

**Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad de Ciencias Sociales**



**Trabajo presentado en opción al Título de Máster
en Psicopedagogía**

**Título: Percepción de riesgo y consumo de tabaco y alcohol en
estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina de
la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara**

Autor: Lic. Alberto Cruz Peña

Tutora: Dra. C. Osana Molerio Pérez

Asesor: MsC. Omar Hernández Trimiño

Santa Clara, 2018

Exergo

“... deberían darse cátedras de salud, consejos de higiene, consejos prácticos, enseñanza clara y sencilla del cuerpo humano, sus elementos, sus funciones, los modos de ajustar aquellas a estas, y ceñir éstas a aquellas, y economizar las fuerzas y dirigir las bien, para que no haya después que repararlas...”

José Martí

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que de una forma u otra hicieron posible la realización de este trabajo, en especial:

A la Dra.C. Osana Molerio Pérez, quien a pesar de tener grandes responsabilidades pudo dedicar su tiempo.

A la Ms.C. Evelyn Hernández Castillo, por su dedicación, genio, talento, y virtud humana.

Al Ms.C. Omar Hernández Trimiño, por su inestimable ayuda en el asesoramiento estadístico e incondicional apoyo en la culminación de este trabajo.

Al claustro de profesores de la maestría, por los conocimientos y experiencias aportados durante el desarrollo del programa académico.

A todos los estudiantes que participaron voluntariamente y cooperaron, sin ellos no hubiera sido posible.

A mi familia, porque se convirtió en un apoyo durante el desarrollo de la tesis.

Muchas gracias

Resumen

RESUMEN

El presente estudio estuvo dirigido a evaluar la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y de alcohol en estudiantes universitarios de primer año de Medicina. El paradigma asumido fue cuantitativo, se realizó un estudio descriptivo – correlacional mediante un diseño no experimental de tipo transversal (ex -post - facto). La muestra quedó conformada por 110 estudiantes seleccionados mediante un muestreo probabilístico estratificado. Se utilizaron una serie de cuestionarios dirigidos a la evaluación de: 1) Percepción de riesgo del consumo de tabaco, 2) Percepción de riesgo del consumo de alcohol, 3) Evaluación del nivel de dependencia a la nicotina y 4) Trastornos asociados al consumo de alcohol. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el procesador estadístico SPSS versión 21.0. El análisis de la percepción de riesgo permitió identificar que está presente de forma parcialmente adecuada tanto para estudiantes consumidores de alcohol como de tabaco, apreciándose diferencias en este último caso, entre los estudiantes consumidores y los no consumidores. Las dimensiones informativo- valorativa presentó niveles adecuados respecto a ambas sustancias; sin embargo, las dimensiones afectiva- motivacional e intencional- conductual, se ubicaron en niveles entre parcialmente adecuados e inadecuados en el caso del consumo de tabaco y niveles predominantemente adecuados respecto al consumo de alcohol. Existió una correlación entre el consumo de tabaco y de alcohol lo que refleja una tendencia al policonsumo. Finalmente se constató una correlación inversa entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco, mientras que esta correlación se dio solo con las dimensiones afectivo- motivacional e intencional- conductual en el caso del consumo de alcohol.

Palabras clave: Percepción de riesgo de riesgo, consumo de alcohol, consumo de tabaco.

Abstract

SUMMARY

The study was aimed at evaluating the relationship between risk perception, smoking and alcohol consumption in first year university students of Medicine. The assumed paradigm was quantitative, a descriptive - correlational study was carried out by means of a non - experimental transversal design (ex - post - facto). The sample was made up of 110 students selected by means of a stratified probabilistic sampling. A series of questionnaires were used to evaluate: 1) Perception of risk of tobacco consumption, 2) Perception of risk of alcohol consumption, 3) Evaluation of the level of nicotine dependence and 4) Disorders associated with the consumption of alcohol. The data obtained were analyzed using the statistical processor SPSS version 21.0. The analysis of risk perception made it possible to identify that it is present in a partially adequate manner for students who consume alcohol and tobacco, with differences being observed in the latter case between consumer and non-consumer students. The informative-valorative dimension presented adequate levels for both substances; however, the affective-motivational and intentional-behavioral dimensions were located at levels between partially adequate and inadequate in the case of tobacco consumption and levels that are predominantly adequated with respect to alcohol consumption. There was a correlation between the consumption of tobacco and alcohol, which reflects a tendency towards polydrug use. Finally, an inverse correlation was found between risk perception and tobacco consumption, whereas this correlation was only found with the affective-motivational and intentional-behavioral dimensions in the case of alcohol consumption.

Key words: Perception of risk of risk, consumption of alcohol, consumption of tobacco.

Índice

INDICE

Introducción	1
Capítulo I Fundamentación Teórica	
1.1 Una aproximación al estudio de las drogodependencias.....	6
1.2 El ciclo evolutivo de las adicciones	12
1.3 El tabaquismo como problema de salud.....	15
1.4 El alcoholismo: sus efectos dañinos.....	18
1.5 Particularidades del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y jóvenes.....	25
1.6 El consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios.....	28
1.7 La percepción de riesgo: un elemento esencial en la prevención de las adicciones.....	31
Capítulo II. Metodología	
2.1 Paradigma investigativo.....	39
2.2 Tipo de estudio.....	39
2.3 Diseño de la investigación.....	39
2.4 Definición de la población y la muestra	40
2.5 Definición y operacionalización de variables.....	42
2.6 Técnicas e instrumentos empleados	47
2.8 Procedimientos.....	49
2.9 Principios éticos de la investigación.....	50
Capítulo III. Análisis de los Resultados	
3.1 Percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad Médica de Villa Clara.....	51
3.2 Percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad Médica de Villa Clara	54
3.3 Particularidades del consumo de tabaco en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara	58
3.4 Particularidades del consumo de alcohol en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara	61
3.5 Percepción de riesgo y su relación con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de primer año de la Universidad de Ciencias Médicas. VC.....	65
3.6 Análisis integral de los resultados	66
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

Introducción

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, existe una preocupación importante por el consumo de drogas, especialmente en los jóvenes universitarios. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos están asociados a enfermedades o comportamientos que tienen su comienzo en la juventud, entre ellas el consumo de drogas legales (Lucena, Ruiz-Olivares, Pino y Herruzo, 2013).

La OMS (2010), señala que el tabaquismo y el alcoholismo son las drogodependencias más extendidas en nuestra sociedad, y representan, respectivamente, la primera y la tercera causa de años de vida con discapacidades. En el caso de Cuba, algunos patrones que se originan desde la propia cultura favorecen el consumo de tabaco y alcohol. Su producción y exportación constituyen un importante renglón económico, por lo que aun cuando se han trazado políticas públicas para atenuar su consumo, sobre todo en la población joven, estas son insuficientes y no alcanzan el impacto esperado.

El tabaco es una de las drogas legales que con mayor frecuencia centra la atención de investigadores de diferentes áreas de las ciencias de la salud. Desde la Psicología múltiples investigaciones se han orientado al estudio del tabaquismo como problema de salud por su alto nivel de consumo y los riesgos físicos, psicológicos y sociales asociados (Beard, Bruguera, McNeill, Browne, & West, 2015; Carter et al., 2015; Fagerström & Bridgman, 2014; Gantiva et al., 2015).

El consumo de tabaco a nivel mundial ha aumentado entre los jóvenes, con una cifra diaria entre ochenta mil y cien mil consumidores. De ellos, cuatro de cada cinco, comenzaron a serlo antes de los 18 años. Continúa siendo la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en el mundo, en cualquiera de sus modalidades, está relacionado con aproximadamente treinta enfermedades de las cuales al menos diez son distintos tipos de cáncer, explica el 50% de las enfermedades cardiovasculares y es la principal causa en la etiopatogenia del 95% de los diagnósticos de cáncer de pulmón (Carter, et al., 2015).

Cuba no se encuentra exenta de esta problemática. La alarma sobre los efectos del tabaquismo en la sociedad cubana se ha disparado tras conocerse que en el año 2014 el cáncer pasó a ser

la primera causa de muerte en el país (MINSAP, 2014). Cada día, treinta y seis cubanos fallecen a causa de enfermedades atribuidas al consumo de tabaco, representando el 15% del total de muertes que ocurren (Benítez, 2014).

Otro de los factores de riesgo más determinantes a nivel mundial es el consumo de alcohol que resulta más prevalente e intenso entre los hombres que entre las mujeres (Monteiro, 2013). El consumo de alcohol se ha incrementado notablemente en los últimos tiempos iniciándose cada vez más tempranamente, se estima que la edad de inicio es de aproximadamente a los 15 años (Fabelo, Iglesias, Cabrera y Maldonado, 2013). En nuestro país, el 45.2% de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, sobre todo en el grupo entre 15 y 44 años.

El alcoholismo constituye un factor de riesgo importante en la mortalidad y la morbilidad en todo el mundo. En términos de impacto sobre la salud, ha ocupado el primer lugar entre los factores de riesgo que contribuyen a la carga total de enfermedades, medida por los años de vida perdidos por mortalidad prematura o años vividos con alguna discapacidad (Monteiro, 2013; Martín 2016).

En el caso de Cuba, según datos aportados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo aplicada en el 2010-2011, hay un significativo incremento del consumo de alcohol en tanto el 67,4% de la población consume alcohol habitualmente, el 85,1% se considera bebedor social, el 7,1% bebedor de riesgo, el 5,1% bebedor perjudicial y el 2,7% dependiente alcohólico. A ello hay que añadir que hay un incremento en el consumo de medicamentos fundamentalmente mezclados con alcohol. Un dato interesante a los efectos de la investigación es que en el sector juvenil quienes más consumen tabaco y alcohol no son los jóvenes desvinculados ni marginales como cabría esperarse, sino que paradójicamente son los estudiantes universitarios (Gárciga, Surí y Rodríguez, 2015; Ministerio de Educación Superior, 2014).

Se reconoce en la literatura que el paso de la adolescencia a la juventud constituye una etapa vulnerable para la iniciación en el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Existen diferentes factores que favorecen el consumo, entre ellos la separación de los hogares (Cabrejas, 2013), la presión grupal, el afrontamiento a situaciones de estrés (Duarte y Fernández-Castillo, 2015) y situaciones de la vida cotidiana, por lo que representa un reto analizar la relación entre estas variables (García del Castillo, 2014; López, 2015). En este sentido, se han

venido realizando diversas investigaciones desde el Centro de Bienestar Universitario de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas que enfatizan en el papel mediatizador de la percepción de riesgo en el desarrollo de las adicciones.

La percepción de riesgo se ha convertido en un constructo determinante para la presencia de una conducta de riesgo (Posada, Puerta-Henao, Alzate y Oquendo, 2014; García del Castillo, 2012 y Lucena 2013; Stanojlovic, 2015). Son varios los modelos que abordan este constructo y que resultan relevantes para la presente investigación: Modelo de Creencias en Salud, Teoría de la Acción Razonada, Teoría del Aprendizaje Social, Modelo de desarrollo Social de Hawkins y Weiss, Teoría del Autorrechazo y Modelo Integrado en la Comprensión del Consumo de Tabaco y Alcohol, entre otros. Los mismos sustentan los programas de prevención de adicciones que se desarrollan (Becoña, 2012; Díaz, Arellanez, Rodríguez y Fernández, 2015; Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004).

En diversos estudios (Gómez, Aical, Moallau y Vitore, 2010; García del Castillo, 2012; Moreno, 2014) se ha determinado la existencia de una relación significativa entre la percepción de peligrosidad de sustancias adictivas y la frecuencia de su consumo. Se ha evidenciado una relación inversa entre la tendencia a incrementar el consumo y la disminución de la percepción de riesgo (De la Villa et al, 2009; González-Iglesias, Gómez-Fraguela, Gras y Planes, 2014; y Lucena, 2013). Esto determina la importancia de entender la percepción de riesgo como un proceso más complejo que se destaca por ser individual, contextualizado, mediatizado (inter e intrasubjetivo) multidimensional y dinámico (Molerio et al., 2014).

La problemática abordada en la presente investigación, se ha convertido en la actualidad en un serio problema de salud pública, que no solo atañe a los países desarrollados sino a los que se encuentran en vías de desarrollo. Varios autores, han analizado diferentes formas de llevar a cabo una prevención integral en estudiantes universitarios en las instituciones de nivel superior en cuanto al uso y abuso de drogas (Fabelo et. al., 2011; Gárciga, Surí y Rodríguez, 2015).

La necesidad de fortalecer las acciones de promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida con participación intersectorial aparece reflejada los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (PCC, 2012). En correspondencia con las políticas establecidas, en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, se implementa el

Programa de prevención de uso indebido de drogas. En la última etapa se aprecia una tendencia al incremento en las cifras de estudiantes consumidores asociada a una ligera disminución de la edad de inicio del consumo.

Se hace evidente la necesidad de intensificar las acciones de prevención en este sector juvenil, no solo por constituir una población vulnerable, sino porque el joven que se forma en las Ciencias Médicas, por su futura profesión, es visto como un referente en las comunidades donde vive y, por tanto, debe convertirse en un promotor de salud. Para quienes se forman como profesionales de la salud, el desarrollo de habilidades y competencias para la prevención y atención de las adicciones, constituye una prioridad. Solo a partir de ello, podrán enfrentar dicha problemática de salud y controlar ese flagelo de la humanidad (Fabelo, et. al. 2014; Gárciga, Surí y Rodríguez, 2015).

Se requiere implementar en las universidades médicas cubanas, estrategias y programas psicoeducativos que resulten cada vez más efectivos en la prevención del desarrollo de las adicciones en sus estudiantes. Para llevar a cabo ese trabajo una de las miradas más importantes es el tema de la percepción de riesgo que sobre el consumo de tabaco y alcohol poseen estos jóvenes. De ahí que la presente investigación se plantee como problema científico:

- ¿Existe relación entre la percepción de riesgo que poseen los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina, de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara y el nivel de consumo de tabaco y alcohol en estos jóvenes?

Objetivo General:

- Evaluar la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Objetivos específicos:

- Describir las particularidades del consumo de tabaco y alcohol en los referidos estudiantes.
- Explorar la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
- Determinar el tipo de relación existente entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes universitarios investigados.

Desde esta perspectiva la hipótesis científica de la presente investigación se sustenta en la existencia de una relación inversa entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y al-

cohol en los jóvenes universitarios. La pertinencia del tema se relaciona con la alta incidencia y prevalencia de esta adicción en el contexto universitario y en particular en la institución objeto de investigación. La novedad científica radica en que si bien existen antecedentes de al menos un estudio sobre los factores de riesgo y el comportamiento de consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de primer año de Medicina de esta institución; hasta la fecha no se han desarrollado investigaciones que consideren la percepción de riesgo como núcleo esencial del desarrollo de las adicciones.

En el orden metodológico se incorporan a la investigación técnicas para la evaluación de este constructo como parte del proceso de su validación. En cuanto al aporte práctico se señala que los resultados del estudio pueden ser de utilidad para el diseño teórico- metodológico de las acciones preventivas que se están llevando a cabo en este centro de altos estudios y, consecuentemente favorecer su efectividad (Montiel, Guerra, 2016; y Monzón, 2016).

El informe de investigación consta de tres capítulos. En el primero, se presentan los fundamentos teóricos en relación con el consumo de tabaco y alcohol, sus particularidades y consecuencias en los adolescentes y jóvenes. Además se esbozan aspectos relacionados con la percepción de riesgo. En el segundo capítulo, se define el paradigma metodológico que se asume, la muestra, los instrumentos, los procedimientos y los métodos estadísticos empleados para el análisis de los datos. En el tercer capítulo, se presenta el análisis de los resultados. Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones derivadas del estudio.

*Fundamentación
Teórica*

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Una aproximación al estudio de las drogodependencias

La definición del término drogas ha sido objeto de modificaciones a lo largo del tiempo. En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) las definió como: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias funciones”. De esta manera, el término droga venía a ser sinónimo de fármaco, y así continúa utilizándose en la literatura inglesa, con el término “*drug*”. En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos, capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, y susceptible de ser autoadministrada”.

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Martin del Moral y Lorenzo Fernández, 1998; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015):

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de modificar una o varias funciones psíquicas de éste.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su auto administración.
- El cese en el consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico.
- No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

En las últimas décadas, diferentes autores han reemplazado el término Droga por el de sustancia psicoactiva y lo han relacionado con el Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas en lugar de Drogodependencia (APA, 2013). Así, el término genérico, se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Espinosa, Hernández, Cassiani, Cubides y Martínez, 2016; Martín et al., 2009)

Existen diferentes tipos de clasificación de drogas. Desde un punto de vista sociológico las drogas se pueden clasificar en institucionalizadas (tabaco, alcohol), y no institucionalizadas (opiáceos, cocaína, cannabis). Otra posible clasificación resalta las referencias a sus aspectos legales (legales e ilegales).

En cuanto a su acción las drogas pueden ser:

- *Drogas depresoras del sistema nervioso central*, que actúan inhibiendo los mecanismos cerebrales que sirven para mantener el estado de vigilia y producen diferentes grados de depresión, desde la sedación y somnolencia hasta la anestesia y el coma. Entre ellas se encuentran: el alcohol, los opiáceos, derivados del cánnabis, hipnóticos y sedantes (hipnóticos y sedantes), inhalables (disolventes, colas, pinturas, barnices, lacas, gasolina).
- *Drogas psicoestimulantes*, que son sustancias que producen euforia, manifestada como bienestar y mejoría del humor aumentando el estado de alerta y la actividad motriz. Disminuyen la sensación subjetiva de fatiga y apetito, y pueden mejorar el rendimiento intelectual. También producen la estimulación cardiovascular. Entre ellas se encuentran: la cocaína, las anfetaminas, la cafeína, y la nicotina.
- *Drogas psicodélicas o alucinógenas*, que son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos, o bien son productos de síntesis de laboratorios. Dependiendo del tipo de sustancia distorsionan aspectos relacionados con la percepción, con los estados emocionales y con la organización del pensamiento, llegando a producir alucinaciones. Entre ellas se encuentran el LSD, la mezcalina y la psilocibina (Lorenzo, Leza y Lizasoain, 1993)

Según la OMS, los daños que estas sustancias producen sobre la salud dependen en mayor o menor medida del grado de dependencia que produzca la sustancia en sí, de la tolerancia y de los efectos somáticos y psíquicos sobre el organismo.

Dependencia

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR), se han enunciado criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga, cualquiera que sea, pero que son adaptables a la temática en cuestión (2014). Así, apunta a un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- Tolerancia o necesidad de tener que consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o el efecto de la sustancia disminuye por su consumo continuado.
- Síntomas de abstinencia característicos de la sustancia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en mayor cantidad o durante un periodo más largo de tiempo de lo que se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la misma.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

➤ ***Dependencia física o fisiológica***

La dependencia física, que recibe hoy en día la denominación de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo (Cami y Ayesta, 1997; Criollo y Guerrero, 2015).

Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta un cuadro denominado *síndrome de abstinencia agudo o de retirada (Withdrawal Syndrome)*, que se caracteriza por manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variables (según la droga), los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce.

➤ ***Dependencia psíquica o psicológica***

Todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos, pero terminan siéndolo por reforzadores negativos. En estos casos, el sujeto muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actúa con ansiedad y de forma impulsiva y pierde interés por cualquier otro tipo de actividades gratificantes anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas (Álvarez, Moreno y Granados, 2014; Gil- Roales, 1996).

La dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conforman el núcleo central de la adicción. Lo que caracteriza, por tanto, a una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que el sujeto establece con ella. La dependencia psicológica se expresa en un deseo irresistible (estado de anhelo o *crawing*) de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones). La secuencia evolutiva habitual de las adicciones psicológicas (Krych, 1989), es la siguiente:

- Se consume para evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia.
- La conducta es placentera y recompensante para la persona.
- Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está implicada en ella.
- La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente. El sujeto pierde interés por otro tipo de actividades anteriormente gratificantes.
- El sujeto tiende a quitar importancia al interés o al deslumbramiento, suscitados en él por la conducta.
- Se experimenta un deseo intenso de llevar a cabo la conducta y se tienen expectativas muy altas acerca del alivio del malestar que se va a sentir tras la ejecución de la conducta.
- La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes.
- Hay una justificación personal y un intento de convencimiento a los demás de las causas del consumo.
- A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos de controlar la conducta por sí mismo.
- Finalmente, lo que mantiene la conducta no es ya el efecto placentero, sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.
- El sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se empobrecen debido a la falta de empleo. De este modo, que el comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés.
- La conducta adictiva se agrava. Una crisis externa puede llevar al paciente o a la familia a solicitar tratamiento.

Como consecuencia de todo ello, los comportamientos adictivos se vuelven automáticos, emocionalmente activados, con poco control intelectual sobre el acierto o error de la decisión.

El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las posibles consecuencias negativas a largo plazo.

La dependencia psicológica es una situación compleja, y la intensidad y rapidez con que se establece así como la dificultad para salir de ella una vez establecida, son variables y dependen de varios factores: personales, educativos, sociales, ambientales, motivacionales, antropológicos, etc., y están también relacionados con la droga (Graña, 1994).

➤ ***Dependencia social***

Este tipo de dependencia viene determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad. El abandono de la droga puede generar en el drogodependiente graves crisis relacionales capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable.

Tolerancia

La tolerancia a las drogas es una manifestación, más acentuada, de la tolerancia farmacológica en general. Se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras su administración repetida, lo que obliga a incrementar la dosis para mantener el efecto inicial (Criollo y Guerrero, 2015; Stolerman, 1992). Se desarrolla en función de las propiedades farmacológicas de la droga y de los efectos que a nivel bioquímico producen.

Abstinencia

La experimentación del síndrome de abstinencia es el núcleo fundamental de todas las adicciones, sean éstas químicas o psicológicas. Al margen de los aspectos peculiares de cada adicción específica, las características comunes de un síndrome de abstinencia son las siguientes (Fernández, 1998; Hernández, 2015):

- Impulso intenso para realizar una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona que la ejecuta.
- Tensión creciente hasta que la conducta es llevada a cabo.
- Desaparición temporal de la tensión.
- Vuelta gradual del impulso con fuerza creciente, que está asociada a la presencia de estímulos internos y externos.

- Condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos.

Los signos y síntomas del síndrome son los contrarios a los que caracterizan el efecto inmediato de la droga, es decir, manifestaciones de rebote de los sistemas fisiológicos alterados por ella, si bien el cuadro general suele superar en intensidad a los esperados por las modificaciones producidas por la droga. Se administra la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

1.2 El ciclo evolutivo del desarrollo de las adicciones

En cuanto a la etiología de la conducta de consumo, existen una gran variedad de modelos y teorías para explicar los procesos de adquisición, mantenimiento y abandono del consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría presentan explicaciones parciales, centrándose en un factor considerado predominante, ya sea de carácter fisiológico, psicológico o social.

Así, las teorías biológicas incluyen aspectos genéticos y neurobiológicos y atribuyen la adicción a una vulnerabilidad biológica. Las teorías sociales hacen referencia a la disponibilidad de las sustancias y a aspectos culturales y económicos, y las teorías psicológicas hacen referencia a teorías de la personalidad y del aprendizaje.

