presentaron un cambio favorable, mientras que en el grupo en espera no fue así, lo cual refuerza el efecto que tuvo la intervención psicológica aplicada.

Finalmente, debido a la pandemia actual y al confinamiento provocado por esta, se resalta la importancia de la atención psicológica y psiquiátrica, para afrontar las consecuencias en la salud mental (136,137); para esto, ha surgido la necesidad de que estos servicios sean adaptados a una modalidad no presencial, y que los trabajadores de esta área sean capacitados para brindar esta atención, bajo este nuevo formato (138). La intervención psicológica utilizada en este estudio sigue esta misma línea debido a la imposibilidad de que los participantes asistieran a las sesiones de manera presencial; esta modalidad presenta ciertas ventajas en comparación con la atención tradicional, como una mayor accesibilidad, reducción de costos y disminución en el número de sesiones requeridas (100). Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que por la naturaleza del uso de este tipo de tecnología, se deben realizar ciertas acciones para asegurar la confidencialidad y el manejo adecuado de la información personal de los pacientes, lo cual ya está estipulado en Guías y Manuales internacionales, los cuales se atienen a los principios éticos que también rigen la práctica tradicional; todas estas recomendaciones y principios éticos fueron retomados al momento de aplicar la intervención de este estudio, como la autenticación de la identidad tanto del paciente como el investigador, realizar la videoconferencia en un lugar privado, evitar la presencia de personas ajenas a la intervención, y resguardar la información personal de los participantes (99,109).

## VIII. CONCLUSIONES

Durante la Fase 1 del estudio, se observó que los estudiantes universitarios presentaron una prevalencia de consumo similar a la reportada en la población adulta a nivel nacional; se destaca que las mujeres presentaron una prevalencia elevada de consumo moderado, mientras que en los hombres hay una mayor prevalencia de consumo de riesgo. Estos resultados indican la necesidad de implementar acciones en las instituciones de educación superior, que tengan como objetivo la prevención y disminución del consumo excesivo de alcohol, sugiriendo que sean implementadas con algunos componentes diferenciados de acuerdo con el sexo de los participantes.

En la Fase 2, la intervención psicológica aplicada mostró efectividad para disminuir el nivel de consumo de alcohol y aumentar el nivel de autoeficacia en la muestra de estudiantes universitarios. Cabe destacar, que si bien la intervención fue realizada en modalidad no presencial, y que en las sesiones se utilizaron aplicaciones de videoconferencia, se obtuvieron resultados significativos, los cuales aportan un antecedente sobre el uso de intervenciones breves bajo esta modalidad, para la prevención del consumo excesivo de alcohol.

Finalmente, la contingencia sanitaria actual provocada por la pandemia de la COVID-19 ha favorecido la necesidad de brindar servicios psicológicos eficaces, sin que exista el contacto directo entre el paciente y el terapeuta. Las intervenciones breves, como la realizada en esta investigación, son una opción plausible para atender esta necesidad, ya que cuentan con suficiente evidencia de su efectividad para atender diferentes afecciones, y porque presentan ciertas ventajas en comparación con las intervenciones tradicionales.

## **IX. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS**

A continuación se describen las limitaciones del presente estudio.

- La muestra de estudiantes utilizada en la Fase 1 no fue probabilística, por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizables en todos los estudiantes universitarios.
- La proporción de estudiantes mujeres es mayor que la de los hombres, lo cual pudo influir en los resultados de la evaluación del consumo de alcohol.
- La muestra de estudiantes que participaron en la Fase 2 fue pequeña y no tuvo una asignación aleatoria, por lo que los resultados deben tomarse con cautela. De replicarse el presente estudio, debe considerarse ampliar la muestra de estudiantes, y asignarlos de manera aleatoria en grupos.
- Durante la Fase 2 existieron variables que no fueron contempladas en el diseño metodológico, y pudieron influir para que la intervención tuviera resultados significativos; por ejemplo el cierre de la universidad, de bares y antros por la actual contingencia, así como un aumento en la supervisión por parte de los padres hacia los estudiantes al permanecer en casa, y la implementación de la Ley Seca a nivel nacional.

Las recomendaciones para estudios posteriores son:

- Evaluar el consumo de otro tipo de sustancias en los estudiantes universitarios, así como los factores con los que se relaciona esta conducta y sus consecuencias en la población, para conocer con mayor profundidad esta problemática.
- Evaluar otro tipo de variables, como los niveles de ansiedad, sintomatología depresiva, baja inteligencia emocional, y habilidades sociales y de comunicación inadecuadas, las cuales pueden estar relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.
- Enriquecer la evaluación del consumo de alcohol usando mediciones de corte fisiológico; como el paradigma de la Reactividad ante las Señales del Alcohol, el cual ha tomado una relevancia importante en la investigación de la conducta adictiva.
- Aplicar este tipo de intervención psicológica breve para prevenir el consumo de riesgo de otro tipo de sustancias adictivas, como el tabaco o alguna droga ilegal.

- Verificar la efectividad de esta intervención de manera grupal, y que así pueda ser aplicada a una mayor cantidad de participantes sin requerir más recursos.
- Replicar esta intervención, aplicándola en otro tipo de poblaciones, por ejemplo en adolescentes o adultos en general.
- Comparar la efectividad de esta intervención usando diferentes modalidades, por ejemplo la modalidad presencial o combinar ambos tipos de modalidad; de esta manera identificar cuáles tienen mejores resultados.
- Explorar, identificar y evaluar las motivaciones para el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, mediante instrumentos con confiabilidad y validez específica para motivaciones.
- Explorar y evaluar la interacción del consumo de alcohol con el consumo de otras sustancias adictivas, el uso del tiempo libre, estilos parentales y estilos de afrontamiento

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
2. Krieger H, Young CM, Anthenien AM, Neighbors C. The epidemiology of binge drinking among college-age individuals in the United States. *Alcohol Res Curr Rev.* 2018;39(1):23-30.
3. Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Prevención del consumo de drogas. En: Informe Sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral. México: CONADIC; 2019. p. 35-43.
4. Gallegos M, Zalaquett C, Luna SE, Mazo-Zea R, Ortiz-Torres B, Penagos-Corzo JC, et al. Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (COVID-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Rev Interam Psicol.* 2020;54(1):e1304.
5. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: WHO; 1994.
6. Patrick ME, Azar B. High-intensity drinking. *Alcohol Res Curr Rev.* 2018;39(1):49-55.
7. American Psychiatric Association. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta. México: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 481-591.
8. Marín Mayor M, Arias Horcajadas F, López Trabada JR, Rubio Valladolid G. Trastornos por consumo de alcohol. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2019;12(85):4993-5003.
9. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de los Estados Americanos. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019. Washington D. C.: OEA; 2019.
10. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017: reporte de alcohol. 1.<sup>a</sup> ed. México: INPRFM; 2017.
11. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta nacional de adicciones 2011: reporte de alcohol. 1.<sup>a</sup> ed. INPRFM; 2012.
12. Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018. México: INSP; 2018.

