

**UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS
VILLAS**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**ESTRATEGIA PSICOEDUCATIVA PARA LA
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias
Psicológicas

EVELYN FERNÁNDEZ CASTILLO

Santa Clara

2017

**UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS
VILLAS**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**ESTRATEGIA PSICOEDUCATIVA PARA LA
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias
Psicológicas

Autora: Lic. EVELYN FERNÁNDEZ CASTILLO, MSc.

Tutora: Prof. Tit., Lic. Osana Molerio Pérez, Dra. C.

Asesor estadístico: Prof. Tit. , Lic. Ricardo Grau Abalo, Dr. C.

Santa Clara

2017

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

1	Patrones de consumo en la población joven de acuerdo con los indicadores de la OMS...	11
2	Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas (Becoña, 1999).....	24
3	Muestras utilizadas en la Etapa II	47
4	Diagrama de flujo de los participantes en cada una de las fases del cuasi experimento....	53
5	Fases de la investigación en la Etapa III.....	56
6	Relaciones entre los factores de riesgo y protección, la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios.....	80
7	Metodología para adecuar la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol.....	87

TABLAS

1	Principales enfoques en el ámbito de la prevención del consumo de drogas.....	34
2	Distribución de la muestra según al área de la ciencia y año académico.....	44
3	Caracterización de la muestra de especialistas	49
4	Operacionalización de variables.....	63
5	Descriptivos univariados y cargas factoriales de los ítems pertenecientes a cada uno de los factores protectores y/o de riesgo explorados	67
6	Descriptivos univariados de los ítems pertenecientes a cada uno de las dimensiones de la percepción de riesgo identificadas.....	74
7	Perfil de los conglomerados identificados de acuerdo a los indicadores del AUDIT.....	77
8	Descriptivos y comparación de los grupos en la evaluación de línea base.....	107
9	Descriptivos y comparación de los grupos en la evaluación final.....	107
10	Resultados de los cambios encontrados en las variables percepción de riesgo, factores de protección, factores de riesgo y consumo de alcohol después de la intervención.....	109
11	Resultados de la evaluación de seguimiento.....	114

SÍNTESIS

La investigación tuvo como objetivo diseñar una estrategia psicoeducativa que contribuya a la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Se asumió un enfoque mixto de investigación. La primera etapa se orientó a la caracterización de la relación de los factores de riesgo, factores protectores y percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Se asumió un diseño no experimental transversal (*ex-post-facto*). En las etapas posteriores se utiliza un diseño anidado concurrente, con una perspectiva cuantitativa como enfoque dominante. Se elaboró y evaluó la estrategia psicoeducativa que asume como núcleo la percepción de riesgo, sus directrices se proyectan a fomentar sus componentes fundamentales, así como a reducir los factores de riesgo y a potenciar los factores salutogénicos. Inicialmente los estudiantes mostraron dificultades en la conformación de los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir su consumo. La estrategia psicoeducativa diseñada favoreció la adecuación de la percepción de riesgo, el desarrollo de factores de protección y estimuló una mayor disposición, en los participantes, a disminuir el consumo de alcohol y los comportamientos de riesgo asociados al mismo.

Agradecimientos

A mi tutora la Dra. C. Osana Molerio Pérez, por los conocimientos compartidos y por su certera guía en este camino de aprendizaje.

Al Dr. C. Ricardo Grau por poner a mi disposición toda su experiencia

Al Dr. C. Pedro Luis Castro Alegret y Dr. C. Yunier Broche Pérez por sus excelentes sugerencias durante el acto de predefensa.

A los profesores del Departamento de Psicología, a mis compañeras del Centro de Bienestar Universitario y a los miembros del equipo de investigación, por sus oportunas recomendaciones y compromiso con la calidad de la investigación en sus diferentes etapas.

A mi familia y amigos, especialmente a mis padres, por su infinito amor y apoyo incondicional.

A mi esposo y su familia, por su comprensión y por compartir conmigo la construcción de este sueño.

A todos los que han hecho posible la realización de esta investigación.

Muchas gracias

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
1.1 Consumo de alcohol como problema prioritario.....	8
1.1.1 Aspectos conceptuales relacionados con el consumo de drogas.....	8
1.1.2 Características del consumo de alcohol en jóvenes universitarios	10
1.1.3 Factores del riesgo y de protección relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes universitarios	13
1.2. Principales modelos explicativos del consumo de drogas.....	18
1.2.1 Modelos parciales o basados en pocos componentes	18
1.2.2 Modelos de estadios y evolutivos	21
1.2.3 Modelos integrativos y comprensivos	22
1.2.4 Acercamiento a un modelo integrador en la comprensión del consumo de alcohol.....	23
1.3 Percepción de riesgo como núcleo del trabajo preventivo	25
1.3.1 Generalidades sobre la percepción de riesgo	25
1.3.2 Perspectiva multidimensional en el estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol	29
1.4 Perspectivas en la prevención del consumo de alcohol.....	31
1.4.1 Principales enfoques preventivos.....	34
1.4.2 Experiencias interventivas en la prevención del consumo de alcohol	35
1.4.3 La psicoeducación como alternativa en la prevención del consumo de alcohol	38
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	42
2.1 Diseño metodológico.....	42
2.2 Descripción de la Etapa I.....	43
2.2.1 Selección de la muestra.....	43
2.2.2 Participantes.....	44
2.2.3 Instrumentos de evaluación utilizados	44
2.2.4 Procedimientos	45
2.2.5 Análisis de los datos	46
2.3 Descripción de la Etapa II.....	47
2.3.1 Selección de la muestra.....	47
2.3.2 Participantes.....	47
2.3.3 Instrumentos de evaluación utilizados	49
2.3.4 Procedimientos	51
2.3.5 Análisis de los datos	52
2.4 Descripción de la Etapa III.....	52
2.4.1 Selección de la muestra.....	52
2.4.2 Participantes.....	53
2.4.3 Instrumentos de evaluación utilizados	54
2.4.4 Procedimientos	55
2.4.5 Análisis de los datos	56
2.5 Operacionalización de variables.....	57
2.6 Consideraciones éticas.....	62

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	64
3.1 Caracterización de la relación entre los factores de riesgo, factores protectores y percepción de riesgo en estudiantes universitarios respecto al consumo de alcohol	64
3.1.1 Exploración de los factores de riesgo y de protección	64
3.1.2 Características de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios	70
3.1.3 Particularidades del consumo de alcohol en estudiantes universitarios	76
3.1.4 Análisis integrador entre los factores de riesgo y protección, la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios	78
3.2 Diseño de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.....	83
3.2.1 Evaluación de la Estrategia psicoeducativa a partir del Juicio de Especialistas	89
3.3 Implementación y evaluación de resultados de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.....	92
3.3.1 Evaluación del proceso de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios	92
3.3.2 Evaluación del progreso de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios	94
3.3.3 Evaluación de los resultados de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios	105
3.3.4 Valoración general de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios	111
3.3.5 Evaluación de seguimiento	113
3.4 Análisis Integrador	115
CONCLUSIONES.....	118
RECOMENDACIONES.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS.....	144

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas representa un problema social complejo y multifactorial que continúa mostrando una tendencia al incremento a pesar de su alto impacto en la salud física y mental, económico y social, y de los esfuerzos realizados por atenuarlo. Los resultados investigativos revelan que el alcohol constituye la droga legal que más se consume en la actualidad (Gárciga, Surí, & Rodríguez, 2015; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña, & Rial, 2017; Hernández-Serrano, Font-Mayolas, & Gras, 2015; Miquel et al., 2016; Sellés, Tomás, Costa, & Mahía, 2015).

En el caso particular de Cuba, desde el punto de vista epidemiológico, los datos obtenidos a partir de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2010-2011) permitieron identificar que la prevalencia de bebedores sociales en el país fue de 85.1% y el 7.2% fueron bebedores de riesgo. Al explorar la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses, en el rango de edades de 15-24 años, esta fue de 41.1 % y respecto al último mes la prevalencia de consumo fue de 64.4%. De igual forma, se ha identificado una edad de inicio cada vez más precoz y una incidencia creciente en el contexto universitario (Barradas, Fernández-Mojica, & Gutiérrez, 2015; Fabelo, Iglesias, Gómez-García, & Hernández-Domínguez, 2016; Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, Rodríguez, & Grau, 2016; Gárciga et al., 2015; Hernández-Serrano et al., 2015; Miquel et al., 2016; Sellés et al., 2015)

Los riesgos psicosociales asociados al consumo de alcohol han sido ampliamente documentados (Bibbey, Phillips, Ginty, & Carroll, 2015; Gárciga et al., 2015; Hernández-Serrano et al., 2015; Lee, Lee, Choi, Chung, & Jeong, 2015; Sellés et al., 2015). En la actualidad está considerado como el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura e incapacidad, especialmente en el grupo etario de 20 a 39 años; existiendo una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y

comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (Gowing et al., 2015; OMS, 2015; Salcedo, Palacios, & Espinosa, 2011).

Atendiendo a ello, internacionalmente se desarrollan iniciativas encaminadas a la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, y en especial dirigidas a los jóvenes universitarios (Burns et al., 2015; Londoño & Vinaccia, 2005; Reid & Carey, 2015). Sin embargo, los resultados obtenidos no son los deseados (Espada, Lloret, & García del Castillo, 2008), cuestión que preocupa si se tiene en cuenta el rol que deberán asumir como profesionales desde el punto de vista social (Gárciga et al., 2015).

Los estudios donde se han analizado los programas y estrategias implementadas para la prevención del consumo de drogas (Botvin & Griffin, 2007; Gázquez, García, & Espada, 2010; Gázquez Pertusa, García del Castillo, & Espada, 2009; MES, 2014; Tanner-Smith & Lipsey, 2015) reconocen que estas deben ocurrir en el momento apropiado, cuando aún es tiempo de disminuir el riesgo y no permitir que el problema de abuso aparezca; de ahí, la importancia de que el trabajo preventivo se desarrolle tempranamente. Deben potenciarse estrategias estables y sostenidas en el tiempo; para ello resulta necesario garantizar la participación coordinada de todos los agentes educativos para el logro de este fin.

En el caso de Cuba, en los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (2012), se hace referencia en el lineamiento 159 a la necesidad de fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida con participación intersectorial (PCC, 2012). Particularmente, el Ministerio de Educación Superior (MES) ha concebido desde el año 2000 un “Plan de acciones para la prevención y enfrentamiento del uso indebido de drogas” que cada curso académico se actualiza, atendiendo a la importancia que tiene este tema en la preparación integral de los estudiantes. Por indicaciones del MES, en el año 2014, un grupo de investigadores del Centro de Bienestar

Universitario de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas trabajó en su perfeccionamiento y elaboró el Programa Nacional de Prevención de uso indebido de drogas que actualmente se implementa en todos los centros universitarios del país (2014-2020). En este documento rector aparecen reflejadas las directrices fundamentales para el trabajo preventivo en las universidades cubanas, constituyendo la plataforma sobre la cual se desarrolla la presente investigación. Esta última responde a la necesidad de complementar el programa con estrategias y acciones que ofrezcan desde el punto de vista metodológico recursos que puedan ser implementados de forma contextualizada en estas instituciones.

Teniendo en cuenta estos referentes, resulta necesario velar porque el diseño y los contenidos de las acciones que se implementen se adapten a las características y necesidades del estudiante, emergiendo la psicoeducación como una alternativa que favorece el logro de este objetivo, orientada a la optimización y la activación de recursos personales, a estimular la autoconciencia y favorecer la autoeducación, a partir de la integración de diferentes métodos equilibrados y basados en la evidencia científica.

Por otro lado, se reconoce que tradicionalmente los estudios realizados en el contexto universitario se han centrado en la disminución de los factores de riesgo o en la promoción de salud a través de acciones encaminadas a optimizar la calidad de vida. Se coincide con autores cubanos como Roca (2001) cuando destaca la importancia de concebir ambas estrategias no necesariamente excluyentes. Por lo tanto, en el ámbito de la prevención del consumo de drogas y especialmente en el caso del alcohol, se deben diseñar acciones que no solo respondan a la disminución de factores de riesgo sino que tengan un enfoque salutogénico (Sloboda, 2014).

En correspondencia con estas exigencias, el Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas propuesto por Becoña (1999) permite desde una perspectiva evolutiva,

comprender las diferentes fases del consumo. Desde este punto de vista, la percepción de riesgo constituye una variable mediadora entre los factores predisponentes y el inicio y/o mantenimiento del consumo. Esta relación ha sido reportada por diversas investigaciones (Dîrțu & Soponaru, 2014; García del Castillo, 2012, 2015; González-Iglesias, Gómez-Fraguela, Gras, & Planes, 2014; MacLeod et al., 2015; Moral & Ovejero, 2011; Napper, Grimaldi, & LaBrie, 2015; Rojas-Murcia & Pastor, 2015; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, & Herruzo, 2010; Salameh et al., 2014)

En el estudio de esta categoría se identifican dos líneas fundamentales. La primera ha definido la percepción de riesgo, como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud (Salameh et al., 2014; Uribe, Verdugo, & Zacarías, 2011). La segunda línea ofrece una visión multidimensional de la percepción de riesgo en la que se integran la motivación, la actitud y la intención como algunos de sus componentes más estudiados, aunque insuficientemente trabajados en el plano interventivo (Dîrțu & Soponaru, 2014; García del Castillo, 2012; Lopez-Quintero & Neumark, 2010; Moral & Ovejero, 2011; Ruiz-Olivares et al., 2010). La presente investigación se orienta desde esta última perspectiva, entendiendo a la percepción de riesgo como un proceso individual y contextualizado que se expresa en la capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias del consumo de alcohol y la severidad atribuida a este, en función de la cual se configuran los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir la vulnerabilidad y se asumen comportamientos saludables (Fernández-Castillo, Molerio, López, Cruz, & Grau, 2016; Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016; Fernández-Castillo, Molerio, & Ubalde, 2016).