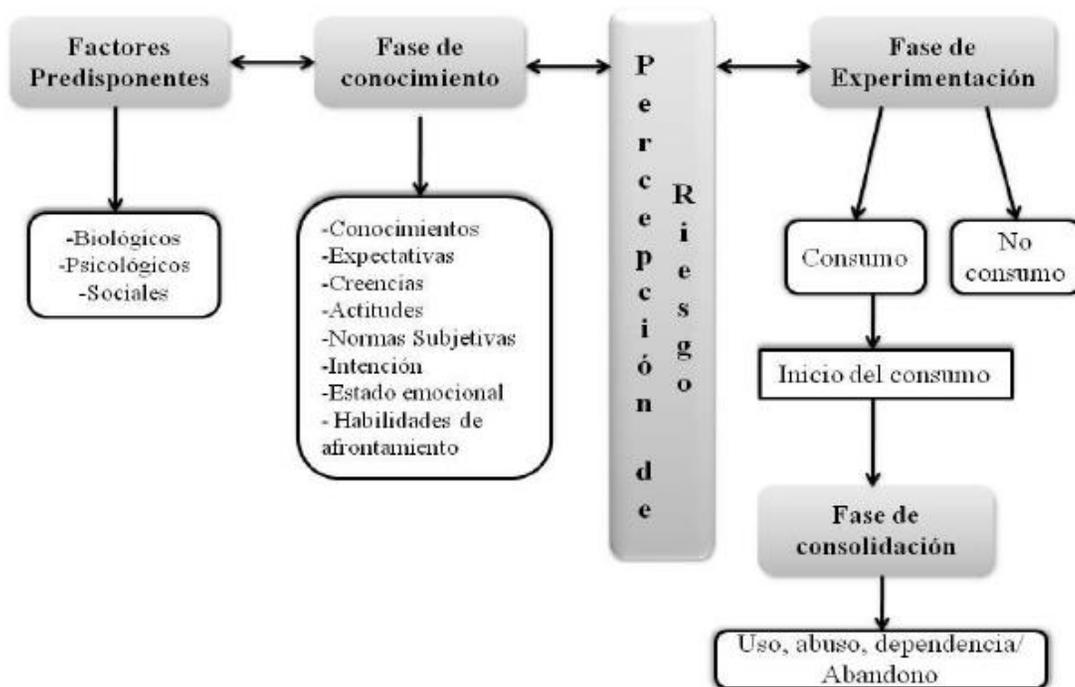
Precisamente uno de los aspectos que complejiza la prevención y tratamiento de las adicciones es su carácter multifactorial. Por ello en la actualidad, la tendencia sobre la etiología del fenómeno de las drogodependencias es utilizar marcos conceptuales complejos donde se pueda integrar toda la información existente.

Un modelo donde se siga una perspectiva secuencial, tanto en el sentido evolutivo de la persona como en las distintas etapas del consumo, relacionadas con la propia evolución física, psicológica, afectiva y social de esa persona. El proceso por el que un joven pasa de consumir una sustancia psicoactiva hoy, a tener una dependencia mañana, es complejo, lento y predecible, y depende de múltiples factores. Se pueden diferenciar claramente una serie de fases en el proceso, una fase previa o de predisposición, una fase de conocimiento, una fase de consolida-

ción, pasando del abuso a la dependencia, donde aparecen otras fases como la de abandono o mantenimiento y la fase de recaída (Becoña y Vázquez, 2001; Secades y Fernández, 2004).

Al respecto, el autor reconoce la utilidad práctica del *Modelo integral en la comprensión del consumo de drogas* propuesto por Becoña en 1999 en tanto integra diversos aspectos desde una perspectiva secuencial y evolutiva, en la cual se describen una serie de fases o etapas por las que transita la persona que inicia o no el consumo.

Figura # 1: Modelo integral en la comprensión del consumo (Becoña, 1999)



Fuente: Elaborado por Fernández-Castillo, Molerio-Pérez, Sánchez y otros (en prensa)

Otra de las complejidades del abordaje de las adicciones es que su desarrollo de manera paulatina y progresiva, generalmente limita su detección y detención temprana, de ahí la importancia de reconocer las particularidades del consumo en las diferentes etapas de desarrollo de una adicción.

En el consumo regular de cualquier droga se incrementa la cantidad y la frecuencia de consumo con el fin de modificar el estado de ánimo. En ese momento se empieza a necesitar la droga para lograr dicho objetivo. En esta etapa empiezan a presentarse cambios en el comportamiento relacionados con la escuela (ausentismo en las clases, incumplimiento de tareas), la familia (asilamiento de las actividades), los amigos (aumentan las salidas con aquellos que consumen drogas) y su vida personal (son más lábiles emocionalmente y pierden el interés por lo que antes parecían motivarse).

El consumo intenso se caracteriza por presentarse al menos una vez al día y existe la tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia del comportamiento. La droga ocupa un lugar prioritario en la vida de la persona y hay un deterioro significativo del funcionamiento en los otros ámbitos. Los individuos se muestran preocupados por no conseguir o mantener el estado de ánimo que alcanzan bajo el efecto de la sustancia psicoactiva.

Finalmente, en el consumo compulsivo el sujeto necesita ingerir la sustancia varias veces al día y no lo hace socialmente ni por obtener beneficios, sino más bien para mantenerse en un estado de funcionamiento mínimo adecuado y «sentirse normal». Se presenta dependencia lo cual significa que hay tolerancia a la droga y que el sujeto no puede interrumpir el consumo sin experimentar malestar fisiológico o alteraciones de funcionamiento psíquico, razón por la cual son frecuentes las recaídas.

Se hace necesario precisar que al hablar de las drogas y sus efectos nocivos muchas veces no se piensa en las llamadas drogas institucionalizadas, es decir, en las sustancias cuya presencia y consumo están plenamente integradas en las pautas de comportamiento de la sociedad, aquellas que gozan del respaldo de la tradición histórico-cultural y cuya producción, venta y consumo no están penalizados. Pocas veces, en nuestra cultura, al hablar de las drogas, nos referimos al alcohol, al tabaco o al café, dado que se nos presentan como productos de uso común, aunque sean clasificables farmacológicamente como drogas en función de sus acciones sobre el organismo y sean capaces de crear toxicomanías más o menos severas.

La polémica parece siempre centrarse, de manera parcial y por tanto errónea, en las sustancias no integradas, en las no pertenecientes al acervo cultural de referencia, es decir en aquellas que

son consideradas exóticas dentro del sistema cultural de valores. Como consecuencia, el consumidor de ciertas drogas carentes de aceptación social, será etiquetado en muchas ocasiones como un delincuente, o “*un caso perdido*”, mientras que con el consumidor de drogas institucionalizadas -caso del alcohol- la sociedad será más permisiva y más benevolente (Gutiérrez, 2006).

Se hace evidente que las adicciones en general no solo limitan las posibilidades de autorrealización de las personas, sino que terminan afectando su bienestar psicológico, provocando problemas de salud y desencadenando una disfuncionalidad en el orden psicosocial. Por su amplia incidencia, su carácter de drogas porteras y la amplia aceptabilidad social en torno a ellas la presente investigación se centra en el tabaquismo y el alcoholismo.

1.3 El tabaquismo como problema de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la Clasificación Internacional (2010), ha catalogado el tabaquismo como una enfermedad crónica no transmisible y adictiva. Por su parte, otros autores la definen como una adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica, así como un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas (Trejo, Calderón y Jácome, 2015)

Se considera que el grado de exposición y dependencia a la sustancia adictiva constituyen indicadores del nivel de adicción a la misma, por ello resulta necesario precisar la clasificación de los fumadores según el nivel de consumo:

Tabla 1: Clasificación del tabaquismo

Clasificación	Descripción
Fumador regular	Persona que refiere fumar cigarrillos, tabacos o pipa, actualmente al menos una vez al día, o que ha dejado de hacerlo, pero hace menos de un año. Según el número de cigarrillos consumidos, el fumador se clasifica en: - Ligero: hasta 10 cigarrillos al día. - Moderado: de 11 a 20 cigarrillos al día. - Gran fumador: más de 20 cigarrillos al día.
Ex- fumador	Persona que alguna vez fue fumador regular pero que ha dejado de fumar desde hace un año como mínimo.
Fumador ocasional	Persona que refiere fumar uno o más cigarrillos, pero no de forma diaria.
Fumador pasivo	Persona, que no siendo fumadora, inhala involuntariamente el humo de productos manufacturados del tabaco que consumen otros fumadores a su alrededor, con mayor peligro en locales cerrados
No fumador	Persona que nunca ha fumado.

Fuente: Revista Científica Médica de Cienfuegos, p.33. (2007)

Según la OMS, cada año mueren tres millones de personas en el mundo a causa de enfermedades directamente relacionadas con el consumo del tabaco. Las cifras señalan que en una familia compuesta por diez miembros, cuatro serán fumadores y dos de ellos acabarán muriendo con casi veinte años de antelación a consecuencia de su hábito, padeciendo además múltiples molestias y trastornos que menoscabarán la calidad de su vida (OMS, 2010).

Se estima que en el mundo existen 1 300 millones de personas fumadoras y que la mitad morirá a consecuencia de su adicción, de ellos, 325 millones de personas entre 35 y 69 años (Hernández, 2015). Asimismo, se prevé que dentro de los próximos 20 ó 30 años, alcanzará las 10 millones de muertes, produciéndose el 70% de éstas en los países en desarrollo. El restante 30% de las muertes, estaría distribuido en países subdesarrollados como Cuba, donde a pesar de tener una población menor a otros países de América Latina y el mundo, la incidencia del consumo de tabaco es elevada. Informes emitidos por el Ministerio de Salud Pública (2011) señalan que en Cuba existen más de 2 millones de fumadores y que durante el año 2010 se incrementó el consumo de cigarrillos en un 8,02%. Además, refieren que 4 de cada 10 hom-

bres y 2 de cada 10 mujeres fuman, con mayor prevalencia en las edades comprendidas entre los 40 y los 49 años.

Las edades de inicio del consumo del tabaco se remiten a alrededor de los 20 años, para un 76% de los fumadores, mientras que para los restantes las edades de inicio del hábito oscilan entre los 12 y 16 años. Por su parte, la mayor prevalencia en cuanto al consumo diario de cigarrillos oscila entre 6 y 10; destacándose las provincias Ciudad de la Habana y Santiago de Cuba (Díaz-García, Urquiza, Hernández, Molina & Díaz-García, 2014).

La repercusión negativa del tabaquismo en el orden físico, psicológico y social, acomete contra todas las edades y sectores de la población, sin establecer distinción alguna. Los datos expuestos, manifiestan el peligro que representa el consumo de cigarro no solo para el fumador, quien constituye una víctima aunque no involuntaria de la adicción; sino también para el fumador pasivo, la sociedad en sentido general y el medio ambiente.

En este sentido, existe una clara asociación entre fumar y distintas enfermedades, reflejando en algunas de ellas una relación causal, dígame el cáncer de pulmón. Al respecto, se ha identificado que en la combustión del cigarro existen más de 4000 sustancias tóxicas, de las cuales más de 60 son cancerígenas. Precisamente en la actualidad el cáncer de tráquea, bronquio y pulmones ocupa la tercera causa de muerte en la mujer y primera en el hombre. De igual forma, se relaciona directamente con la aparición o agravamiento de los cánceres de la cavidad oral, esófago, laringe, útero, vejiga y páncreas.

Otras patologías asociadas al tabaquismo son las cardiopatías y los problemas cardiovasculares, como las enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares. A su vez, el hábito de fumar es el principal responsable de la enfermedad obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema); incluyendo el riesgo de padecer otras infecciones respiratorias como catarros, bronquitis y neumonía, síntomas agravados de asma, tos, afonía, flema excesiva y silbido de pecho (Becoña, 2004; Páez, 2014).

Entre las consecuencias psicológicas más comunes se encuentran afectaciones en la atención (debido al déficit de oxígeno que el tabaco ocasiona en la sangre), el aprendizaje y la memoria,

deteriorándose la cognición en general. Asimismo, se asocia a cambios en el estado de ánimo, el apetito y en la reacción de alerta; reacciones similares provocadas por la cocaína y la heroína.

Los efectos a largo plazo de la nicotina en el cerebro de muchos consumidores crónicos de nicotina facilitan los efectos adictivos, convirtiéndose el consumo de tabaco en la puerta de entrada a otras sustancias adictivas (NIDA, 2011). Los compuestos que constituyen el tabaco producen dependencia física y psicológica, por lo tanto, aunque legal, es una droga con todas las características de cualquier otra. El síndrome de abstinencia tabáquico, cuya intensidad varía mucho de unas personas a otras, se caracteriza por irritabilidad, ansiedad marcada por el deseo de fumar, perturbaciones del sueño, crisis de mal humor, entre otros

Llegado a este punto del análisis en el que han quedado explicitadas muchas de las causas por las cuales no se debería fumar y los beneficios que reportan la cesación del hábito, pareciera suficiente para disminuir el consumo de tabaco en la sociedad. Sin embargo, las estadísticas demuestran datos alarmantes que ponen en alerta a quienes velan por la salud y el bienestar humano.

1.4 El alcoholismo: sus efectos dañinos

En la actualidad, existe consenso mundial de que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituye un problema muy serio, y que los daños ocasionados por él afectan a todos por igual. El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas vulnera la salud y el bienestar social del bebedor, y repercute en la sociedad en general. A pesar de esto, todo indica que son cada vez más las personas que consumen e inician el consumo a edades tempranas, con una tendencia mundial al incremento, llegando a reconocerse que el alcohol es la droga legal que más se consume en la actualidad (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña, & Rial, 2017; Miquel et al., 2016)

La OMS definió en 1976, el alcoholismo como un trastorno crónico del comportamiento, que se manifiesta por la incapacidad de abstenerse de tomar o de detener la ingestión una vez comenzada. Además, se manifiesta por repetidas ingestas de alcohol excesivo con respecto a las

normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo en la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

La Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones, define el alcoholismo como una enfermedad crónica en la que concurren factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales. Frecuentemente, la enfermedad es progresiva y mortal, y está caracterizada por la pérdida del control sobre el beber, que produce consecuencias adversas que distorsionan el pensamiento y generalmente se acompaña de una notable negación de la enfermedad (García, 2010).

Desde un criterio determinista (González, 1983; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2015) el alcoholismo se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol o la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, o su ineptitud para decidir hasta cuándo tomar. Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes:

- No poder mantenerse 2 días seguidos sin beber.
- No poder controlarse cuando se comienza a beber.
- Necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

Actualmente, la clasificación que más se emplea con relación al consumo de alcohol es la siguiente:

- *Abstinentes total*: es el que nunca bebe.
- *Bebedor excepcional*: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).
- *Bebedor social*: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisfacen los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este).
- *Bebedor moderado*: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza.
- *Bebedor abusivo sin dependencia*: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).
- *Dependiente alcohólico sin complicaciones*: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, sub-saltos musculares o cuadros de *delirium* sub-agudo.
- *Dependiente alcohólico complicado*: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el *delirium tremens*, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen otras complicaciones somáticas.

- *Dependiente alcohólico complicado en fase final:* es notable el deterioro físico y Psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo y otras.

Considerando la etapa de la vida en la que se centra la presente investigación y los resultados de investigaciones precedentes en el contexto universitario (Rodríguez, 2009; Adunola, 2015; Fabelo, Iglesias, Gómez-García, & Hernández-Domínguez, 2016; Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, Rodríguez, & Grau, 2016; Fernández- Castillo, Molerio, López, Cruz & Grau, 2016.) se asumen los cuatro primeros grupos de acuerdo al consumo.

La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión, (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013). Por otro lado, hay varios factores que interaccionan para contribuir al daño causado por el consumo de alcohol, habida cuenta de tres elementos que configuran los hábitos de bebida: volumen ingerido a lo largo del año; volumen que consume en una sola ocasión; y entorno y circunstancias en los que bebe (OMS, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2008 cerca de 20 millones de personas en el mundo sufrían de alcoholismo, por lo que se hallaba entre las diez primeras causas de discapacidad. De acuerdo al Informe mundial sobre la salud de la OMS, el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados (Cicua, Méndez y Muñoz, 2008). Según el anuario Estadístico de Salud durante los años 2014-2015, los trastornos debidos al uso del alcohol se encuentran entre las 35 primeras causas de muerte en Cuba (MINSAP, 2014).

El 45.2% de la población cubana mayor de 15 años de edad consume bebidas alcohólicas, sobre todo en el grupo entre 15 y 44 años. El consumo de alcohol se ha incrementado notablemente en los últimos 15 años; la mayoría de los bebedores problemáticos tienen edades entre 25 y 42 años. Esta tendencia también se ve en los grupos tradicionalmente menos vulnerables a abusar del alcohol; por ejemplo, la prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres es aproximadamente del 10.4%.

Diversos autores han coincidido en reconocer que uno de los principales problemas asociados al consumo de alcohol es su carácter de droga portera. Como su nombre indica, las drogas porteras son aquellas que abren la puerta a todas las demás. Son las primeras con las que se tiene contacto por ser reconocidas como legales, resultan aquellas a las que tienen más fácil acceso los jóvenes y, por desgracia, son aquellas con las que el cerebro aprende y desarrolla un mecanismo de obtención de placer que no es el adecuado.

En el caso de Cuba, en la actualidad el alcohol forma parte de la vida social y cultural, y en general se observa una excesiva permisividad en el consumo e incluso abuso de bebidas alcohólicas. Pero al mismo tiempo, se rechaza todo lo que suena a alcoholismo. Por un lado, se intenta otorgar a las bebidas alcohólicas un valor nutritivo, estimulante e incluso protector de la salud, y por otro, se observa un rechazo social al abuso, aunque existen dificultades para concretar lo que significa abuso (Alonso, 2005).

Se ha demostrado que la actitud social ante los patrones de consumo de sustancias psicoactivas es uno de los más trascendentes factores en la prevención de sus consecuencias. En este sentido, se hace necesario precisar que en la representación social que tiene la población sobre el mismo, existen una serie de mitos sobre “supuestos efectos positivos del alcohol” dentro de los que se destacan: “*mejora la actividad sexual*”, “*sirve para enfrentar el frío*”, “*es un estimulante*”, “*ayuda a relajarse*”, etc. Por otro lado, se han ido conformando toda una serie de creencias erróneas sobre el riesgo de llegar al alcoholismo: “*sólo se convierten en alcohólicos las personas débiles de carácter o carentes de moral*”, “*yo puedo controlar sus efectos*”, entre otras.

En resumen, la historia de las bebidas alcohólicas muestra que consumir alcohol ha servido a muchos propósitos para el individuo y la sociedad. Al respecto, Heath (1995) ha señalado que el alcohol puede ser al mismo tiempo un alimento, una droga y un artefacto cultural sumamente elaborado con significados simbólicos importantes. Actualmente, los productos alcohólicos se usan principalmente como bebidas para servir con alimentos, como bebidas refrescantes, como un medio de socialización y placer, como instrumentos de hospitalidad y como intoxicantes.

Todos los elementos anteriormente expuestos influyen y favorecen el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, mientras tanto se van produciendo los mecanismos de neuroadaptación que en muchos casos propician el desarrollo progresivo de la tolerancia y la dependencia, dando lugar a la búsqueda de nuevas experiencias a partir del consumo de otros tipos de drogas. De ahí la consideración del alcohol como droga portera.

El alcohol es una fuente de placer para muchos consumidores, pero también se asocia con una serie de problemas que afectan a los individuos y la sociedad en general. En los últimos años un fuerte cuerpo de evidencias ha surgido y muestra que estos problemas han aumentado en muchas partes del mundo. El vínculo entre el consumo excesivo de alcohol y algunas enfermedades no transmisibles y las lesiones no es discutible, y lo que fue durante algún tiempo una tenue asociación con las enfermedades infecciosas hoy se ve confirmada por estudios que demuestran los efectos negativos del alcohol en los resultados de enfermedades como la tuberculosis y el VIH / Sida (Rehm *et al.*, 2010). En todo el mundo, es el quinto factor de muerte prematura y de discapacidad y provoca 4.4% de la carga mundial de morbilidad (Cruz, Luna, Méndez *et al.*, 2011).

El consumo de alcohol incide de manera directa sobre el comportamiento de la corteza cerebral produciendo desinhibición conductual y emocional del sujeto y adicción a medio plazo. La depresión alcohólica no alcanza por igual los centros nerviosos. Los primeros efectos corresponden al sistema reticular y a la corteza cerebral, donde se integran funciones tan complejas como las relativas al comportamiento social y, como resultado de esta inhibición, se observa una aparente excitación. Con concentraciones más altas de alcohol se deprimen los centros cerebrales que controlan el equilibrio hasta que la inhibición llega al mesencéfalo. Esto se traduce en una falta de coordinación motora, disminución de los reflejos espinales y pérdida de los mecanismos de regulación de la temperatura. Finalmente, si la ingestión de alcohol continúa, sobreviene la muerte por depresión de los centros respiratorios (Álvarez y Del Río, 2003).

El consumo crónico de alcohol en cantidades relativamente elevadas es el responsable del desarrollo de lesiones hepáticas, enfermedades en el aparato digestivo, en el páncreas, síndromes neurológicos, enfermedades musculares, complicaciones hematológicas, trastornos

endocrinos, hiperuricemia, osteopenia, cáncer, hipertensión arterial, trastornos metabólicos, etc. (Estruch, 2002). Sin embargo, el consumo de alcohol es un problema que rebasa los límites de la patología médica propiamente dicha, afectando a la vida social, familiar (García, 2002) y en muchos casos transformándose en un grave problema de salud mental donde, a su vez, puede tener otros trastornos asociados (Casas y Guardia, 2002). El alcoholismo tiene también manifestaciones secundarias de afecciones que preceden a la toxicomanía y participan en su patogenia: esquizofrenia, demencia arteriosclerótica, personalidad antisocial.

Por otro lado, el consumo de alcohol viene asociado a una serie de comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales no protegidas o el uso de otras sustancias psicoactivas en su calidad de droga portera. De ahí que presente un alto grado de comorbilidad con los trastornos provocados por el uso de otras sustancias, en particular la dependencia a la nicotina, y con las infecciones de transmisión sexual. Datos recientes llevan a pensar que quizás exista una asociación entre los trastornos provocados por el alcohol y el VIH/sida (OMS, 2005). Por esta razón, el uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo principales destacados en el Plan de Acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (Resolución 61.14. WHO).

Se reconoce que tras un consumo reciente y elevado de alcohol, suelen aparecer trastornos de conducta como desinhibición de impulsos sexuales o agresivos, actitud discutidora, labilidad afectiva, deterioro de atención o juicio, interferencia en el funcionamiento laboral o social, así como alteraciones neurológicas o vasomotoras, como por ejemplo: marcha inestable, dificultad para mantenerse de pie, disartria, nistagmos, reducción del nivel de conciencia, rubor facial (González, 2004).

La intoxicación alcohólica aguda (borrachea o embriaguez) es un estado desadaptativo caracterizado por la existencia de alteraciones conductuales objetivas y subjetivas que interfieren con el adecuado funcionamiento social, físico y psíquico. Se pueden observar como consecuencia de la intoxicación alcohólica, alteraciones conductuales tales como: disartrias, descoordinación, labilidad emocional, irritabilidad, locuacidad, alteraciones de la atención, etc. (González, 2004)

Un consumo continuado, aunque en cantidades socialmente aceptadas, también puede afectar al páncreas y dar lugar a un grave proceso patológico que se denomina pancreatitis, y que se caracteriza por intensos dolores abdominales, vómitos y alteraciones metabólicas y enzimáticas, que en ocasiones requieren resecciones parciales del páncreas afectado (González, 2004).

Existen pruebas de que altera la función energética del corazón, produciendo lesiones en el músculo cardíaco y los vasos sanguíneos y generando importantes procesos patológicos, que pueden afectar también al aparato ocular, produciendo en ocasiones trastornos que pueden acabar en ceguera. (González, 2004)

En relación con la actividad sexual, el alcohol determina disfunciones sexuales, y si el consumo es excesivo y mantenido puede producir serias lesiones en órganos responsables de la respuesta sexual. Las bebidas alcohólicas son depresoras de la función sexual (González, 2009).

En la familia repercute directamente en el comportamiento de una persona con los miembros que la componen, dificultando las relaciones interpersonales, cuestión que ha llevado a la introducción del término bebedor pasivo, en tanto personas que sin consumir alcohol sufren el impacto de sus consecuencias (González, 2006).

El consumo irresponsable de alcohol puede hacer que una persona sea violenta, pase más tiempo alejada del hogar o afecte la estabilidad familiar. Existe relación entre la ingestión de bebidas alcohólicas y las muertes violentas, ya sea por suicidio, accidentes de tránsito, homicidios (Rodríguez, 2009). La intoxicación es una característica particularmente notable del consumo entre adolescentes y adultos jóvenes en muchas culturas. Como son relativamente neófitos en el consumo de alcohol, sus episodios de intoxicación pueden ser particularmente propensos a consecuencias perjudiciales.

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (OMS, 2010).

Se conoce que la naturaleza e intensidad de los efectos del alcohol pueden variar notablemente ante ciertas circunstancias, entre ellas la edad del consumidor. Esta variable adquiere gran importancia en la delimitación de un grupo de conductores de alto riesgo: los jóvenes bebedores. Se ha demostrado que estas edades presentan, en conjunto, una serie de características diferenciales como conductores, tales como: mayor agresividad, exhibicionismo y asunción de riesgos, lo que unido a su menor capacidad metabólica frente al alcohol provocará que las alteraciones conductuales derivadas del consumo de alcohol sean más probables e intensas (García de la Cruz, 2010).