13. Deak JD, Miller AP, Gizer IR. Genetics of alcohol use disorder: a review. *Curr Opin Psychol.* 2019;27:56-61.
14. Herman AM, Duka T. Facets of impulsivity and alcohol use: what role do emotions play? *Neurosci Biobehav Rev.* 2019;106:202-216.
15. Blaine SK, Nautiyal N, Hart R, Guarnaccia JB, Sinha R. Craving, cortisol and behavioral alcohol motivation responses to stress and alcohol cue contexts and discrete cues in binge and non-binge drinkers. *Addict Biol.* 2019;24(5):1096-108.
16. Acuff SF, Soltis KE, Luciano MT, Meshesha LZ, Pedrelli P, Dennhardt AA, et al. Depressive symptoms as predictors of alcohol problem domains and reinforcement among heavy drinking college students. *Psychol Addict Behav.* 2018;32(7):792-9.
17. Sugiyama Y, Matsushima M, Yoshimoto H. Association between alcohol consumption/alcohol use disorders and patient complexity: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10(8):e034665.
18. Acheson A, Vincent AS, Cohoon AJ, Lovallo WR. Defining the phenotype of young adults with family histories of alcohol and other substance use disorders: studies from the family health patterns project. *Addict Behav.* 2018;77:247-54.
19. Forster M, Grigsby TJ, Rogers CJ, Benjamin SM. The relationship between family-based adverse childhood experiences and substance use behaviors among a diverse sample of college students. *Addict Behav.* 2018;76:298-304.
20. Herrera-Chávez KJ, Linares-Rubio M, Díaz-Barajas D. Ambiente familiar e influencia social asociados al consumo de drogas ilegales y alcohol en adolescentes. *Rev Educ Desarro.* 2018;46:61-71.
21. Villarosa-Hurlocker MC, Madson MB. A latent profile analysis of social anxiety and alcohol use among college students. *Addict Behav.* 2020;104:106284.
22. Papachristou H, Aresti E, Theodorou M, Panayiotou G. Alcohol outcome expectancies mediate the relationship between social anxiety and alcohol drinking in university students: the role of gender. *Cogn Ther Res.* 2018;42(3):289-301.
23. Rivarola G, Pilatti A, Arguello M, Marcos R. Relación entre la disponibilidad de alcohol, consumo de alcohol y problemas en jóvenes argentinos. *Health Addict.* 2019;19(1):36-46.
24. Mialon M, McCambridge J. Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2018;28(4):664-73.
25. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, et al. Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic review and meta-analysis. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG.* 2019;114(10):1574-86.

26. Solís DC, Bermúdez A, Serrano NB, Teruel R, Castro AG. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. *Correo Científico Méd.* 2020;24(2).
27. Singhvi A, Yadav D. Myths and realities about alcohol and smoking in chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018;34(5):355-61.
28. Jeon CY, Whitcomb DC, Slivka A, Brand RE, Gelrud A, Tang G, et al. Lifetime drinking history of persons with chronic pancreatitis. *Alcohol Alcohol.* 2019;54(6):615-24.
29. Ji A, Lou P, Dong Z, Xu C, Zhang P, Chang G, et al. The prevalence of alcohol dependence and its association with hypertension: a population-based cross-sectional study<sup>4</sup> in Xuzhou city, China. *BMC Public Health.* 2018;18(1):364.
30. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2017;2(2):e108-20.
31. Polsky S, Akturk HK. Alcohol consumption, diabetes risk, and cardiovascular disease within diabetes. *Curr Diab Rep.* 2017;17(12):136.
32. Younossi ZM, Stepanova M, Ong J, Yilmaz Y, Duseja A, Eguchi Y, et al. Effects of alcohol consumption and metabolic syndrome on mortality in patients with nonalcoholic and alcohol-related fatty liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(8):1625-33.
33. Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, et al. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *The Lancet.* 2019;393(10183):1831-42.
34. Connor J. Alcohol consumption as a cause of cancer: alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction.* 2017;112(2):222-8.
35. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Gmel G, Kantor LW. Gender differences in binge drinking. *Alcohol Res Curr Rev.* 2017;39(1):57-76.
36. Lee S, Woo H, Lee J, Oh J-H, Kim J, Shin A. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of colorectal cancer in South Korea: a case-control study. *Alcohol.* 2019;76:15-21.
37. Wilhoit LF, Scott DA, Simecka BA. Fetal alcohol spectrum disorders: characteristics, complications, and treatment. *Community Ment Health J.* 2017;53(6):711-8.
38. Chandrakumar A, Bhardwaj A, Jong GW 't. Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2019;30(2):153-62.

39. Molina PE, Nelson S. Binge drinking's effects on the body. *Alcohol Res Curr Rev.* 2019;39(1):99-109.
40. Koob GF, Colrain IM. Alcohol use disorder and sleep disturbances: a feed-forward allostatic framework. *Neuropsychopharmacology.* 2019;0:1-25.
41. Gonzalez VM. Factors linking suicidal ideation with drinking to cope and alcohol problems in emerging adult college drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2019;27(2):166-77.
42. Glasheen C, Pemberton MR, Lipari R, Copello EA, Mattson ME. Binge drinking and the risk of suicidal thoughts, plans, and attempts. *Addict Behav.* 2015;43:42-9.
43. Perez J, Beale E, Overholser J, Athey A, Stockmeier C. Depression and alcohol use disorders as precursors to death by suicide. *Death Stud.* 2020;1-9.
44. Keyes KM, Allel K, Staudinger UM, Ornstein KA, Calvo E. Alcohol consumption predicts incidence of depressive episodes across 10 years among older adults in 19 countries. En: Deak T, Savage LM, editores. *International Review of Neurobiology.* Academic Press; 2019. p. 1-38.
45. Chung T, Creswell KG, Bachrach R, Clark DB, Martin CS. Adolescent binge drinking: developmental context and opportunities for prevention. *Alcohol Res Curr Rev.* 2017;39(1):5-15.
46. Esser MB, Sherk A, Liu Y, Naimi TS, Stockwell T, Stahre M, et al. Deaths and years of potential life lost from excessive alcohol use - United States, 2011–2015. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(30):981-7.
47. Guerrero-López CM, Muñoz-Hernández JA, Sáenz de Miera-Juárez B, Pérez-Núñez R, Reynales-Shigematsu LM. Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. *Salud Pública México.* 2013;55(2):282-8.
48. Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R, Mojarro FR, Vera-López JD, Híjar M. Accidentes no fatales en población mexicana, prevalencia y factores asociados. *Ensanut 2018-19.* *Salud Pública México.* 2020;62(6):829-39.
49. Vargas JC, Jiménez D. La teoría del proceso oponente como modelo para explicar las adicciones. *Rev Electrónica Psicol Iztacala.* 2018;21(1):222-36.
50. Solomon RL, Corbit JD. An opponent-process theory of motivation: temporal dynamics of affect. *Psychol Rev.* 1974;81(2):119-45.
51. Siegel S. Drug Tolerance, drug addiction, and drug anticipation. *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14(6):296-300.