Esta propuesta cobra importancia en el contexto de la Educación Superior Cubana, si se tiene en cuenta el incremento del consumo de alcohol en estudiantes universitarios y la

inadecuación de la percepción de riesgo que experimentan respecto a esta droga, expresada en un conocimiento general de los riesgos asociados a ella, que no siempre favorecen la autorregulación del comportamiento hacia la detención del consumo. A esto se une la necesidad de contar con intervenciones preventivas que tengan un alcance de promoción de salud, que no solo se centren en la disminución de factores de riesgo, sino también en el desarrollo de recursos psicológicos y de otros factores de protección que contribuyan a la preparación del estudiante para la vida. Por lo tanto, se impone que su diseño, implementación y evaluación se realice a partir de una valoración constante de las fortalezas y limitaciones del propio contexto para garantizar la sistematicidad de estas acciones. De igual manera, se considera necesaria la combinación de estrategias de prevención universal y selectiva que favorezcan un mayor alcance de la intervención. Teniendo en cuenta estos elementos, el presente trabajo se orienta a partir del siguiente **problema de investigación**:

- ¿Cómo contribuir a la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas?

Objetivo general:

- Diseñar una estrategia psicoeducativa que contribuya a la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Objetivos específicos:

- Diagnosticar las necesidades psicoeducativas relacionadas con la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en los estudiantes universitarios investigados.
- Elaborar una estrategia psicoeducativa que contribuya a la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

- Evaluar la eficacia y la efectividad de la estrategia psicoeducativa diseñada en el contexto de la investigación.

De esta manera se establece como **hipótesis científica** la siguiente: La estrategia psicoeducativa resulta efectiva para la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios si:

- Logra que los estudiantes evalúen de forma acertada y objetiva los riesgos que implica el consumo de alcohol.
- Favorece los mecanismos de autorregulación que proporcionan comportamientos de evitación y rechazo ante el consumo de alcohol.
- Estimula el desarrollo de comportamientos saludables.

La importancia y la novedad científica de este estudio radica en la elaboración de una concepción teórico-metodológica sobre la percepción de riesgo y sus dimensiones en estudiantes universitarios cubanos, cuya validez queda refrendada en el proceso investigativo. Por otro lado, a diferencia de otras propuestas interventivas realizadas en el contexto universitario, se enfatiza en la prevención selectiva y se combina con estrategias propias de la prevención universal.

Desde el punto de vista metodológico se ofrecen técnicas diagnósticas, creadas, adaptadas y validadas para la población universitaria, teniendo en cuenta las características de la juventud como etapa de desarrollo, dentro de las que se destacan: Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios, Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol y el Cuestionario para la identificación de trastornos asociados al consumo de alcohol. En este sentido, se considera que el principal aporte metodológico de la investigación radica en el diseño de una estrategia

psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios, cuyas pertinencia, suficiencia, eficacia y efectividad quedan científicamente validadas en el propio contexto investigativo.

Desde el punto de vista práctico la estrategia psicoeducativa que se diseña responde a los objetivos del Programa Nacional de Prevención del uso indebido de drogas y articula con el programa de formación integral que implementa la institución. Contribuye, así, al perfeccionamiento de las acciones del Centro de Bienestar Universitario cuyas tareas se orientan al mejoramiento continuo de la calidad de vida de los integrantes de la comunidad universitaria. El sistema de actividades de la estrategia psicoeducativa persigue estimular en los estudiantes una evaluación más acertada y objetiva de los riesgos que implica el consumo de alcohol, favoreciendo los mecanismos de autorregulación para la adopción de conductas saludables. Por otro lado, el Manual de aplicación de la Estrategia psicoeducativa, en el cual se precisan los componentes y recursos fundamentales de la misma, puede constituir una guía metodológica para su aplicación de manera contextualizada en otras instituciones de Educación Superior.

El informe de investigación se estructura a partir de tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. En el primer capítulo se esbozan los supuestos teóricos que sirven de base a la investigación. En el segundo capítulo se exponen los elementos que integran el diseño metodológico. En el tercer capítulo se presentan los resultados alcanzados y la discusión de los mismos. Por último, se ofrecen conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. Se precisan las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos, entre los que se destaca la versión final de la estrategia psicoeducativa diseñada como principal resultado científico de la presente investigación.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Consumo de alcohol como problema prioritario

El consumo de alcohol constituye un problema prioritario atendiendo a su repercusión en la salud individual y los daños que provoca a nivel social. 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. Por lo tanto, se hace necesario delimitar cuáles son las tendencias de consumo actuales, los nuevos patrones de uso y los factores de riesgo y precipitadores del consumo, en tanto el conocimiento adecuado de esta problemática constituye un requisito para lograr el efectivo manejo de la misma.

1.1.1 Aspectos conceptuales relacionados con el consumo de drogas

El término *droga* ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias funciones” (p.5). Posteriormente, en 1982, la OMS, declara como drogas que producían dependencia, aquellas cuyo uso no médico producían efectos psicoactivos como cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y podía ser autoadministrada.

Actualmente existe consenso en la comunidad científica en el reconocimiento de las drogas como aquellas sustancias que son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de la persona, inducen a quienes la consumen a repetir su administración y el cese en el consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico. Además, no tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos (Lajús, 2008; Lucena, 2013; Martín del Moral & Lorenzo- Fernández, 2009).

Por lo tanto, el término ha ido evolucionando desde una perspectiva farmacológica al uso cada vez más creciente del término *sustancia psicoactiva*. Esto se refleja en el tratamiento que desde los clasificatorios de enfermedades mentales se le ha dado a los trastornos por consumo de sustancias, nombrándose como Trastorno por Uso de Sustancia Psicoactiva y alejándose cada vez más el término Drogodependencia (APA, 2013).

Existen diferentes términos que se utilizan en la literatura científica asociado al consumo de sustancias. El *abuso* se define como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro significativo en las obligaciones personales o se consume en situaciones de riesgo o se asocia a problemas legales o el sujeto continúa consumiendo a pesar de las consecuencias sociales que le ocasiona, en áreas significativas como salud física, psíquica, relaciones familiares, laborales y sociales. El *abuso* de una sustancia psicoactiva se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo (Casas, Roncero, & Colmon, 2010).

Debe diferenciarse de la *dependencia* donde aparecen un grupo de síntomas cognoscitivos, fisiológicos y del comportamiento, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Aparece el patrón de autoadministración y la necesidad irresistible de consumirla. En este sentido, es necesario precisar que la dependencia puede darse en diferentes planos: físico, biológico, también conocida como *neuroadaptación* caracterizada por la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo (Becoña, 1999, 2002; Hammen, 2003; Koob & Volkow, 2010). No es indispensable para la instauración de la dependencia como trastorno y sí lo son los efectos reforzadores positivos y negativos que llevan a la persona a la búsqueda, obtención y consumo de drogas. Estos efectos constituyen, en su conjunto, la mayor parte de la dependencia psicológica, la cual tiene un carácter complejo y multifactorial, pues en ella influyen tanto los

factores individuales como los sociales y ambientales y particularmente las características de cada droga (Aguilar, Calleja, Aguilar, & Valencia, 2015; Becoña, 1999; Lucena, 2013).

Estas precisiones conceptuales permiten una mayor comprensión de los problemas relacionados con uso de sustancias psicoactivas. Se reconoce que entre las más consumidas a nivel mundial se encuentra el alcohol, especialmente en la población joven (Fabelo, Iglesias, Cabrera, & Maldonado, 2013; González-Menéndez, 2016; Roa-Cubaque, Rubiano-Díaz, Berreto-Bedoya, & Pérez-Prada, 2015). En la actualidad su consumo presenta particularidades asociadas a los cambios sociales que se han producido, dentro de los que se destacan su disponibilidad (Lajús, 2008), su aceptación social que ha favorecido actitudes de tolerancia, y una imagen normalizada de mismo (Lucena, 2013). Por lo tanto, se señala que hoy existen más personas que nunca expuestas a esta sustancia, siendo los adolescentes y jóvenes la población más vulnerable.

1.1.2 Características del consumo de alcohol en jóvenes universitarios

Al hacer referencia al consumo de alcohol se debe tener en cuenta que toda dependencia se inició con un consumo social. Su uso abusivo tiene grandes repercusiones en la salud pública y está considerado como el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura e incapacidad, especialmente en el grupo etario de 20 a 39 años. Existe una relación causal entre el abuso del consumo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (OMS, 2015). Según el Anuario Estadístico de Salud durante los años 2014-2015 los trastornos mentales debidos al uso del alcohol se encuentran entre las 35 primeras causas de muerte en Cuba (MINSAP, 2016).

Atendiendo a la importancia que tiene identificar tempranamente los patrones de consumo, la OMS propuso un sistema de clasificación que diferencia entre el consumo de riesgo,

perjudicial y dependiente (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). No obstante, se considera importante hacer referencia a las distintas conductas de consumo que se pueden dar entre la población joven (Ruiz-Olivares et al., 2010). En la Figura 1 se presenta la correspondencia entre estas conductas y los indicadores propuestos por la OMS.

Consumo de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinentes: no consume ninguna sustancia. • Experimental o Consumo Social “lo pruebo”: es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en una cantidad muy reducida. El joven prueba las sustancias que están a su alcance, de forma indiscriminada, determinada por la oferta de amigos o compañeros, pero que por alguna razón, no las vuelve a consumir.
Consumo perjudicial	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasional “me divierte”, se trata de un consumo intermitente de cantidades, a veces importantes cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. • Habitual “repito”, ya no es un consumo esporádico, sino que tiene lugar a diario o de forma continua. Se puede considerar como un consumo compulsivo, muy intenso, existiendo un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a una serie de consecuencias sociales importantes.
Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente “no sé parar”, aquel que consume habitualmente grandes dosis, deja de realizar otras actividades para poder consumir, que siente un deseo muy fuerte y una pérdida de control ante el consumo.

Figura 1: Patrones de consumo en la población joven de acuerdo con los indicadores de la OMS.

Fuente: Elaboración propia

Los investigadores han intentado identificar las características que en la actualidad tiene el consumo de alcohol en estas edades (Ruiz-Olivares et al., 2010, Moral & Ovejero, 2011).

Entre las principales tendencias encontradas se puede mencionar:

- El inicio del consumo aparece en la adolescencia (Hernando, Oliva, & Pertegal, 2013).
- Los jóvenes del siglo XXI se caracterizan por ser policonsumidores, generalmente aparecen combinados el consumo de alcohol y tabaco (Míguez & Becoña, 2015; Ruiz-Olivares et al., 2010).

- Suelen consumir en grupo. Si el grupo de iguales consume, las posibilidades de que el joven consuma, aumentan (Londoño & Valencia, 2008; Salcedo et al., 2011).
- Consumen fundamentalmente en su tiempo libre y se reconoce la aparición de un nuevo patrón de consumo denominado “consumo recreativo” (Moral & Ovejero, 2011)
- Las características actuales del joven consumidor están relacionadas con una vida resuelta y estructurada a nivel familiar y personal (Ruiz-Olivares et al., 2010).
- Escasa percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol (Moral & Ovejero, 2011).
- Aumento de la frecuencia de episodios de consumos intensivos de alcohol (binge drinking)¹ como patrón de consumo intermitente, en forma de atracones, concentrado en pocas horas, asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza con grupos de iguales (Clinkinbeard & Johnson, 2013; Folgar, Rivera, Sierra, & Vallejo-Medina, 2015; López-Caneda et al., 2014; Parada et al., 2012).

Las consecuencias del consumo de alcohol en esta población y especialmente en estudiantes universitarios han sido documentadas en diferentes estudios (Londoño & Valencia, 2008; Mastroleo, Oakley, Eaton, & Borsari, 2014; Messina et al., 2014; Parada et al., 2012; Ruiz-Olivares et al., 2010; Salcedo et al., 2011; Vik, Williams, Dasher, & Van Wyk, 2014). Al respecto, se han destacado las afectaciones a las funciones neuropsicológicas especialmente las tareas de atención y memoria de trabajo (Carballo, García-Sánchez, Jáuregui, & Saez, 2009), imprescindibles para un adecuado desempeño académico. Además, se reconoce su influencia en el deterioro de las relaciones interpersonales y en el propio desarrollo personal de los jóvenes (Golpe et al., 2017; Motos, Cortés, & Giménez, 2016).

¹ Este patrón se caracteriza por una delimitación precisa de sus características: consumo de 60 o más gramos de alcohol en varones y de 40 o más gramos en mujeres, concentrado sobre todo en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante el que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8g/L).

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 (Moral & Ovejero, 2011). Son múltiples las teorías que han surgido aplicables a la conducta de consumir drogas, las cuales 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.

1.1.3 Factores del riesgo y de protección relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes universitarios

En los últimos años se han incrementado las investigaciones con una visión positiva de la adolescencia y la juventud (Alarcón & Rodríguez, 2015; Giménez, Vázquez Valverde, & Hervás Torres, 2010; Oliva et al., 2010; Quiceno, Alpi, & González, 2014) desde donde se refuerza la idea de que en todo adolescente o joven existen características que favorecen un desarrollo exitoso y saludable, sin abandonar el principio de que las relaciones entre el individuo y el contexto constituyen la base para el desarrollo personal.

En este marco se considera como factores de protección a aquellos atributos o características individuales, relacionales y sociales que reducen la probabilidad del uso y/o abuso de alcohol u otra droga (Becoña, 2002). En tanto, los factores de riesgo, son todas aquellas particularidades o características de naturaleza biológica, psicológica o social que posibilitan que un individuo incurra en alguna conducta riesgosa (Pedraza, Molerio, & Álvarez, 2012). Su importancia radica en que son observables o identificables antes del evento que preceden (Arias et al., 2009).