Los elementos teóricos antes descritos permiten identificar que el consumo de alcohol en los jóvenes es un tema complejo y multifactorial, que exige de nuevas perspectivas investigativas para una mayor comprensión y prevención.

1.5 Particularidades del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y jóvenes

La adolescencia y la adultez temprana son períodos de cambio y de paso a la etapa adulta, en los cuales se revela la vulnerabilidad a todo tipo de comportamientos arriesgados. En estas etapas de la vida se le atribuye un alto valor a las drogas, ya que constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, les permiten sentirse más aceptados en el grupo de iguales, o porque con ellas tienen la posibilidad de controlar los sentimientos desagradables, modificar o reducir los estados de ansiedad y depresión, así como aminorar las tensiones (Cheesman y Suárez, 2015). Estos aspectos podrían, entonces, considerarse entre las principales motivaciones para iniciar su consumo.

Los jóvenes del siglo XXI se caracterizan por ser policonsumidores. Cuando consumen, lo hacen con varias sustancias, por ejemplo, el que consume tabaco, también suele consumir alcohol por solo poner un ejemplo. Otra característica es que suelen consumir en grupo. Si el grupo de iguales (los amigos) consume, las posibilidades de que el joven consuma, aumentan. En este sentido, la presión de grupo ejerce una influencia demoledora (Ruiz-Olivares, et. al. 2010).

Investigaciones realizadas han identificado que entre los principales motivos del inicio del consumo de tabaco se ubican: la curiosidad, la imitación a los padres, la presión del grupo de amigos, la aceptación social, la anticipación a la edad adulta y la rebeldía (Adunola & Molerio, 2014). Al respecto, se considera que alrededor del 10% de los jóvenes fuman activamente, y el 25% de manera ocasional. Según información publicada en el Periódico Granma, ofrecida por Lisandra Fariñas Acosta, en el caso de Cuba se ha producido un incremento del hábito en edades de 16 a 17 años. Datos publicados en esta misma fuente, aportados por la Dra. Patricia Varona Pérez, Directora del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología; señalan que la edad media de inicio del consumo se ha reducido de forma más acelerada en las muchachas que en los muchachos (Periódico Granma, 20 de junio del 2012)

En un estudio realizado en Switzerland (Suiza) en estudiantes del décimo grado se encontró que un 77% de los estudiantes había fumado al menos una vez en su vida. Asimismo, un 60% de los estudiantes reportó haber fumado en los 30 días antes del estudio. De mayor interés es el hecho de que una tercera parte (33%) de los casi 2.000 estudiantes que participaron en el estudio dijo haber comenzado a fumar entre los 9 y los 13 años de edad (Bosson, Maggiori, Mark, Gay, 2012).

Por su parte, una investigación desarrollada sobre el consumo de tabaco en estudiantes de Psicología en la Universidad de Oviedo, España (2012) se pudo constatar que a nivel global la prevalencia de consumo actual en los jóvenes es similar a la de hace 10 años. Se ha observado un cambio importante en el perfil de los fumadores, este se traduce en una menor dependencia de la nicotina y en un descenso importante del porcentaje de fumadores diarios, junto con un incremento de los ocasionales, teniendo lugar este descenso de forma más acusada entre las mujeres (Míguez y Becoña, 2009).

La dependencia del joven a la sustancia psicoactiva dependerá en gran medida de la interacción entre el poder mismo de la sustancia (tipo, cantidad y frecuencia) para producir cambios fisicoquímicos cerebrales; así como de las expectativas y los factores de vulnerabilidad personal, las condiciones familiares y sociales y otras circunstancias ambientales (los amigos, el colegio, el estilo de vida, etc.) en que se realiza el consumo o que enfrenten en esta etapa de la vida (Whitesell, Bachand, Peel, Brown, 2013).

En relación con la variable grupos de edad, puede interpretarse que los mensajes sobre los peligros de exposición, han llegado a la población globalmente con similar intensidad, lo cual no es absolutamente favorable, pues cada grupo de edad requiere recibir de forma diferenciada, la información sobre salud, en correspondencia con sus intereses.

Conviene destacar un aspecto especialmente preocupante en relación con esta nueva cultura juvenil de las drogas, como es el hecho de que para una parte significativa de los jóvenes, las drogas están dejando de convertirse en un simple medio que facilita la diversión, pasando a ser su consumo un objetivo en sí mismo. Es por ello que son múltiples las teorías que han surgido aplicables a la conducta de consumir drogas. Estas teorías pretenden crear un cuerpo explicativo que dé respuesta a la relación que se establece entre determinadas variables y factores, y la conducta que pretenden explicar.

Los cambios en los modelos de consumo que han venido produciendo han convertido al alcohol en uno de los principales objetivos preventivos. En la actualidad se aprecian formas diferentes de relacionarse con el alcohol. Los adultos suelen beber en casa, en acontecimientos sociales y con un consumo vinculado a la gastronomía, mientras los jóvenes presentan un consumo de alcohol asociado a la diversión, se desarrolla fundamentalmente con regularidad los fines de semana, con grupos de iguales y en lugares públicos. El alcohol entre los jóvenes forma parte de la cultura de la diversión no sólo no estigmatizando a quienes lo consumen, sino que además se fortalece el vínculo relacional entre quienes lo comparten (Martínez, 2006). Este autor describe que el modelo juvenil del consumo de alcohol se caracteriza por:

- Iniciación precoz en el consumo
- Se hace principalmente durante los fines de semana y en los días festivos.
- Existe una incorporación de las mujeres al consumo.
- Se realiza fuera de la casa, en la calle y en lugares de relación social de los jóvenes
- Se bebe de forma compulsiva, en busca sobre todo de los efectos embriagantes.
- Se consume cerveza o bebidas de alta graduación.

Al respecto, datos aportados por la OMS, revelan que el alcoholismo se ha convertido en el primer factor de riesgo entre los jóvenes, con 55 mil muertes por año de personas entre 15 y 29 años de edad, debidas principalmente a los accidentes de tránsito provocados por ese consumo. (OMS, 2008). Por otro lado, la disminución en la edad de inicio ha traído como conse-

cuencia una mayor prevalencia de algunos problemas de salud a nivel tanto físico como mental (Montaño, Morales, Gómez, Vera & Gantiva, 2011).

Hartley y colaboradores (2004) observaron que los jóvenes que consumían alcohol de manera intensiva obtuvieron peores resultados en pruebas que medían atención sostenida, memoria de material visuoespacial o planificación, mientras que los rendimientos fueron similares a los del grupo control en memoria verbal, flexibilidad cognitiva o memoria de trabajo espacial. Otros trabajos también han mostrado resultados diversos en los que los jóvenes bebedores mostraron peor rendimiento en tareas de memoria verbal y no verbal, atención, memoria de trabajo o habilidades visuoespaciales (Brown, Tapert, Granholm y Delis, 2000; Tapert, Granholm, Leedy y Brown, 2002).

Entre estudiantes universitarios, los jóvenes “binge drinking” mostraron dificultades en tareas de control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y recuerdo verbal inmediato, pero no en habilidades de planificación o de memoria declarativa visual (García Moreno, Expósito, Sanhueza y Angulo, 2008; García-Moreno et al., 2009 a y b).

El abuso intermitente de alcohol en la adolescencia y la juventud puede alterar los procesos de maduración neurológica induciendo modificaciones permanentes en la organización cerebral y cambios neurofisiológicos y conductuales que quizá afecten la relación de dependencia con el alcohol (Crews y Nixon, 2005; Crews et al., 2007; Duka et al., 2004). De hecho, los sujetos que comienzan a beber antes de los 15 años tienen cuatro veces más probabilidades de padecer dependencia alcohólica en algún momento de su vida (Grant y Dawson, 1998).

En el contexto universitario los patrones de consumo se afianzan cada vez más en ambientes festivos y eventos sociales. Existen términos de ingestión de cantidades moderadas de alcohol y la frecuencia de un estado ligero de embriaguez. La obtención del producto se produce de forma legal o ilícita, dado que existe poco control sobre la compra-venta del mismo y los estudiantes universitarios no quedan exentos de este fenómeno (Fabelo et al., 2013).

1.6 El consumo de tabaco y el alcohol en estudiantes universitarios

El estudio del consumo de tabaco y de alcohol en esta etapa del desarrollo impone la necesidad de prestar atención a los factores de riesgo y de protección presentes en cada sujeto, en tanto ellos juegan un papel fundamental en el desarrollo de cualquier adicción.

Por factores de riesgo se entienden todas aquellas circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que posibilitan que un individuo incurra en alguna conducta riesgosa (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Becoña, 2002). Por su parte, los factores protectores, constituyen una serie de circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica, social o ambiental, cuya presencia o ausencia modifican la probabilidad de la aparición de un problema, en este caso específicamente, que inhiben o atenúan la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (Becoña, 2002).

La adolescencia y la juventud, se consideran como etapas de riesgo en lo relacionado a la posibilidad de aparición de adicciones debido a la necesidad de independencia y la sensación de invulnerabilidad, a la búsqueda de emociones y de aceptación en el grupo de iguales, ya que la aprobación de los coetáneos se convierte en el principal motivo de conducta y fuente de bienestar emocional por excelencia del adolescente. Estos comportamientos pueden también llegar a convertirse en una forma de mostrar rechazo a las prescripciones adultas, ser expresión de frustración, de protesta ante la moral, la política o las reglas económicas imperantes en la sociedad (Domínguez, 2003).

En este grupo etario se evidencia un tipo de razonamiento que como tendencia no incluye la evaluación de consecuencias a largo plazo. Por tal razón, es evidente la dificultad de algunos jóvenes para tomar decisiones en función de criterios propios (locus de control interno), en lugar de criterios socialmente aceptados y la evaluación de que el riesgo para la salud no es temporalmente cercano.

El proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema, y destaca el papel de las informaciones que recibe el sujeto por distintas fuentes las cuales junto a su experiencia personal conformarán las creencias, así como los

motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada (García del Castillo, 2012).

A pesar de que se considera el nivel educativo como factor protector del consumo de sustancias (Mas, Nerín, Barrueco, Cordero, Guillén y Jiménez- Ruiz, 2004), un gran número de jóvenes que accede a estudios superiores inicia y/o consolida una conducta de consumo a lo largo de su etapa universitaria (Jiménez-Muro, et al., 2009).

Existen evidencias científicas que muestran que un nivel educativo universitario puede funcionar como factor protector del consumo de sustancias (García de Albéniz, Guerra-Gutiérrez, Ortega-Martínez, Sánchez-Villegas y Martínez González, 2004; Mas, Nerín, Barrueco, Cordero, Guillén, Jiménez-Ruiz y Sobradillo, 2004); o por el contrario, como factor de riesgo, al considerar la etapa universitaria como el inicio o consolidación de la conducta de consumo (Becoña, 2005; Font-Mayolas et al., 2007; Jiménez-Muro et al., 2009).

En la actualidad se reconoce que el proceso de adaptación al entorno educativo universitario, genera situaciones de estrés que unido a las nuevas exigencias académicas y relacionales hacen que los jóvenes utilicen las sustancias, como el tabaco y el alcohol, como una vía de escape en su tiempo de ocio, aumentando el consumo de la misma (Tirado, Aguaded y Marín, 2009). Diversos estudios reconocen que la afectividad negativa constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una adicción en esta etapa de la vida (Dick et al., 2014; Fernández- Castillo, Molerio, López, Cruz, et al., 2016); mientras que el optimismo y la resiliencia devienen factores protectores frente al consumo (Duarde, Fernández- Castillo, 2015)

Otros factores que se han identificado son los valores (Guillén et al., 2015), las actitudes y las creencias, incluso algunos autores han llegado a considerarlos como predictores fiables de la conducta de consumo. En este sentido, lo que el joven piensa sobre el tabaco y el alcohol, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo.

Especial relevancia tiene en esta etapa el nivel de desarrollo de la autoestima y la asertividad en tanto de ellos dependerá en gran medida la postura que asuma el joven universitario frente a la presión que el grupo de iguales puede ejercer sobre él. Es necesario considerar que un alto número de estudiantes estudian en la universidad en la condición de becados por lo que permanecen la mayor parte del tiempo conviviendo con sus compañeros y solo comparten con su familia los fines de semana.

A pesar de las acciones que se han venido implementando en el contexto universitario, la cifra de jóvenes consumidores de tabaco y alcohol sigue siendo alta, especialmente en lo referido al grupo de consumidores sociales. El proceso por el que un joven pasa de consumir una sustancia psicoactiva hoy, a tener una dependencia mañana, es complejo, lento y predecible, y depende de múltiples factores. Varios han sido los modelos que han abordado el tema, lo cierto es que ante la presencia de riesgos o amenazas, utilizan mecanismos de negación que están estrechamente relacionados con las actitudes.

El consumo de tabaco y alcohol es un fenómeno multicausado; la iniciación, mantenimiento o retirada, va estar afín con la percepción de riesgo que posean las personas, y la interrelación de este proceso con los factores de riesgo y factores protectores. Se puede afirmar que no es un tema terminado, y que aún son muchas las investigaciones que se pueden y deben realizar desde una mirada multidimensional.

En este sentido, se requieren medidas específicas de prevención que vayan orientadas sobre todo a modificar la percepción del riesgo y la aceptación social, con el objetivo último de disminuir el consumo de drogas legales entre los jóvenes. Al respecto, se coincide con Becoña (2002) quien señala que este es un fenómeno nuevo en perspectiva histórica y a tal fenómeno nuevo hay que dar respuestas nuevas.

1.7 La percepción de riesgo: un elemento esencial en la prevención de las adicciones

Las definiciones sobre el riesgo en la literatura son escasas. El mismo puede ser entendido desde el plano real y el subjetivo, y se puede valorar desde una vertiente colectiva e individual. En el plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se explica desde una

diversificación del concepto, ya que el término se sustenta en las creencias o percepciones que la persona tiene, teniendo una gran variabilidad.

El concepto de percepción se entiende y se explica desde una perspectiva subjetiva del término, unido a conceptos como creencia o actitud. Se trataría de un proceso cognitivo en el que descansa la información que cada persona tiene acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que se procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor del mismo (Pastor, 2002).

La percepción del riesgo se ubica en el plano subjetivo de la persona, junto a factores como calidad y cantidad de la información, creencias y actitudes, experiencias, motivación, estereotipos que hacen que el sujeto asuma el riesgo o no, en función de las características expositivas de cada situación. Así por ejemplo, en un supuesto consumo de alcohol, un joven puede percibir bajo riesgo ante el mismo, si en su experiencia personal ha podido comprobar que no ha sufrido malestar o peligro alguno al consumirlo. Si además percibe que está bien informado acerca de la cantidad de alcohol que no entraña riesgos adicionales si no realiza ninguna actividad adicional peligrosa (como conducir), sus creencias y actitudes serán positivas y se sentirá muy motivado para consumir alcohol de *“forma controlada”* y hacerlo de forma generalizada en las ocasiones que sean similares a las anteriores que fueron exitosas para él.

Para hacer que la visión de la problemática sea más realista se tendrían que integrar ambos conceptos: riesgo y percepción, incluyendo a todas las posibles variables que intervienen en el proceso, hablando de que se trata de un proceso cognitivo individual, que se desarrolla en el plano subjetivo, en el que intervienen otros procesos básicos como las creencias y actitudes y que una vez procesado se convierte en una evidencia para el sujeto (García del Castillo, 2012).

El proceso cognitivo individual que se realiza ante un riesgo, está sesgado por la información externa, es decir, las personas suelen ser capaces de ejercer control racional acerca de la información que reciben a la hora de tomar una decisión personal (Concha, Bilbao, Gallardo Páez y Fresno, 2012), generando una serie de expectativas de futuro optimistas, lo que se conoce como optimismo ilusorio (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez y Blanco, 1998; Weinstein, 1980, 1982 en García del Castillo, 2012). En algunos estudios se demuestra la importancia que tiene este con-

cepto en relación con la salud (Dillard, Midboe, Klein, 2011; McGee y Cairns, 2009; Patton, Tollit, Midboe, Niuk, Spence, Sheffield, Sawyer, 2011 en García del Castillo, 2012).

El optimismo hace que se perciba el riesgo hacia la salud de una forma amortiguadora aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables (Kirscht, Haefner, Kegeles, Rosentstock, 1996; en García del Castillo, 2012). Este fenómeno es reconocido en la literatura científica como “invulnerabilidad percibida” o “ilusión de control” (Rojas-Murcia & Pastor, 2015)

El concepto de percepción de riesgo se ha desarrollado en la literatura científica en el ámbito de la Psicología fundamentalmente desde el marco psicosocial cognitivo, destacando el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada y la Teoría de la Motivación Protectora.

La percepción de riesgo se encuentra entre los procesos cognitivos individuales de las personas, donde a través del plano perceptivo se filtra la información y se actúa en consecuencia. Por otro lado, la percepción de control del riesgo, es un elemento fundamental de la evaluación de la acción en tanto la posibilidad de incidir sobre sí mismo tiene una incidencia sobre la sensación de seguridad interior que está a menudo relacionada con una infravaloración del peligro (Urteaga y Eizagirre, 2013).

El autor coincide con Jacobs y Reyes (2000) quienes manifiestan que existe una tendencia a reducir la percepción de riesgo solo a factores racionales y enfatizan en la necesidad de estudiar las creencias, actitudes, juicios, sentimientos, emociones y valores que las personas tienen o adoptan frente a los riesgos. Se destaca que la percepción de riesgo y la forma en que se responde a este son moldeadas socialmente.

Diversos estudios en antropología y sociología han señalado que la percepción y la aceptación de un riesgo tienen sus raíces en factores culturales y sociales. La cultura de las personas, en particular, la cultura de la comunidad que rodea al individuo, desde su entorno de vecindad (micro comunidad) hasta la nación (macro comunidad), influye en cómo se construyen las amenazas al bienestar o cómo éstas son percibidas (Evans et al., 1994). Estos principios son

elementales si se quiere lograr una mayor efectividad de las acciones de educación para la salud en el tratamiento a la adicción (Beltrán, 2003).

La percepción de riesgo está socialmente construida, pero los significados atribuidos a las diversas situaciones riesgosas tienen un carácter personalizado, por lo que es necesario su estudio para poder comprender la manera en la cual estos significados operan en la regulación del comportamiento, como parte de la subjetividad.

Para ganar en claridad en torno a ello, debe ser valorada entonces la estimación del riesgo, pues se desarrolla sobre la base de experiencias vividas, valores individuales y sociales, conocimientos adquiridos por los sujetos en relación a la temática, el control que pueda o no tener de la situación, así como características y causas del riesgo. En este sentido, la subjetividad desempeña un papel significativo, en tanto se concibe ésta como el reflejo generalizado de un objeto o fenómeno de la realidad que deviene conscientemente en él, si bien su particularidad es que a la vez que refleja el objeto o fenómeno, se concientiza la amenaza que él representa para el individuo (Rubinstein, 1967). Ello influye en que el individuo acepte el riesgo o asuma una conducta protectora.

Asimismo, las actitudes también influyen directamente en la percepción de riesgo, a la vez que están condicionadas por ella (Suárez y Campos, 2010). Tal afirmación se devela a través de los mecanismos de negación empleados por las personas ante la presencia de riesgos o amenazas, los cuales actúan conjuntamente con actitudes que muestran un optimismo exagerado, constituyendo finalmente la expresión de una baja percepción de riesgo. Un aspecto a considerar en este punto es el nivel de conocimiento que se posee respecto al tema, de modo que los individuos cuyas actitudes reflejan algún grado de conocimiento sobre el riesgo experimentan menos obstáculos para modificar su ambiente que los que responden con actitudes de defensa.

Partiendo de este análisis, se coincide con lo expuesto por Zint (2001), al destacar la necesidad de identificar los riesgos, interpretar las probabilidades, examinar la valoración del riesgo y evaluar las influencias psicológicas y sociales. De igual modo, en el análisis de la percepción de riesgo, se debe entender cómo son manejados éstos, aprender sobre las habilidades de pro-

cesamiento de la información y estimular acciones personales y sociales para minimizar los riesgos a la luz de los costos y beneficios.

Se reconoce que cambiar creencias, actitudes, valores y finalmente conductas en la esfera socio-cultural es sumamente difícil (Guzmán, García, Rodríguez, Alonso, 2013 y García del Castillo, 2012). Varios son los factores que pueden influir en la percepción de los riesgos, entre ellos los vinculados con el género. Los hombres tienden con mayor frecuencia a minimizar los peligros, los riesgos y considerarlos menos problemáticos que las mujeres. La explicación se ha centrado principalmente en factores sociales; se considera que la mujer es más sensible a lo que le rodea, lo que se vincula con el papel que desempeña en el cuidado de la salud de la familia (Leventhal, 2007).

Por su parte, Brennan, (2009) señala que en la percepción del riesgo influyen los siguientes elementos claves:

- experiencias vividas
- valores individuales y sociales
- conocimientos
- posibilidades de controlar la situación
- características y causas del riesgo

Una de las concepciones más integrales es la que aportan Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez y Martín (2009) quienes señalan que la aparición de comportamientos de riesgo depende de la percepción que tiene el sujeto de los mismos dados por la influencia de la esfera actitudinal operativizada en forma de creencias y percepciones (dimensión cognitiva), tendencias socio-emocionales (dimensión afectiva) e inclinaciones para asumir la conducta riesgosa (dimensión comportamental) y del imaginario colectivo en forma de representaciones sociales. Estos autores señalan que, desde un enfoque multidimensional de las actitudes, se considera que tanto la información cognitiva como la información afectiva son importantes en la predicción de las actitudes que una vez formadas predisponen a una respuesta valorativa que se manifiesta en el comportamiento.

Sin dudas, existe una multiplicidad de formulaciones sobre la conceptualización y los enfoques explicativos de la percepción de riesgo, lo cual complejiza las estrategias preventivas que

de ella se derivan. Es por ello que a los efectos de la presente investigación se asume la *percepción de riesgo* como un proceso individual, contextualizado, mediatizado (inter e intrasubjetivo) multidimensional y dinámico que se expresa en la capacidad del individuo de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias de una conducta de riesgo, en función de la cual se conforman los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir los comportamientos de riesgo (y consecuentemente la vulnerabilidad) y se asumen comportamientos protectores o salutogénicos (Fernández-Castillo, Molerio, López, Cruz, & Grau, 2016; Fernández- Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016; Fernández- Castillo, Molerio, & Ubalde, 2016). Estos autores señalan que la percepción de riesgo se configura a partir de tres dimensiones:

- ***Dimensión informativa - valorativa:*** Se expresa en el nivel de conocimientos que posee la persona sobre los riesgos asociados a determinados comportamientos y las consecuencias negativas inmediatas y mediatas que puede provocar el mismo, que son mediatizadas por las informaciones, las representaciones sociales, las creencias y los juicios que la persona se ha conformado a lo largo de la vida. En este proceso juega un papel fundamental la calidad de la información que posee en cuanto a su contenido, credibilidad, el vínculo relacional con las fuentes, los medios y recursos a través de los cuales recibe la información, las opiniones de personas significativas, entre otros.
- ***Dimensión afectiva - motivacional:*** Se relaciona con el componente informativo-valorativo siendo mediatizado por las normas interiorizadas, valores, ideales, la motivación, las expectativas, las emociones y las experiencias personales o de otros significativos, las cuales pueden o no entrar en contradicción con el nivel de información que se recibe. En cualquier caso, como resultado de este proceso se conforma una tendencia motivacional de la persona la cual se expresa en la postura de aceptación o rechazo en relación a determinada conducta de riesgo; o incluso en la búsqueda de nuevos elementos que le permitan definir su intención con relación a la misma.
- ***Dimensión intencional-conductual:*** De la integración de los componentes anteriores, la persona regula su comportamiento adoptando o no el comportamiento de riesgo; o proyecta su intención futura con relación al mismo. En este proceso siguen jugando un papel fundamental la influencia del contexto, de los otros significativos, así como la autoconfianza en su capacidad para controlar su comportamiento y las consecuencias que de él se derivan.