52. Oberlin BG, Dziedzic M, Eiler WJA, Carron CR, Soeurt CM, Plawecki MH, et al. Pairing neutral cues with alcohol intoxication: new findings in executive and attention networks. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018;235(9):2725-37.
53. Doñamayor N, Ebrahimi C, Garbusow M, Wedemeyer F, Schlagenhaut F, Heinz A. Instrumental and pavlovian mechanisms in alcohol use disorder. *Curr Addict Rep*. 2020;8:156-80.
54. Valyear MD, Villaruel FR, Chaudhri N. Alcohol-seeking and relapse: a focus on incentive salience and contextual conditioning. *Behav Processes*. 2017;141:26-32.
55. Koob GF, Schulkin J. Addiction and stress: an allostatic view. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;106:245-62.
56. Uhl GR, Koob GF, Cable J. The neurobiology of addiction. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1451(1):5-28.
57. Wemm SE, Larkin C, Hermes G, Tennen H, Sinha R. A day-by-day prospective analysis of stress, craving and risk of next day alcohol intake during alcohol use disorder treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2019;204:107569.
58. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Transferencia de las intervenciones breves para la prevención de recaídas en adicciones. Washington D. C.: OEA; 2017.
59. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Geneva: OMS; 2001.
60. Echeverría L, Ruiz GM, Salazar ML, Tiburcio MA, Ayala HE. Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. En: Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema: curso de capacitación para profesionales de la salud. 2da. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2007. p. 89-160.
61. Anton RF, Moak DH, Latham P. The obsessive compulsive drinking scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res*. 1995;19(1):92-9.
62. Cordero M, Solís L, Cordero R, Torruco M, Cruz-Fuentes C. Factor structure and concurrent validity of the obsessive compulsive drinking scale in a group of alcohol-dependent subjects of Mexico City. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(7):1145-50.
63. Trabada JRL, Horcujadas FA, Mayor MM, Valladolid GR. Protocolo de desintoxicación de pacientes dependientes del alcohol. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2019;12(85):5009-12.

64. Kranzler HR, Soyka M. Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *JAMA*. 2018;320(8):815-24.
65. Trick L, Le Foll B. Pharmacological treatment of alcohol use disorder. En: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, Baldacchino AM, editores. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. 2nd. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2021. p. 124-39.
66. de Andrade D, Elphinston RA, Quinn C, Allan J, Hides L. The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2019;201:227-35.
67. Witkiewitz K, Litten RZ, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Sci Adv*. 2019;5(9):eaax4043.
68. Ray LA, Bujarski S, Grodin E, Hartwell E, Green RG, Venegas A, et al. State-of-the-art behavioral and pharmacological treatments for alcohol use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(2):124-40.
69. Zadarko-Domaradzka M, Barabasz Z, Sobolewski M, Nizioł-Babiarz E, Penar-Zadarko B, Szybisty A, et al. Alcohol consumption and risky drinking patterns among college students from selected countries of the carpathian euroregion. Vol. 2018, *BioMed Research International*. Hindawi; 2018. p. e6084541.
70. Gutiérrez M, Lopera XM, Cruz LNS. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Psiconex*. 2016;8(12):1-10.
71. Kenney SR, DiGiuseppi GT, Meisel MK, Balestrieri SG, Barnett NP. Poor mental health, peer drinking norms, and alcohol risk in a social network of first-year college students. *Addict Behav*. 2018;84:151-9.
72. Bravo AJ, Prince MA, Pearson MR. College-related alcohol beliefs and problematic alcohol consumption: alcohol protective behavioral strategies as a mediator. *Subst Use Misuse*. 2017;52(8):1-10.
73. Smith RL, Salvatore JE, Aliev F, Neale Z, Barr P, Dick DM. Genes, roommates, and residence halls: a multidimensional study of the role of peer drinking on college students' alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(6):1254-62.
74. Carey KB, DiBello AM, Orazio EE, Hatch MR, Mastroleo NR. Predictors of receptivity to an alcohol intervention among mandated students. *Addict Behav*. 2021;112:106605.
75. Cornilov GA, Ilkevich KB, Shalomova EV, Kartushina IG, Musharatsky ML, Mashkin NA, et al. Features of alcohol consumption motives and practices by full-time and part-time training students. *J Environmental Treat Tech*. 2019;7(3):438-44.

76. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
77. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Dev Psychol.* 1989;25(5):729-35.
78. Bandura A. Self-Efficacy. En: *Journal of Teaching in Social Work.* 2010.
79. Bandura A. The evolution of social cognitive theory. En: Smith KG, Hitt MA, editores. *Great Minds in Management.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 9-35.
80. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986. xiii, 617 p.
81. Bandura A. Social cognitive theory. En: Vasta R, editor. *Annals of child development Vol 6 Six theories of child development.* Greenwich, CT: JAI Press; 1989. p. 1-60.
82. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997. ix, 604 p. (Self-efficacy: The exercise of control).
83. Bandura A. Social cognitive theory of personality. En: Pervin LA, John OP, editores. *Handbook of personality: Theory and research.* 2nd. New York: Guilford Press; 1999. p. 154-96.
84. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR, Heather N, editores. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change.* New York: Plenum Press; 1986. p. 3-27. (Applied clinical psychology).
85. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.
86. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14.
87. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
88. Blank M-L, Connor J, Gray A, Tustin K. Alcohol use, mental well-being, self-esteem and general self-efficacy among final-year university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(3):431-41.
89. Fooladvand K. Investigating the role of attitude towards substance use in the relationship between students' self-efficacy and preparedness for addiction. *Int J Behav Sci.* 2020;13(4):129-34.
90. DiBello AM, Miller MB, Carey KB. Self-efficacy to limit drinking mediates the association between attitudes and alcohol-related outcomes. *Subst Use Misuse.* 2019;54(14):2400-8.