Entre los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo y/o protección en relación al consumo de drogas, se encuentran los siguientes: 1) un simple factor

de riesgo y/o protección puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí, y las transiciones en el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad (Becoña, 1999). Por lo tanto, el diagnóstico y el trabajo interventivo con estos factores resulta esencial en este ámbito (Becoña, 1999; Caceres, Salazar, Varela, & Tovar, 2006; Guillén, Roth, Alfaro, & Fernández, 2015; Morales, Plazas, Sanchez, & Arena, 2011).

La complejidad de estas relaciones ha condicionado la existencia de diferentes clasificaciones sobre los factores de riesgo y/o protección. Específicamente en la etapa de la adolescencia y la juventud se consideran fundamentalmente tres grupos de factores (Laespada, Iraurgi, & Aróstegi, 2004):

- **Individuales:** Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, las características de personalidad y los recursos sociales de que dispone.
- **Relacionales:** Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.
- **Sociales:** Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y, por tanto, afectan la conducta del individuo.

En el caso particular de la presente investigación, la determinación de los factores de riesgo y/o protección que forman parte del estudio, se sustenta en las particularidades de la etapa de la juventud y los factores identificados por los diferentes modelos teóricos.

Al respecto, se reconoce que la elección de una carrera y la entrada a la universidad se convierten en un momento crucial en la vida de los adolescentes y jóvenes. Constituye una etapa de cambios que son expresión de los logros alcanzados durante las etapas anteriores del desarrollo y a partir de los cuales se consolida el proceso de formación de la personalidad (Domínguez, 2003).

Durante la juventud ocurren diferentes transformaciones, que son necesarias tener en cuenta para el trabajo en el ámbito preventivo. Es importante destacar que, durante esta etapa la opinión social del grupo continúa siendo un factor importante para el desarrollo y bienestar del joven, aunque en este momento es capaz de oponerse a los criterios de sus compañeros si considera que su opinión está fundamentada correctamente (Domínguez, 2003). Atendiendo a ello, se ha destacado que de acuerdo a su carácter, la influencia del grupo de iguales puede constituir un factor de riesgo o protección respecto al consumo de alcohol (Guillén et al., 2015; Moral, Rodríguez, & Sirvent, 2006). Al igual que los patrones de consumo familiar (Armendáriz et al., 2014).

Como neoformación fundamental de esta etapa aparece la concepción del mundo, formación psicológica que permite la representación de la realidad en su conjunto. Se encuentra en estrecha relación con la necesidad de autodeterminación de la personalidad, entendida esta última como la posibilidad de actuar de forma consciente y reflexiva con relativa independencia de las influencias externas (Domínguez, 2003).

En este sentido, se considera importante incluir en el diagnóstico lo que el joven piensa sobre el consumo de alcohol, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, en tanto arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo (Laespada et al., 2004).

Otro de los cambios que se producen en el joven es la tendencia a una representación exacta y estable de sus cualidades como persona. Los resultados investigativos revelan la relación que pueden tener algunas características individuales como la autoestima, entendida como la valoración que el sujeto realiza de la imagen de sí mismo, con el consumo de drogas (García del Castillo, 2015; Moral, Ovejero, Sirvent, & Rodríguez, 2005).

Es necesario destacar que durante esta etapa se desarrolla la función autoeducativa de la autovaloración. De acuerdo con ello, en el marco de las acciones preventivas se debe favorecer la autoeducación como un proceso intencional, dirigido al autoperfeccionamiento, a la estructuración y reestructuración de la realidad personal y de la representación que la persona tiene sobre sí misma, existiendo potencialidades para que se produzcan cambios cualitativos importantes en la madurez y eficiencia personal (Nieves, Otero, & Molerio, 2008) y mayores niveles de autorregulación de comportamiento.

Por ello, cobran relevancia el estudio y el trabajo con factores protectores como la autoeficacia o creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados (Bandura, 1997) y las habilidades sociales, dentro de las que se encuentran: las habilidades comunicativas o relacionales, la asertividad y las habilidades de solución de conflictos. Ambos factores constituyen un tipo de herramientas personales muy útiles para un óptimo desarrollo y mantenimiento de las

relaciones personales (Londoño & Valencia, 2008; Miranda-Zapata, Riquelme-Mella, Cifuentes-Cid, & Riquelme-Bravo, 2014).

En la Situación Social de Desarrollo del estudiante universitario, la elección y preparación profesional se convierte en un aspecto central. Al respecto, es importante conocer sus valoraciones sobre la repercusión que ha tenido la vida universitaria para su desarrollo personal, que puede favorecer o no el compromiso con su formación y actuar como factor de riesgo o protección en este contexto.

Consecuentemente el joven desarrolla una estrategia encaminada al logro de los objetivos mediatos que regulan el comportamiento presente de acuerdo con lo decidido (Domínguez, 2003). Por lo tanto, la capacidad para tomar decisiones, entendida como el proceso donde se identifica y analiza el problema y se buscan alternativas y se selecciona una, teniendo en cuenta los posibles resultados y sus consecuencias en el presente y el futuro (Tversky & Kahneman, 1981), constituye un importante factor protector para la etapa evolutiva en la que se enmarca la investigación. Las dificultades en este proceso se han relacionado con la impulsividad y la implicación de adolescentes y jóvenes en conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, el consumo de drogas o los comportamientos antisociales (Broche-Pérez & Cruz-López, 2014; Oliva, 2007).

La vida universitaria genera gratificaciones pero también tensiones. Se conjugan diferentes exigencias, el requerimiento de superar las diferentes materias de la carrera, los recursos de los estudiantes para hacer frente a estas demandas académicas, el sentimiento de no dejar de aprovechar el momento presente como único e irrepetible (MES, 2014). Todo ello ha condicionado que se considere la afectividad negativa como uno de los principales factores de

riesgo respecto al consumo de drogas en la población universitaria (Dick et al., 2014; Fernández-Castillo, Molerio, Cruz, & Grau, 2016; Veilleux, Skinner, Reese, & Shaver, 2014).

La afectividad negativa recoge síntomas de malestar general, ampliamente inespecíficos que representan el grado en el que la persona experimenta diferentes emociones negativas tales como: miedo, ansiedad, hostilidad, culpa, insatisfacción y disgusto (Robles & Páez, 2003; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Sin embargo, se sostiene que el optimismo (Vera-Villaruel, Córdova-Rubio, & Celis-Atenas, 2009) y la resiliencia pueden actuar como factores de protección ante esta misma problemática (Becoña, Míguez, López-Durán, Vázquez, & Lorenzo, 2006; García del Castillo & Días, 2007), es por ello que se consideraron en el marco de la presente investigación.

Dentro de estos factores, especial relevancia ha cobrado en los últimos tiempos el estudio de la percepción de riesgo atendiendo a su importancia en el inicio y mantenimiento del consumo (García del Castillo, 2012). Algunos autores han aportado a su estudio, identificándola como un factor de riesgo y/o protección (Becoña, 1999). Sin embargo, se considera importante comprenderla como una variable mediadora donde se integran diversos factores.

1.2. Principales modelos explicativos del consumo de drogas

Han sido múltiples los intentos de explicar cómo se produce el consumo de drogas, bien incluyendo solo procesos psicológicos o combinándolos con procesos biológicos y sociales. Según Becoña (1999, 2002, 2007), tomando en cuenta criterios para su selección como la actualidad, relevancia y apoyo empírico, se pueden agrupar en modelos parciales o basados en pocos componentes, modelos evolutivos o de estadios y modelos integrativos y comprensivos.

1.2.1 Modelos parciales o basados en pocos componentes

Dentro de estos modelos se explican las bases neurobiológicas de la adicción (Goldstein & Volkow, 2002; Robinson & Berridge, 1993; Velásquez-Martínez & Ortiz, 2014). Entre las

principales limitaciones de esta perspectiva se encuentra su carácter reduccionista cuando se utiliza como única explicación al consumo de las drogas.

El Modelo de Creencias de Salud se ha consolidado como uno de los más potentes y utilizados para estudiar la conducta de salud a partir de la predicción del comportamiento (Davinson & Sillence, 2014; González-Iglesias et al., 2014; Janz & Becker, 1984; Londoño, Torres, & Contreras, 2004). Ofrece una gran importancia al concepto susceptibilidad percibida, referido a las percepciones del sujeto respecto a la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. Dentro de este concepto se integran la percepción de susceptibilidad y la intensidad o severidad percibida, que se combinan y dan lugar a la amenaza percibida, con una gran influencia en la adopción o no de determinado comportamiento (Becoña, 1999). Se reconoce por parte de los autores de este modelo que para el cambio de conducta también el sujeto tiene en cuenta los beneficios y los costos de realizar una conducta de salud (Becker & Maiman, 1975). Aun cuando este modelo se utiliza con frecuencia en las investigaciones sobre la prevención del consumo de alcohol (LaBrie, Kenney, Napper, & Miller, 2014; Pearson & Hustad, 2014) como una de sus principales limitantes se encuentra su mirada centrada en el déficit y el énfasis dentro de su explicación solo en las creencias de salud obviando otros factores, que también influyen fuertemente en las prácticas del comportamiento saludable.

Como alternativa a esta perspectiva de déficit se desarrolla el Modelo de Competencia. La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa & López, 1998). Define dos elementos fundamentales que son: los sujetos y las comunidades competentes. Desde esta perspectiva la relación salud-enfermedad y la promoción de la salud dependen de la mejora del entorno y del repertorio del individuo. El valor de esta perspectiva en el caso del consumo de alcohol ha

permitido identificar el componente individual y social buscando optimizarlo, permite entender que este comportamiento no se da de forma aislada sino vinculado a los comportamientos que se estructuran en el entorno psicosocial en el que se desarrolla el joven (Rial, Torrado, & Varela, 2008). Además, favorece la prevención temprana, trabajando las competencias generales (habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, estrategias de manejo del estrés y habilidades de autocontrol) y no los síntomas. Entre las principales vulnerabilidades de este modelo se identifica la dificultad para establecer la definición de competencia.

La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 2011) se han destacado por su relevancia. Ambas parten del supuesto de que el hombre es un ser racional que usa de manera sistemática la información que le proporciona el medio y que, por ende, es capaz de decidir racionalmente sobre sus actos. Por otra parte, afirman que la intención, como motivación personal, actúa como mediadora entre la actitud y la conducta, e introduce otro elemento social clave en la adquisición de la conducta saludable, al que denomina *norma subjetiva* (Montaño & Kasprzyk, 2008). Son de los modelos más difundidos y con mayor validez sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas (Ajzen, 2011; Becoña, 1999; Conner & Armitage, 1998; Robin et al., 2011; Su et al., 2015). Sin embargo, no tienen en cuenta variables de personalidad, demográficas u otras en la explicación de la conducta saludable, denominándose estas como variables externas. Además, se complejiza poder identificar qué elemento del modelo influye sobre otro.

Otras explicaciones se han sustentado en el estudio de la influencia entre el afecto negativo y el desarrollo del consumo de drogas. Encontrando en el consumo alivio de los estados de ánimo negativo lo cual sirve para activar, al menos temporalmente, los circuitos neurales

asociados con el reforzamiento positivo (Pandina, John, & Labouvie, 1992). En sentido general, esta mirada permitió destacar la afectividad como mecanismo clave para el control y la determinación de la conducta, aunque para ello se apoyó fundamentalmente en el establecimiento de perfiles, sin adentrarse en elementos personales que matizan la experimentación de emociones negativas. En la actualidad, este es un factor que se ha estudiado en el ámbito preventivo, especialmente en el caso del consumo de alcohol (Camacho et al., 2013; Tanner-Smith & Lipsey, 2015; Veilleux et al., 2014).

En estrecha relación con la perspectiva anterior, se encuentra el Modelo de Afrontamiento del Estrés (Wills, 1990), desde donde se sostiene que aquellas personas que consumen algún tipo de drogas lo hacen fundamentalmente como un recurso de afrontamiento ante el estrés de la vida cotidiana. Se considera que desde este modelo se introduce el estrés como un factor importante en la comprensión de la etiología del consumo, resultando de particular importancia en el contexto universitario, atendiendo a su incidencia en estudiantes de este nivel (Duarte & Fernández-Castillo, 2015; Fernández-Castillo, Molerio, Cruz, et al., 2016).

1.2.2 Modelos de estadios y evolutivos

Se basan en la explicación de los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas (Becoña, 2007). Desde esta perspectiva se destaca el Modelo Evolutivo de Kandel, el cual defiende la idea de que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por una primera sustancia de iniciación (alcohol y tabaco) que sirve de elemento facilitador o elemento intermedio para el posterior consumo de otras sustancias ilegales. Un aporte importante de este modelo, es que no solo explica cómo se produce esta evolución, sino que indica que no es necesario que la secuencia se dé en todos los sujetos por igual. El consumo de una sustancia en una primera fase incrementa de modo importante y significativo la probabilidad de pasar a la siguiente fase de

consumo (Kendel, 1995). En este proceso se destaca el papel de los iguales, la familia y las características personales. Su utilidad práctica ha sido comprobada (Becoña, 2007).

Otro de los modelos por etapas es el Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998). El mismo adopta e integra algunos conceptos y categorías de otros modelos. Inicialmente se identifican diferentes etapas de cambio: contemplación, determinación, acción y mantenimiento (Prochaska & DiClemente, 1982) que representan el tránsito ideal, de forma progresiva y lineal, de una etapa a otra. El proceso de cambio se gesta a partir de actividades que las personas usan para transitar por las diferentes etapas, que abarcan desde los procesos experienciales hasta los procesos comportamentales. Se reconoce que es un modelo de cambio intencionado, centrado en la toma de decisiones individual. El mismo ha sido aplicado en el estudio del consumo de alcohol (Flórez-Alarcón, 2000; Flórez-Alarcón & Gantiva, 2009; Flórez-Alarcón, 2005, 2007).