El objetivo general de los programas preventivos en el ámbito de las drogodependencias, está orientado a que las personas no consuman, si no son consumidores o; si ya consumen, propiciar a que reduzcan o abandonen el consumo para evitar que pasen a tener problemas de abuso y dependencia. En cualquier caso, las acciones deben enfocarse a reducir el riesgo o los riesgos asociados al consumo de drogas y potenciar los factores de protección frente al mismo.

En el ámbito de las conductas adictivas, ha sido una constante considerar la percepción de riesgo como una variable capital en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas. Sin embargo, en la literatura científica no está del todo clara la conceptualización teórica del concepto de percepción de riesgo asociada al consumo de sustancias o adicciones, lo que limita la forma o las formas en las que se puede medir o como se podría influir sobre ella para que supusiera una barrera eficaz como factor de protección frente al consumo.

Se suele asumir a priori, que la adolescencia y la juventud son periodos evolutivos donde se percibe el riesgo de una forma diferente, entendiéndose que tienen una baja percepción del peligro que acarrearía someterse a determinados comportamientos en comparación con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud. Desde este punto de vista, se podrían analizar una gran cantidad de comportamientos, que serían susceptibles de entrañar riesgos para la salud en función de la intensidad y la frecuencia, independientemente de la percepción que tengamos de los mismos (García del Castillo, 2012).

Diversos autores han defendido que los estudios de la percepción de riesgo deben partir de considerar la estratificación de la sociedad cubana actual, es decir que toda la población no es homogénea (Espina, 2008). Cada grupo social selecciona (inadvertidamente) los riesgos que “quiere” tener, con la finalidad de dar coherencia a su forma de vivir y a sus propios valores e ignora el resto de los posibles riesgos que pueden ser relevantes para otros grupos sociales (Vera, Varela y Macías, 2010).

La percepción del riesgo, de esta forma, se considera como una de las variables que presentan mayor impacto en la iniciación y mantenimiento del consumo de sustancias en los jóvenes, incluso ejerciendo a veces, una influencia capital a la hora de que una persona se planteé consumir una sustancia o no hacerlo. En diferentes trabajos (Moral y Ovejero, 2011; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010) se ha comprobado como los jóvenes con alta percepción del riesgo tienen menor probabilidad de consumir frente a los que tienen baja percepción del riesgo, por el hecho de que ésta ejerza de reguladora de la motivación de dicho consumo (García del Castillo, 2012).

En el caso de los estudiantes universitarios, la percepción del riesgo estaría ubicada en el plano subjetivo de la persona junto a factores como calidad y cantidad de la información, creencias y actitudes, experiencias, motivación, estereotipos; que hacen que el sujeto asuma el riesgo o no, en función de las características expositivas de cada situación. Las evidencias científicas, corroboran la importancia que tiene por un lado conocer la evolución que tiene el patrón de consumo de los jóvenes y la percepción del riesgo que tienen asociados a estos comportamientos, ya que parece funcionar como un indicador indirecto de la evolución del mismo, actuando como una variable moduladora del consumo.

En la Universidad de Ciencias Médicas “Serafín de Zárate Ruiz” de la provincia de Villa Clara, se carece de estudios que exploren la percepción de riesgo que sobre el consumo de tabaco y alcohol tienen sus estudiantes. El perfil de graduado de los estudiantes de medicina es ser médicos generales integrales y dentro de sus principales funciones está la promoción de salud y la prevención en las comunidades, tanto en el territorio nacional como en el exterior. Los médicos deben ser el ejemplo y patrón a seguir por la población en general en lo que se refiere a estilos de vida sanos y libres de adicciones. El hecho de que el médico sea un fumador o un consumidor nocivo de alcohol es muy perjudicial para la credibilidad de sus acciones preventivas de salud.

El presente estudio centra su atención en los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina porque son jóvenes que por las características propias de su edad se encuentran en un periodo evolutivo donde se percibe el riesgo de una forma diferente y por tanto, conductas como el consumo de sustancias se perciben como menos perjudiciales que en otros periodos evolutivos; al igual que sucede con otros comportamientos considerados de riesgo como el sexual o los desórdenes de alimentación que ponen en peligro la salud y bienestar de los jóvenes (Ballester, Gil y Girardo, 2000).

En este sentido, se requieren medidas específicas de prevención que vayan orientadas sobre todo a modificar la percepción del riesgo, con el objetivo último de disminuir el consumo de drogas legales entre los jóvenes. Al respecto, se coincide con Becoña (2002) quien señala que este es un fenómeno nuevo en perspectiva histórica y a tal fenómeno nuevo hay que dar respuestas nuevas, una vez que lo hayamos conocido y llegemos a su comprensión.

Metodología

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 Paradigma investigativo

La investigación se posiciona en el enfoque metodológico cuantitativo. Los estudios cuantitativos recoleccionan y analizan datos para probar hipótesis que han sido formuladas previamente. Ellos enfatizan el análisis de partes o componentes del fenómeno en observación, y mediante la medición numérica y el uso de la estadística realizan inferencias (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2.2 Tipo de estudio

En el marco de la investigación se realiza un estudio de tipo descriptivo- correlacional. Los estudios descriptivos describen el fenómeno, buscando especificar las propiedades más importantes del objeto de estudio según los objetivos de la investigación. Por su parte, según señalan Hernández, Fernández y Baptista (2006) los estudios correlacionales pretenden determinar cómo se relacionan o vinculan diversos conceptos o características entre sí o, también, si no se relacionan (p. 116).

2.3 Diseño de Investigación

Se asumió un diseño no experimental transversal (ex-post-facto), declarado así porque no se modifica el fenómeno o situación objeto de análisis, la relación entre variables ya se ha producido con anterioridad y además, sólo pueden registrarse sus medidas. El alcance transversal se sustenta en que la evaluación se realiza en un único momento (Montero y León, 2007).

Para el desarrollo de la investigación se asume como hipótesis de investigación la siguiente:

- Ho: Existe una relación inversa entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
- Hi: Existe una relación directa entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

2.4 Definición de la población y la muestra

La investigación se llevó a cabo en la Universidad Médica de Villa Clara “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, ubicada en la ciudad de Santa Clara. A los efectos investigativos se asume como población 550 estudiantes universitarios que representan el total de la matrícula de primer año de la carrera de Medicina que se encontraban recibiendo la docencia en la Sede Central, según datos aportados por el Departamento de Estadística y la Secretaria General. Se define el primer año de la carrera, porque es cuando ingresa el joven al contexto universitario procedente del preuniversitario y es este el momento oportuno para realizar un diagnóstico precoz que permita conocer la evolución del patrón de consumo de estos jóvenes y la percepción del riesgo que tienen asociados a estos comportamientos.

La selección de la muestra se realizó a partir de un muestreo probabilístico estratificado pues atendiendo a los objetivos de la investigación no solo resultó importante que “todos los elementos de la población tengan la misma posibilidad de ser escogidos” (p. 176), sino “segmentar la muestra en relación con estratos o categorías que se presentan en la población... aumentando la precisión de la muestra... logrando reducir la varianza de cada unidad de la media muestral” (p.181) (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado& Baptista, 2010). Se asumió como estrato el sexo del estudiante.

Para el proceso de selección de la muestra se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser estudiante universitario de primer año de la Carrera de Medicina.
- Estudiar en la Sede Central de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
- Ofrecer el consentimiento informado deseando participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no desearan participar en la investigación.
- Jóvenes que no fueran estudiantes universitarios de esa carrera.
- Encontrarse estudiando en otro año de la carrera.

Criterios de salida:

- Alumnos que no completaran las técnicas aplicadas o expresaran el deseo de salir del proceso investigativo.

A continuación, se describe el procedimiento estadístico utilizado para la determinación del tamaño muestra y de cada uno de los estratos.

La muestra estratificada por grupo y sexo se calculó con una confianza del 95% de modo tal que entre la proporción de la población y la muestra la precisión fuera de un 5%. Admitiendo la equiprobabilidad para la elección de los sujetos de estudio, lo que en una población de 550 estudiantes, de los cuales 239 son del sexo femenino, implicó un tamaño muestral de 110 alumnos.

La muestra quedó conformada por 110 estudiantes universitarios de primer año de la carrera Medicina que se encontraban cursando sus estudios en la Sede Central. El rango de edades estuvo entre los 17 a 21 años. En la tabla 2 se puede observar las características sociodemográficas de la muestra investigada.

Tabla 2. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Variables	Sexo		Becado		Zona de residencia		Color de la piel		
	F	M	Sí	No	Rural	rbana	Blanca	Negra	Mestiza
Indicadores	F	M	Sí	No	Rural	rbana	Blanca	Negra	Mestiza
Cantidad	48	62	57	53	28	81	98	3	9
%	43.63	56.36	51.81	48.18	25.45	73.63	89.00	2.72	8.18

Fuente: Expediente académico del alumno

2.5 Definición y operacionalización de variables

- **Percepción de Riesgo:** Capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias de una conducta y la severidad atribuida a ésta, en función de la cual se configuran los mecanismos de autorregulación para evitar la vulnerabilidad y se asumen comportamientos saludables.

Componentes fundamentales de la Percepción de riesgo:

- *Componente informativo- valorativo:* Se expresa en el nivel de dominio que posee el estudiante sobre los riesgos asociados a determinados comportamientos y las consecuencias negativas inmediatas y mediatas que puede provocar el mismo. Está mediatizado por las informaciones, las representaciones sociales, las creencias y los juicios que la persona se ha conformado a lo largo de la vida. Influye además la calidad de la información que posee en cuanto a su contenido, credibilidad, el vínculo relacional con las fuentes, los medios y recursos a través de los cuales recibe la información y las opiniones de personas significativas.
- *Componente afectivo – motivacional:* Se relaciona con el componente informativo- valorativo siendo mediatizado por: las normas interiorizadas, valores, ideales, motivación, expectativas, emociones, así como las experiencias personales o de otros significativas. Pueden o no entrar en contradicción con el nivel de información que recibe. Como resultado de este proceso se conforma una tendencia motivacional de las personas la cual se expresa en la postura de aceptación o rechazo en relación a determinada conducta de riesgo; o incluso en la búsqueda de nuevos elementos que le permitan definir su intención con relación a la misma.
- *Componente intencional conductual:* Es el resultado de la integración de los componentes anteriores y de la capacidad del sujeto para autorregularse. Se expresa adoptando o no el comportamiento de riesgo de consumo de tabaco o alcohol; o proyecta su intención futura con relación al mismo. En este proceso sigue jugando un papel fundamental: la influencia del contexto, de los otros significativos, autoconfianza en su capacidad para controlar su comportamiento y las consecuencias que de él se derivan.

Niveles en que se expresa la Percepción de riesgo:

- **Adecuada:** Se expresa cuando se evalúan de manera acertada y objetiva los riesgos que implica el consumo de alcohol, condicionando así la aparición de conductas de evitación y rechazo ante el consumo (expectativas de resultados) y la adopción de conductas saludables que favorecen el bienestar del sujeto.
 - **Parcialmente adecuada:** Se manifiesta cuando la persona reconoce los riesgos asociados al consumo de alcohol pero no posee un convencimiento real del problema, lo que suscita un bajo nivel de rechazo al mismo y la adopción no sistemática del comportamiento de riesgo.
 - **Inadecuada:** Se expresa cuando la persona no percibe riesgos en torno a la problemática del consumo de alcohol (invulnerabilidad percibida) o los perciben en los otros pero no en sí mismos (ilusión de control), lo cual favorece la adopción frecuente del comportamiento de riesgo.
- **Consumo de tabaco:** El tabaquismo es una “enfermedad crónica adictiva no transmisible que produce dependencia física y psicológica causando graves consecuencias para la salud” (Núñez, 2013).

- *Motivo de consumo:* La persona decide de forma consciente o no consciente consumir o no consumir, como resultado de la combinación de procesos emocionales y racionales. La decisión final se tomaría en función del cambio afectivo positivo que la persona esperara conseguir si consumiera, en comparación con el estado afectivo que esperara obtener si no consumiera (Mezquita, 2012).
- *Inicio de consumo:* Está determinado en poblaciones jóvenes por la búsqueda de desinhibición, impulsividad, experimentar, el pobre autocontrol, baja responsabilidad, búsqueda de sensaciones, además de problemas externos que se intentan resolver u olvidar a través del consumo moderado. La existencia de factores genéticos, psicológicos, culturales y sociales pueden determinar el inicio y continuidad del consumo (Mezquita, 2012).
- *Dependencia a la nicotina:* La dependencia a la nicotina constituye un trastorno psiquiátrico reconocido. Las personas adictas a la nicotina (dependientes de la nicotina) sienten la necesidad compulsiva de consumirla. En general, se produce una habituación a los efectos locales de la nicotina y se desarrolla tolerancia a los efectos sistémicos. Hay dos tipos principales de dependencia asociada al tabaquismo: dependencia farmacológica y dependencia conductual.

Estadios de cambio en el consumo de tabaco:

Constituyen los niveles de intencionalidad por los que transita el sujeto durante el proceso de abandono del consumo tabáquico:

1. *Pre-contemplación:* el sujeto no se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 2. *Contemplación:* el sujeto se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 3. *Preparación:* el sujeto está dispuesto a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos que fija para los siguientes 30 días.
 4. *Decisión:* el fumador manifiesta su decisión autodeterminada de abandonar el consumo de nicotina en el presente, realiza esfuerzos para lograrlo a partir de sus propios recursos salutogénicos, la búsqueda de apoyo social y/o la búsqueda de ayuda profesional.
 5. *Acción:* el fumador deja de consumir y pone en práctica los planes preparados, para lo cual busca ayuda especializada, de amigos y/o familiares, o a partir de la activación de sus recursos y habilidades actuales. Esta fase continúa hasta 6 meses después de la fecha del abandono
- **Consumo de alcohol:** Ingestión de bebidas que contienen alcohol en menor o mayor grado, como la cerveza, vino o el licor fuerte.
- *Motivo de consumo:* La persona decide de forma consciente o no consciente consumir o no consumir alcohol como resultado de la combinación de procesos emocionales y racionales. La decisión final se tomaría en función del cambio afectivo positivo que la persona esperara conseguir si consumiera, en comparación con el estado afectivo que esperara obtener si no consumiera (Mezquita, 2012).

- *Inicio de consumo:* Estas determinado en poblaciones jóvenes por la búsqueda de desinhibición, impulsividad, experimentar, el pobre autocontrol, baja responsabilidad, búsqueda de sensaciones, además de problemas externos que se intentan resolver u olvidar a través del consumo moderado. La existencia de factores genéticos, psicológicos, culturales y sociales pueden determinar el inicio y continuidad del consumo (Mezquita, 2012).
- *Consumo de riesgo o perjudicial de alcohol:* El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno (González, 2004).

En la tabla que a continuación se muestra están recogidos todas las variables, dimensiones, instrumentos e indicadores utilizados en los instrumentos aplicados.

Tabla 3: Variables, dimensiones, instrumentos e indicadores utilizados

Variables	Dimensiones	Instrumentos de Evaluación	Indicadores
Percepción de Riesgo	Componente informativo-valorativo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre la percepción de riesgo de consumo de tabaco. • Cuestionario sobre la percepción de riesgo de consumo de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada • Parcialmente adecuada • Inadecuada
	Componente afectivo-motivacional		
	Componente intencional-conductual		
Consumo de tabaco	Motivo de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para la evaluación del nivel de dependencia a la nicotina (Fernández-Castillo, Molerio, Torres, Cruz, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión grupal • Imitación Social • Ambiente familiar.
	Nivel de dependencia		<ul style="list-style-type: none"> • Fumador regular. • Ex fumador • Fumador ocasional. • Fumador pasivo. • No fumador
	Nivel de estadio de cambio		<ul style="list-style-type: none"> • Precontemplativa • Contemplación • Preparación • Decisión • Acción
Consumo de alcohol	Motivo de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario para la evaluación de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT). 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión grupal • Imitación Social • Ambiente familiar.
	Inicio de consumo		<ul style="list-style-type: none"> • Antes de los 15 años • Al ingresar a la universidad
	Consumo riesgoso o perjudicial de alcohol.		<ul style="list-style-type: none"> • Normal (0-7) • Bebedor de riesgo (8-15) • Bebedor perjudicial (16-19) • Dependencia alcohólica (20 o más)

2.6 Técnicas e instrumentos empleados

Los instrumentos empleados que a continuación se relacionan ya han sido aplicados con resultados positivos en investigaciones anteriores:

- *Cuestionario sobre la percepción de riesgo de consumo de tabaco. CPRCT (Anexo 4)*
Este instrumento permite explorar la percepción de riesgo que poseen los jóvenes universitarios en relación al tabaquismo, sus causas, riesgos y consecuencias. Consta de 17 ítems a los cuales se responde haciendo uso de una escala tipo Lickert, donde el 1 representa nunca o totalmente en desacuerdo y el 5 es siempre o totalmente de acuerdo. Mediante el análisis de componentes principales (Carrasco & Pérez, 2013), se definió la agrupación en tres factores fundamentales: informativo-valorativo (del 1 al 8), afectivo- motivacional (9 al 12) e intencional- conductual (13 al 17). Se obtuvo un α de Cronbach=.851

- *Cuestionario para la evaluación del nivel de dependencia a la nicotina. (Anexo 5)*
La escala de Fagerström es la escala más frecuentemente utilizada para valorar la dependencia (Fagerström 1978). Consiste en una serie de ítems que se refieren al comportamiento dependiente del tabaco. La puntuación total predice los posibles problemas de abstinencia que puede tener la persona que deja de fumar (Fagerström 1980). Si la puntuación de dependencia es superior a 6 (Fagerström et al. 1991) está indicado iniciar el tratamiento con sustitutos de nicotina.

Una vez sumada la puntuación, se enmarca el resultado dentro de las tres escalas que se ofrecen:

- Baja dependencia de la nicotina: por debajo de 2.
- Puede dejar de fumar por sus propios medios: entre 2 y 4 puntos.
- Dependencia media, quizás necesite ayuda: entre 4 y 6 puntos.
- Alta dependencia, necesita ayuda profesional para dejar de fumar: Más de 6 puntos.

La calificación se hace de forma cualitativa y también pueden realizarse a través de un análisis de frecuencia.

- *Cuestionario sobre percepción de riesgo del consumo de alcohol. CPRCA (Anexo 6)*
El cuestionario fue elaborado y validado para la población cubana por Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, Rodríguez y Grau (2016) para la exploración de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Consta de 36

ítems que evalúan el nivel de información, las actitudes y el comportamiento frente al alcohol, a los cuales el sujeto debe responder haciendo uso de una escala tipo Lickert, donde el 1 representa nunca o totalmente en desacuerdo y el 5 es siempre o totalmente de acuerdo.

Para su calificación se asignan igualmente puntuaciones de 1-5 a las respuestas de los estudiantes. Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a los factores que evalúa el cuestionario obteniendo así las escalas promediadas. A partir de las mismas se establecieron estadísticamente los percentiles para el 25 y 75, los cuales permiten obtener puntuaciones discretas o rangos en tres niveles: adecuada, parcialmente adecuada e inadecuada.

- Componente informativa-valorativo (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11)
- Componente afectivo-motivacional (12+13+14+15+16+17+18+19+20+21)
- Componente intencional-conductual (22+23+24+25+26+27+28+29+30+31+32+33+34+35+36)
- Percepción de riesgo (componente informativo-valorativo + afectivo-motivacional + intencional-conductual)

➤ *Cuestionario para la identificación de trastornos asociados con el alcohol. AUDIT (Anexo 7)*

Este cuestionario fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud y ha sido validado en diferentes contextos como por ejemplo: en España por Rubio, Bermejo, Caballero y Santo Domingo (1998), en Suecia por Lundin, Hallgren, Balliu & Forsel (2015), Japón (Osaki, Ino, Matsushita, Higuchi, Kondo & Kinjo, 2014). El AUDIT incorpora preguntas sobre la cantidad y frecuencia de ingesta de alcohol así como las consecuencias de beber, y su objetivo fundamental es identificar un consumo excesivo de alcohol, o bien identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol, y con ello ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. No obstante, en esta investigación se empleó el cuestionario con el objetivo de caracterizar particularmente a la muestra en cuanto a los patrones o comportamientos de consumo de alcohol, una vez que estos ya habían sido identificados como consumidores en riesgo.

Por esta razón se consideró pertinente hacerle algunas adaptaciones al cuestionario teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. La primera tiene que ver con la in-

corporación de dos preguntas iniciales referentes a la edad de inicio de consumo y los motivos de consumo, aspectos importantes que describen las tendencias de consumo en los jóvenes universitarios. En segundo lugar, no se hizo uso de la clave de calificación del cuestionario, pues el presente trabajo se dirige a la comprensión del comportamiento de consumo más que la identificación del nivel de consumo como bien propone el cuestionario a partir de las puntuaciones totales. Por ello, en su calificación se tomaron en cuenta las respuestas de cada ítem, los cuales tributan a los siguientes factores:

- Edad de inicio de consumo (ítem 1)
- Motivos de consumo (ítem 2)
- Frecuencia de consumo (ítem 3)
- Cantidad de consumo (ítem 4 y 5)
- Reacciones o consecuencias adversas del consumo (ítems 6,7,8,9,10,11)
-

2.7 Procedimientos

La investigación responde a las líneas de trabajo del Centro de Bienestar Universitario (CBU) y de manera particular, al Programa de prevención del uso indebido de drogas. Por la temática que se aborda fue necesario presentar una comunicación oficial al Rector de la Universidad Médica de Villa Clara solicitando su consentimiento como máximo representante de la institución (Anexo 1). Una vez obtenido el mismo se procedió a informar sobre las particularidades de la investigación en la reunión de la Comisión Universitaria de prevención, así como en la reunión con los responsables de prevención de la Facultad de Medicina; desarrolladas en ambos casos en el mes de octubre.

Posteriormente se accedió a la Facultad de Medicina para dar inicio al proceso investigativo. La selección de los estudiantes se realizó de manera aleatoria. Previo a la aplicación de los instrumentos se ofreció información a los estudiantes acerca de los objetivos de la investigación y se solicitó en cada caso el consentimiento informado. La aplicación de las encuestas se realizó en una sesión, en locales con adecuadas condiciones de ambientación, iluminación y en horario que no interfiriera con las actividades docentes.

El análisis estadístico de los datos, se realizó a partir del paquete estadístico SPSS (versión 20). Se hizo uso de la estadística descriptiva, a través de análisis de frecuencia. Igualmente se utilizó la estadística inferencial y pruebas paramétricas. Se realizaron análisis correlacionales a partir del coeficiente de Pearson. También se aplicó la Prueba t para muestras

independientes, para identificar diferencias entre los consumidores y no consumidores de alcohol y tabaco.

2.8 Principios éticos de la investigación

Durante el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta una serie de principios éticos que rigen el quehacer profesional del psicopedagogo. De manera particular, se solicitó el consentimiento informado (APA, 2010) institucional mediante una carta oficial entregada al Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” (Anexo 1). En la misma se daba a conocer el objetivo de la investigación dirigida a caracterizar la relación entre percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina. Se asumió el compromiso de que una vez discutidos los resultados de la investigación se presentaran a la dirección como referente para el perfeccionamiento de las acciones preventivas que se desarrollan en el centro.

De manera individual se solicitó el consentimiento informado a cada estudiante (Anexo 2) y se siguieron las directrices para la prevención en Psicología (APA, 2014). En todos los casos se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos aportados. Este aspecto resultó esencial en el contexto de la presente investigación puesto que por el objeto de estudio del mismo se enfrentó el riesgo de la influencia de la deseabilidad social en las respuestas emitidas por los estudiantes en correspondencia con el perfil profesional del médico.

Análisis de los Resultados

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se presentan han sido organizados de acuerdo con los objetivos de la investigación. Se inicia el análisis de los resultados describiendo las particularidades de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad Médica de Villa Clara.