91. DiClemente CC, Carbonari JP, Montgomery RP, Hughes SO. The alcohol abstinence self-efficacy scale. *J Stud Alcohol*. 1994;55(2):141-8.
92. Young RM, Oei TP, Crook GM. Development of a drinking self-efficacy questionnaire. *J Psychopathol Behav Assess*. 1991;13(1):1-15.
93. Miller PJ, Ross SM, Emmerson RY, Todt EH. Self-efficacy in alcoholics: clinical validation of the situational confidence questionnaire. *Addict Behav*. 1989;14(2):217-24.
94. Bobes-Bascarán MT, Bascarán MT, García-Portilla MP, Bobes J. Clinical assessment of alcohol use disorders. En: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, Baldacchino AM, editores. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. 2nd. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 585-94.
95. Supriyanto A, Hendiani N. Self-efficacy level to recover from addiction in substance users in the center for drug rehabilitation. *Couns J Bimbing Dan Konseling*. 2018;8(2):114-21.
96. Karatay G, Gürarlan Baş N. Effects of role-playing scenarios on the self-efficacy of students in resisting against substance addiction: a pilot study. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 2017;54:46958017720624.
97. Nikmanesh Z, Baluchi MH, Pirasteh-Motlagh AA. The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. *Int J High Risk Behav Addict*. 2017;6(1):e21209.
98. Lovo J. Prevención cuaternaria: hacia un nuevo paradigma. *Aten Fam*. 2020;27(4):212-5.
99. Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. Guidelines for the practice of telepsychology. *Am Psychol*. 2013;68(9):791-800.
100. Martin JN, Millán F, Campbell LF. Telepsychology practice: primer and first steps. *Pract Innov*. 2020;5(2):114-27.
101. Vera BM de los Á, Castro JA, Caicedo LC. La intervención del psicólogo a través de las redes sociales: una perspectiva desde la ética. *Didasclia Didáctica Educ*. 2019;10(2):133-46.
102. Nickelson DW. Telehealth and the evolving health care system: strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychol Res Pract*. 1998;29(6):527-35.
103. Nickelson DW. Behavioral telehealth: emerging practice, research, and policy opportunities. *Behav Sci Law*. 1996;14(4):443-57.

104. Coughtrey AE, Pistrang N. The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: a systematic review. *J Telemed Telecare*. 2018;24(2):65-74.
105. Cárdenas G, Botella C, Quero S, Gómez A de la R, Baños RM. Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicol Iberoam*. 2014;22(1):45-54.
106. Ohinmaa A, Chatterley P, Nguyen T, Jacobs P. Telehealth in substance abuse and addiction: Review of the literature on smoking, alcohol, drug abuse and gambling (Report). Alberta Canada: Institute for Health Economics; 2010.
107. Uscher-Pines L, Cantor J, Huskamp HA, Mehrotra A, Busch A, Barnett M. Adoption of telemedicine services by substance abuse treatment facilities in the U.S. *J Subst Abuse Treat*. 2020;117:1-4.
108. Vásquez JG. Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Rev Virtual Univ Católica Norte*. 2012;35(1):346-65.
109. McCord C, Bernhard P, Walsh M, Rosner C, Console K. A consolidated model for telepsychology practice. *J Clin Psychol*. 2020;76(6):1060-82.
110. Cooper SE, Campbell LF, Smucker Barnwell S. Telepsychology: a primer for counseling psychologists. *Couns Psychol*. 2019;47(8):1074-114.
111. Nadkarni A, Weobong B, Weiss HA, McCambridge J, Bhat B, Katti B, et al. Counselling for alcohol problems, a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017;389(10065):186-95.
112. Fernandez AC, Waller R, Walton MA, Bonar EE, Ignacio RV, Chermack ST, et al. Alcohol use severity and age moderate the effects of brief interventions in an emergency department randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2019;194:386-94.
113. Joseph J, Basu D. Efficacy of brief interventions in reducing hazardous or harmful alcohol use in middle-income countries: systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2017;52(1):56-64.
114. Hennessy EA, Tanner-Smith EE, Mavridis D, Grant SP. Comparative effectiveness of brief alcohol interventions for college students: results from a network meta-analysis. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. 2019;20(5):715-40.
115. Richards DK, Pearson MR, Morera OF, Field CA. Protective behavioral strategies predict alcohol-related problems among injured patients following a brief intervention. *Drug Alcohol Depend*. 2019;205:107535.

116. Koukounas E, Kambouropoulos N, Staiger P. The effect of cognitive distraction on the processing of alcohol cues. *J Subst Use*. 2019;24:1-4.
117. Beyer F, Lynch E, Kaner E. Brief interventions in primary care: an evidence overview of practitioner and digital intervention programmes. *Curr Addict Rep*. 2018;5(2):265-73.
118. Medina-Mora E, Carreño S, De la Fuente JR. Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. En: Galanter M, editor. *Recent Developments in Alcoholism, Vol 14: The Consequences of Alcoholism*. New York: Plenum Press; 1998. p. 383-96.
119. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
120. Switula D. Principles of good clinical practice (GCP) in clinical research. *Sci Eng Ethics*. 2000;6(1):71-7.
121. García P, Trejo AG, Hinojosa L, Jiménez AA, Gracia GN. Prevalencia y creencias asociadas al consumo de alcohol en mujeres universitarias. *Health Addict*. 2020;20:81-7.
122. Alonso-Castillo MM, Un-Aragón LT, Armendáriz-García NA, Navarro-Oliva EIP, López-Cisneros MA. Sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Investig Cienc*. 2018;26(75):66-72.
123. Fernández MA, Dema S, Fontanil Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*. 2018;31(4):260-73.
124. Liguori G, Lonbaken B. Alcohol consumption and academic retention in first-year college students. *Coll Stud J*. 2015;49(1):69-77.
125. Rapsey CM, Wells JE, Bharat MC, Glantz M, Kessler RC, Scott KM. Transitions through stages of alcohol use, use disorder and remission: findings from Te Rau Hinengaro, the New Zealand Mental Health Survey. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2019;54(1):87-96.
126. Nuño-Gutiérrez BL, Madrigal-De León EA, Martínez-Munguía C. Factores psicológicos y relacionales asociados a episodios de embriaguez en adolescentes escolares de Guadalajara, México. *Rev Colomb Psicol*. 2018;27(1):105-16.
127. Sellers CM, McManama O'Brien KH, Hernandez L, Spirito A. Adolescent alcohol use: the effects of parental knowledge, peer substance use, and peer tolerance of use. *J Soc Soc Work Res*. 2018;9(1):69-87.