1.2.3 Modelos integrativos y comprensivos

El objetivo de estos modelos es explicar por sí solos el consumo de drogas mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías. Desde esta perspectiva se destaca la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva-social (Bandura, 1984, 1999). Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Dentro de esta teoría se destacan capacidades básicas de la persona, la capacidad de utilizar símbolos, como medio de cambio y adaptación a su ambiente; la capacidad de previsión, y la capacidad vicaria. Esta última explica que la relevancia que adquieren los contextos y grupos de referencia se reflejan también en el aprendizaje de comportamientos, debido a que estos contextos son fuente de modelos que resultan válidos para los actores. Las actitudes hacia los comportamientos riesgosos pueden ser incentivadas por el grupo social de referencia (Bandura, 1984). Además,

se destaca la capacidad autorreguladora y autorreflexiva de las personas, lo cual les permite analizar sus experiencias.

Desde este marco teórico también se define el concepto de *autoeficacia*, ampliamente utilizado en el ámbito preventivo (Jiménez et al., 2014; Laespada et al., 2004) y al cual se dedicará un espacio en el próximo epígrafe. Aunque esta teoría es una de las más empleadas (Delgado, 2015; Londoño, Lozano, Laverde, & Mosquera, 2012; Stappenbeck, Bedard-Gilligan, Lee, & Kaysen, 2013), generalmente se integra a otras teorías dentro de los programas preventivos.

El modelo del desarrollo social (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992) ha sido otro de los modelos integrativos que se ha utilizado para explicar el consumo de drogas con un gran valor interventivo. Su importancia radica en la concepción que presenta sobre los factores de riesgo y los factores protectores, teniendo en cuenta las diferentes etapas del desarrollo.

1.2.4 Acercamiento a un modelo integrador en la comprensión del consumo de alcohol

El Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas expuesto por Becoña en 1999 se representa en la Figura 2. En este modelo, a diferencia de los anteriores, se integran varios componentes pero desde una perspectiva secuencial, evolutiva, en la cual se describen una serie de fases o etapas por las que transita la persona que inicia o no el consumo.

Dentro del modelo la fase previa o de predisposiciones refiere la existencia de una serie de factores que constituirían factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de consumo en algunas personas y se refiere al desarrollo biopsicosocial alcanzado por el adolescente o joven. En la fase de conocimiento se tiene en cuenta el contacto inicial con la sustancia, en el caso del alcohol en nuestro país, se produce a edades tempranas y la familia con frecuencia induce al consumo (Fabelo et al., 2013). Además, esta fase implica la formación de actitudes,

creencias y expectativas respecto al consumo, que se han ido formando a partir del proceso de socialización.

Desde la perspectiva de Becoña le sigue la fase de experimentación, en la que juegan un papel importante variables como el acceso a la sustancia, los factores de riesgo y de protección y especialmente la percepción de riesgo como variable moduladora en el inicio y/o mantenimiento del consumo.

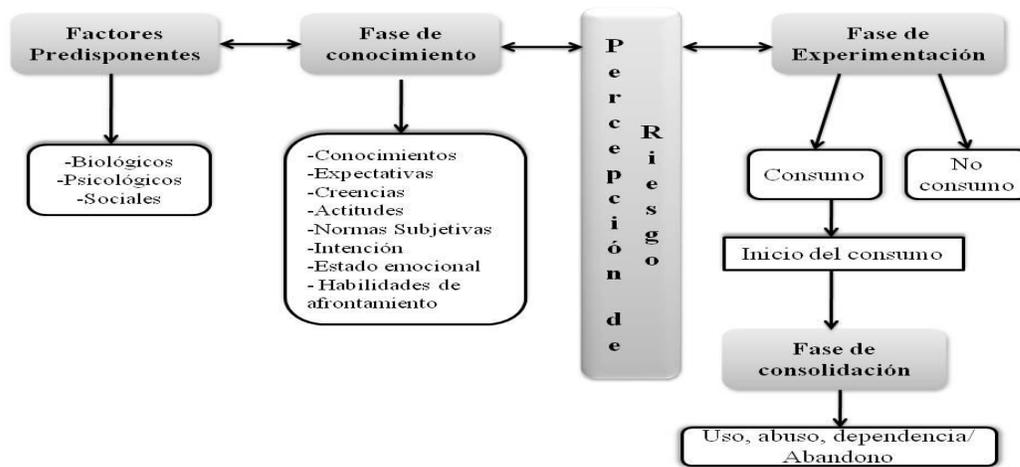


Figura 2: Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas
Fuente: Elaboración propia

Una vez iniciado el consumo, tiene lugar la fase de consolidación donde ocupa un lugar fundamental la existencia o persistencia de los mismos factores que desencadenaron dicha conducta. Otro elemento fundamental son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no, consumiendo esa sustancia. En esta etapa aparecen las consecuencias del consumo en diferentes esferas de interacción del individuo. Posteriormente aparece la fase de abandono o mantenimiento a la que le sigue, la fase de recaída, que con frecuencia ocurre cuando la persona presenta altos niveles de dependencia y decide abandonar el consumo.

Teniendo en cuenta la valoración de los diferentes modelos teóricos, en el marco de la presente investigación, se asumen algunos de los aportes de este modelo integral para la comprensión del consumo de drogas, dada su utilidad para entender cómo se produce el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios. En este sentido, es válido destacar que, en primer lugar, permite comprender distintos factores asociados al consumo de alcohol de un modo coherente. En segundo lugar, resulta útil no solo en la etapa diagnóstica sino también en la planificación de las estrategias de intervención sobre algunos de los factores que se relacionan, en este caso con el consumo de alcohol. Al respecto, resulta muy acertado el rol que se le ofrece a la percepción de riesgo en este modelo. No obstante, la autora considera que es necesario profundizar en cómo se configura la percepción de riesgo, como categoría psicológica que puede estimular o no el desarrollo de mecanismos autorregulatorios que contribuyen a retardar, disminuir o evitar el consumo de alcohol, ampliando así, el marco comprensivo de las relaciones entre los distintos factores que se ofrecen en el modelo.

1.3 Percepción de riesgo como núcleo del trabajo preventivo

1.3.1 Generalidades sobre la percepción de riesgo

El término percepción de riesgo ha sido abordado desde diferentes perspectivas por lo que es un concepto clave en el ámbito preventivo (González-Iglesias et al., 2014; Peretti-Watel et al., 2014; Rohrmann, 2008; Rojas-Murcia & Pastor, 2015; Salameh et al., 2014; Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1982). El análisis de la producción científica sobre la categoría percepción de riesgo en una búsqueda realizada en la Base de Datos *EBSCO*, en el período 1972-2014, permitió identificar como palabras claves predominantes: percepción de riesgo, conductas de salud, actitudes. Además, se pudo identificar que el comportamiento de las investigaciones en este campo ha sido fluctuante, con una tendencia muy significativa al aumento de las mismas entre el año 2005 y 2009 manteniéndose el interés en esta categoría hasta la actualidad. En

este sentido, se destaca la revista Psychology & Health en la publicación de artículos relacionados con el tema (Fernández-Castillo, Molerio, & Ubalde, 2016; Ubalde & Fernández-Castillo, 2016).

Este concepto parte del campo de la antropología y ha cobrado auge dentro de la psicología, especialmente en el ámbito de los estudios relacionados con el consumo de sustancias. Su inclusión en las valoraciones para determinar la severidad y el pronóstico en el consumo de alcohol y tabaco cobró importancia en los años 1970 (Patiño, 2015). Para entender la complejidad de la percepción de riesgo se hace necesario profundizar en dos conceptos importantes: el concepto de riesgo y el de percepción como proceso psicológico.

El concepto de riesgo es heterogéneo. De forma general el riesgo es definido como la posibilidad de ocurrencia de que un evento ocasione daño a una población vulnerable. Desde una perspectiva cuantitativa se considera que el riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro y atendiendo a ello en el ámbito de la salud se define el enfoque de riesgo como aquel que se emplea para la estimación de la necesidad de la atención a la salud y otros servicios (Filho, Castiel, & Ayres, 2009). En este sentido, el análisis de los riesgos constituye una importante técnica en la epidemiología (García-García, 1998). La perspectiva psicosocial enfatiza en los juicios, actitudes y comportamientos de las personas respecto a las situaciones de riesgo (Rohrmann, 2008). Se distingue el riesgo real y el riesgo percibido y se plantea que las personas responden únicamente ante los riesgos que perciben (Slovic et al., 1982).

Desde el enfoque histórico-cultural se reconoce que la percepción, como proceso cognitivo, se vincula estrechamente a la actividad práctica del hombre como ser social. Se considera como “un reflejo sensible de un objeto o fenómeno de la realidad objetiva que actúa sobre nuestros órganos sensoriales” (Rubinstein, 1967, p. 272). La percepción es una forma de conocimiento

de la realidad, tiene un carácter racional y objetivo y está históricamente condicionada pues el objeto o fenómeno percibido se integra a un sistema de conceptos y representaciones, definidos desde el lenguaje que representa el producto de la evolución histórica social.

De igual forma, se afirma que la percepción no es nunca un acto pasivo ni contemplativo, pues en este proceso se manifiesta el ser humano en relación con sus necesidades, intereses, aspiraciones, deseos y sentimientos (Rubinstein, 1967). Según los autores de este enfoque, la percepción de algo como objeto o fenómeno sería imposible sin el apoyo de la experiencia pasada determinando qué se percibe y cómo se percibe. Se considera una imagen subjetiva del mundo real que se comprueba en la práctica y donde la relación emocional regula lo percibido (Rubinstein, 1967; Smirnov, Leontiev, Rubinstein, & Tieplov, 1961).

Desde otra perspectiva se entiende la percepción, relacionada 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 revisión de diferentes conceptos sobre percepción de riesgo (Anexo 1) permite concluir que ha sido considerada por la mayoría de los autores como un proceso cognitivo que tiene como resultado una valoración o juicio acerca del peligro (Bejarano et al., 2011; Danseco, Kingery, & Coggeshall, 1999; García del Castillo, 2012; Pastor, 2002; Rohrman, 2008) siendo un factor o variable esencial en el proceso de toma de decisiones sobre el consumo y se le confiere gran importancia para la preservación de la salud. Se enfatiza en el aspecto racional en la mayoría de los casos o en algún componente específico como puede ser el conocimiento, las motivaciones o las expectativas ante el consumo (Ubalde & Fernández-Castillo, 2016).

Los estudios sobre este tema han identificado un grupo de sesgos moduladores de la percepción de riesgo tales como: el *optimismo ilusorio*, entendido por las expectativas

optimistas hacia el futuro, que hacen que se perciba el riesgo relacionado con la salud de una forma muy amortiguada aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco vulnerables (García del Castillo, 2012); *la invulnerabilidad percibida*, también denominada *ilusión de control*, supone infravalorar el riesgo personal y sobrevalorar el ajeno (Pons-Salvador, Miralles, & Guillén-Salazar, 2010; Rojas-Murcia & Pastor, 2015).

Se señala que las personas tienden a sobrevalorar su propia capacidad, pero tienen una visión más realista de la capacidad de los demás (García del Castillo, 2012). 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 (Sjöberg, 2000).

En sentido general, se pueden identificar dos líneas fundamentales en el estudio de esta categoría. La primera ha definido la percepción de riesgo como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud (Salameh et al., 2014; Uribe et al., 2011). La segunda línea ofrece una visión multidimensional de la percepción de riesgo en la que se integran la motivación, la actitud y la intención como algunos de sus componentes más estudiados (Dîrțu & Soponaru, 2014; Lopez-Quintero & Neumark, 2010).

Una de las concepciones más integrales en esta última perspectiva es la que aportan Morales, Ovejero, Sirvent, Rodríguez, & Pastor (2009), quienes señalan que la aparición de comportamientos de riesgo depende de la percepción que tiene el sujeto de estos últimos, dados por la influencia de la esfera actitudinal operativizada en forma de creencias y percepciones (dimensión cognitiva), tendencias socioemocionales (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.

La presente investigación defiende esta perspectiva multidimensional, asumiéndola en la comprensión de la percepción del riesgo. Además, se entiende que es un proceso ubicado en el plano subjetivo, que se construye y en el que se expresa el carácter mediatizador activo de la personalidad, pues “los mecanismos, formaciones y recursos de la personalidad constituyen los contenidos y las operaciones mediante las cuales el sujeto define conscientemente sus propósitos, acciones y atribuye sentido psicológico a sus experiencias y vivencias” (González-Rey, 1996, p. 16), intercambiando activamente con la realidad, permitiéndole tomar decisiones y configurar sus propios proyectos. Por lo tanto, la categoría percepción de riesgo no debe restringirse al análisis de la información.

1.3.2 Perspectiva multidimensional en el estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol

Teniendo en cuenta los elementos anteriormente expuestos, se define, en el marco de esta investigación, que la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol es un proceso individual, contextualizado, mediatizado (inter e intrasubjetivo) multidimensional y dinámico. Se expresa en la capacidad del joven de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias del consumo de alcohol, en función de la cual se conforman los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir este comportamiento (y consecuentemente la vulnerabilidad) y asumir comportamientos saludables. Desde esta concepción se identifican tres dimensiones fundamentales de la percepción de riesgo: 1) informativo-valorativa, 2) afectivo-motivacional y 3) intencional-conductual (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016; Fernández-Castillo, Molerio, & Ubalde, 2016)

Se hace necesario precisar que la distinción de estas dimensiones responde más bien a la necesidad de operativizar este constructo para su comprensión y evaluación. Estas pueden manifestar una relación simétrica o asimétrica, cuya dinámica resulta determinante en la conformación de la percepción de riesgo que cada persona posea en diferentes momentos de su vida frente a diversas problemáticas que impliquen algún tipo de riesgo. Por otro lado, se reconoce que los componentes delimitados en cada una de estas dimensiones también están estrechamente relacionados entre sí y pueden adquirir determinado nivel de jerarquía en función de la etapa del desarrollo, las características psicológicas y las propias circunstancias de vida del sujeto en cuestión (Molerio et al., en prensa). A continuación se ofrece una descripción más detallada de las dimensiones de la percepción de riesgo identificadas:

- *Dimensión informativo - 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 afectivo - motivacional:* Se relaciona con el componente informativo-valorativo 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 conducta 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 producen.