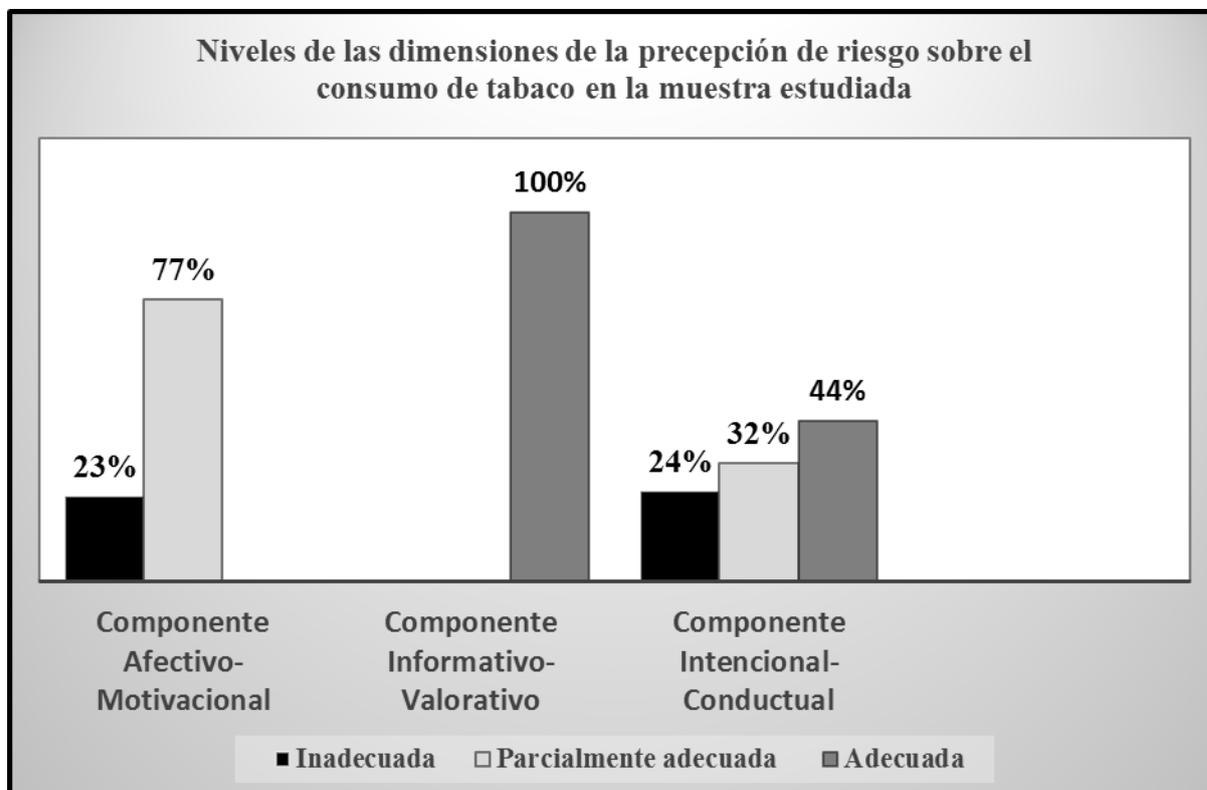
Se ha declarado por diferentes autores (Becoña, 1999) que el análisis de la percepción de riesgo debe realizarse en función de la sustancia de consumo, es por eso que a continuación se presentan las particularidades que cobra esta variable respecto al tabaco en los estudiantes de primer año de la carrera de medicina y con posterioridad respecto al consumo de alcohol.

Por otro lado, se considera necesario precisar que el análisis estadístico de los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados se realizó excluyendo los valores perdidos que difirió para cada caso, por lo que estos datos pueden ser consultados en los anexos del informe (anexos d 9 al 13).

3.1 Percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco en alumnos de primer año de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

Al analizar los resultados del Cuestionario que evalúa la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco se evidenció que el componente informativo – valorativo muestra los valores más altos, constatándose que el 100% de los estudiantes se ubica en el nivel adecuado, mientras que en la dimensión afectivo- motivacional resultó predominante el nivel parcialmente adecuado (76,5%), seguido del nivel inadecuado (23,5%). Por su parte, en la escala intencional- conductual los resultados se distribuyen en todos los niveles, con un 43,6% ubicado en el nivel adecuado, un 32,1% en el nivel parcialmente adecuado y un 24,4 % posee una inadecuada percepción de riesgo (Anexo 9). Del análisis de estos resultados se evidencia que a pesar de disponer de un nivel adecuado de conocimientos sobre los riesgos asociados al consumo de esta droga, aún resulta deficitario el desarrollo de las dimensiones afectivo- motivacional e intencional conductual.

Gráfico 1. Niveles obtenidos en cada una de las dimensiones de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco



Fuente: Resultados del Cuestionario para evaluar la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco.

Los altos puntajes en el componente informativo - valorativo, resultan coincidentes con resultados obtenidos en otras investigaciones llevadas a cabo en nuestro medio (Fernández-Castillo, Molerio, López, Cruz & Grau, 2016; Fernández Castillo, 2017). Al respecto, debe considerarse que influyen en este componente, el trabajo preventivo multisectorial que se está llevando a cabo en los niveles educativos precedentes, así como las campañas publicitarias sobre los daños asociados al tabaco que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública. Por otro lado, la procedencia de los estudiantes investigados de la carrera de Medicina, aun cuando se encuentren en primer año, supone cierto nivel de preparación profesional sobre el tema investigado.

Se analizaron los ítems que puntuaron las medias más altas, que en todos los casos se correspondieron con el componente informativo – valorativo:

- Poseer información de los efectos dañinos del tabaquismo sobre la salud ($M=4,99$, $M_{EC}=5$, $M_{ENC}=4,99$),
- El reconocimiento de que el tabaquismo puede propiciar afectaciones estéticas ($M=4,90$, $M_{EC}=4,93$, $M_{ENC}=4,88$)
- Tener información de que el cigarro y/o tabaco constituyen drogas ($M=4,89$, $M_{EC}=4,89$, $M_{ENC}=4,88$).

Por su parte, las medias más bajas se obtuvieron en los siguientes ítems:

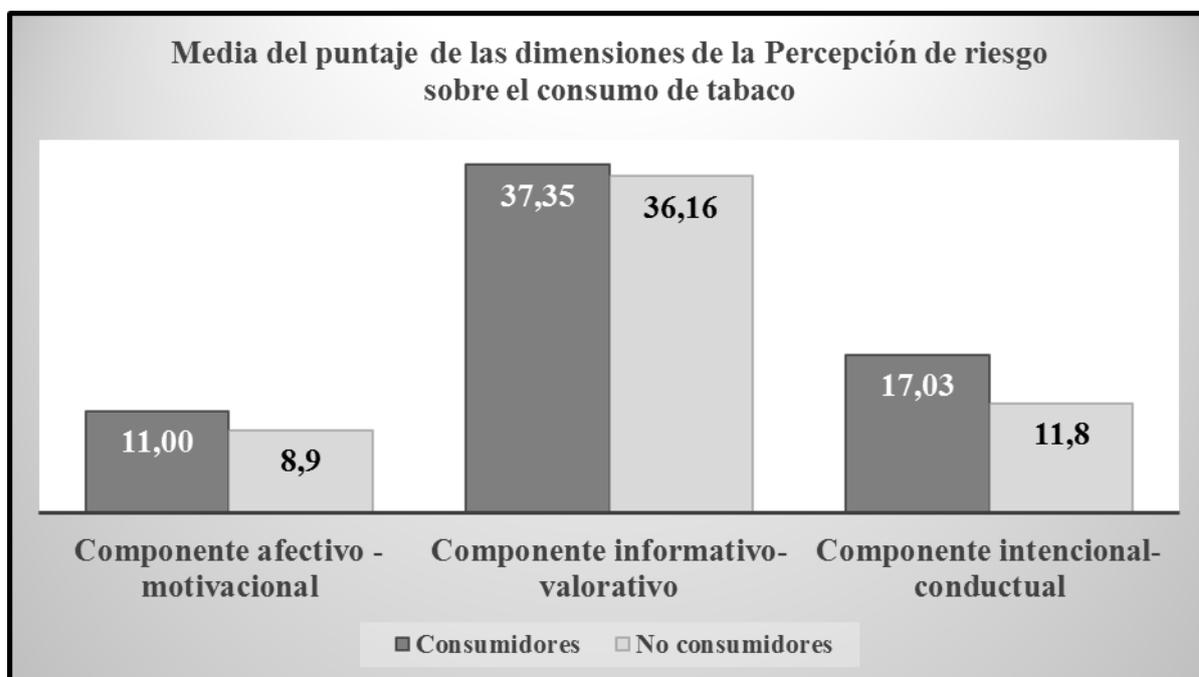
- Reconozco los efectos dañinos del tabaquismo, pero contradictoriamente siento la necesidad de fumar y decido hacerlo ($M=2,60$, $M_{EC}=3,68$, $M_{ENC}=2,19$).
- No puedo reducir la cantidad de cigarrillos que fumo diariamente ($M=2,07$, $M_{EC}=3$, $M_{ENC}=1,64$)
- He intentado dejar de fumar, pero no lo he conseguido ($M=1,88$, $M_{EC}=2,68$, $M_{ENC}=1,48$)

Como se puede apreciar en este último caso predominaron los ítems vinculados al componente afectivo motivacional e intencional conductual. Al respecto, resulta lógico que los niveles más bajos, en proporciones casi mínimas, se ubiquen en el grupo de estudiantes no consumidores.

La percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco evidencia diferencias entre los consumidores y no consumidores en cuanto a las puntuaciones medias de las dimensiones afectivo-motivacional [$t(62)=2,928$, $p<.005$] e intencional-conductual específicamente [$t(59)=3,71$, $p<.005$]. Por su parte, la percepción de riesgo total respecto al consumo de tabaco muestra también diferencias significativas en cuanto a sus medias para ambos grupos [$t(59)=3,932$, $p<.005$].

Estos resultados resultan congruentes si se tiene en consideración que desde la concepción teórico metodológica asumida en la presente investigación, de la manera en que se resuelva la contradicción información-conocimientos vs motivación- actitud, dependerá en buena medida que el sujeto tenga o no la intención de fumar o sencillamente asuma o no la decisión de hacerlo (Molerio, Garcia, Otero, Nieves, Herrera & Pedraza, 2014).

Gráfico 2: Media del puntaje de las dimensiones de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco



Fuente: Resultados del Cuestionario para evaluar la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco

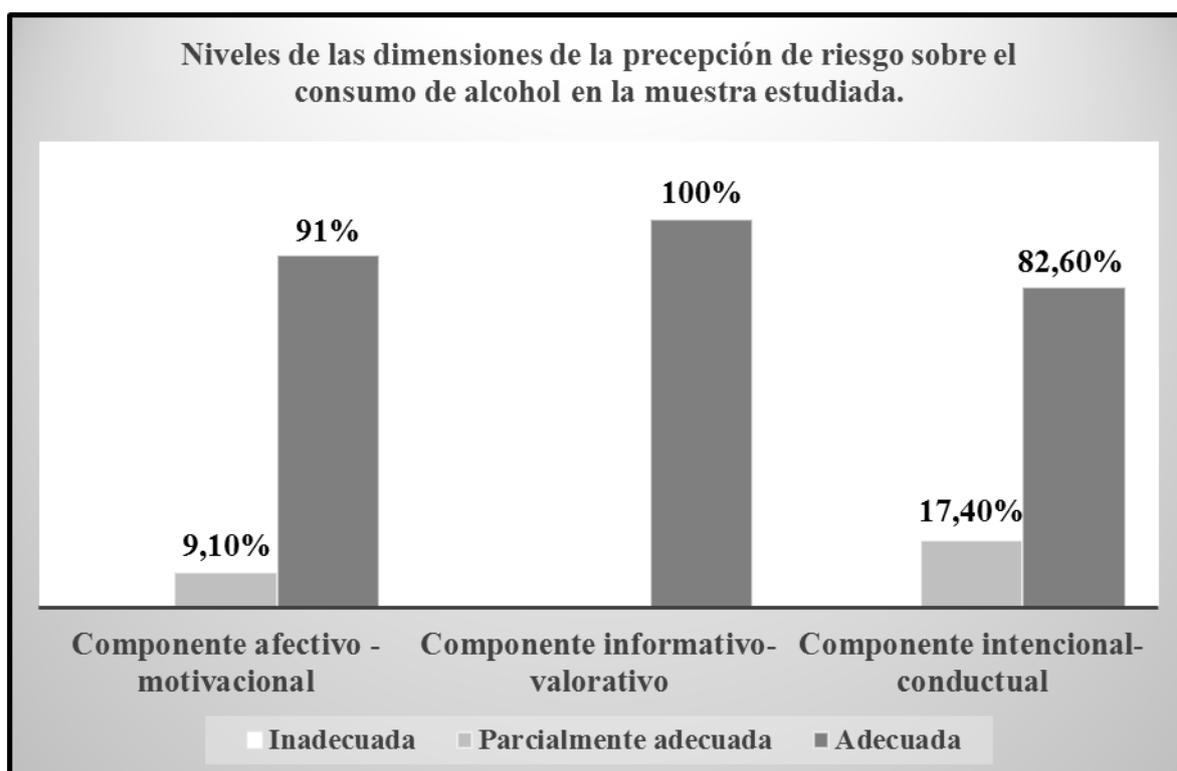
En este sentido, resulta importante destacar que los valores más altos de la media que se refieren fundamentalmente a las dimensiones afectivo-motivacional e intencional – conductual, se encontraron en el grupo consumidor de tabaco. Estos resultados apuntan a la necesidad de potenciar el trabajo preventivo en estas dimensiones sobre todo en los estudiantes que consumen tabaco (Anexo10).

3.2 Percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

El análisis de las diferentes dimensiones exploradas en el Cuestionario dirigido a la evaluación de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol, se realizó excluyendo los valores perdidos. (Anexo 11)

Se constató que el 100% de los estudiantes investigados poseen un nivel adecuado de desarrollo del componente informativo -valorativo. Mientras que en el caso del componente afectivo- motivacional el 91,9% se ubicó en un nivel alto y el 9,10% en el nivel medio. Por su parte, en la dimensión intencional conductual el 82,60% se ubicó en el nivel alto y el 17,40% restante en el nivel medio (Anexo 11). De los datos anteriores se puede apreciar que el 26,5% de los estudiantes investigados presenta limitaciones en la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol, lo que evidencia la necesidad de implementar en este grupo de alumnos acciones psicoeducativas orientadas a la prevención del consumo de esta sustancia. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de las diferentes dimensiones estudiadas.

Gráfico 3: Niveles de las dimensiones de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en la muestra estudiada



Fuente: Resultados del Cuestionario para evaluar la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol

Los ítems que mostraron niveles superiores en la media del puntaje fueron los referidos a la dimensión informativo- valorativa, con mayores puntajes en los estudiantes no consumidores. Entre ellas se destacan:

- La información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud ($M=4,87$, $M_{EC}=4,77$, $M_{ENC}=4,98$)¹.
- El conocimiento de que el alcohol constituye una droga con potentes efectos adictivos ($M=4,87$, $M_{EC}=4,73$, $M_{ENC}=5$)

De igual manera, obtuvieron puntuaciones altas los ítems referidos a:

- Reconocimiento de que el alcoholismo expone a situaciones que implican un riesgo para el proyecto de vida ($M=4,87$, $M_{EC}=4,69$, $M_{ENC}=4,95$).
- Conocimiento de que puede afectar la vida de quienes lo rodean ($M=4,81$, $M_{EC}=4,70$, $M_{ENC}=4,85$).

En el caso de los ítems que obtuvieron las medias más bajas en el cuestionario se encuentran los referidos a:

- La conducción de un vehículo bajo el efecto de bebidas alcohólicas ($M=1,28$, $M_{EC}=1,23$).
- La necesidad de beber alcohol frecuentemente sin que esto genere preocupación o contradicción alguna ($M=1,41$, $M_{EC}=1,57$).
- Provocación de problemas y conflictos con consecuencias negativas bajo el efecto del alcohol ($M=1,43$, $M_{EC}=1,44$).
- La experimentación de una intensa necesidad de consumir cuando por alguna razón pasa dos o tres días sin beber alcohol ($M=1,45$, $M_{EC}=1,41$).

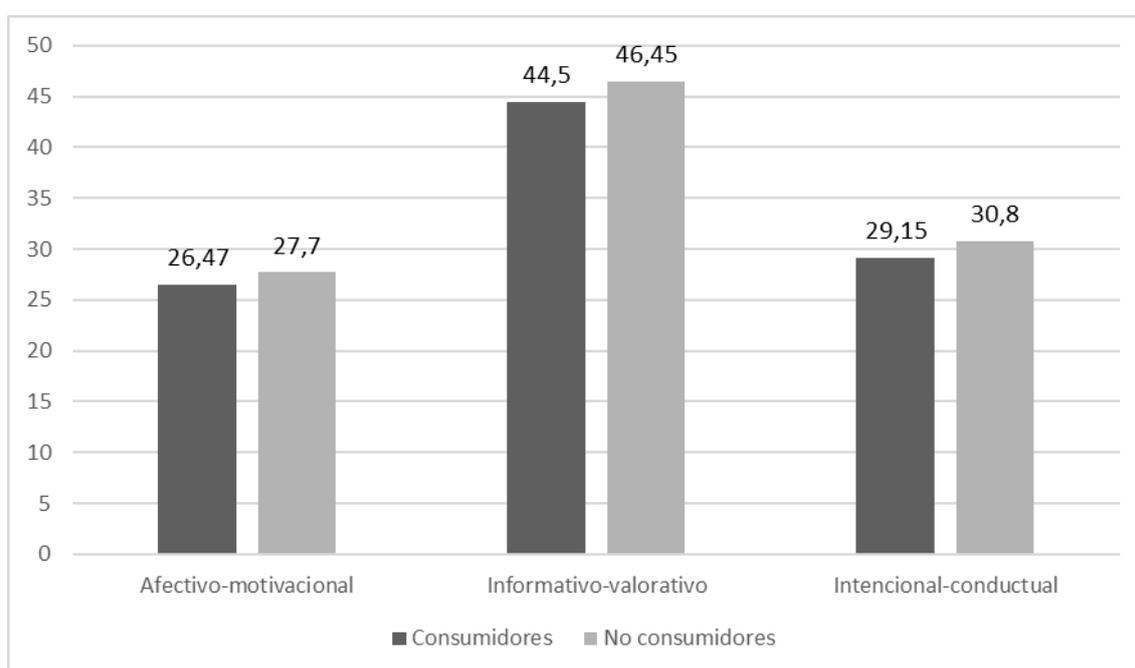
Estos ítems se refieren fundamentalmente a la dimensión afectiva-motivacional e intencional- conductual y cobran mayor significación en el grupo de los estudiantes consumidores de alcohol, lo que evidencia que como tendencia, aunque consumen alcohol, no lo hacen de forma riesgosa.

En la actualidad se reconoce que el recurso del miedo, ya sea a la pérdida de la salud, a la multa sobredimensionada o a la muerte, no funcionan como herramientas útiles para hacer una prevención eficaz de las drogadicciones, aunque se tiene la certeza de que conforme se cumplen años, esa percepción tiende a incrementarse con la experiencia (García del Castillo, 2012).

¹ M: media del ítem; M_{EC} : media del ítem estudiantes consumidores, M_{ENC} : media del ítem estudiantes no consumidores

En el gráfico siguiente, se muestran las medias de las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones de la percepción de riesgo tanto para el grupo de consumidores como no consumidores.

Gráfico 4: Media del puntaje de las dimensiones de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol



Fuente: Resultados del Cuestionario para evaluar la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol

Según los resultados de la Prueba t, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que consumen alcohol y los que no lo hacen [$t(46) = -0,706$, ns].

Se constató que los estudiantes investigados poseen información acerca de los efectos nocivos del alcohol, pero se manejan con un mensaje ambivalente y justificativo al respecto. Lo anterior requiere ser atendido preventivamente pues se reconoce que el consumo es alentado culturalmente y que los jóvenes asimilan junto con la conducta de consumo, las formas de explicación y argumentación. Luego, son pautas que se naturalizan como actuaciones cotidianas y se acaban asimilando como normales dentro del registro de conductas sociales, cuestión esta que merece ser profundizada para poder transformarla.

3.3 Particularidades del consumo de tabaco en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

En cuanto al consumo de tabaco el 26,7 % de los estudiantes reconoce ser consumidor (N=28) y el 73.3 % no lo consume (N=77) (Anexo12). La distribución de los consumidores atendiendo al sexo se muestra en la siguiente tabla. Como puede apreciarse resultó predominante el consumo de cigarrillos en los hombres en comparación con las mujeres, lo cual puede estar asociado a los estereotipos sociales.

Tabla 4: Distribución de los consumidores de tabaco atendiendo al sexo

Sexo	Consumo de cigarrillos o tabaco		Total
	Si	No	
Femenino	8 (17,4%)	38 (82,6%)	46
Masculino	20 (33,9%)	39 (66,1%)	59

Fuente: Cuestionario sobre la percepción de riesgo de consumo de tabaco

La edad de inicio del consumo resulta otra de las categorías más estudiadas en esta etapa evolutiva. En la muestra investigada el inicio del consumo de cigarrillos o tabaco se ubica en el rango de edades de 13-19 años, ubicándose la media en los 15 años (M=15, SD=3,15). El análisis del comportamiento de este indicador por sexo muestra un comportamiento similar, aunque en el caso los hombres se ubican en los 15 años, es decir, un año antes que en las féminas. Estos resultados destacan la importancia de trabajar intensivamente con los adolescentes sobre estos temas en el nivel educativo precedente pues es en esta etapa donde tiende a iniciarse el consumo.

Otro punto de análisis lo constituyen los motivos por los cuales se inicia el consumo de tabaco identificándose en primer lugar la imitación social (15, 5%), seguido por el ambiente familiar (7,3%).

En la valoración de las características asociadas al consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes se ha destacado la importancia del patrón familiar. En la muestra estudiada, el 72%

(N=77) declaran que en su hogar no fuman, mientras que el 27,4% (N=29) reconocen que en su casa algunos de sus familiares fuman.

El uso parental de drogas se ha asociado repetidamente con la iniciación de los adolescentes en el consumo de tóxicos y con la frecuencia de uso de los mismos. Esta correlación positiva se ha comprobado para la mayor parte de las drogas tanto legales como ilegales. Atendiendo al factor más actitudinal del modelado parental, es importante señalar que las actitudes permisivas de éstos con respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igual o mayor importancia que el uso parental real. De igual manera, se ha demostrado el papel que juegan la comunicación familiar y la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres (Muñoz- Rivas y Graña- López, 2001).

Al respecto, un estudio llevado a cabo por Sánchez- Hernández y Pillon (2011), identificó como motivos para iniciar el consumo de: la influencia de amigos, un ambiente diferente, el contagio y la vergüenza que sienten al rechazar una invitación para fumar. El fumar se reportó como un estimulante para estar despierto, y se fuma porque agrada. Uno de los motivos de peso en el caso de los varones, fue mostrar su masculinidad, por un prejuicio de no ser aceptado sino se fumaba. Muchos ya son fumadores desde el colegio y llegan a la universidad con ese hábito, se fumaba también como un “escape” para olvidarse de los problemas. Se hacía sólo para “decir que se fumaba” y así se comenzaba. El estrés en el proceso de estudios universitarios también constituye uno de los motivos descritos. Mientras que el “estar a la moda” y el participar en reuniones familiares o entre amigos hace que, por imitación, se sientan incentivados a fumar.

Por su parte, los resultados del Test de Dependencia a la Nicotina permitieron profundizar en las particularidades del consumo de tabaco en los estudiantes investigados. Se evidenció que en el 86,4% de la muestra, el tiempo que se tarda en fumar el primer cigarrillo después de despertarse oscila entre 30 min y 60 min o más. El 84,6% no encuentra difícil abstenerse de fumar cigarrillos donde está prohibido y al 15,4% declaran que sí le resulta difícil. En cuanto al cigarrillo que odiaría renunciar el 79,2% declara que a cualquiera y el 20,8% expresan que al primero de la mañana. En estrecha relación con esto, el 96,2% declara que no fuma más durante las primeras horas después de despertarse y el 92% expresa que no fuma, aunque esté enfermo(a) y que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama (Anexo12).