128. Sharmin S, Kypri K, Khanam M, Wadolowski M, Bruno R, Attia J, et al. Effects of parental alcohol rules on risky drinking and related problems in adolescence: systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2017;178:243-56.
129. Magill M, Colby SM, Orchowski L, Murphy JG, Hoadley A, Brazil LA, et al. How does brief motivational intervention change heavy drinking and harm among underage young adult drinkers? *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(5):447-58.
130. Khan S, Siddique R, Li H, Ali A, Shereen MA, Bashir N, et al. Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *J Glob Health.* 2020;10(1):1-6.
131. Jacob L, Smith L, Armstrong NC, Yakkundi A, Barnett Y, Butler L, et al. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug Alcohol Depend.* 2021;219:108488.
132. Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, Nawrocka N, Bilinski P. Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4677.
133. Ponciano MG. Adicciones en la época de la COVID-19. *Salud Pública México.* 2020;1(3):1-4.
134. White HR, Stevens AK, Hayes K, Jackson KM. Changes in alcohol consumption among college students due to COVID-19: effects of campus closure and residential change. *J Stud Alcohol Drugs.* 2020;81(6):725-30.
135. Bollen Z, Pabst A, Creupelandt C, Fontesse S, Lannoy S, Pinon N, et al. Prior drinking motives predict alcohol consumption during the COVID-19 lockdown: a cross-sectional online survey among Belgian college students. *Addict Behav.* 2021;115:106772.
136. Kang L, Li X, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):e14.
137. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020;87:11-7.
138. Inchausti F, García-Poveda NV, Prado-Abril J, Sánchez-Reales S. La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clin Health.* 2020;31(2):105-7.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El estudio que a continuación se describe se enmarca en un proyecto de tesis, dirigido por la Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña (Área Académica de Psicología-ICSA-UAEH), y que forma parte de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud del Área Académica de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Este proyecto se divide en dos partes: en la primera parte se te pedirá contestar un cuestionario y una encuesta de datos socio-demográficos los cuales indagan sobre factores psicosociales asociados al estilo de vida en estudiantes universitarios. Los datos personales que proporcionen son confidenciales y los resultados obtenidos sólo se manejarán con fines estadísticos.

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en concordancia con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; la información obtenida en este estudio, así como los datos personales que se proporcionen serán estrictamente confidenciales y se mantendrá en todo momento el anonimato de tu persona. De igual manera, tus resultados podrás solicitarlos al final de la investigación.

Cabe mencionar, que tu aportación en este estudio es voluntaria y que todos los participantes pueden abandonar la investigación en cualquier momento.

**Atentamente**

**Lic. en Psic. Julio César Vargas Ramos**  
**Responsable del Proyecto**

**Datos de contacto:**

**e-mail: [jul940810@gmail.com](mailto:jul940810@gmail.com)**

**Cel. 7711946202**

**Acepto participar en esta investigación**

---

**Nombre y firma del participante**

## Anexo 2

### Encuesta de Datos Sociodemográficos

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

Semestre \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Vives con: a) Tus padres \_\_\_\_\_ b) Familiares \_\_\_\_\_ c) Amigos(as) \_\_\_\_\_ d) Solo(a) \_\_\_\_\_

Turno: Matutino \_\_\_\_\_ Vespertino \_\_\_\_\_ Mixto \_\_\_\_\_

¿Padeces alguna enfermedad cardiaca, hipertensión, hipotensión o diabetes?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Actualmente estás bajo un tratamiento psicológico o psiquiátrico?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Por qué razón?: \_\_\_\_\_

¿Tomas algún medicamento de manera regular?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de medicamento?: \_\_\_\_\_

¿En qué días, hay mayor probabilidad que consumas alcohol? (puedes marcar más de una opción).

Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_ Sábado \_\_\_\_\_ Domingo \_\_\_\_\_  
No consumo alcohol \_\_\_\_\_

¿En qué momentos del semestre, hay mayor probabilidad de que consumas alcohol?  
Al principio del semestre \_\_\_\_\_ A la mitad del semestre \_\_\_\_\_ Al final del semestre \_\_\_\_\_  
Durante todo el semestre \_\_\_\_\_ No consumo alcohol \_\_\_\_\_

¿Consumes de manera regular algún tipo de sustancia adictiva ilegal (marihuana, cocaína, heroína, LSD, etc.)?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

### Anexo 3

Instrucciones: Marca con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

Preguntas					
1. ¿Con qué frecuencia consumes 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 bebidas alcohólicas (copas) sueles consumir en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas (copas) 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 has sido incapaz de parar de beber una vez que has 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 pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte 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 que frecuencia en el curso del último año has 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 que frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herida porque habías bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año

Fuente: Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Geneva: OMS; 2001.

## Anexo 4

Nombre: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Responde las siguientes preguntas.

1. En la actualidad, el domicilio donde vives es:

- a) Casa de tus padres                      b) Casa propia                      c) Cuarto o departamento rentado  
d) Casa rentada                      e) Otro: \_\_\_\_\_

2. ¿Con quién vives actualmente?

- a) Padres              b) Familiares              c) Pareja              d) Amigos              e) Solo(a)

3. ¿Qué actividades realizas en tu tiempo libre? Puedes marcar más de una opción.

- a) Ninguna              b) Leer              c) Hacer deporte              d) Ir al cine o teatro              e) Ir a museos  
f) Ir a discotecas o bares              g) Ir a fiestas              h) Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. ¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o al uso de drogas?

- a) Sí              b) No

5. ¿Aparte de tus estudios, desempeñas algún trabajo?

- a) Sí              b) No

6. ¿A qué edad comenzaste a consumir alcohol? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué tan frecuentemente (0 a 100%) consumes los siguientes tipos de bebidas en un día de consumo usual?

\_\_\_\_\_ Cerveza (0-100%)

\_\_\_\_\_ Vino (0-100%)

\_\_\_\_\_ Pulque (0-100%)

\_\_\_\_\_ Destilados (0-100%) (Ron, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.)

\_\_\_\_\_ Coolers (0-100%) (Bebidas alcohólicas preparadas, y embotelladas o enlatadas)

8. En el lugar donde vives actualmente, ¿qué tan fácil es conseguir alcohol?

- a) Muy fácil              b) Fácil              c) Ni fácil, ni difícil              d) Complicado              e) Muy complicado

9. ¿En qué lugares acostumbras a consumir alcohol?

- a) Bares o antros              b) Lugar donde vives              c) Casa de amigos(as) o compañeros(as)

10. ¿Tus padres o familiares cercanos consumen alcohol de manera excesiva?

- a) Sí ¿Quiénes? \_\_\_\_\_                      b) No

11. De los siguientes motivos, marca con una "X" aquellos por los que comúnmente consumes alcohol (puedes marcar más de una opción).