Del análisis anterior se deriva la importancia de asumir esta categoría en el ámbito preventivo, desde una concepción en la que los sujetos participen activamente de este proceso de reconstrucción y adecuación de su percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol.

1.4 Perspectivas en la prevención del consumo de alcohol

La prevención se considera una función básica en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. Enfatiza en el potencial activo y autorregulador de las personas para hacerse responsables de su propio bienestar (Roca, 2001). Numerosos autores definen y hacen referencia a la “ciencia de la prevención”, atendiendo a los avances que en este ámbito han tenido lugar (Banderas, Martínez, & Romo, 2010; Becoña, 2002; Romano & Hage, 2000). Se coincide con Roca (2001) al expresar que la importancia creciente que están teniendo las acciones preventivas constituyen no solo evidencia del tránsito de “una concepción de un modelo patológico a un modelo salutogénico, sino que tiene también que ver con el cambio desde un modelo de la salud mental hacia un modelo de la salud en general” (p. 31).

En correspondencia con ello, la American Psychological Association (APA, por sus siglas en inglés, 2013) enunció directrices para la prevención en Psicología (Anexo 2). El análisis de estos principios permite identificar aspectos fundamentales como la necesidad de implementar acciones de prevención basadas en la evidencia científica, ajustadas al contexto, que respondan a las necesidades de sus miembros. Se destaca que las intervenciones que se realicen deben ser evaluadas y exige el trabajo integrado y coordinado para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se proponen. Se hace énfasis en la intervención temprana y en la disminución de los factores de riesgo y la potenciación de los factores de protección.

Particularmente, en el ámbito del consumo de drogas, la prevención constituye un núcleo importante. Debe considerarse como un proceso activo, donde se implementan un grupo de acciones para mejorar la formación integral y la calidad de vida de las personas (Martín, 1995 citado en Becoña, 2002). Otros autores (Moral & Ovejero, 2005) destacan la importancia de que la prevención se oriente a desarrollar acciones de carácter comprensivo, que se alejen de la imposición. Debe dirigirse no solo a disminuir factores o conductas de riesgo sino que debe contribuir al desarrollo personal, de forma tal que la persona pueda decidir de forma responsable aspectos relacionados con la salud.

Estos principios guardan estrecha relación con los diferentes tipos de prevención. Tradicionalmente se habían definido la *prevención primaria*, orientada a evitar los factores de riesgo y desarrollar los factores de protección; la *secundaria* que se dirigía al control de determinado problema para frenar su avance y evitar que ganara fuerza y la *terciaria*, centrada en el tratamiento y la rehabilitación (Caplan, 1980 citado en Becoña, 2002).

Los propios avances que se han producido en el ámbito preventivo han condicionado que se manejen con mayor frecuencia los términos de *prevención universal*, cuando la intervención

se dirige a todos por igual; *selectiva*, cuando se orienta a un subgrupo que tiene un riesgo y se potencia el desarrollo de los factores de protección; mientras que la *indicada*, se dirige a individuos de alto riesgo (Gordon, 1987 citado en Becoña 2002). La presente investigación se orienta desde una perspectiva multinivel, en tanto se trabaja en la prevención selectiva, pero se combina con estrategias propias de la prevención universal.

Las investigaciones orientadas a la prevención del consumo de alcohol se han centrado fundamentalmente en la etapa de la adolescencia, teniendo en cuenta que es en esta etapa donde generalmente se inicia el consumo (Boustani, Frazier, Becker, Ogle, & Pasalich, 2014; Espada & Hernández, 2015; Fabelo et al., 2013; Lenoue & Riggs, 2015), algunos de los programas preventivos que con mayor frecuencia se reportan en la literatura se han orientado al trabajo en esta etapa del desarrollo (Botvin, Griffin, Paul, & Macaulay, 2003; Gázquez, García del Castillo, & García del Castillo-López, 2015). Otro grupo de investigaciones se han centrado en el contexto universitario (Fabelo, Iglesias, & Núñez, 2011; Muñoz et al., 2012; Salazar, Pérez, Avila, & Vacio, 2012) defendiendo la premisa de que las universidades deben considerarse contextos de formación, desarrollo y salud.

Para el logro de esta meta, junto al reto de formar profesionales capacitados y competentes, se convierte en tarea de las universidades generar un ambiente que contribuya al bienestar y desarrollo personal de sus estudiantes (Molerio, Pedraza, & Herrera, 2015). Se reconoce que el tránsito a la etapa universitaria demanda un mayor nivel de autonomía, responsabilidad y la superación de un conjunto de desafíos, por lo tanto, puede convertirse en un espacio potenciador de la salud o en un escenario donde se comiencen a generar comportamientos de riesgo (Fernández-Castillo, Molerio, Cruz, et al., 2016), relacionado frecuentemente con el consumo de alcohol.

1.4.1 Principales enfoques preventivos

El análisis de diferentes programas permite identificar estrategias interventivas que se han ido estructurando a partir de diferentes enfoques preventivos los cuales se describen en la Tabla 1.

Tabla 1: Principales enfoques en el ámbito de la prevención del consumo de drogas

Enfoques Preventivos	Fundamentos	Fortalezas	Debilidades
Racional-informativo	El conocimiento cambia las actitudes.	Importancia de ofrecer información para favorecer el cambio de comportamiento. Perfeccionamiento de técnicas de educación para la salud como la charla educativa y el video debate	Sobrestimación de la importancia del conocimiento para el cambio en el comportamiento. Los resultados han demostrado que son poco efectivas. En ocasiones tienden a aumentar el consumo.
Centrados en aspectos afectivos	Se dirige al aumento de la autoestima, la mejora de las habilidades de comunicación, la clarificación de los valores personales y/o sociales y el fomento de la toma de decisiones responsable.	Se logra un incremento en los conocimientos sobre el alcohol y otras sustancias como de la propia autoestima y de la toma de decisiones	Aplicado únicamente no alcanza los resultados esperados.
Psicosocial	Dirige sus actuaciones a los factores psicológicos y sociales que median el uso de drogas. Se basa en la Teoría del Aprendizaje Social.	Se basa en una comprensión más amplia y completa de la etiología del consumo de drogas. Se utilizan técnicas como el modelado y <u>role-playing</u> cuya eficacia ha sido probada empíricamente. Entrenamiento de jóvenes de la misma edad para que implementen las acciones preventivas. Los estudios de evaluación muestran un mayor rigor metodológico. Trabajo con los factores de riesgo y protección.	Los resultados no parecen mantenerse a largo plazo. Los resultados no han sido homogéneos para todas las sustancias. Se ha trabajado más desde la prevención universal pues en este marco se trabajan varias habilidades.
Centrado en los medios de comunicación	Se dirige tanto en la producción de mensajes que se ajusten a las necesidades de los jóvenes, como al análisis y desmontaje de producciones audiovisuales donde de una forma u otra se incita al consumo.	Puede ser integrado a una estrategia general de prevención. Se ha demostrado el interés de jóvenes por obtener información a partir de los medios de comunicación. Utilización de mensajes claros y simples, que subrayen el cambio de conducta positivo.	Algunos mensajes se centran en el miedo sobre las consecuencias del consumo.

Comunitario	Abarca no solo al individuo sino también a las múltiples variables sociales y ambientales.	Intenta integrar la información, con el objetivo de sensibilizar y fomentar la participación de la comunidad; la preparación de los mediadores sociales y la oferta comunitaria de estilos de vida alternativos. Es una alternativa favorable en el mantenimiento de los resultados de la intervención a largo plazo	Amplio número de variables que incluyen en sus acciones y a las que no siempre puede tener acceso el investigador.
-------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

La valoración de cada uno de ellos y los avances que se han producido en la explicación de la etiología del consumo de drogas, han generado la necesidad de buscar nuevas formas de realizar las acciones preventivas. Hoy se conoce que existen múltiples factores que pueden favorecer el inicio y mantenimiento del consumo, y que este no se centra únicamente en la falta de conocimiento sobre los riesgos, por lo que estos enfoques no deben emplearse como única estrategia de intervención.

1.4.2 Experiencias interventivas en la prevención del consumo de alcohol

El análisis de diferentes intervenciones preventivas en el ámbito del consumo de alcohol ha puesto de manifiesto diferentes alternativas, recursos y contenidos que han mostrado ser efectivos. Se reconoce que las intervenciones con mejores resultados son las que se integran en el marco de un proyecto coordinado y asumido por el propio centro educativo y que se desarrollan de forma estable y continuada (Londoño & Vinaccia, 2005; Sarabia & Arostegui, 2014).

Particularmente se ha destacado el uso de las intervenciones breves orientadas a los adolescentes y jóvenes (Cristóvão-Calado & Rodríguez-Méndez, 2015; Tanner-Smith & Lipsey, 2015). Estas se caracterizan por ser de corta duración y se orientan a motivar y a preparar al joven para que pueda modificar su consumo o buscar otro tipo de ayuda profesional si fuera necesario. Se ha reportado la utilidad del uso de componentes de la terapia

cognitivo-conductual (Conrod, Stewart, Comeau, & Maclean, 2006), de la entrevista motivacional (Brown et al., 2015; Michael, Curtin, Kirkley, Jones, & Harris, 2006), el rol de los promotores pares en la intervención (Mastroleo et al., 2014) y la psicoeducación (Aldao, Jazaieri, Goldin, & Gross, 2014; Conrod et al., 2006).

En cuanto a los contenidos que abordan estas estrategias interventivas y que han probado mayor efectividad se destacan:

- Los componentes de información y cambios en los riesgos percibidos, desmitificar creencias erróneas asociadas (NIDA, 2003).
- Reconocimiento de la relevancia de los factores de riesgo y protección que hoy se identifican en relación con el consumo de alcohol. Estos deben conocerse y utilizarse.
- Conocimiento con exactitud del momento en que se inicia el consumo y los factores que hacen que los jóvenes sigan consumiendo.
- Intervenciones interactivas.
- Enseñanza de habilidades para la vida dentro de las que se destacan:
 - Habilidades sociales: comunicación, asertividad, empatía, resistencia a la presión y negociación (Banderas et al., 2010; Botvin & Griffin, 2014; Londoño & Vinaccia, 2005; Secades & Fernández, 2001; Visser et al., 2016)
 - Habilidades cognitivas: autocontrol, toma de decisiones y planeación del futuro (Bickel, Quisenberry, Moody, & Wilson, 2015; Michael et al., 2006; Mukherjee & Kable, 2014; Sloboda, 2014)
 - Habilidades emocionales: expresión de emociones, manejo de la ira y del estrés (Becona & Míguez, 2004; Chung & McBride, 2015; Dennhardt & Murphy, 2013).

Algunas de las experiencias investigativas desarrolladas en Cuba, en el tema de la prevención del consumo de alcohol, se han centrado en el uso de intervenciones educativas breves para disminuir los riesgos y los problemas relacionados con el alcohol (Mármol, 2008). En el trabajo con adolescentes y jóvenes se destaca la intervención socioeducativa realizada por Betancourt (2010), dirigida a prevenir y alertar acerca de las consecuencias que tiene para la salud el consumo de alcohol, en particular y de las drogas, en general, en jóvenes guantanameros desde una perspectiva comunitaria. También se han realizado intervenciones como la desarrollada por Fabelo et al. (2016) que constituye un ejemplo de buenas prácticas en cuanto al trabajo coordinado e intersectorial para garantizar el éxito de las acciones de prevención.

Particularmente en el contexto de la educación superior se cuenta con la experiencia de un programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario (Fabelo et al., 2011), en este estudio participaron 67 estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y se dirigió a adecuar el estilo de vida, diversificar la esfera motivacional y potenciar el desarrollo personal de los sujetos atendidos.

Los resultados de las experiencias investigativas en Cuba destacan que es necesario crear en los jóvenes una actitud responsable y consciente, que debe partir del desarrollo de recursos personológicos para discernir entre lo enriquecedor y lo dañino o perjudicial a la persona, particularmente respecto al consumo de alcohol. Además, se hace énfasis en la necesidad de fomentar estilos de vida donde el alcohol no ocupe un lugar protagónico y se realicen otras actividades alternativas que puedan ser placenteras para el joven (Alpízar, Pérez, & García, 2006; Castañeda, Alvarez- Acosta, & Oramas, 2008; Hernández-Reyes, Hernández- Castro, & Aguila, 2015). Especialmente en el ámbito de la educación superior se han destacado trabajos

que presentan alternativas para contribuir a la promoción de salud desde la extensión universitaria (Batista, 2016).

Teniendo en cuenta estos elementos se concluye que, aun cuando se cuenta con un Programa Nacional donde se presentan los lineamientos generales para esta labor, las acciones que se realizan no siempre son evaluadas teniendo en cuenta indicadores de efectividad sustentados en investigaciones científicas. Por lo tanto, cumplir con las exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación, constituye una tarea prioritaria. Se hace necesario que las acciones se ajusten a las necesidades de la población a la que va dirigida y promover la aplicación de estrategias globales, multicomponentes, que se inserten al sistema de trabajo educativo de la universidad.