Los resultados del test de dependencia a la nicotina permiten identificar que los estudiantes consumidores de tabaco presentan un bajo nivel de dependencia, lo cual justifica la implementación de acciones de prevención primaria. Esta idea se refuerza a partir de los resultados del Cuestionario de Estadios de Cambio, el cual permite agrupar a los consumidores en diferentes etapas de acuerdo a los niveles de intencionalidad por los que transita el sujeto durante el proceso de abandono del consumo tabáquico (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de la muestra en función de los estadios de cambio

Etapa o estadio de cambio	f (%)
Pre-contemplativa	19 (82,6%)
Contemplativa	4 (17,4%)
Preparación para la acción	12 (50%)
Dejar de fumar al menos durante 1 hora	18 (75%)

Fuente: Resultados del Test de Dependencia a la Nicotina

El análisis de los estadios de cambio permite optimizar las acciones educativas que se realizan en los estudiantes investigados. En este sentido es importante destacar que el mayor por ciento de los estudiantes no se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses. Este resultado resulta preocupante si se considera que el paso del consumo de tabaco de forma ocasional a habitual se produce a partir de los 18,5 años según las últimas encuestas, por lo que la etapa universitaria se convierte en el contexto idóneo para habituarse en el consumo de tabaco (Lucena Jurado, 2013).

3.4. Particularidades del consumo de alcohol en estudiantes de primer año de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

Al explorar el consumo de alcohol en la muestra investigada, el 53,3 % (N=48) consume bebidas alcohólicas, en tanto el 46,7% (N=42) declara que no consume. (Anexo13)

Tabla 6: Distribución de los consumidores de alcohol atendiendo al sexo

Sexo	Consumo de bebidas alcohólicas		Total
	Si	No	
Femenino	21(52,5%)	19 (39,4%)	40
Masculino	27 (54%)	23(46%)	50

Fuente: Resultados del AUDIT

El consumo de bebidas alcohólicas muestra una distribución casi equitativa en ambos sexos lo cual refleja la tendencia que se aprecia al incremento del consumo en las mujeres. Al respecto, es importante considerar que la vulnerabilidad ante los efectos neurotóxicos de una ingesta abusiva de alcohol, podrían darse en diferente grado en función del género. En el caso de las mujeres, es importante considerar que, si bien presentan un patrón de consumo similar al de los hombres, muestran por lo general, unos mayores niveles de intoxicación etílica, algo explicado, en parte, por la diferente cantidad de agua corporal total (Carballo, Marín, Jáuregui, García, Espada, Orgilés y Piequera, 2011).

La edad de inicio de consumo de alcohol en los estudiantes investigados se ubicó en los 15 años (M=15,4; SD=1,42). En este caso, la media de la edad de inicio de las mujeres estuvo por debajo de la de los hombres (15 y 16 respectivamente).

Por otro lado, en la identificación de las características asociadas al consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes se ha destacado la importancia del patrón familiar. En la muestra estudiada, el 60% (N=51) declaran que en su hogar no se consumen bebidas alcohólicas, mientras que el 40% (N=34) plantea que sí se consume.

Los resultados del Cuestionario para la identificación de los trastornos asociados al alcohol (AUDIT) permitieron analizar elementos relacionados con la frecuencia de consumo, comportamiento ante la bebida, reacciones adversas y problemas relacionados con el consumo.

En el caso de la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas declarada por los encuestados se evidencia un predominio de consumo de una o menos veces al mes (47, 5%) seguidos de aquellos que declararon que nunca lo hacen (31, 3%) y de los que lo hacen de 2 a 4 veces al mes (16,3 %).

Otro de los aspectos que evalúa el cuestionario es la frecuencia de consumo de 5 bebidas alcohólicas en un solo día, en este ítem el 76,5 % de los estudiantes declararon nunca hacerlo, en tanto un 16 % lo hacen menos de una vez al mes y un 7.4 % adoptan este comportamiento mensualmente y semanalmente.

En cuanto a la incapacidad de parar de beber una vez iniciado el consumo el 83,8 % declaran nunca haberlo experimentado, un 10,8 % lo han experimentado menos de una vez al mes y 4 estudiantes para un 5,5 % lo experimentan semanalmente y diariamente. Se considera que estos últimos, si requieren de una atención especializada que deberá ser canalizada desde la propia institución por los riesgos que implica no solo la experimentación inicial sino la posibilidad de instauración de una dependencia si tales consumos son abusivos y continuados.

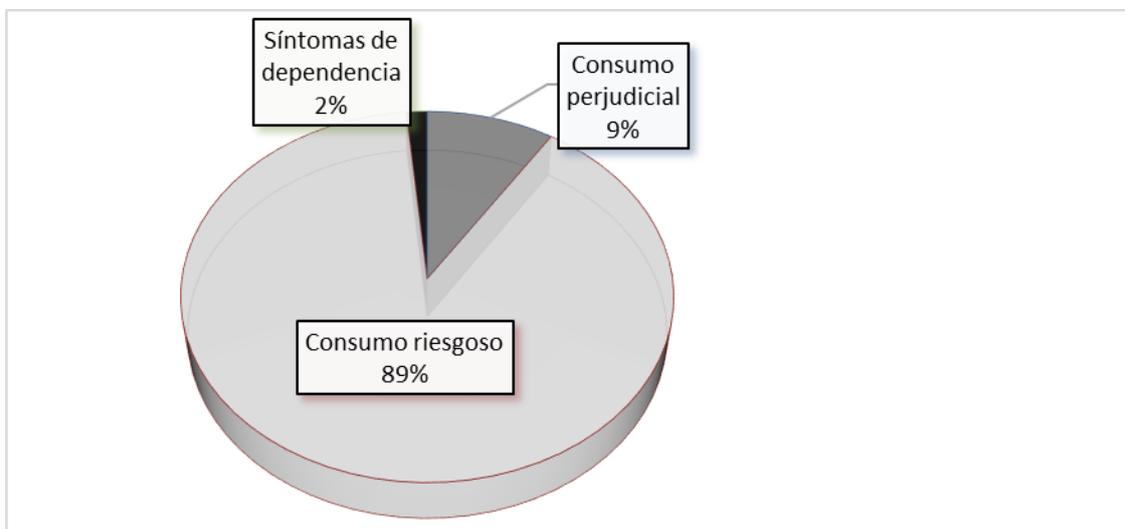
Los comportamientos relacionados con el consumo también se exploraron a partir de las preguntas: ¿con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? y ¿con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? Las tendencias de respuestas ante estas preguntas fueron similares, el 88% y un 89,3 % respectivamente, declaró que nunca le ha pasado y solo un 8 % y un 6,7% refirió experimentarlo menos de una vez, al mes, o mensualmente.

En relación a las consecuencias del consumo del alcohol el 81.6 % de la muestra refirió nunca haber tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido, en tanto el 15,8% lo ha experimentado una o menos veces al mes y solo 2 estudiantes (2,6%) de 2 a 4 veces al mes. La imposibilidad de recordar lo que sucedió la noche anterior por el consumo de bebidas al menos una vez al mes fue declarada por 5 estudiantes (6,8%) en tanto el 93,2 % declaró no haberlo experimentado. Resultados similares mostró el ítem referido al daño a otras personas como consecuencia del consumo de alcohol, donde el 96% planteó que nunca le ha pasado y solo 3 estudiantes (4%) expresaron que si les ha pasado en el último año.

Finalmente, el AUDIT, explora la preocupación de familiares, amigos y profesionales sobre su consumo de alcohol. Al igual que los ítems anteriores el 91,7 % expresaron que no y un 8,4% (6 estudiantes) declararon que sus familiares y amigos si manifiestan preocupación por su tendencia al consumo de alcohol.

El análisis integrativo del AUDIT permite diagnosticar el nivel de consumo de los estudiantes (Anexo 13). Los resultados obtenidos se muestran en el gráfico siguiente

Gráfico 5: Nivel de consumo de alcohol en estudiantes consumidores



Fuente: Resultados del AUDIT

De forma general los resultados del AUDIT evidencian que como tendencia no existe un consumo riesgoso de alcohol por la mayor parte de la muestra investigada. No obstante, en el grupo de consumidores de alcohol si existe un número de estudiantes que, aunque son la minoría consumen de forma perjudicial (9%), mientras que el 2% muestra síntomas de dependencia alcohólica (Gráfico 5). Ello evidencia la necesidad de trabajar intencionadamente con cada uno de estos estudiantes.

Resulta importante reconocer que la línea divisoria entre un consumo habitual o compulsivo y un consumo dependiente es realmente difusa. Conocer qué factores propician el paso de un consumo a otro, resulta determinante para la prevención del mismo en jóvenes que se están iniciando en el consumo de sustancias psicoactivas de una forma u otra. Por otro lado, es necesario considerar que un alto número de jóvenes muestran una alta sensación de control del consumo, reconocido en la literatura científica como el llamado *mito del control*, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo y, en consecuencia, el nivel de consumo (García del Castillo, 2012).

3.5 Percepción de riesgo y su relación con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de primer año de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

El siguiente epígrafe pretende analizar las relaciones entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina. En este sentido es importante destacar que el consumo de tabaco y alcohol correlacionan de forma significativa entre sí ($r=.393$, $p=.000$), lo que significa que la mayoría de los estudiantes que fuman a su vez coinciden con los que consume alcohol.

En el caso del consumo de tabaco, se evidenció una relación inversa entre el consumo y la percepción de riesgo y con cada una de sus dimensiones. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla7: Relaciones encontradas entre la percepción de riesgo, sus dimensiones y el consumo de tabaco

	Dimensiones	r	Sig.
Consumo de tabaco	Dimensión Informativa- Valorativa	-.244	.022
	Dimensión Afectivo-Motivacional	-.310	.006
	Dimensión Intencional-Conductual	-.381	.001
	Percepción de Riesgo	-.410	.000

Fuente: Elaboración propia

En el caso del consumo de alcohol no se evidenciaron relaciones estadísticamente significativas entre la percepción de riesgo y el nivel de consumo que manifiestan los alumnos.

Se consideró oportuno analizar las relaciones existentes entre las diferentes dimensiones de la percepción de riesgo, tanto para el consumo de alcohol como para el de tabaco y la variabilidad de la variable percepción de riesgo en función de la sustancia que se consume.

En este sentido resulta importante destacar que, en el caso del alcohol, las principales correlaciones encontradas se centraron en la relación de la dimensión afectiva- motivacional con la intencional-conductual ($r=, .708$; $p=.000$). En tanto, el análisis de la percepción de riesgo sobre el consumo tabaco evidenció relaciones entre la dimensión informativo-valorativa y la dimensión afectivo-motivacional ($r=.319$; $p=.004$) y entre esta última, y la dimensión referida a el componente intencional-conductual ($r=.710$; $p=.000$). Interrelaciones que se justifican a partir de la propia concepción de percepción de riesgo asumida en el marco teórico de la presente investigación.

Un resultado importante, fue aportado a partir del análisis del coeficiente de variabilidad medido a través de la relación entre la desviación estándar y la media. En el caso del consumo de tabaco este coeficiente se aproxima a 0,1887 (19%) y en el caso del consumo de alcohol la variabilidad es de 0,1891 (19%), por lo tanto, en la muestra estudiada la variabilidad de la percepción de riesgo respecto al alcohol y al tabaco se comportan de igual forma respecto a la media de los valores obtenidos, lo cual se relaciona con la estrecha asociación existente entre el consumo de ambas sustancias en los mismos sujetos y es una manifestación del policonsumo como comportamiento característico en los jóvenes.

En la actualidad se reconoce que el policonsumo incrementa la gravedad del fenómeno de las adicciones, especialmente de cara a la prevención, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las mismas se combina incrementando su toxicidad, dificultando las intervenciones en este campo y, como no, empeorando las consecuencias a largo plazo tanto sociales como personales y de salud (Muñoz- Rivas y Graña- López, 2001).

3.6 Análisis Integral de los resultados

La experimentación con alcohol y tabaco representa para el colectivo juvenil un comportamiento motivado por satisfacciones hedónicas, presiones grupales, modelamientos simbólicos y búsquedas y/o redefiniciones de la identidad personal y psicosocial, entre otros muchos determinantes, que se ha comprobado que describe a una tipología de ocio juvenil. En esta investigación se ha comprobado que esta etapa representa una edad donde se incrementa la vulnerabilidad para el inicio a la experimentación con drogas iniciáticas (alcohol y tabaco).

La representación social que se tiene de las drogas legales como es el caso del consumo de tabaco y de alcohol, se asemeja a un caleidoscopio de relaciones sociales, donde los jóvenes la perciben como el común denominador de una serie de actividades eminentemente lúdicas (ir a discotecas, deportes de riesgo, salidas nocturnas, conciertos, fiestas, etc.), pero que, sin embargo, no necesariamente son practicadas por todos los jóvenes.

En los últimos años el interés sobre estudios en torno a la percepción del riesgo ha propiciado la existencia de un consenso de que la toma de decisión de consumir o no está muy relacionada con la percepción del riesgo derivado de ese consumo. Al respecto, García de Castillo (2012) señala que en general, los estudiantes universitarios cuentan con una percepción de riesgo alta a determinados consumos de sustancias, siendo más alta en las ilegales y más baja en las socialmente aceptadas, como viene siendo tradicional a lo largo del tiempo.

El autor coincide con Martínez Calvo (2017), quien considera que la percepción y la evaluación del riesgo dependen, de la persona que lo afronte y la posición que ésta tiene en la estructura social, es decir, en los campos de experiencia posibles y del contexto concreto en que pueda ocurrir. De ahí que los distintos colectivos sociales que mantienen determinados estilos de vida, perciban, evalúen y reaccionan ante los riesgos de maneras hasta cierto punto diferentes.

Por ello, resulta de especial interés conocer los hábitos y patrones de consumo de los jóvenes, como grupo especialmente vulnerable por las características específicas y concretas que presentan, con el objetivo de facilitar una visión conjunta del fenómeno y la identificación de aquellas prácticas de riesgo más importantes, así como la evolución de otros aspectos relacionados con el consumo, como las diferencias de género y el riesgo percibido ante el mismo.

El análisis de la percepción de riesgo y su relación con el consumo de tabaco y alcohol, ha sido insuficientemente abordado en el contexto universitario médico cubano, especialmente en el caso de los estudiantes de primer año. Los resultados obtenidos pueden constituir el primer paso para la elaboración de estrategias interventivas.

El análisis de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco en los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina permitió identificar que está presente de forma par-

cialmente adecuada, en tanto si bien la generalidad de los mismos poseen un conocimiento adecuado sobre los riesgos que implica, el componente afectivo- motivacional y el intencional- conductual se ubicó predominantemente entre los niveles parcialmente adecuado e inadecuado, lo que se expresa en el conflicto entre expectativas, sentimientos y pensamientos asociados a la conducta, pero con un mantenimiento de esta última en un grupo de estudiantes.

La percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco evidenció diferencias entre los alumnos consumidores y no consumidores en cuanto a las puntuaciones medias de las dimensiones afectivo-motivacional e intencional- conductual. Por su parte, la percepción de riesgo total respecto al consumo de tabaco mostró también diferencias significativas en cuanto a sus medias para ambos grupos.

Por su parte, la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol se ubicó en niveles parcialmente adecuados. En este caso se apreció una tendencia más favorable, en tanto la generalidad de los mismos evidenció niveles adecuados de conocimientos sobre sus consecuencias y resultó predominante el nivel adecuado en los componentes afectivo-motivacional e intencional - conductual, mientras que solo un número limitado de alumnos se ubicó en el nivel inadecuado. Sin embargo, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de la media de la percepción de riesgo de los estudiantes consumidores de alcohol y los no consumidores ni a nivel general, ni en ninguna de sus dimensiones.

Se evidencia que el componente informativo presenta niveles adecuados mostrando cómo los estudiantes de primer año de la carrera de medicina tienen información actualizada sobre las consecuencias de esta conducta de riesgo y las alternativas para su tratamiento. En tanto, desde el punto de vista de las dimensiones afectiva- motivacional e intencional- conductual, se establecen niveles parcialmente adecuados e inadecuados, caracterizados por el conflicto entre sentimientos y pensamientos asociados a la conducta, pero con un mantenimiento de esta última. Se evidencian diferencias entre el grupo de consumidores y no consumidores respecto a estas dos dimensiones.

Estos resultados resultan de interés desde el punto de vista preventivo, en tanto existe suficiente evidencia de que no basta con disponer de información para lograr una efectiva regulación personalógica frente al consumo de drogas.

En la actualidad se conoce que las actitudes y percepciones del público contienen aciertos y errores. La población no dispone a veces de algunos datos sobre los peligros que corre, en consecuencia, las iniciativas de comunicación sobre los riesgos y la gestión de los mismos, están condenadas al fracaso si no se conciben como un proceso bidireccional en el que cada una de las partes (expertos y los sujetos de la labor preventiva) tienen algo válido que aportar, cada una deberá respetar la manera personal de ver y entender el riesgo por la otra (Martínez, Calvo, 2017).

El estudio de la percepción de riesgo, aunque desde otras concepciones teóricas ha sido el núcleo fundamental de otras investigaciones (Font-Mayolas, Gras, Planes, Patiño, & Sullman, 2013; Salameh, Salamé, et al., 2014), donde se ha reconocido que en los jóvenes universitarios la tendencia muestra adecuados niveles de conocimientos, como resultado de los programas educativos que se implementan en los centros de educación superior.

Se reconoce por algunos autores (Becoña, 1999; José A. García del Castillo, 2012; M. D. Moral, Rodríguez, & Sirvent, 2006) que el análisis de la percepción de riesgo debe orientarse en función de las características del consumo. En la presente investigación, se asume la percepción de riesgo como la capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias de la conducta de consumo y la severidad atribuida a éste, en función de la cual se configuran los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir la vulnerabilidad y se asumen comportamientos saludables, por lo tanto, es imprescindible el análisis de las características asociadas al consumo para poder caracterizar la relación entre ambas variables.

La iniciación temprana del consumo de drogas legales ya apuntada en los fundamentos de este informe, se confirma a partir de los resultados hallados que identificaron en la muestra estudiada la franja de la primera experimentación a los quince años de edad. En la actualidad se reconoce que la relación entre la edad de inicio y posterior uso abusivo o dependencia puede aplicarse tanto a drogas legales como ilegales por lo que las acciones preventivas deben ir dirigidas a evitar o al menos retardar e inicio del consumo.

Por otro lado, los resultados presentados permitieron identificar que la edad de inicio de consumo no se asocia de forma significativa al sexo. No obstante, se identifica una ligera tendencia a que el inicio del consumo de alcohol tenga lugar más tempranamente en las mujeres que en los hombres, resultado que podría explicarse a partir de los cambios fisiológicos y sociales que ocurren en la adolescencia, y donde se ha identificado que en el caso de las mujeres estos cambios ocurren más tempranamente, lo cual favorece la búsqueda de aceptación en la integración a determinados grupos como necesidad fundamental de esta etapa. Es en este momento donde muchas de las adolescentes inician sus relaciones de parejas, en un porcentaje no despreciable, con jóvenes mayores que ellas ya iniciados en el consumo y por lo tanto, las creencias que existen sobre el consumo de alcohol y la sexualidad también influyen como factores predisponentes en el inicio del consumo.

En el caso del tabaco, se evidenció lo contrario, son los hombres quienes comienzan a consumir primero. En la literatura, se han identificado diversas causas de este comportamiento, entre las que se destacan, el consumo familiar, la imitación, así como el asumir el consumo de tabaco como un rasgo de masculinidad (Castaño et al., 2015).

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Sánchez y Fernández-Castillo (2015) y López-Fernández-Castillo (2015) en un estudio similar realizado con estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas y en un estudio anual realizado en Colombia donde la incidencia de consumo anual se encontró entre los 12 y los 17 años (Salcedo, Palacios y Espinosa, 2011) al igual que otro reporte de investigación realizado en México (Moreno, 2009).

Se determina que en los hogares donde se consumen bebidas alcohólicas o tabaco existe una mayor probabilidad que estudiantes procedentes de los mismos consuman. El consumo en el núcleo familiar suele constituir un factor de riesgo para la iniciación del consumo de tabaco en los estudiantes. Múltiples investigaciones coinciden con dicho planteamiento, a través del estudio de la relación entre ciertas variables familiares y el consumo de drogas (Nunes-Costa, Lamela y Figueiredo, 2009; Petraitis, Flay, Miller, Torpy y Greiner, 1998; Velleman et al., 2005). Se conoce que diversos aspectos del funcionamiento familiar pueden incidir de modo importante en el consumo de drogas de los hijos (Becoña, Martínez, Calafat, Duch, Fernández, 2012).

Resultados obtenidos por (Castaño et al., 2015) establecen que los ritos, las tradiciones sociales y familiares conllevan a la apertura y posible agudización del consumo. Las creencias alrededor del contexto familiar que propicia ambientes riesgosos de consumo conllevan a que sus integrantes desarrollen dicho hábito también (Salcedo et al., 2011).

En cuanto a la caracterización de la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol, objetivo fundamental de la presente investigación, se pudo precisar que en la muestra estudiada se evidencia el policonsumo (Ruiz-Olivares, 2010), pues existe una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y alcohol (Biltagy, 2014; Fabelo, Iglesias, Cabrera, & Maldonado, 2013; Moreno, 2009; Salameh, Jomaa, et al., 2014).

Desde el punto de vista teórico se afirma que los jóvenes con alta percepción de riesgo tienen menor probabilidad de comenzar a consumir frente a los que tienen una percepción de riesgo baja (De la Villa Moral, Rodríguez, & Sirvent, 2006; García del Castillo, 2012). Esta relación no se da de forma lineal, como resultado de esta investigación se evidenció una relación inversa entre el consumo de tabaco, la percepción de riesgo y sus diferentes dimensiones, relación que se fundamenta teniendo en cuenta que aquellos estudiantes que no consumen tienden presentar mayores niveles de conocimiento, actitudes de rechazo e implementan acciones comportamentales para evitar el inicio.

Sin embargo, esta relación no se presenta de igual forma en cuanto al consumo de alcohol, donde no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre ambas variables a nivel general. No obstante, si se aprecia una correlación entre los niveles de las dimensiones afectivo- motivacional e intencional- conductual y el consumo de esta sustancia. Es necesario considerar que el componente social adjudicado al consumo de cada una de las sustancias, mediatiza la representación que sobre la misma tiene el estudiante (García del Castillo, 2011; Jarvinen, 2012), según los postulados del modelo de creencias en salud, la susceptibilidad percibida se refiere a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones pueden afectar de manera importante a la hora de adoptar o no una conducta concreta. No obstante, cuando un individuo piensa en la posibilidad de un cambio de conducta, no valorará sólo la susceptibilidad y la severidad, también evaluará los beneficios y los costes de realizar una conducta de salud concreta (Becoña, 1999).

En este sentido, es importante destacar que las acciones educativas que se realizan en los centros de educación superior, refuerzan la comunicación de los daños que provoca el tabaquismo. En el caso del estudiante de Medicina como parte de su formación profesional y del currículo de la carrera conoce que esta conducta constituye un factor de riesgo importante en enfermedades crónicas como el cáncer, que se ubica entre las primeras causas de muerte a nivel mundial y en nuestro país (Carter, et al., 2015). No siendo así en el caso del alcohol, puesto que con independencia de los mensajes comunicativos que se emiten, esta sustancia está incorporada a la cultura cubana asociada a celebraciones y actividades festivas, lo cual favorece la aparición de sesgos cognitivos como el “optimismo ilusorio” y la “invulnerabilidad percibida”, fenómenos que se dan con frecuencia en esta etapa evolutiva (Joshi & Carter, 2013; M. D. Moral & Ovejero, 2011).

Estos resultados refuerzan la idea de que aun cuando existen elementos invariantes en el estudio del consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol, que en el caso del presente estudio se muestra en la igualdad de los valores del coeficiente de variabilidad respecto a la media de la percepción de riesgo para ambas sustancias; el análisis de la percepción de riesgo debe ajustarse y analizarse al contexto del consumo específico. Este planteamiento se evidencia a partir del vínculo entre la percepción de riesgo como variable general y sus diferentes dimensiones.

De forma general, las características de la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de alcohol y tabaco identificadas en la investigación, constituyen los cimientos para el establecimiento de una línea científica que construya las bases para estrategias y programas interventivos, más ajustados a las características del estudiante de la carrera de Medicina, quien como parte de su perfil debe ser un profesional que contribuya no solo a garantizar la salud física sino también la salud mental y la calidad de vida y, el primer paso debe ser la suya propia.

En este sentido, se aboga por la necesidad de repensar las estrategias de educación preventiva que se desarrollan en la actualidad, en función de lograr una mayor efectividad de las mismas. Ello impone la necesidad de implementar programas de prevención multicomponentes en los que se combinen estrategias individualizadas y otras adecuadas al grupo. Al respecto, resulta primordial comprender que prevenir es concienciar, no imponer o mera-

mente institucionalizar ciertas medidas de actuación, de manera que ha de ser un acto de mediación, más que de imposición (Moral, 2002).

La Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara como formadora de promotores de salud, debe jugar un papel protagónico, potenciando la figura del médico como modelo a seguir por la población, especialmente en materia de comportamientos relacionados con la salud en su concepción más amplia. Se requiere que este precepto, sea asumido como un eje transversal en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en los valores a los que se adscribe dicha institución educativa.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- Se constató que el 26% de los estudiantes investigados es fumador. La media de la edad de inicio de este consumo se ubica en los 15 años, siendo predominante en los hombres. Se identificaron como principales motivos para fumar la imitación social y el consumo en la familia. Se evidenció un bajo nivel de dependencia, no obstante, los estudiantes fumadores no se han planteado dejar de hacerlo en un breve periodo de tiempo.
- El análisis de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco en los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina permitió identificar que está presente de forma parcialmente adecuada, en tanto si bien la generalidad de los mismos poseen un conocimiento adecuado sobre los riesgos que implica, el componente afectivo- motivacional y el intencional- conductual se ubicó predominantemente entre los niveles parcialmente adecuado e inadecuado, lo que se expresa en el conflicto entre expectativas, sentimientos y pensamientos asociados a la conducta, pero con un mantenimiento de esta última en un grupo de estudiantes.
- La percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco evidenció diferencias entre los alumnos consumidores y no consumidores en cuanto a las puntuaciones medias de las dimensiones afectivo-motivacional e intencional- conductual. Por su parte, la percepción de riesgo total respecto al consumo de tabaco mostró también diferencias significativas en cuanto a sus medias para ambos grupos.
- Se constató que el 53,3% de los estudiantes que participaron en el estudio, consume bebidas alcohólicas. La media de la edad de inicio de este consumo se ubica alrededor de los 15 años, reflejando una tendencia homogénea en ambos sexos con un inicio más temprano en las mujeres. Entre los principales motivos asociados al consumo se identifican: la diversión, relajarse, compartir y la imitación social. Se considera preocupante el hecho de que en el grupo de bebedores, el 89% presente un consumo riesgoso, el 9% perjudicial y un 2% presente síntomas de dependencia alcohólica.
- La percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en los estudiantes investigados se ubicó en niveles parcialmente adecuados. En este caso se aprecia una tendencia más favorable, en tanto la generalidad de los mismos, evidenció niveles adecuados de conocimientos sobre sus consecuencias y resultó predominante el nivel adecuado en los componentes afectivo-motivacional e intencional - conductual, mientras que solo un número limitado de alumnos se ubica en el nivel inadecuado.
- No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de la media de la percepción de riesgo de los estudiantes consumidores de alcohol y los no consumidores ni a nivel general, ni en ninguna de sus dimensiones.
- Se pudo comprobar la existencia de una alta correlación entre el consumo de tabaco y alcohol por lo que se evidencia una tendencia al policonsumo. Se constató una relación inversa entre la percepción de riesgo y el consumo de tabaco, tanto a nivel general como entre sus tres dimensiones. En el caso del consumo de alcohol, no se constató esta correlación a nivel general, aunque si entre las dimensiones afectivo – motivacional y la intencional- conductual.

- Los resultados obtenidos permiten confirmar tanto en el orden teórico- metodológico la relevancia de la percepción de riesgo en la determinación o no de los jóvenes a consumir tabaco y alcohol y evidenciaron la necesidad de implementar acciones preventivas en los estudiantes de primer año de Medicina que participaron en la investigación.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- Se recomienda informar a la Comisión Universitaria de Prevención de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, los resultados obtenidos en la presente investigación para que sean tomados en consideración en el trabajo preventivo que se desarrolla en la institución, poniendo énfasis en la percepción de riesgo como elemento relevante en la actitud que asume el estudiante frente al consumo.
- Dar continuidad a la presente investigación con muestras ampliadas a otras facultades y diferentes años de las carreras en la anteriormente mencionada universidad, con el fin de perfilar más aquellos indicadores que mayor peso tienen en la conformación de la percepción de riesgo y consecuentemente en la conducta de consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes.
- Continuar desarrollando la presente línea de investigación, a partir de estudios longitudinales, métodos multivariados y de regresión que permitan determinar la influencia de estas variables como predictores del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.
- Se sugiere que los responsables de la Comisión de prevención del uso indebido de drogas de la Facultad de Medicina, reciban capacitación y se les brinden los recursos metodológicos necesarios para implementar un plan de acciones que responda a las necesidades psicoeducativas identificadas en el estudio, en función de lograr mayores niveles de efectividad en esta labor.

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas:

- Adunola, M., & Molerio, O. (2014). *Percepción de riesgo y consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu de las Villas*. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
- Alonso, C. (2005). *Prevención de la A la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Centros de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Álvarez, F. y Del Río, C. (2003). Farmacología del alcohol. En E. García, S. Mendieta, G., Cervera y J. Fernández (dirs.) *Manual SET de alcoholismo*. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías y Editorial Médica Panamericana.
- Álvarez, M., Moreno, A. y Granados, B. (2014). Adicciones psicológicas: perspectivas psicósomáticas. *Revista Psiquiatría. Com.*, 15-33. Disponible en: <http://es.slideshare.net/mayrajadiaz/adicciones-psicologicas-1>
- APA. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (D.S.M-IV)*.
- APA. (2010). Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073
- APA. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2014). Guidelines for Prevention in Psychology. *American Psychologist*, 69(3), 285-296. <http://doi.org/10.1037/a0034569>
- Ballester, Gil y Girardo, (2000). *Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G*. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Disponible en: www.ujaen.es/revista/reid/monografico/n2/REIDM2art9.pdf
- Beard. E; Bruguera. C; McNeill. A; Brown. J; West. R. (2015). Association of amount and duration of NRT use in smokers with cigarette consumption and motivation to stop smoking: A national survey of smokers in England. 5.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela: Plan Nacional sobre Drogas.

- Becoña, E. (2000). Tratamiento del tabaquismo: Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*, 12, 77-85
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2005). *Adicción a nuevas sustancias psicoactivas*. Behavioral Psychology, 13(3), Disponible en:
http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=235
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1999). Promoción de estilos de vida saludables: ¿Realidad o Utopía? *Revista de Psicología de la PUCP*, 17(2). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4611602.pdf>
- Becoña, E., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Adicciones* 26(1), 77-86.
- Becoña, E., y Vázquez, F.L. (2001): *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis. Disponible en:
https://www.researchgate.net/.../31727545_Heroina_cocaina_y_drogas_de_sintesis_E_B...
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., & Hernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268.
- Beltrán, (2003). La Percepción del Riesgo del hábito de fumar, algo más que información. Sus implicaciones didácticas. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos56/riesgo-de-fumar/riesgo-de-fumar2.shtml>
- Benítez, (2014). Cuba reforzará leyes contra fumadores; 36 cubanos mueren a diario por consumo de tabaco <http://cafeuerte.com/csociedad/19525-cuba-reforzara-leyes-contra-fumadores-36-cubanos-mueren-a-diario-por-consumo-de-tabaco/> infocuba
- Biltagy, M. (2014). Risky behavior among youths in Egypt: Theoretical underpinnings, Classification and Determinants. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 43-48.

- Bolet, M., & Socarrás, M.M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Médicas*, 22(1), Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi04103.htm
- Bosson, Maggiori, Mark, Gay, (2012). Smoking and adolescence: exploring tobacco consumption and related attitudes in three different adolescent groups in Switzerland. Disponible en: www.ingentaconnect.com/content/routledg/cjys/2012/.../art00006
- Brennan, L. (2009). *La percepción de riesgo. Comunicación de riesgo y brotes*. OPS. OMS. Asunción, Paraguay. Abril, 2009. Disponible en: <http://www.slideshare.net/milanyis/la-percepcion-del-riesgo-ppt#btnNext>
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. y Delis, DC. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 24, 164-171.
- Cabrejas, B. (2013). *Control personal y creencias en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios*. Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina.
- Calimari, J.E. y Cox, W.M. (1996). Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 205-240). Madrid: Siglo XXI
- Cami, J. y Ayesta, F.J. (1997). Farmacodependencias. En Florez J, Armijo JA y Mediavilla A (eds). *Farmacología humana* (3. ed., pp: 565-591.). Barcelona: Masson.
- Carballo, J.L., Maríán, M., Jáuregui, V., García, G., Espada, J.P., Orgilés, M. y Piqueras, J.A. (2013). Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante. *Health and Addictions*, 13, (2), 157-163
- Carter, B. D., Abnet, C. C., Feskanich, D., Freedman, N. D., Hartge, P., Lewis, C. E., et al. (2015). Smoking and Mortality. Beyond Established Causes. *The New England Journal of Medicine*, 372(7). Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1407211>
- Casas, K., & Parrado, F. (2013). Consumo de alcohol y conducta social en hombres adolescentes universitarios: un estudio observacional. *Cultura, Educación, Sociedad - CES*, 4(1), 89-98.

- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 197-219.
- Castaño, G. A., García del Castillo, J. A., & Marzo, J. C. (2015). Factores predictores en la edad de inicio del consumo de alcohol. *Revista. Facultad Nacional de Salud Pública* 32(1). Disponible en: http://www.academia.edu/11792303/Factores_predictores_en_la_edad_de_inicio_del_consumo_de_alcohol
- Cicua, Méndez y Muñoz. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Disponible en: www.redalyc.org/html/801/80111671008/
- Concha, D., Bilbao, M.A., Gallardo, I., Páez, D. y Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud y Sociedad*, 3 (2), 115-129.
- Crews, F., He, J. y Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 86, 189-99.
- Crews, F.T. y Nixon, K. (2005). Adolescent binge drinking causes life-long changes in brain. Adolescence: booze, brains, and behaviour. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 29, 207-210.
- Criollo, M. E. y Guerrero, J. M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. Tesis de Psicología Clínica, Cuenca, Universidad de Cuenca.
- Cruz, Luna, Méndez et al., (2011). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. Recuperado en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/579>
- Cheesman, S. S. Mazariegos, y Suárez, N. (2015). Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41 (1):18-32. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v41n1/spu03115.pdf>
- De la Villa Moral, M., & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- De la Villa Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F. J., & Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percep-

ción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.

De la Villa Moral, M., Rodríguez, F. J., & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.

De la Villa Moral, M., Rodríguez, F. J., & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.

Díaz, D. B., Arellanez, J. L., Rodríguez, S. E. y Fernández, C. (2015). Comparación de Tres Modelos de Riesgo de Uso Nocivo de Alcohol en Estudiantes Mexicanos. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471915300223>

Díaz-García, A. I., Urquiza, N., Hernández, S. Molina. I. y Díaz-García, A.M. (2014). Comportamiento del consumo de drogas en adolescentes de noveno grado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi04314.htm

Dick et al., (2014). *Spit for Science : launching a longitudinal study of genetic and environmental influences on substance use and emotional health at a large US university*. *Frontiers in Genetics*, 5(47), 1– 12. Disponible en: <http://doi.org/10.3389/fgene.2014.00047>

Dillard, Midboe, Klein, (2011). *The dark side of optimism: unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19721102>

Domínguez, L. (2003). *Selección de Lecturas de Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud*. La Habana: Félix Varela.

Duarte, E., & Fernández-Castillo, E. (2015). Relación entre los enfoques de aprendizaje y el estrés académico en estudiantes universitarios. *Alternativas cubanas en Psicología*, 3(8). Disponible en: <http://www.acupsi.org/index/download.html>

Duka, T., Gentry, J., Malcolm, R., Ripley, T.L., Borlikova, G., Stephens, D.N., Veatch, L.M., Becker, H.C. y Crews, F.T. (2004). Consequences of multiple withdrawals from alcohol. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 28, 233-246.

DSM-5. (2014). *Nueva clasificación de trastornos mentales*. Disponible en:

<http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>

Espina, M. (2008). Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. *Revista Nueva Sociada*, 216, 133-149. Disponible en: www.nuso.org

Espinosa, A., Ordúñez, P. O. (2010). Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 33.

Espinosa, K., Hernández, M., Cassiani, C. A., Cubides, Á. M. y Martínez, M. C., (2016). Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45(1), 2-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015001006>

Espinosa y Roca (2007). El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. *Revista Científica Médica de Cienfuegos* (3), p. 33.

Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14(1), 43-61.

Evans et al., (1994). *Creando programas donde las tradiciones y las práctica modernas*. de: www.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/.../Prácticas%20de%20crianza. *cognitiva*.

Fabelo, J. R., Iglesias, S., Cabrera, R., & Maldonado, M. T. (2013). Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de ciencias de la salud en Cuba y México. *MEDICC Review*, 15(4). Disponible en: www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=325

Fabelo, J.R., Iglesias, S. y Núñez, L. (2011). Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 8(2). Disponible en:

<http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph05211.html>

Fabelo, Iglesias, Cabrera y Maldonado, (2013). Tobacco and alcohol consumption among health sciences students in Cuba and Mexico. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24253346>

- Fabelo, J.R., Iglesias S, González, A. & Naranjo, W. (2014). Formación de capital humano para la prevención y atención de las adicciones. *Educación Médica Superior*, 28(2), 301-317.
- Fabelo, J.R., Iglesias, S., Gómez-García, A.M. & Hernández-Domínguez, H. (2016). An intersectoral intervention to prevent early alcohol use in Cuban adolescents. *ME-DICC Review*, 18(3), 25-28
- Fagerström, K. O. (1978). *Manual para la evaluación del nivel de dependencia a la nicotina.*[s.l, s.n].
- Fagerström & Bridgman, (2014). Tobacco harm reduction: the need for new products that can compete with cigarettes. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290207>
- Fernández-Castillo, E. & Moleiro, O. (2015). *Cuestionario para la evaluación de los factores protectores en estudiantes universitarios*. Santa Clara: Samuel Feijóo.
- Fernández- Castillo, E. (2017). Estrategia preventiva para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Cuba. Tesis Doctoral no publicada.
- Fernández- Castillo, E., Molerio, O., López, L., Cruz, A., & Grau, R. (2016). Percepción de riesgo respecto, al consumo de alcohol en jóvenes universitarios cubanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (2)
- Fernández- Castillo, E., Molerio, O., & Ubalde, A. (2016). Aproximación teórico- metodológica al estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Boletín Trastornos Adictivos*, (2).
- Fernández- Castillo, E., Molerio, O., Sánchez, D., Rodríguez, Y., & Grau, R. (2016). Desarrollo y análisis de confiabilidad del Cuestionario para la evaluación de percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios cubanos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 13-25.
- Fernández, P. (1998). *Problemas relacionados con las adicciones*. *Psiquiatría en A.P.*: Biblioteca Aula Médica. Madrid.

- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Planes, M., Patiño, J., & Sullman, M. (2013). Risk perception and stages of smoking acquisition: *Health and Addictions*, 13(2), 117-122.
- Gantiva, C., Ballén, Y., Casas, M., Camacho, K., Guerra, P., & Vila, J. (2015). Influence of motivation to quit smoking on the startle reflex: differences between smokers in different stages of change. *Motivation and Emotion*, 39(2), 293-298.
- García de Albéniz, Guerra-Gutiérrez, Ortega-Martínez, Sánchez-Villegas y Martínez González, (2004). *Consumo de tabaco en titulados universitarios. El Proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra)*. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911104718154>
- García de la Cruz, C. (2010). *Percepción de riesgo sobre el alcoholismo en adolescentes de la Secundaria Básica Carlos Mengana Ayala*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara.
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/ Salud y drogas*, 12, (2), 133-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- García del Castillo, J. A. (2011). Sobre la percepción social del consumo de drogas a través de sus actores y sus observadores. *Salud y Drogas*, 11(2), 121-126.
- García del Castillo, J.A (2012). Labilidad de las políticas en materia de drogas. *Health and Addictions / Salud y Drogas* 12, (1), 7-18.
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García del Castillo, J. A., Díaz, P., Díaz-Pérez, J., Bastos, A. S., García del Castillo-López, A., López-Sánchez, C., & Maciá, D. (2012). Adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en adolescentes portugueses. *Salud y Drogas*. 12(1), 79-99.
- García, M. (2013). *Evaluación de un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara.
- García del Castillo, (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions*. 5-74

- García-Moreno, L.M., Expósito, F.J., Sanhueza, C. y Angulo, M.T. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20, 271-280.
- García-Moreno, L.M., Expósito, F.J., Sanhueza, C. y Gil, S. (2009a). Rendimiento cognitivo y consumo de alcohol durante los fines de semana en mujeres adolescentes. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9, 75-91.
- García-Moreno, L.M., Expósito, F.J., Sanhueza, C. y Gil, S. (2009b). Rendimiento neurocognitivo y alcoholismo de fin de semana en adolescentes. *Revista de Psicología y Educación*, 3(1), 163-176.
- Gárciga, O., Surí, C. y Rodríguez, R. (2015). Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. *Revista Cubana Salud Pública* 41(1), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662015000100002
- Gil Roales J. (1996). *La adicción como conducta*. Granada: Ed. Némesis.
- Gil, S. (2012). *Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad*. Tesis de Maestría. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de psicología.
- Gill, M. J., Andreychik, M., & Getty, F. D. (2013). More than a lack of control: external explanations can evoke compassion for out groups by increasing perceptions of suffering (independent of perceived control). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(1),73– 87.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas (adicciones, XX (___))
- Gómez, R. A., Aical, C. C., Monllau, L. B., & Vittore, G. A. (2010). *Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU del nivel medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo*: Tesis. Universidad de Córdoba, Córdoba.

- González-Iglesias, B. Gómez-Fraguela, J. A. Gras, M. E. y Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: el papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de Psicología*, 30(3) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.170831>
- González, R. (1983). Variedades de alcoholismo. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 24(4), 523-529.
- González, R. (1992). *El alcoholismo y su atención específica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- González, R. (2004). *Alcoholismo. Abordaje Integral*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- González, R. (2006). *Cómo enfrentar el peligro de las drogas*. La Habana: Editorial Política.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Grant, B.F. y Dawson, D.A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10, 163–173.
- Gil Flores, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 346, 291-313.
[http://www.revistaeducacion.mec.es/re346_11.html].
- Guillén, N., Roth, E., Alfaro, A., & Fernández, E. (2015). Youth alcohol drinking behavior: Associated risk and protective factors. *Revista Iberoamericana de Psicología Y Salud*, 6(2), 53–63. <http://doi.org/10.1016/j.riips.2015.03.001>
- Gutiérrez, E. (2006). Adolescencia y juventud: Concepto y características. In E. Gutiérrez & A. Bandera (Eds.), *Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias*. La Habana: Editorial Científica –Técnica.
- Guzmán, F. R., García, B. A., Rodríguez, L., & Alonso, M. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera Norte*, 26(51), 53-74.

- Hartley, D.E., Elsabagh, S. y File, S.E. (2004). Binge drinking and sex: effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 78(3), 611-619.
- Heath (1995). Escalation and De-escalation of Commitment in Response to Sunk Costs: The Fiole of Budgeting in Mental Accounting. CHIP HEATH. Center for Decision Research, University of Chicago. Disponible en: www.communicationcache.com/.../escalation_and_de-escalation
- Hernández, D.C. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. *Foro Nacional de Drogas*. (19 Marzo del 2015). Bogotá. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo_nacional/docs/consumo-sustancias-psicoactivas-Colombia-Delia-Hernández.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, L. F., Molerio, O., Nieves, Z., Otero, I., & Quintana, M. (2008). *La Universidad: un contexto de formación, desarrollo y salud*. La diversidad sexual en el contexto universitario. Ministerio de Educación Superior.
- Jacobs y Reyes (2000). *Resultados del Índice Percepción de Riesgo*. Disponible en: www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/bascur_s/sources/bascur_s.pdf
- Jarvinen, M. (2012). A will to health? Drinking, risk and social class. *Health, risk & society* 14(3), 241–256.
- Jiménez-Muro A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21 (1), 21-28.
- Joshi, M. S., & Carter, W. (2013). Unrealistic optimism: east and west? *Frontiers in Psychology*, 4(6).Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Krych, (1989). Abnormal Consumer Behavior: a Model of Addictive Behaviors. Recuperado en: <http://acrwebsite.org/volumes/5966/volumes/v16/NA-16>
- Laespada, T., Iraurgi, I., &Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Universidad de Deusto.

- Leventhal, (2007). The common sense representation of illness dangers. Contribution to medical psychology.
- Londoño, C. & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios: *Acta Colombiana de Psicología*, 11(001), 155-162.
- Londoño, C., Rodríguez -Rodríguez, I., & Gantiva, C. A. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 281-291.
- López, L. (2015). *Percepción de riesgo, consumo de tabaco y factores relacionados en estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura. Santa Clara. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
- Lucena, V. (2013). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba*: Universidad de Córdoba, Instituto de Estudios de Postgrado.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR). (2014) Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Martín, E. (2016). Alcohol y riesgo de morbimortalidad por diferentes causas. Disponible en: <http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2016/01/ALCOHOL2016.pdf>
- Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencia en Lorenzo, P; Ladera, J; Leza, J; Lizasoain, I. (comp.). *Drogodependencia*. (pp.498-529). Buenos Aires: Panamericana
- Martínez Calvo, S. (2017). Uso y abuso del término percepción de riesgo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, (3), 1-7. Disponible en:
- Martínez González, J.M. (2006). Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas, en adolescentes y jóvenes. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Granada. España.
- Mas, A., Nerín, I., Barrueco, M., Cordero, J., Guillén, D., Jiménez-Ruiz, C. y Sobradillo, V. (2004). Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. *Archivos de Bronconeumología online*, 40, 403-408.

- Medina-Mora, M., Natera, G. y Borges, G. (2002). *Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas*. En: *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. (pp. 15-25). México: CONADIC.
- Mezquita, L. (2012). *El papel del maltrato, la personalidad y los motivos en el consumo de alcohol: Un estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes*. Universitat Jaume Miguez, M.C. y Becoña, E. (2009). El consumo de tabaco en estudiantes de Psicología a lo largo de 10 años (1996-2006). *Psicothema*, 21 (4), 573-578
- Mills, C. (2013). Enfoques sobre el abuso de sustancias en Cuba. *MEDICC Review*, Seleccionaciones.
- Ministerio de Educación Superior. (2014). *Programa nacional de lucha contra el uso indebido de drogas*. La Habana: Ministerio de Educación Superior
- MINSAP. (2014). Anuario estadístico de salud 2013. Retrieved from <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). *Consumo nocivo del alcohol: Programa Nacional de control de accidentes y lesiones de causa externas*. Paraguay. Disponible en: <http://vigisalud.gov.py/wp-content/uploads/2015/11/Consumo-Nocivo-de-Alcohol.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Miquel, L., Rodamilans, M., Giénez, R., Cambras, T., Canudas, A.M., & Gual, A. (2016, September 15). Evaluación del consumo de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia. *Adicciones*. Retrieved from <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/705>
- Molerio, O., Garcia, P., Otero, I., Nieves, Z., Herrera, L. F., & Pedraza, L. (2014). Una aproximación psicológica a la percepción de riesgo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología Disponible:* <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/.../seccionTecTextCompl2.pdf>
- Montaño, M.R., Morales, A., Gómez, M.A., Vera Maldonado, A, Gantiva, C.A (2011). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14 (25), 27-35

- Monterio, M. G. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, 25(2), 99-105.
- Montero, I., & León, O. F. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Montiel, V., & Guerra, M.V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a los sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332-336.
- Monzón, L. (2016). Hacia una reconceptualización del concepto de estrategia docente. *Voces de la Educación*, 1(1), 40-47.
- Moral, M. D., & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychological*, 10(1), 71-87.
- Moral, M. D., Rodríguez, F. J., & Sirvent, C. (2006). Actitudes y percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en adolescentes: efectos diferenciales respecto a jóvenes consumidores de alcohol y cocaína. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3-4), 411-434.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J., & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema* 18(1), 52-58.
- Moral, V. M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F.J., Martín, J. (2009) Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212275005.pdf>
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychological*, 10(1), 71-87.
- Moreno, J. A. (2009). *Percepción de Riesgo al Consumo de Drogas en Profesionales de la Salud que laboran en el ámbito de las Adicciones*. Unpublished. Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones.