- Para ser más sociable o desinhibido
- Para desestresarme/tranquilizarme
- Para disfrutar más de una reunión o fiesta
- Para disminuir algún malestar o sensación desagradable
- Para sentirme involucrado en un grupo
- Porque me gusta la sensación que producen los efectos del alcohol

12. ¿Consumes de manera regular tabaco en cualquiera de sus presentaciones (cigarro, puro, pipa, parches, chicles, etc.)?

- a) Sí                      b) No

13. ¿Cuándo estás con tu pareja, te presiona a beber en exceso o a consumir drogas?

- a) Sí                      b) No                      c) No tengo pareja

14. ¿Cuándo estás con tus familiares, te presionan a beber en exceso o a consumir drogas?

- a) Sí ¿Quiénes? \_\_\_\_\_ b) No

15. ¿Cuándo estás con tus compañeros(as) de la escuela, te presionan a beber en exceso o a consumir drogas?

- a) Sí                      b) No

16. ¿Cuándo estás con tus amigos(as), te presionan a beber en exceso o a consumir drogas?

- a) Sí                      b) No

17. ¿Tu pareja te ayudaría a disminuir tu consumo de alcohol?

- a) Sí                      b) No                      c) No tengo pareja

18. ¿Tus familiares te ayudarían a disminuir tu consumo de alcohol?

- a) Sí ¿Quiénes? \_\_\_\_\_ b) No

19. ¿Tus compañeros(as) de la escuela te ayudarían a disminuir tu consumo de alcohol?

- a) Sí                      b) No

20. ¿Tus amigos(as) te ayudarían a disminuir tu consumo de alcohol?

- a) Sí                      b) No

21. ¿Consideras que tu consumo de alcohol está relacionado con la carga de trabajo escolar?

- a) Sí                      b) No

22. ¿Consideras que tu consumo de alcohol es problemático?

- a) Sí                      b) No                      ¿Por qué? \_\_\_\_\_

23. ¿Actualmente planeas disminuir tu consumo de alcohol?

- a) Sí                      b) No

24. ¿Has intentado dejar de consumir alcohol?

a) Sí ¿Cómo? \_\_\_\_\_ b) No

25. ¿Has tenido algún problema en el ámbito académico por tu consumo de alcohol?

a) Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ b) No

26. ¿Has tenido algún problema en el ámbito familiar por tu consumo de alcohol?

a) Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ b) No

27. ¿Has tenido algún problema en el ámbito legal por tu consumo de alcohol?

a) Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ b) No

28. ¿Qué cantidad de dinero gastas de manera aproximadamente en alcohol al mes?

\$ \_\_\_\_\_

29. ¿Cómo percibes actualmente tu estado de salud?

a) Muy bueno      b) Bueno      c) Regular      d) Malo

## **Anexo 5**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se te ha invitado a participar en este estudio que se enmarca en un proyecto de tesis, dirigido por la Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña (Área Académica de Psicología-ICSA-UAEH), y que forma parte de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud del Área Académica de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Esta segunda parte consiste en una intervención psicológica breve, la cual tiene como objetivo la prevención de factores psicosociales de riesgo y consta de 5 sesiones distribuidas en 5 semanas, cada una con una duración aproximada de una hora. Debido al periodo de cuarentena establecido por las autoridades sanitarias federales y estatales, se tomó la decisión de que esta intervención sea llevada a cabo de manera virtual; por lo tanto se te solicita seguir los lineamientos descritos en la siguiente página.

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en concordancia con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; la información obtenida en este estudio, el contenido de las sesiones de la intervención y los datos personales que se proporcionen serán estrictamente confidenciales y se mantendrá en todo momento el anonimato de tu persona. De igual manera, tus resultados podrás solicitarlos al final de la investigación.

Cabe mencionar, que tu aportación en este estudio es voluntaria y que todos los participantes pueden abandonar la investigación en cualquier momento.

**Atentamente**

**Lic. en Psic. Julio César Vargas Ramos**  
**Responsable del Proyecto**

**Datos de contacto:**

**e-mail: [jul940810@gmail.com](mailto:jul940810@gmail.com)**  
**Cel. 7711946202**

**Acepto participar en este estudio**

---

**Nombre y firma del participante**

## **Anexo 6**

### **Lineamientos de la Intervención virtual**

A continuación se describen los lineamientos necesarios para poder llevar a cabo la Intervención breve de la mejor manera, de acuerdo con lo establecido en la “Guía para la práctica de la Telepsicología” de la Asociación Americana de Psicología (APA).

1. El responsable de la intervención se **COMPROMETE** a llevar a cabo la actividad de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Código Ético del Psicólogo en México y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.
2. El responsable de la intervención y el participante deberán utilizar una computadora de escritorio o personal con cámara web.
3. El responsable de la intervención y el participante deberán poseer una red de internet doméstica que permita realizar la videoconferencia de manera adecuada.
4. El responsable de la intervención y el participante se comprometen a asistir puntualmente a las citas que se hayan señalado con anterioridad, y si por algún problema de fuerza mayor no pudiesen asistir a la cita, se avisará con 24 horas de anticipación como mínimo.
5. Al momento de realizar las videoconferencias programadas, el responsable de la intervención y el participante deberán estar en un lugar privado, que sea cómodo para ambas partes, y que asegure privacidad y ausencia de ruido que pudiera interrumpir las sesiones.
6. Al inicio de cada sesión, el responsable de la intervención y el participante deberán mostrar ante la cámara web una identificación oficial o la credencial escolar (en el caso de los participantes).
7. El participante se compromete a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr una mejora en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
8. El responsable de la intervención podrá grabar fragmentos o en su totalidad, las videoconferencias realizadas para realizar un mayor análisis que favorezca a los participantes. Sin embargo, los participantes no podrán grabar en audio o video las videoconferencias que se realicen en la intervención.
9. Tanto el responsable de la intervención como el participante se comprometen a que la información personal de todos los involucrados y las actividades realizadas en las sesiones de trabajo, serán tratadas bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marcan los cánones éticos.

## Anexo 7

Semana del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ al día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_.

**Instrucciones:** Escribe en la tabla cuántas copas estándar de alcohol consumiste durante la semana. Usa como guía, la tabla de abajo, en donde se especifica cuántas copas estándar equivalen el tipo de bebida alcohólica que hayas consumido.