1.4.3 La psicoeducación como alternativa en la prevención del consumo de alcohol

La psicoeducación como alternativa de intervención tiene sus orígenes en el ámbito del tratamiento al paciente portador de una enfermedad mental y su familia (Builes & Bedoya, 2006; Candini et al., 2013; López-Amaro, 2011; Lukens & Mcfarlane, 2004; Thylstrup, Schrøder, & Hesse, 2015). Se reconocen dos modelos generales en psicoeducación: 1) el informativo, caracterizado por transmitir esencialmente información y cuya efectividad ha sido limitada y 2) el modelo centrado en el cambio conductual, donde se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces y el desarrollo de habilidades. En la actualidad se ha aplicado en la prevención y tratamiento al consumo de sustancias y otras adicciones (Cummings & Cummings, 2008; Fabelo et al., 2011; Koc, Iskender, Soyer, Dusunceli, & Colak, 2016; Martínez-González, Albein-Urios, Munera, & Verdejo-García, 2012; Zhang & Ho, 2016). Al sistematizar los estudios donde se realizan intervenciones psicoeducativas, (Hennessy & Tanner-Smith, 2015; National Collaborating Centre for Mental

Health, 2011) se evidencia una concepción esencialmente informativa, caracterizada por: involucrar a una persona proveedora de información y un usuario receptor de esa información, desde esta perspectiva ha primado el carácter pasivo de los participantes. Como tendencia tienen como objetivo primario ofrecer información sobre el alcohol y sus riesgos y utilizan los videos educativos lectura con énfasis en la salud y el estilo de vida y se caracterizan por ser menos interactivas. Según la Guía clínica de intervención psicológica en adicción (Becoña & Cortés, 2007) las intervenciones menos eficientes son las que se centran exclusivamente en el conocimiento.

Partiendo del análisis de estas limitaciones, en la presente investigación, se considera que la psicoeducación debe entenderse como un proceso educativo orientado a estimular los recursos psicológicos en las personas portadoras o no de enfermedades teniendo como referentes sus necesidades (Montiel & Guerra, 2016). En este proceso se persigue la búsqueda de aprendizajes para el logro de un compromiso con el cuidado de la salud (Paredes, 2010). Debe concebirse como un proceso planificado, escalonado, bilateral, activo y proyectado hacia el futuro, a estimular la autoconciencia y favorecer la autoeducación. Permite la integración sistémica de los métodos que se utilicen para el logro de los objetivos propuestos.

Estas condiciones tienen como referente los fundamentos de la teoría de la educación (Labarrere, 2007). Un elemento importante para garantizar la efectividad de las acciones es identificar las carencias que tienen los participantes respecto al tema que se pretende abordar, de forma tal que el contenido y los métodos que se utilicen guarden correspondencia con la edad y la madurez alcanzada por estos. Las acciones que se realicen deben estar adecuadamente planificadas y su nivel de complejidad debe ser progresivo. Por lo tanto, es un proceso que tiene dos componentes importantes: el psicoeducador y la(s) persona(s) a la(s) que van dirigidas las acciones. Se considera que, el cumplimiento del objetivo educativo debe

corresponderse con la capacidad de las personas que participan, de autotransformarse, de organizar su vida y su actividad. Es importante tener presente que muchas veces estos resultados no se manifiestan de inmediato sino que la educación como un proceso que tiene como fin la preparación del hombre para la vida.

Desde esta concepción se diseñan planes de acción, estrategias y programas psicoeducativos con un alcance preventivo. Aunque el nacimiento del término estrategia está relacionado con el ámbito militar, su uso ha proliferado en el ámbito educativo y de la salud. Específicamente en este último el interés ha estado marcado a partir de la celebración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Ata, en 1978, comenzándose a hablar en este marco de planificación estratégica como un enfoque metodológico para planificar intervenciones en salud (Sánchez, 2012). Su uso se ha ido perfeccionando atendiendo a su carácter interactivo, flexible y contextualizado.

La estrategia puede concebirse como la forma de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos. El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. De lo anterior se infiere que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica y exigen no solo el conocimiento de las capacidades de las personas que la implementan sino de aquellas a las que va dirigida (Monzón, 2016).

Según Rodríguez-del Castillo & Rodríguez-Palacios (2011) entre las características de la estrategia como resultado científico se destacan: su concepción con enfoque sistémico en el que predominan las relaciones de coordinación; su estructuración a partir de fases o etapas, que abarca desde la fase diagnóstica, la programación y ejecución hasta la fase de evaluación; la contradicción entre el estado actual y el deseado de un objeto o situación concreta se resuelve a partir de la utilización programada de determinados recursos y medios. Tienen un

carácter dialéctico y son totalmente válidas en un momento y contexto específico, aunque se reconoce que algunas de sus acciones pueden repetirse en otros espacios. Además, se reconoce que es un resultado fundamentalmente práctico, aunque no niega la existencia de aportes teóricos para su conformación.

Por lo tanto, se puede concluir que se asume como estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol, el sistema de acciones educativas orientadas a estimular la capacidad del joven de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias del consumo de alcohol, en función de la cual se conforman los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir este comportamiento (y consecuentemente la vulnerabilidad) y asumir comportamientos saludables. Se aprovechan las posibilidades que ofrece el contexto universitario como comunidad educativa y en este marco resulta valiosa la incorporación de promotores pares en el proceso preventivo, mediante la educación de iguales. Este tipo de estrategia cobra relevancia para el trabajo educativo que se desarrolla en las universidades cubanas cuyo objetivo fundamental se orienta al logro de un desarrollo integral, armónico y equilibrado de la personalidad de los jóvenes como forma de preservarlos del consumo de drogas como el alcohol y otras sustancias y formarlos como profesionales integrales.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Diseño metodológico

La investigación se desarrolló en la ciudad de Santa Clara, provincia Villa Clara, en el período comprendido desde el 2014 hasta 2016. Para dar cumplimiento a los objetivos y tareas científicas propuestas y en correspondencia con el alcance investigativo, se asumieron los siguientes criterios propuestos por Fernández-Ballesteros (1996) para el diseño y evaluación de intervenciones psicológicas:

- **Pertinencia:** Es la medida en la cual las acciones responden a unas necesidades concretas bien establecidas de la población.
- **Suficiencia:** Es la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen.
- **Progreso:** Se trata de identificar si los elementos que la constituyen están surtiendo micro-efectos y/o si se está desarrollando en el sentido previsto.
- **Eficacia:** Supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en la intervención se han logrado.
- **Efectividad:** Hace referencia a la medida en la cual un programa ha alcanzado una serie de efectos.

La investigación quedó enmarcada dentro de un enfoque mixto y se estructuró a partir de tres etapas fundamentales. En cada una de ellas se desarrollaron las diferentes tareas científicas (Anexo 3). La primera etapa se orientó al diagnóstico de las necesidades psicoeducativas relacionadas con la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. 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, solo pueden registrarse sus medidas. El alcance

transversal se sustenta en que la evaluación se realiza en un único momento (Montero & León, 2007).

El análisis de estos resultados permitió establecer criterios de selección de los participantes para la segunda etapa orientada al diseño de la estrategia y la tercera etapa dirigida a su implementación y evaluación. En este momento de la investigación se utiliza un diseño anidado concurrente, donde se recogen y analizan simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos, siendo el enfoque dominante el cuantitativo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2010). Específicamente en la etapa de implementación se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes con dos niveles (Shaughnessy & Zechmeister, 1985).

2.2 Descripción de la Etapa I

2.2.1 Selección de la muestra

Los centros de educación superior que participaron en esta etapa fueron: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV) y la Universidad de Ciencias Médicas “Serafín Ruiz de Zarate Ruiz” (UCM). Se utilizó un muestreo probabilístico estratificado, considerando un error de 0.025 y un nivel de confianza de 95%. Se asumieron como estratos el sexo del estudiante y el año académico.

- Criterios de inclusión: ser estudiante universitario del curso diurno y ofrecer el consentimiento informado (Anexo 4, *b*).
- Criterio de exclusión: estudiantes del quinto año de las carreras que se encontraban en la etapa de preparación para la culminación de estudio.
- Criterio de salida: no completar las técnicas aplicadas o solicitar retirarse del estudio por diversas causas.

2.2.2 Participantes

La muestra quedó conformada por 1 377 estudiantes universitarios. El rango de edad de los participantes fue de 17-34 años con una edad promedio $M= 20.3$ y desviación $SD = 1.60$. En cuanto al sexo, 635 (46.1%) pertenecieron al sexo femenino y 742 (53,9%) al sexo masculino. La Tabla 2 describe la muestra de acuerdo con las diferentes áreas de la ciencia en el que se forman estos estudiantes y donde se representan 33 de las carreras que se estudian en la UCLV, la carrera de Medicina de la UCM y a los diferentes años académicos.

Tabla 2: Distribución de la muestra según al área de la ciencia y año académico

Áreas	Fr	(%)	Año académico	Fr	(%)
Ciencias Técnicas	664	48.2	Primero	445	32.3
Ciencias Naturales y Matemáticas	161	11.7	Segundo	314	22.8
Ciencias Económicas	124	9	Tercero	316	22.9
Ciencias Sociales y Humanísticas	197	14.3	Cuarto	302	21.9
Ciencias Agropecuarias	121	8.8			
Ciencia Médicas	110	8			

Leyenda: Fr =frecuencia.

Fuente: Elaboración propia.

2.2.3 Instrumentos de evaluación utilizados

Encuesta para explorar factores de riesgo: se construyó en el marco de esta investigación y permitió explorar variables sociodemográficas que pueden favorecer el inicio y/o mantenimiento del consumo (Anexo 5.1).

Autorreporte Vivencial (Grau, 1989): Es una escala que explora la experimentación de emociones negativas. Consiste en presentar al evaluado una lista de catorce términos, que reflejan emociones negativas (p. ej. tristeza, apatía, ansiedad), para que evalúe cada una de las emociones de acuerdo con el grado o nivel de intensidad con que las ha experimentado en el último año. La respuesta se ofrece en un rango del 1 al 3, donde 1 significa *escasamente*, 2 *moderadamente* y 3 *intensamente*. Este instrumento ha presentado adecuados niveles de confiabilidad evaluados a partir del alfa de Cronbach ($\alpha=.81$) y estabilidad temporal para la

población cubana (Fernández-Castillo, Camejo, Rodríguez-Martín, Grau-Ábalo, & Grau, 2014; Fernández-Castillo et al., 2013) (Anexo 5.2).

Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios (Fernández-Castillo, Molerio, Herrera, & Grau, en prensa; Fernández-Castillo & Molerio, 2015): Permite evaluar los factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios. Cuenta con 38 ítems que se responden a partir de una escala Likert del 1 al 5. En esta escala el tres se considera una respuesta neutra mientras que las respuestas 1- 2 y 4-5 representan respuestas positivas o negativas en correspondencia con el contenido de los ítems. En el presente estudio mostró adecuados niveles de confiabilidad ($\alpha=.93$) (Anexo 5.3).

Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016): Su objetivo es evaluar la percepción de riesgo que sobre el consumo de alcohol poseen los estudiantes universitarios, permitiendo una comprensión de la configuración dinámica de sus componentes fundamentales. Consta de 36 ítems. Se estructura a partir de una escala de 1 a 5, donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y 5 es siempre o totalmente de acuerdo. En el presente estudio mostró adecuados niveles de confiabilidad ($\alpha=.95$) (Anexo 5.4).

Cuestionario para la identificación de trastornos asociados con el alcohol (AUDIT) (Babor et al., 2001): Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método para la evaluación breve del consumo de alcohol. Los ítem utilizados en el presente estudio mostraron adecuados niveles de confiabilidad ($\alpha=.80$) (Anexo 5.5).

2.2.4 Procedimientos

La investigación responde a las líneas del proyecto institucional “Metodología para la promoción de salud y el desarrollo personal desde un Centro de Bienestar Universitario” (código 9810) y de manera particular, al Programa Nacional de Prevención del uso indebido

de drogas que implementa el Ministerio de Educación Superior. Por la temática que se aborda fue necesario solicitar el consentimiento del Rector e informar sobre las particularidades de la misma a los miembros de la Comisión Universitaria de prevención, así como a los Responsables de prevención de las facultades que participarían en el estudio (Anexo 4, a).

La selección de los estudiantes se realizó de manera aleatoria. Se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica. Los participantes recibieron las instrucciones por parte de los miembros del equipo de investigación, previamente capacitados. Se les informó sobre el objetivo del estudio y la confidencialidad de la información obtenida. Se solicitó su consentimiento informado (APA, 2010). Posteriormente se procedió a la cumplimentación de los instrumentos. El tiempo de aplicación no excedió los 30 minutos.

2.2.5 Análisis de los datos

Los datos fueron importados al SPSS, versión 15 para Windows. Se utilizaron métodos paramétricos y no paramétricos (Grau, 1994). Se realizó un análisis descriptivo univariado de todos los cuestionarios utilizados. De igual forma, se realizaron análisis multivariados, específicamente el procedimiento de conformación de conglomerados en dos pasos (TSC, por sus siglas en inglés, Two Step Clustering) con un criterio bayesiano de información que determina el número óptimo de conglomerados a formar (Chiu, Fang, Chen, Wang, & Jeris, 2001; Zhang, Ramakrishnon, & Livny, 1996). Y el análisis categórico de componentes principales (CATPCA, por sus siglas en inglés, Categorical Principal Component Analysis) (Barlow, Bartholomew, Bremner, & Brunk, 1972; Cliff, 1966; De Leeuw, Young, & Takane, 1976; Kruskal, 1964; Max, 1960; Pratt, 1987; Ramsay, 1989).

Todos los análisis de componentes principales se basan en estudios algebraicos rigurosos de valores propios (Wilkinson, 1965) e incluyen siempre un análisis de la confiabilidad mediante

el alfa de Cronbach. Se elaboraron árboles de clasificación (CHAID, por sus siglas en inglés, Chi-squared Automatic Interaction Detection), para determinar la posible relación de las variables exploradas mediante los diferentes cuestionarios y sus interacciones con los conglomerados previamente formados con análisis no supervisado (Breiman, Friedman, Olshen, & Stone, 1984). Para identificar las relaciones entre las diferentes variables de estudio se utilizó el test exacto de Fisher. En general, se considera que hay diferencias significativas si el valor de significación (p) es menor que .05.