- Moreno, G. L. (2014). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid*. Tesis de doctorado. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/24522/1/T35211.pdf>
- Muñoz- Rivas, M.J. & José Luis Graña López, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, (1), 87-9.
- National Institute of Drug Abuse. (2011). *Adicción al tabaco*. [Internet]. Estados Unidos: Institutos Nacionales de la Salud, Departamento de salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.; 2011 p. 12. Report No.: 11-4342(S). Consultado 15 enero 2015. Available from: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrtabaco_0.pdf
- Núñez, Y. (2013). *Evaluación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso a tratamiento por Drogas y VIH aún bajo*. México: Autor. Disponible en: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *Abuso de Drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Autor Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1976). *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación*. Madrid: Autor
- Organización Mundial de la Salud. (1982). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Disponible en: media.axon.es/pdf/71675.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descriptores clínicos y puntos para el diagnóstico*. (CIE- 10). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *58 Asamblea Mundial de Salud*: Madrid: Autor.

- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe mundial sobre la salud de la OMS*
Disponibile en: www.who.int/whr/2008/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *El enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud* (2. ed. Vol. 7): Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. Washington: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La política de drogas y el buen público*. Washington: Autor.
- Páez, N. (2014). Tabaquismo: el enemigo del corazón. *Revista Colombiana de Cardiología*, 21(3), 133-134 .Disponibile en: <http://www.revcolcard.org/assets/revista/VOL21-NO3-2014.pdf>
- Pastor, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(Suplemento 1), 123–131.
- PCC. (2012). *Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución*. La Habana: Editora Política.
- Posada, I. C., Puerta-Henao, E., Alzate, E. A., & Oquendo, P. A. (2014). Percepción de la comunidad universitaria sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Revistas Ciencias de la Salud*, 12(3), 411-422.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H. M., Kehoe, T. y Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - An overview. *Addiction*, 105, 817-843.
- Rodríguez, (2009): Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
- Rojas- Murcia, C., & Pastor, Y. (2015). Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 28-38. [http://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70004-9](http://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70004-9)

- Rubinstein, J. (1967). *Principios de psicología general*. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, J. y Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, 2, (1), 25-27.
- Salameh, P., Jomaa, L., Issa, C., Farhat, G., Zeghondi, H., Gerges, N., et al. (2014). Assessment of health risk behaviours among university students: a cross-sectional study in Lebanon. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(2), 203-216.
- Salameh, P., Salamé, J., Waked, M., Barbour, B., Zeidan, N., & Baldi, I. (2014). Risk perception, motives and behaviours in university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(3), 279-292.
- Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez y Blanco. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N58-1.pdf>
- Sánchez-Hernández, C.M. & Pillon, S.C. (2011). Tabaquismo entre *universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19,730-737.
- Secades y Fernández. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Disponible en: www.irefrea.eu/.../Fernandez%20et%20al_2004_Deteccion%20Evaluación%20Inter%20v..
- Stanojlovic, M. (2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 96-107.
- Stolerman I. (1992). Drug of abuse: behavioral principles, methods and terms. *Trends in pharmacological sciences*; 13/5:170-176.
- Suárez y Campos, (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". *Revista Cubana de Salud Pública*, 36. Recuperado en <http://bvs.sld.cu>
- Tapert, S.F., Granholm, E., Leedy, N. y Brown, S.A. (2002). Substance use and withdrawal: neuropsychological functioning over 8 years in youth. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 873- 883.

- Tirado Morueta, R., Aguaded Gómez, J.I. y Marín Gutiérrez, I., (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Salud y Drogas*, 9 (2), 165-184.
- Trejo, C.A. Calderón, J. T. y Jácome, N. J. (2015): “¿El uso de las drogas afecta a la sociedad o “contribuye al turismo”? Y sus riesgos en los jóvenes y adolescentes. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales* (27). Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2015/01/drogas.html>
- Trujillo, A. M., Santacana, M. F., & Pérez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19(2), 179-190.
- Uribe, J. I., Verdugo, J. C., & Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55
- Urteaga, E., & Eizaguirre, A. (2013). La construcción social del riesgo. *Revista Metodología de las Ciencias Sociales* (25), 147-170.
- Valdez, J. C. (2005). *El consumo de alcohol en estudiantes del distrito federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vela, A., Varela, L. & Macía, F. (2010). El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional. Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. *Ciencia Trabajo*, 12 (3)5, 243-50. Acceso: 2015/17/01. Disponible en: www.cienciaytrabajo.cl243/250
- World Health Organization. 63ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA63.13) (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Geneva: Autor.
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance Use. *Journal of Addiction*, 1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/579310>
- Whitesell, M; Bachand, A; Peel, J; Brown, M. (2013). Familial, Social, and Individual Factors Contributing to Risk for Adolescent Substance Use. *Addiction*, 2013, 9.
- Young, R., Sweeting, H., & West, P. (2008). Estudio longitudinal del consumo de alcohol y el comportamiento antisocial en jóvenes. *Revista de Toxicomanías* (54). http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret54_3.pdf

Zint (2001). Advancing Environmental Risk Education. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11776696_Advancing_Environmental_Risk_Education

Zvolensky. M; Shah. S; Leventhal. A; Minnix. J; Schmidt. N, B. J. F. S. (2014). Dysphoria and smoking among treatment seeking smokers: the role of smoking-related inflexibility/avoidance. *Drug and Alcohol Abuse*, 51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25396705>

Anexos

ANEXO 1

Carta de solicitud al Rector de consentimiento institucional

A: Dr. Frank Quintana Gómez

Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

Estimado Rector:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. con el objetivo de solicitar su consentimiento para desde el Centro de Bienestar Universitario de la UCLV, desarrollar una investigación dirigida a explorar la percepción de riesgo respecto a las adicciones en estudiantes universitarios.

Como parte de esta investigación se aplicarán encuestas a estudiantes del 1er año de la carrera de medicina, de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. La aplicación de estos instrumentos se realizará como parte de los trabajos de la Tesis de Maestría en Psicopedagogía del quien suscribe el presente documento, Lic. Alberto Cruz Peña, bajo la conducción y supervisión de la especialista Dra.C. Osana Molerio Pérez.

Los resultados obtenidos serán entregados en calidad de informe de investigación científica y servirán como referente para el perfeccionamiento de las acciones preventivas que se desarrollan desde el centro.

En espera de su aprobación, le saluda cordialmente,

Lic. Alberto Cruz Peña.
Profesor Dpto. de Pedagogía UCM.

ANEXO 2

Protocolo de Consentimiento Informado

Yo _____ he sido informado de los objetivos y particularidades de la investigación que se encuentra desarrollando el Centro de Bienestar Universitario adscrito a la Facultad de Psicología, de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Tengo conocimiento que la misma pretende contribuir al perfeccionamiento de la labor de prevención del uso de indebido de drogas en jóvenes universitarios. He sido invitado a participar en dicha investigación para lo cual tengo conocimiento que deberé contestar una serie de encuestas y cuestionarios, garantizándose la confidencialidad de mis respuestas.

De igual manera, se me ha explicado que tengo el derecho de no continuar en la investigación si así fuese mi voluntad.

Y para así hacerlo constar, firmo la presente a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del estudiante _____

No. que le identificará como participante de la investigación: _____

ANEXO 3

Modelo de datos sociodemográficos de los estudiantes investigados

Carrera					
Año de estudio	1ro ____	2do ____	3ro ____	4to ____	5to ____
Índice académico					
Edad					
Sexo	Femenino ____		Masculino ____		
Becado	Si ____		No ____		
Actualmente vive en zona	Urbana ____		Rural ____		
Color de la piel:	Blanca ____	Negra ____		Mestiza ____	
Estado Civil	Soltero (a) ____	Casado(a) ____		Divorciado(a) ____	
¿Con quién vives?	Madre ____	Padre ____		Otras personas __	
Grado de Escolaridad de los padres o tutores:	Madre ____	Padre ____		Tutor ____	

ANEXO 4

Cuestionario sobre la percepción de riesgo de consumo de tabaco

Instrucciones:

Utilice la escala que a continuación se presenta donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y 5 es siempre o totalmente de acuerdo.

1. Poseo información de los efectos dañinos del tabaquismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros) ____			
2. Tengo información de que el cigarro y/o tabaco constituyen drogas ____			
3. Me percato de que el tabaquismo tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar ____			
4. Reconozco que el tabaquismo me expone a situaciones que implican un riesgo para mi vida (cáncer de pulmón, disfunción sexual, fatiga, afecciones respiratorias frecuentes) ____			
5. Reconozco que el tabaquismo puede propiciarme afectaciones estéticas (caída del cabello, manchas en la dentadura y en las uñas, mal olor) ____			
6. Reconozco que el tabaquismo puede generar rechazo por parte de otros ____			
7. Conozco que el fumar puede afectar la salud de quienes me rodean convirtiéndolos en fumadores pasivos ____			
8. Reconozco los efectos dañinos del tabaquismo pero contradictoriamente siento la necesidad de fumar y decido hacerlo ____			
9. Algunos efectos del tabaquismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de fumar ____			
10. Me gustaría lograr dejar de fumar porque estoy convencido de los efectos dañinos que el cigarro me provoca en diversas áreas de mi vida personal, familiar y social ____			
11. Siento motivación por dejar de fumar y estoy valorando proponérmelo ____			
12. He intentado dejar de fumar pero no lo he conseguido ____			
13. No puedo reducir la cantidad de cigarrillos que fumo diariamente ____			
14. Estoy poniendo en práctica acciones para dejar de fumar ____			
15. Muchas personas cercanas a mi creen que debo dejar de fumar ____			
¿En tu núcleo familiar se fuma?		¿Fuma usted cigarrillos?	
a) Si _____	b) No _____	a) Sí _____	b) No _____
En caso afirmativo responda:			
¿A qué edad comenzó a fumar? Edad en años: ____			
¿Qué lo incitó a fumar por primera vez?			
a)___ La presión del grupo		b)___ Imitación social	
c)___ El ambiente familiar		d)___ Otros ¿Cuáles?	

ANEXO 5

Questionario para la evaluación del nivel de dependencia a la nicotina

¿Cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?			
a) __ después de 60 min	b) __ espera 31-60 min	c) __ espera 6-30min	d) __ espera 5 min
¿Encuentra difícil abstenerse de fumar cigarrillos donde está prohibido?			
a) __ Sí	b) __ No		
¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?			
a) __ Cualquier otro	b) __ al 1ro de la mañana		
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?			
a) __ hasta10	b) __ 10-20	c) __ 21-30	d) __ 31 o más
¿Fuma más durante las primeas horas después de despertarse que durante el resto del día?			
a) __ Sí	b) __ No		
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?			
a) __ Sí	a) __ No		
En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos una hora?			
a) __ Ninguna	b) __ Una o más veces		
Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días.			
a) __ Sí	a) __ No		
Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses.			
a) __ Sí	a) __ No		
Actualmente fumo, pero no tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses.			
a) __ Sí	a) __ No		

ANEXO 6

Cuestionario sobre percepción de riesgo del consumo de alcohol

Instrucciones:

Utilice la escala que a continuación se presenta donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y 5 es siempre o totalmente de acuerdo.

No	Proposiciones	1	2	3	4	5
1	Poseo información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros).					
2	Tengo información de que el alcohol constituye una droga con potentes efectos adictivos.					
3	Me percaté de que el consumo de alcohol tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar.					
4	Reconozco que el alcoholismo me expone a situaciones que implican un riesgo para mi proyecto de vida (accidentes, hechos delictivos, de indisciplina social o violencia).					
5	Reconozco que el alcoholismo puede propiciar que sea rechazado por parte de otros (familiares, amigos, e incluso desconocidos).					
6	Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo, pero no me considero en riesgo de experimentarlos y/o sufrirlos.					
7	Conozco que el alcoholismo puede afectar la vida de quienes me rodean.					
8	Reconozco que el alcoholismo es una enfermedad.					
9	Tengo claridad sobre la cantidad de alcohol que consumo diariamente.					
10	Poseo información de a quién y/o donde hay que dirigirse en caso de decidir abandonar el consumo de alcohol.					
11	Pienso que cuento con recursos suficientes para dejar de beber alcohol cuando yo lo decida.					
12	Cuando pienso en las bebidas alcohólicas me vienen a la mente historias y sucesos relacionados con personas alcohólicas que he conocido y eso me causa rechazo al consumo de alcohol.					
13	Soy de los que pienso que sin alcohol no hay fiestas porque lo considero indispensable para pasarla bien.					
14	Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna.					
15	Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo, pero contradictoriamente siento la necesidad de beber y decido hacerlo.					
16	Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero los ignoro sin que ello me genere contradicciones					

No	Proposiciones	1	2	3	4	5
17	Cuando conozco de los efectos dañinos que el alcoholismo ha tenido en la vida de otras personas (conocidos, amigos o familiares) experimento contradicciones que me hacen dudar o cuestionarme si seguir bebiendo o no.					
18	Experimento motivaciones contrapuestas con relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo					
19	Algunos efectos del alcoholismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de consumirlo					
20	Me gustaría lograr dejar de beber alcohol para complacer a mi familia y amigos					
21	Me gustaría lograr dejar de beber alcohol porque estoy convencido de los efectos dañinos que me provoca en diversas áreas de mi vida personal, familiar y social					
22	En varias ocasiones he llegado a tener estados de embriaguez (borrachera).					
23	Cuando por alguna razón paso dos o tres días sin beber alcohol me siento mal y experimento una intensa necesidad de hacerlo.					
24	Bajo el efecto del alcohol he tenido prácticas sexuales consideradas riesgosas (sin protección, con desconocidos, promiscuidad)					
25	He conducido un vehículo bajo el efecto de bebidas alcohólicas					
26	Bajo el efecto del alcohol he provocado problemas y conflictos que me han traído consecuencias negativas.					
27	He buscado información especializada para dejar de consumir alcohol.					
28	Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol.					
29	Estoy poniendo en práctica acciones para dejar de beber alcohol con inmediatez.					
30	Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 6 meses.					
31	Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 30 días y estoy haciendo planes y tomando medidas para lograrlo.					
32	Siento motivación por dejar de beber alcohol y lo intento hacer sin la ayuda de otros.					
33	Siento motivación por dejar de beber alcohol pero siento la necesidad de contar con la ayuda de otros, ya sea de familiares y amigos o de ayuda especializada					
34	He intentado dejar de beber alcohol pero no lo he conseguido					
35	No planeo disminuir en un futuro próximo la cantidad de alcohol que consumo					
36	He intentado dejar de beber alcohol y lo he conseguido por algún tiempo pero luego he vuelto a consumirlo					

ANEXO 7

Cuestionario para la identificación de trastornos asociados al consumo de alcohol (AUDIT)

¿A qué edad comenzó a beber? _____

¿Qué le incitó a beber por primera vez?

a) Presión del grupo _____ Imitación del grupo _____ El ambiente familiar _____ Otros _____ ¿Cuáles? _____

¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	a) __ Nunca	b) __ Una o menos veces al mes	c) __ De 2 a 4 veces al mes	d) __ De 2 a 3 veces a la semana	e) __ 4 o más veces a la semana
¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo Día?	a) __ Nunca	b) __ Menos de una vez al mes	c) __ Mensualmente	d) __ Semanalmente	e) __ Casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	a) __ Nunca	b) __ Menos de una vez al mes	c) __ Mensualmente	d) __ Semanalmente	e) __ Casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso de último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	a) __ Nunca	b) __ Menos de una vez al mes	c) __ Mensualmente	d) __ Semanalmente	e) __ Casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	a) __ Nunca	b) __ Menos de una vez al mes	c) __ Mensualmente	d) __ Semanalmente	e) __ Casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	a) __ Nunca	b) __ Menos de una vez al mes	c) __ Mensualmente	d) __ Semanalmente	e) __ Casi a diario
¿Con qué frecuencia en el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	a) __ Nunca	b) __ Menos de una vez al mes	c) __ Mensualmente	d) __ Semanalmente	e) __ Casi a diario
¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	a) __ No		c) __ Sí pero no en el último año	d) __ Sí en el último año	e) __ Casi a diario
¿Algún familiar, amigo o profesional ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	a) __ No		c) __ Sí pero no en el último año	d) __ Sí en el último año	e) __ Casi a diario

ANEXO 8

Caracterización sociodemográfica de la muestra

Tabla de contingencia Sexo * Becado

Recuento

		Becado		Total
		sí	no	
Sexo	Femenino	25	23	48
	Masculino	32	30	62
Total		57	53	110

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,002 ^a	1	,961
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000
N de casos válidos	110		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,13.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla de contingencia Sexo * Zona en que vive actualmente

Recuento

		Zona en que vive actualmente		Total
		Rural	Urbana	
Sexo	Femenino	15	33	48
	Masculino	13	48	61
Total		28	81	109

ANEXO 9

Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco

Resultados estadísticos

Dimensión informativa-Valorativa

	Fre- quency	Percent	Valid Per- cent	Cumulative Percent
Valid	91	82,7	100,0	100,0
Missing	19	17,3		
Total	110	100,0		

Dimensión afectiva-motivacional

	Frequency	Percent	Valid Per- cent	Cumulative Percent
bajo	19	17,3	23,5	23,5
medio	62	56,4	76,5	100,0
Total	81	73,6	100,0	
System	29	26,4		
Total	110	100,0		

Dimensión intencional-conductual

	Frequency	Percent	Valid Per- cent	Cumulative Percent
	19	17,3	24,4	24,4
medio	25	22,7	32,1	56,4
alto	34	30,9	43,6	100,0
Total	78	70,9	100,0	
System	32	29,1		
Total	110	100,0		

ANEXO 10

Media del puntaje de las dimensiones de la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco

Group Statistics

¿Fuma usted cigarrillos?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dimensión informativa - valorativa	27	37,6667	2,35339	,45291
	61	36,1639	2,95624	,37851
Dimensión afectiva- motivacional	28	11,0714	3,79989	,71811
	50	8,3400	4,21179	,59564
Dimensión intencional- conductual	27	17,0370	5,52255	1,06282
	50	11,8800	6,32662	,89472
Percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco	26	65,7692	9,33084	1,82993
	46	56,1957	10,89061	1,60573

ANEXO 11

Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol

Resultados estadísticos

Dimensión Informativa-Valorativa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	87	79,1	100,0	100,0
Missing	23	20,9		
Total	110	100,0		

Dimensión afectiva-motivacional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	6,4	9,1	9,1
Valid	70	63,6	90,9	100,0
Missing	77	70,0	100,0	
Missing	33	30,0		
Total	110	100,0		

Dimensión intencional- conductual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	10,9	17,4	17,4
Valid	57	51,8	82,6	100,0
Missing	69	62,7	100,0	
Missing	41	37,3		
Total	110	100,0		

ANEXO 12

Resultados del Cuestionario para la evaluación del nivel de dependencia a la nicotina

¿Fuma usted cigarrillos?

Femenino	N	46
		2
Masculino	N	59
		3

¿Fuma usted cigarrillos?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	8	16,7	17,4	17,4
	38	79,2	82,6	100,0
	46	95,8	100,0	
	2	4,2		
Masculino	48	100,0		
	20	32,3	33,9	33,9
	39	62,9	66,1	100,0
	59	95,2	100,0	
	3	4,8		
	62	100,0		

¿Cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
después de 60 min	9	8,2	40,9	40,9
espera 31-60 min	10	9,1	45,5	86,4
espera 6-30min	2	1,8	9,1	95,5
espera 5 min	1	,9	4,5	100,0
	22	20,0	100,0	
	88	80,0		
	110	100,0		

¿Encuentra difícil abstenerse de fumar cigarrillos donde está prohibido?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sí	4	3,6	15,4	15,4
No	22	20,0	84,6	100,0
Total	26	23,6	100,0	
System	84	76,4		
	110	100,0		

¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cualquier otro	19	17,3	79,2	79,2
Al 1ro de la mañana	5	4,5	20,8	100,0
	24	21,8	100,0	
	86	78,2		
	110	100,0		

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
hasta10	13	11,8	56,5	56,5
10-20	9	8,2	39,1	95,7
31 o más	1	,9	4,3	100,0
	23	20,9	100,0	
	87	79,1		
	110	100,0		

¿Fuma más durante las primeas horas después de despertarse que durante el resto del día?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	,9	3,8	3,8
No	25	22,7	96,2	100,0
Total	26	23,6	100,0	
System	84	76,4		
Total	110	100,0		

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	2	1,8	8,0	8,0
Valid	23	20,9	92,0	100,0
	25	22,7	100,0	
Missing	85	77,3		
Total	110	100,0		

En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos una hora?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ninguna	6	5,5	25,0	25,0
Valid Una o más veces	18	16,4	75,0	100,0
	24	21,8	100,0	
	86	78,2		
	110	100,0		

Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sí	12	10,9	50,0	50,0
No	12	10,9	50,0	100,0
Total	24	21,8	100,0	
System	86	78,2		
Total	110	100,0		

Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sí	4	3,6	17,4	17,4
No	19	17,3	82,6	100,0
Total	23	20,9	100,0	
System	87	79,1		
Total	110	100,0		

ANEXO 13

Resultados estadísticos del AUDIT

¿Consume usted bebidas alcohólicas?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Femenino	21	43,8	52,5	52,5
	19	39,6	47,5	100,0
	40	83,3	100,0	
	8	16,7		
Masculino	48	100,0		
	27	43,5	54,0	54,0
	23	37,1	46,0	100,0
	50	80,6	100,0	
	12	19,4		
	62	100,0		

¿En tu núcleo familiar se consume bebidas alcohólicas?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	34	30,9	40,0	40,0
	51	46,4	60,0	100,0
Missing	85	77,3	100,0	
	25	22,7		
Total	110	100,0		

¿Consume usted bebidas alcohólicas?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	48	43,6	53,3	53,3
	42	38,2	46,7	100,0
Missing	90	81,8	100,0	
	20	18,2		
Total	110	100,0		

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	25	22,7	31,3	31,3
Una o menos veces al mes	38	34,5	47,5	78,8
De 2 a 4 veces al mes	13	11,8	16,3	95,0
De 2 a 3 veces a la semana	3	2,7	3,8	98,8
4 o más veces a la semana	1	,9	1,3	100,0
	80	72,7	100,0	
	30	27,3		
	110	100,0		

¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	62	56,4	76,5	76,5
Menos de una vez al mes	13	11,8	16,0	92,6
Mensualmente	3	2,7	3,7	96,3
Semanalmente	3	2,7	3,7	100,0
	81	73,6	100,0	
	29	26,4		
	110	100,0		

¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	62	56,4	83,8	83,8
Menos de una vez al mes	8	7,3	10,8	94,6
Mensualmente	1	,9	1,4	95,9
Semanalmente	1	,9	1,4	97,3
Casi a diario	2	1,8	2,7	100,0
	74	67,3	100,0	
	36	32,7		
	110	100,0		

¿Con qué frecuencia en el curso de último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Menos de una vez al mes	66	60,0	88,0	88,0
	6	5,5	8,0	96,0
Mensualmente	3	2,7	4,0	100,0
	75	68,2	100,0	
	35	31,8		
	110	100,0		

¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Una o menos veces al mes	67	60,9	89,3	89,3
	5	4,5	6,7	96,0
De 2 a 4 veces al mes	3	2,7	4,0	100,0
	75	68,2	100,0	
	35	31,8		
	110	100,0		

¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Una o menos veces al mes	62	56,4	81,6	81,6
	12	10,9	15,8	97,4
De 2 a 4 veces al mes	2	1,8	2,6	100,0
	76	69,1	100,0	
	34	30,9		
	110	100,0		

¿Con qué frecuencia en el curso de último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	69	62,7	93,2	93,2
Una o menos veces al mes	4	3,6	5,4	98,6
De 2 a 4 veces al mes	1	,9	1,4	100,0
	74	67,3	100,0	
	36	32,7		
	110	100,0		

¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	72	65,5	96,0	96,0
	2	1,8	2,7	98,7
Ultimo año	1	,9	1,3	100,0
	75	68,2	100,0	
	35	31,8		
	110	100,0		

¿Algún familiar, amigo o profesional ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	66	60,0	91,7	91,7
	4	3,6	5,6	97,2
Ultimo año	2	1,8	2,8	100,0
	72	65,5	100,0	
	38	34,5		
	110	100,0		

Total AUDIT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bebedor riesgo	58	52,7	89,2	89,2
Bebedor perjudicial	6	5,5	9,2	98,5
Dependencia alcohólica	1	,9	1,5	100,0
	65	59,1	100,0	
	45	40,9		
	110	100,0		