Día	Copas consumidas, dependiendo el tipo de bebida (anote el número de copas que consumió)				Situación en la que consumió (marque con una x)			
	Cerveza	Vino	Destilados (tequila, mezcal, whiskey, ron, vodka, pulque)	Total	Solo	Acompañado	En lugar público	En lugar privado
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

<b>COPAS ESTÁNDAR</b>	
1 cerveza de lata, 1 caballito, 1 copa de vino	1 copa
1 caguama	3 copas
1 botella de destilados de 250 ml.	6 copas
1 botella de destilados de 500 ml.	12 copas
1 botella de destilados de 750 ml.	17 copas
1 botella de destilados de 1 litro	22 copas
1 botella de vino de 750 ml.	5 copas
1 botella de vino de 1 litro	8 copas

Fuente: Echeverría L, Ruiz GM, Salazar ML, Tiburcio MA, Ayala HE. Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. En: Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema: curso de capacitación para profesionales de la salud. 2da. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2007. p. 89-160.

## Anexo 8

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga. Imagina que estás en este momento e indica en la escala, **QUÉ TAN SEGURO TE SIENTES DE PODER EVITAR CONSUMIR ALCOHOL**, marcando con una “X” a lo largo de la línea, 0% si estás INSEGURO ante esa situación o 100% si estás TOTALMENTE SEGURO de poder resistir consumir alcohol.

- En este momento sería capaz de EVITAR CONSUMIR ALCOHOL en las situaciones que involucran...

1. EMOCIONES DESAGRADABLES: (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal). Me siento...



2. MALESTAR FÍSICO: (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso, estresado y tenso). Me siento...



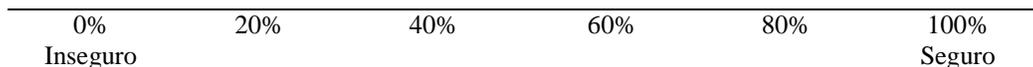
3. EMOCIONES AGRADABLES: (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino). Me siento...



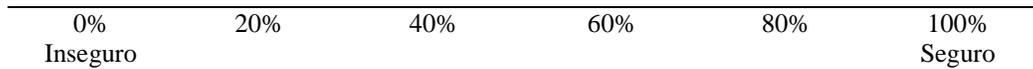
4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol y me invitan a consumir). Me siento...



5. NECESIDAD FÍSICA (Por ejemplo: si tuviera urgencia o un antojo intenso de beber, si pensara que rico es beber alcohol). Me siento...



6. CONFLICTO CON OTROS (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo). Me siento...



7. PRESIÓN SOCIAL (Por ejemplo: si alguien me presionara a tomar; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa). Me siento...



8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo y quisiera sentirme mejor). Me siento...



Fuente: Echeverría L, Ruiz GM, Salazar ML, Tiburcio MA, Ayala HE. Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. En: Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema: curso de capacitación para profesionales de la salud. 2da. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2007. p. 89-160.

## Anexo 9

### CARTA DESCRIPTIVA DE LA INTERVENCIÓN APLICADA

#### **Intervención psicológica breve y preventiva no presencial**

**Orientación:** Cognitivo-Conductual

**Duración:** 5 sesiones semanales

**Población meta:** Estudiantes universitarios que consumen alcohol

**Objetivo general de la intervención:** Disminuir el nivel de consumo de alcohol y aumentar el nivel de autoeficacia en los participantes

<b>Sesión 1: ¿Por qué consumimos alcohol de manera excesiva?</b>			
<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duración</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes conocerán su nivel de consumo de alcohol de acuerdo a la clasificación de la OMS.</li> <li>• Los participantes aprenderán de manera teórica, las causas del consumo excesivo de alcohol y también los efectos que produce un consumo reiterado.</li> <li>• Se establecerá la conducta meta para cada uno de los participantes.</li> <li>• Los participantes iniciarán el llenado de su Auto-registro semanal.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se utilizará la aplicación Zoom para realizar una videoconferencia con cada uno de los participantes, el horario será acordado previamente con los participantes.</li> <li>2. Se les dará la bienvenida a los participantes.</li> <li>3. Se les entregarán los resultados del AUDIT que obtuvieron los participantes durante la Fase 1 de este estudio, en donde se indique el tipo de consumo de alcohol que presentan, de acuerdo a la clasificación de la OMS.</li> <li>4. Se proyectará una exposición de PowerPoint, en donde se les informará a los participantes de las causas por las que la gente consume alcohol de manera excesiva, tomando en cuenta los modelos del Condicionamiento Operante, el</li> </ol>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo capacitado.</li> </ul> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laptop con cámara web.</li> <li>• Red de internet doméstica.</li> <li>• Presentación en PowerPoint.</li> <li>• Resultados del AUDIT de los participantes.</li> <li>• Auto-registro de consumo semanal en formato Google Forms.</li> </ul> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en salud.</li> <li>• Psico-educación.</li> </ul>	60 min.

	<p>Condicionamiento Clásico y el modelo de Koob. La presentación también incluye los efectos que produce un consumo reiterado, enfocado en la tolerancia al alcohol y el síndrome de abstinencia.</p> <p>5. Se establecerá la conducta meta para cada uno de los participantes, el cual propondrá objetivos claros y definidos.</p> <p>6. Se le explicará a los participantes cómo llenar el auto-registro de consumo de alcohol semanal, y se les pedirá que lo llenen cada día domingo a partir del inicio de la intervención.</p>		
--	--	--	--

### **Sesión 2: El ABC de nuestra conducta**

<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duración</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes conocerán los elementos que conforman un análisis funcional de la conducta.</li> <li>• Los participantes comprenderán la importancia del ambiente y los pensamientos dentro de la realización de una conducta.</li> <li>• Los participantes indicarán, de acuerdo a sus características individuales, los elementos que conforman su propio modelo ABC y que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizará la aplicación Zoom para realizar una videoconferencia con cada uno de los participantes, en el horario acordado previamente.</li> <li>• Se les explicará a los participantes, el modelo del análisis funcional de la conducta de tipo ABC (estímulos ambientales, pensamientos, respuesta emocional y conductual y reforzadores), usando una presentación PowerPoint.</li> <li>• Se sensibilizará a los participantes acerca de la importancia del ambiente y los pensamientos, dentro de la conducta de consumo de alcohol, así como los elementos que refuerzan la conducta nociva.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo capacitado.</li> </ul> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laptop con cámara web.</li> <li>• Red de internet doméstica.</li> <li>• Presentación en PowerPoint.</li> <li>• Formato en Word del modelo ABC para ser llenado.</li> </ul> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psico-educación.</li> <li>• Entrevista conductual.</li> </ul>	60 min.