2.3 Descripción de la Etapa II

2.3.1 Selección de la muestra

Teniendo en cuenta las tareas científicas de esta etapa orientada al diseño de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Las diferentes muestras utilizadas se representan en la Figura 3 y se describen en el próximo apartado.



Figura 3: Muestras utilizadas en la Etapa II
Fuente: Elaboración propia

2.3.2 Participantes

Teniendo en cuenta los resultados de la Etapa I de la investigación se contó con la participación de 13 agentes educativos (3 responsables de prevención, 3 profesores guías, 3 profesores principales de año académico, 3 instructores educativos y un especialista del Centro de Bienestar Universitario). Su selección se realizó de forma intencional teniendo en cuenta los siguientes *criterios de inclusión*:

- Estar vinculado directamente al trabajo educativo con los estudiantes de primer año de las carreras de Ingeniería Mecánica, Ingeniería Automática e Ingeniería Agrícola.

- Ofrecer su disposición a participar en la investigación.

En cuanto a la composición de acuerdo con el sexo la muestra quedó conformada por 8 representantes del sexo masculino y 5 del sexo femenino. Los años de experiencia en esta labor estuvieron en el rango de 3 a 22 años.

Se trabajó con los 77 estudiantes seleccionados para participar en la próxima etapa de la investigación. Las particularidades de su selección se describen en el *Apartado 2.5.1 Selección de la muestra Etapa III*

La estrategia psicoeducativa diseñada se sometió a un proceso de evaluación por parte de los especialistas en el tema. Para su selección se realizaron visitas a diferentes Centros de Salud Mental, Centros de Educación Superior de la provincia, asumiendo los siguientes *criterios de inclusión*:

- Tener formación profesional en Psicología, Ciencias Médicas o en Ciencias Pedagógicas.
- Tener experiencia profesional en el abordaje de la temática del consumo de alcohol y/o en la promoción de la salud y/ o prevención.
- Ofrecer el consentimiento en participar de la investigación.

En cuanto al tamaño de la muestra se asumieron los criterios de Crespo-Borges (2007) cuando plantea gráficamente la relación existente entre la cantidad de especialistas y el margen de error, en tanto estos son menores a medida que aumenta el número de especialistas. Por ello, se plantea un número entre 15-20 especialistas esperando un margen de error mínimo de 4 a 2 por ciento (Crespo-Borges, 2007).

La muestra quedó conformada por 15 especialistas de diferentes centros laborales, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (11 especialistas), Atención Primaria de Salud (2 especialistas) y Centros de Salud Mental (2 especialistas) del municipio de Santa

Clara. En todos los casos contaban con experiencia profesional en el trabajo grupal y en el abordaje de la temática del consumo de alcohol (100%). En cuanto a este último criterio, el 40% de los especialistas evalúan de 7 puntos su nivel de experiencia en el abordaje de la problemática del consumo de alcohol. Otro 40% atribuyen una puntuación de 8 puntos y un 20% de los especialistas lo evaluaron en 9 puntos

Tabla 3: Caracterización de la muestra de especialistas

Formación Profesional	Grado Científico	Años de experiencia profesional
Psicología (10)	Máster (4)	Menos de 10 (3)
Psiquiatría(2)		10-20 (4)
Psicopedagogía(3)	Doctor (11)	Más de 20 años (8)

Fuente: Procesamiento estadístico de datos

2.3.3 Instrumentos de evaluación utilizados

Análisis de documentos: La revisión y el análisis de documentos es importante en las investigaciones para obtener una información inicial que permita la elaboración del diseño investigativo. Este procedimiento se emplea para analizar todo material normativo concebido formalmente a nivel organizacional en sus diversos formatos y soportes, para luego enfrentarlos con la práctica. También puede ser fuente complementaria o de comprobación de datos obtenidos por otros métodos y/o instrumentos (Álvarez, Pedraza, & Molerio, 2012; Dulzaides & Molina, 2004). En este caso los documentos consultados fueron:

- Programa Nacional de Prevención de uso indebido de drogas (2014-2020) del Ministerio de Educación Superior.
- Plan de Acciones para la prevención de uso indebido de drogas. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (cursos 2013-2014, 2015-2016, 2016-2017)
- Carpeta de la Comisión de Prevención de las facultades implicadas en el estudio.

- Artículos publicados en esas bases de datos entre los años 2000 y 2016, cuyo tópico central fuese la propuesta y/o implementación de intervenciones preventivas en jóvenes, especialmente en contextos universitarios.

Entrevista semiestructurada: Permite explorar comportamientos, experiencias, opiniones, conocimientos u otros aspectos de personas o instituciones. Su objetivo consiste en descubrir en detalle el esquema de significados del entrevistado, llegando más allá de la superficie del tema de discusión (March, Prieto, Hernán, & Solas, 1999). En este caso se optó por la variante de entrevista semiestructurada, la cual parte de preguntas abiertas a partir de un guión previamente preparado y se aplicó a los diferentes agentes educativos para identificar las principales características que, de acuerdo con sus valoraciones, debe tener una estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios (Anexo 5.6)

Encuesta sobre necesidades psicoeducativas para la prevención del consumo de alcohol: Se parte de la propuesta efectuada por (Rodríguez- Martínez & Molerio, 2009). Esta encuesta tiene como objetivo evaluar las necesidades psicoeducativas que tienen los jóvenes universitarios respecto al consumo de alcohol. También se propone explorar sugerencias y recomendaciones para las actividades de prevención en este ámbito. Para ello han sido estructuradas 7 preguntas (Anexo 5.7).

Cuestionario para la evaluación de la estrategia por los especialistas: El cuestionario se elaboró para los propósitos de esta investigación con el objetivo de evaluar la pertinencia y suficiencia de la estrategia psicoeducativa diseñada. El cuestionario cuenta con 9 ítems que evalúan indicadores de pertinencia y suficiencia del programa, los cuales se especifican posteriormente. Previamente los especialistas revisaron detenidamente la estrategia y

emitieron un valor a cada uno de los aspectos que se incluyen en el cuestionario a partir de una escala de 1 a 5, donde 1 es muy bajo y 5 muy alto. El cuestionario también permite recoger valoraciones cualitativas y recomendaciones para el mejoramiento del programa (Anexo 5.8).

2.3.4 Procedimientos

En esta etapa se procedió a diseñar la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Para ello, inicialmente se realizó una revisión de documentos normativos de la actividad preventiva en la universidad y de otras experiencias interventivas en este ámbito. La estrategia de búsqueda se organizó teniendo en cuenta las siguientes bases de datos: *Scielo.org* (por sus siglas en inglés, Scientific Electronic Library Online), *Psycinfo* y *Psicodoc*. Se realizó a partir de palabras clave como: “*programa preventivo*”, “*consumo de alcohol*”, “*jóvenes*”, “*estudiantes universitarios*” (en español e inglés). El protocolo para la recogida de la información tenía los siguientes campos: autores, año de publicación, tipo de metodología seguida, breve resumen de los objetivos, descripción de los participantes y principales resultados.

Posteriormente se intercambió con agentes educativos, entendiéndose a estos últimos, como el equipo de personas que influye en la educación de sus alumnos, que tienen la labor de preparar al estudiante para la vida (Mendoza, 2011). Las valoraciones de los responsables de prevención, profesores guías, profesores principales de año académico, instructores educativos y del especialista del Centro de Bienestar Universitario resultaron útiles para la identificación de fortalezas y debilidades, elementos que se tuvieron presente en el diseño de la estrategia psicoeducativa. Al igual que la información obtenida a partir de la encuesta de necesidades psicoeducativas aplicadas a los estudiantes. La propuesta diseñada se sometió a juicio de especialistas en este tema cuyas recomendaciones fueron analizadas y se tomaron en consideración para la próxima etapa de la investigación.

2.3.5 Análisis de los datos

Los datos fueron importados al SPSS, versión 15 para Windows. El procesamiento de los resultados de las valoraciones de los especialistas respecto a la pertinencia y suficiencia del programa se realizó utilizando la estadística descriptiva, esencialmente el análisis de frecuencia. Se utilizó, además, como recurso metodológico la triangulación para integrar y contrastar la información en diferentes modalidades: desde el punto de vista teórico como parte del proceso de valoración de intervenciones previas, se revisaron, analizaron y contrastaron teorías y estudios realizados sobre el tema, metodológicamente los temas investigados fueron explorados a través de diferentes técnicas como entrevistas y encuestas y se utilizaron diferentes fuentes como los propios estudiantes, profesores guías, profesores principales de año académico e instructores educativos.

2.4 Descripción de la Etapa III

2.4.1 Selección de la muestra

Los resultados de la primera etapa de la investigación permitieron identificar una mayor presencia de indicadores de riesgo respecto al consumo de alcohol, en los estudiantes pertenecientes a las carreras técnicas. Además, se considera necesario potenciar en estos jóvenes, los factores de protección y contribuir a adecuar la percepción de riesgo desde los primeros momentos de su entrada a la universidad. Realizar estas acciones, en el primer año de la carrera, permitirá que estos conocimientos y habilidades continúen consolidándose mediante las actividades que se desarrollan durante el proceso de formación en el resto de los años académicos. De esta forma, se favorece un mejor tránsito por la vida universitaria. Por tales motivos se establecieron los siguientes *criterios de inclusión*:

- Ser estudiante universitario de primer año en las carreras de Ingeniería Mecánica, Ingeniería Automática e Ingeniería Agrícola.
- Ofrecer consentimiento informado (Anexo 4, c)

Criterios de exclusión:

- Encontrarse recibiendo algún tipo de intervención psicológica y/o psiquiátrica

Criterios de salida:

- Deseo manifiesto de abandonar el estudio
- No completar los instrumentos de evaluación
- Cambio de carrera y/o universidad

2.4.2 Participantes

La muestra quedó conformada por 77 participantes, con una edad promedio $M=18.38$, $SD=.795$. El 89.9% perteneció al sexo masculino y el 11.1% al sexo femenino. El 100% de los estudiantes cursan el primer año, 22 pertenecen a la carrera de Ingeniería Mecánica, 43 cursan la carrera de Ingeniería Automática, y 12 a Ingeniería Agrícola. Estos 3 grupos se distribuyeron aleatoriamente en 2 subgrupos un grupo cuasi-experimental (GCE) y uno cuasi-control (GCC). En la Figura 4 muestra el proceso de conformación de la muestra en esta etapa.

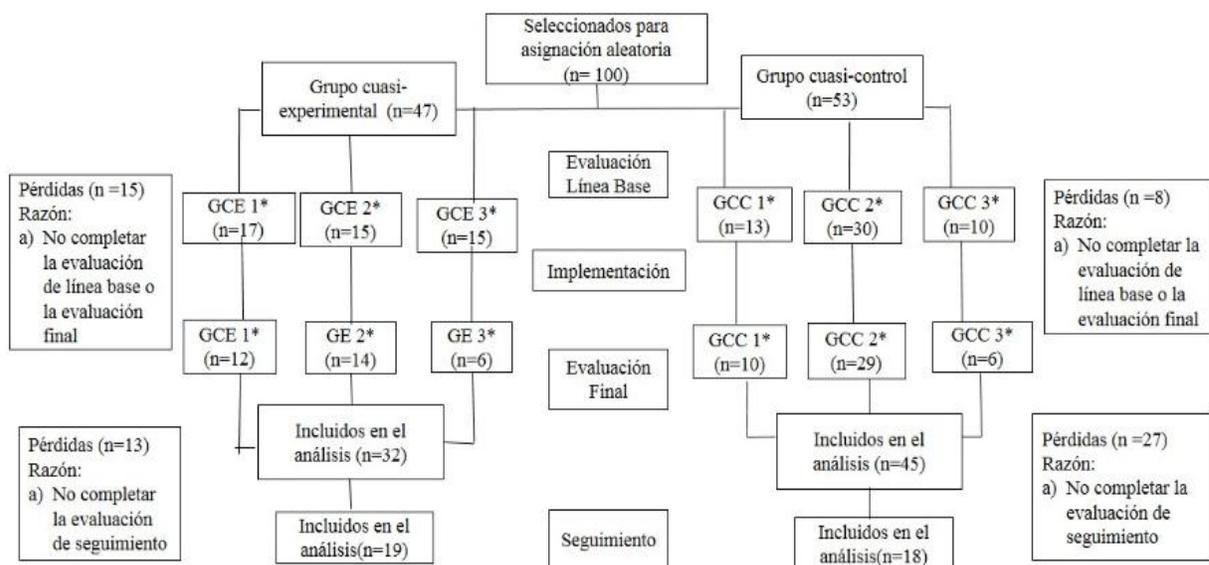


Figura 4: Diagrama de flujo de los participantes en cada una de las fases del cuasi-experimento. Fuente: Adaptado de *Reporting Standards for Research in Psychology* (APA, 2008).

Leyenda: GCE 1*= Grupo Experimental Ingeniería Mecánica GCC 1*= Grupo Control Ingeniería Mecánica; GCE 2*= Grupo Experimental Ingeniería Automática, GCC2*= Grupo Control Ingeniería Automática; GCE 3*= Grupo Experimental Ingeniería Agrícola, GCE 3*= Grupo Control Ingeniería Agrícola.

2.4.3 Instrumentos de evaluación utilizados

Se retoman los siguientes instrumentos utilizados en la Etapa 1 de la investigación:

- Autorreporte Vivencial
- Cuestionario sobre percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios.
- Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios
- Cuestionario para la identificación de trastornos asociados con el alcohol (AUDIT)

Se incorporan otros instrumentos que permiten explorar otras variables de interés en esta etapa:

Entrevista estructurada de línea base: Formato recomendado por diferentes autores (Márquez, 2005; Rodríguez-Martín, 2013), de estructura similar a un cuestionario pero supone la presencia de un entrevistador (León & Montero, 2011). En el caso de la presente investigación se utilizó para registrar datos sociodemográficos y generales de los participantes, la edad de inicio y características generales de su consumo, el consumo familiar y las expectativas para participar en el estudio (Anexo 5.9).