<p>promueven su consumo de alcohol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les brindará a los participantes un formato en el cual deberán identificar aquellos estímulos o eventos en donde hay mayor probabilidad que consuman, los pensamientos o creencias que surgen ante estos estímulos, las emociones que se generan y las conductas que se realizan, incluyendo la de consumir alcohol, y finalmente los elementos que refuerzan la conducta.</li> </ul>		
---	---	--	--

### Sesión 3: Cuestionando nuestros pensamientos

Objetivos	Actividades	Recursos	Duración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes realizarán su planeación para alcanzar las metas propuestas en la Sesión 1, identificando barreras, obstáculos y dificultades.</li> <li>• Los participantes comprenderán el concepto de Distorsiones Cognitivas, así como su importancia en las emociones y conductas del ser humano.</li> <li>• Los participantes identificarán y cuestionarán sus propios pensamientos disfuncionales que influyen en su</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se utilizará la aplicación Zoom para realizar una videoconferencia con cada uno de los participantes, en el horario acordado previamente.</li> <li>2. Se le pedirá a los participantes recordar su conducta meta establecida en la Sesión 1 y tendrán que definir su plan para poder realizarla.</li> <li>3. Se les solicitará a los participantes que identifiquen las dificultades, obstáculos y barreras que pudieran aparecer y que compliquen su plan y el logro de la conducta meta.</li> <li>4. A través de una lluvia de ideas, se propondrán soluciones a los obstáculos identificados, y se analizarán las ventajas y desventajas de estas</li> </ol>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo capacitado.</li> </ul> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laptop con cámara web.</li> <li>• Red de internet doméstica.</li> <li>• Formato en Word del modelo ABC contestado por los participantes.</li> </ul> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psico-educación.</li> <li>• Solución de problemas.</li> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> </ul>	<p>60 min.</p>

<p>conducta de consumo.</p>	<p>soluciones para elegir las más adecuadas.</p> <p>5. Se le explicará a los participantes lo que son las Distorsiones Cognitivas, los tipos más comunes de este tipo de pensamientos y ejemplos de estos en la vida cotidiana.</p> <p>6. A través de la Reestructuración cognitiva, se procederá a cuestionar la veracidad, lógica y utilidad de algunos pensamientos disfuncionales de los participantes que estén relacionados a su consumo de alcohol.</p>		
-----------------------------	--	--	--

#### Sesión 4: Distrayendo nuestros antojos

Objetivos	Actividades	Recursos	Duración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes aprenderán técnicas de distracción cognitiva que pueden usar como apoyo para poder disminuir su consumo de alcohol de riesgo.</li> <li>• Los participantes conocerán otras estrategias que pueden utilizar en una situación real de riesgo para moderar el consumo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se utilizará la aplicación Zoom para realizar una videoconferencia con cada uno de los participantes, en el horario acordado previamente.</li> <li>2. Se brindará a los participantes la técnica de distracción cognitiva que pueden implementar en su propio contexto para disminuir su nivel de consumo de alcohol.</li> <li>3. Se propondrán entre los participantes y el psicólogo, diferentes conductas no riesgosas que pueden realizarse de manera alternativa en lugar del consumo de alcohol.</li> <li>4. Se propondrán también diversas estrategias que el participante puede utilizar en una situación real de riesgo, para moderar la</li> </ol>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo capacitado.</li> </ul> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laptop con cámara web.</li> <li>• Red de internet doméstica.</li> <li>• Formato en Word del modelo ABC contestado por los participantes.</li> </ul> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distracción cognitiva.</li> </ul>	<p>60 min.</p>

	<p>cantidad de alcohol que se va a consumir.</p> <p>5. Finalmente se les invitará a exponerse a situaciones en donde pueda darse el consumo de alcohol y que apliquen las técnicas y estrategias revisadas en esta sesión para evitar el consumo de riesgo.</p>		
--	---	--	--

### Sesión 5: Cierre y retroalimentación

Objetivos	Actividades	Recursos	Duración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes conocerán su progreso a lo largo de las sesiones anteriores.</li> <li>• Los participantes realizarán su evaluación de consumo de alcohol y Autoeficacia post-intervención.</li> <li>• El psicólogo conocerá qué aspectos de la intervención pueden mejorarse, desde la perspectiva de los participantes.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se utilizará la aplicación Zoom para realizar una videoconferencia con cada uno de los participantes, en el horario acordado previamente.</li> <li>2. Se revisarán los auto-registros de consumo semanal de los participantes a lo largo de la intervención para verificar su progreso.</li> <li>3. Se le preguntará a los participantes qué cambios han notado a lo largo de la intervención, tanto conductuales como a nivel de creencias y pensamientos.</li> <li>4. Se le solicitará a los participantes contestar el AUDIT y el CCS para realizar la evaluación post-intervención, y se les recordará que después de un periodo de seguimiento, se realizará nuevamente la evaluación.</li> <li>5. Se le preguntará a los participantes qué aspectos de la intervención fueron de su agrado y cuáles consideran que pueden mejorarse.</li> </ol>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo capacitado</li> </ul> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laptop con cámara web.</li> <li>• Red de internet doméstica.</li> <li>• Formato del AUDIT y del CCS adaptado a Google Forms.</li> </ul>	60 min.

	<p>6. Se procederá a agradecer a todos los participantes por haber aceptado recibir la intervención, haciendo énfasis en los logros que se obtuvieron, también se motivará a los participantes a continuar con su proceso de cambio conductual.</p>		
--	---	--	--

## Anexo 10

### Aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética e Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
*School of Medical Sciences*

18 NOV 2019  
50 Años  
VIDA INSTITUCIONAL  
1889-2019

Pachuca de Soto, Hidalgo a 14 de noviembre del 2019

**DRA. REBECA MA. ELENA GUZMÁN SALDAÑA**  
INVESTIGADORA ADSCRITA  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD/MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Asunto: DICTÁMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN  
APROBACIÓN

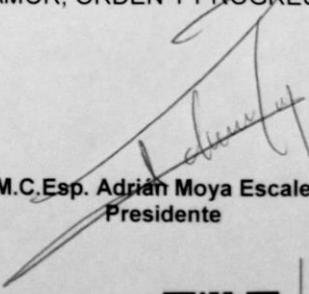
Título del Proyecto:  
"Evaluación Psicofisiológica e Intervención Breve en Estudiantes Universitarios que Consumen Alcohol"  
Código asignado por el Comité: CEEI-042-2019

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	No. y/o Fecha Versión	Decisión
Protocolo	Primero	<b>Aprobado</b>
Consentimiento informado	Primero	<b>Aprobado</b>

Este protocolo tiene vigencia de Enero del 2020 a Junio del 2021.  
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

ATENTAMENTE  
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"



**M.C. Esp. Adrián Moya Escalera**  
Presidente



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 ext 4301, 4303  
direccion\_icsa@uaeh.edu.mx