Encuesta de satisfacción de usuarios: Se dirigió a explorar la valoración que tenían los estudiantes que participaron en la aplicación de la estrategia. Se construyó a partir de preguntas abiertas y cerradas orientadas a evaluar indicadores como: el nivel de logro de las expectativas, la satisfacción con el trabajo en grupo, con las sesiones y los diferentes recursos empleados y con la labor del facilitador (Anexo 5.10).

Entrevista semiestructurada: Se orientó a explorar las valoraciones de los facilitadores sobre el proceso de implementación de la estrategia, la calidad del manual de implementación y sus recomendaciones fundamentales (Anexo 5.11).

Grupo focal: Técnica que resulta útil para el estudio de actitudes y experiencias de los participantes (Hamui-sutton & Varela-Ruiz, 2013). Su interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo, atendiendo a ello se utilizó para la evaluación de seguimiento de los participantes con el objetivo de identificar los principales cambios generados a partir de la estrategia (Anexo 5.12).

2.4.4 Procedimientos

La preparación y el entrenamiento de los facilitadores, previo al inicio de la implementación de la estrategia, tuvo lugar a partir de la realización de cuatro sesiones de trabajo, con una duración de 60 minutos, teniendo en cuenta que eran estudiantes de quinto año de la carrera de psicología formados como promotores pares por el Centro Provincial de Educación para la Salud de Villa Clara. Se les sensibilizó con la importancia de trabajar este tema en el contexto universitario y se ofreció información actualizada sobre el consumo de alcohol. Fueron presentados los objetivos de la investigación y los fundamentos teórico-metodológicos de la estrategia. Se les entregaron los materiales psicoeducativos, el Manual de aplicación y los instrumentos de evaluación, explicándoles su forma de calificación. De igual forma, se utilizó la modelación de algunas de las técnicas que formaban parte de la estrategia.

En esta etapa se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes con dos niveles (presencia y ausencia de la estrategia) (Shaughnessy & Zechmeister, 1985). El diseño de esta tercera etapa quedó compuesto por tres fases que se representan en la Figura 5.

En la primera fase se contactó con los Responsables de prevención de las facultades seleccionadas para participar en esta etapa de la investigación. Posteriormente se contactó con los profesores principales de año académico y profesores guías de los grupos seleccionados, teniendo en cuenta los criterios de selección previamente definidos (ver apartado 2.5.1 *Selección de la muestra*). Se les explicó el objetivo y las características de la investigación. A

los estudiantes que participaron en esta etapa se les pidió su consentimiento para participar en el estudio (Anexo 4, c) y se procedió a realizar la evaluación de línea base. Posteriormente se conformaron aleatoriamente el grupo cuasi-experimental y el grupo cuasi-control. Este procedimiento se realizó en las tres carreras seleccionadas.



Figura 5: Fases de la investigación en la Etapa III

Leyenda: ELB= Evaluación de Línea Base; E1= Evaluación final (2 meses); Fase 1= Evaluación de línea base; Fase 2= Introducción de la variable independiente; Fase 3= Evaluación final y de seguimiento
Fuente: Elaboración propia

En la segunda fase se comenzó a implementar la estrategia psicoeducativa con el grupo cuasi-experimental. Se trabajó con una frecuencia semanal y una duración de 90 minutos durante 2 meses. Cada uno de los subgrupos fue coordinado por tres investigadores que recibieron una preparación previa. El grupo cuasi-control continuó recibiendo las actividades educativas tradicionales orientadas por la universidad y desarrolladas por el profesor guía. En este sentido, es válido destacar que estas actividades se realizaran con la misma frecuencia que las sesiones desarrolladas con el grupo cuasi-experimental y se controló la asistencia de los miembros del grupo cuasi-control a este espacio de trabajo educativo. Al concluir la implementación de la estrategia psicoeducativa se aplicó la evaluación final a ambos grupos y la evaluación de seguimiento se realizó dos meses después de haber concluido la intervención.

2.4.5 Análisis de los datos

Para analizar los resultados del cuasi-experimento se utilizó tanto la *prueba t* para muestras relacionadas y para muestras independientes, permitiendo la comparación de medias, en un

intervalo de confianza del 95% y un valor de significación $p < .05$. La evaluación final y de seguimiento se complementó con un análisis del tamaño de efecto (d), permitiendo analizar la relevancia de la diferencia encontrada. En este sentido, se asumen las orientaciones ofrecidas por Cohen (1988 citado en Morales-Vallejo, 2012) donde valores de d cercanos a .20 puede considerarse un tamaño de efecto *pequeño*, valores cercanos a $d = .50$ (*moderado*) y a $d = .80$ (*grande*).

Se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA) con el objetivo de identificar las dimensiones de mayor influencia sobre la variable dependiente. De igual forma se realizaron análisis de correlaciones (*r de Pearson*) entre todas las variables contempladas en el estudio buscando posibles interrelaciones entre ellas. En el caso de las variables cualitativas el análisis se realizó utilizando la estadística descriptiva, a través de tablas de contingencia y del análisis de χ^2 . Al igual que en las etapas anteriores se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 15 para Windows.

Las hipótesis estadísticas que guiaron estos análisis fueron las siguientes:

H₀: La estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol no resulta efectiva para adecuar la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

H₁: La estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol resulta efectiva para adecuar la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

2.5 Operacionalización de variables

Variable independiente

- *Estrategia psicoeducativa para la prevención respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios*: Sistema de acciones educativas dirigidas a adecuar la

percepción de riesgo, por lo que sus directrices se proyectan a fomentar la capacidad de los estudiantes universitarios de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias del consumo de alcohol. Por lo que se dirige a estimular los mecanismos de autorregulación de los estudiantes universitarios que propicien una reducción de los comportamientos de riesgo asociados al consumo de alcohol y estimule la necesidad de asumir comportamientos saludables, a través de seis sesiones de trabajo grupal en las que se implementa un sistema de técnicas y recursos psicoeducativos.

Variable dependiente

- *Percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol:* Se expresa en la capacidad del joven de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias del consumo de alcohol, en función de la cual se conforman los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir este comportamiento y asumir comportamientos saludables (Adunola & Molerio, 2014; Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016; Fernández-Castillo, Molerio, & Ubalde, 2016).
- *Adecuada:* Se expresa cuando se evalúan de manera acertada y objetiva los riesgos que implica el consumo de alcohol, configurándose mecanismos de autorregulación que favorecen la aparición de conductas de evitación y rechazo ante el consumo y la adopción de comportamientos saludables.
- *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, aparecen dificultades en los mecanismos de autorregulación y se adopta de forma no sistemática este comportamiento de riesgo.

- Inadecuada: Se expresa cuando la persona no percibe riesgos en torno a la problemática del consumo de alcohol o lo perciben en los otros pero no en sí mismos, no logra autorregularse ante situaciones de consumo, lo cual favorece la adopción frecuente de este comportamiento de riesgo.

Se configura a partir de tres dimensiones:

- *Dimensión informativo-valorativa*: Se expresa en el nivel de conocimientos que posee la persona sobre los riesgos asociados a determinados comportamientos, las consecuencias negativas inmediatas y mediatas que puede provocar el mismo, y la valoración que hace la persona respecto a esos conocimientos.
- *Dimensión afectivo-motivacional*: Se refiere a la vulnerabilidad percibida, la postura del sujeto de aceptación o rechazo en relación con el consumo o incluso en la búsqueda de nuevos elementos que le permitan definir su intención con relación a la misma. Está mediatizada por el dominio de conocimientos, 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.
- *Dimensión intencional-conductual*: Se refiere a la capacidad de autorregulación del comportamiento hacia la adopción o no de comportamientos saludables, o bien la proyección de una intención futura con relación al mismo.

Variables aleatorias: Fueron evaluadas en el marco de la investigación y se muestran en la Tabla 4. Son aquellas que, en calidad de mediatizadoras, pueden ser modificadas a partir de la influencia de la variable independiente sobre la dependiente.

- *Factores de protección*: Característica individual, relacional y/o social que reducen la probabilidad del uso y/o abuso de alcohol (Becoña, 2002).

- Autoestima: Valoración que el sujeto realiza de la imagen de sí mismo (García del Castillo, 2015; Moral, Ovejero, Sirvent, & Rodríguez, 2005).
 - Autoeficacia: creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados (Bandura, 1997).
 - Habilidades sociales: Capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una relación interpersonal. Dentro de estas se encuentran: las habilidades comunicativas o relacionales, la asertividad y las habilidades de resolución de conflictos (Londoño & Valencia, 2008; Miranda-Zapata et al., 2014).
 - Capacidad para tomar decisiones: Entendida como el proceso donde se identifica y analiza el problema y se buscan alternativas y se selecciona una, teniendo en cuenta los posibles resultados y sus consecuencias en el presente y el futuro (Tversky & Kahneman, 1981).
 - Optimismo: Expectativas positivas con respecto a los eventos futuros (Carver & Scheier, 2002).
 - Resiliencia: Capacidad para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas (Grotberg, 2003).
 - Satisfacción del estudiante con el contexto universitario a partir de sus valoraciones sobre la repercusión que ha tenido la vida universitaria para su desarrollo personal.
- *Factores de riesgo*: Todas aquellas particularidades o características de naturaleza biológica, psicológica o social que posibilitan que un individuo incurra en alguna conducta riesgosa (Pedraza, Molerio y Álvarez, 2012). En este sentido, se tiene en cuenta el pobre desarrollo de los factores de protección anteriormente descritos. Y en el caso específico de la presente investigación se tienen en cuenta las siguientes características asociadas al consumo de alcohol:

- *Edad de inicio de consumo*: Edad cronológica con que se inicia el consumo de alcohol.
- *Motivo de consumo*: Móviles atribuidos al consumo de alcohol.
- *Policonsumo*: Consumo de otras drogas de forma simultánea como tabaco, café, medicamentos.
- *Patrones de consumo familiar*: Consumo de alcohol en el contexto familiar, situaciones y miembros que consumen.
- *Consumo de alcohol*: Ingestión de bebidas que contienen alcohol en menor o mayor grado y frecuencia, en un espacio y tiempo determinado, puede provocar una serie de reacciones o consecuencias para el consumidor y en su relación interpersonal.
- *Consumo de riesgo*: Se explora la frecuencia y la cantidad de alcohol que se consume.
- *Consumo perjudicial*: Pérdida de control sobre el consumo y aumento de la relevancia del consumo y consumo matutino.
- *Síntomas de dependencia*: Sentimiento de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones relacionadas con el alcohol y preocupación de otros por el consumo.
- *Afectividad negativa*: Recoge síntomas de malestar general, ampliamente inespecíficos, que representan el grado en el que la persona experimenta diferentes estados aversivos (Robles & Páez, 2003; Watson et al., 1988). Se reconoce que el afecto negativo predispone a la persona a experimentar este tipo de emociones y, cuando ocurre un desajuste en la frecuencia e intensidad con que se experimentan, atenta contra la satisfacción vital y la calidad de vida (Fernández-Castillo, Molerio, Cruz, et al., 2016).
- *Expectativas de resultado*: Acción esperada, atribuible a la intervención que se recibe (Kirsch, 1985 citado en Rodríguez-Martín, 2013).

Variabes de control: Circunstancias externas que pueden influir en el resultado de la intervención, por lo que debe garantizarse que no varíen durante el estudio (Martin, 2008 citado en Rodríguez-Martín, 2013); aunque no fueron manipuladas por los investigadores sí resultaron controladas.

- *Investigador:* Se conoce que las características personales y la motivación del investigador hacia el estudio pueden interferir en los resultados de la investigación (Martin, 2008 citado en Rodríguez-Martín, 2013). El control se realizó asignando siempre más de un investigador por grupo, todos cumplieron las siguientes características: quinto año de la carrera de Psicología, índice académico igual o superior a 4.75 puntos, especialmente en la asignatura de Psicología de los Grupos y haber recibido entrenamiento previo a la intervención.
- *Año académico:* Se intencionó que los estudiantes que participaran en la investigación fueran del primer año, teniendo como premisa el principio de la intervención temprana.
- *Carrera:* Se orientó el trabajo con las carreras técnicas. Estas carreras mostraron indicadores de riesgo de consumo de alcohol según los resultados de etapas previas de la investigación.
- *Etapas del gráfico docente de la carrera en la que se encuentran los participantes:* Considerando que no estuvieran en exámenes o prácticas laborales.

2.6 Consideraciones éticas

En cada una de las etapas se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica. Durante su desarrollo se les brindó a los participantes toda la información necesaria sobre la investigación, obteniendo su consentimiento informado para cada una de las etapas y siguiendo las directrices para la prevención en Psicología (APA, 2014).

Tabla 4: Operacionalización de variables

	Factores		Instrumento	Ítems	Indicadores
Variable dependiente	Percepción de riesgo	Informativo	Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol	Informativa-Valorativa ítem 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Parcialmente adecuado • Inadecuado
		Motivacional-Conductual		Afectiva-Motivacional ítem 12-13-14-15-16-17-18-19-20-21	
				Intencional-Conductual ítem 22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36	
Variables aleatorias	Factores protectores		Cuestionario para la evaluación de factores protectores	Ítem 30-11- 6 - 29 -7-28 -16 -20 -24 -18 -5 -27 - 23 - 1 - 9 - 37 -13 -10 - 38 -22 - 3 -12 - 25 -35 - 19 -21 -36 -32	
	Factores de riesgo			Ítem 14-17-2- 4 -8- 15- 26 31 -33 -34	
			Entrevista Línea Base	Edad de inicio de consumo (Preg. 1)	
				Características de consumo de alcohol (Preg. 6, 7, 8, 9)	
				Policonsumo (Preg.10)	
	Consumo de alcohol		Cuestionario para la identificación de trastornos asociados con el alcohol	Consumo de riesgo (ítem 1,2,3)	Síntomas de dependencia (ítem 4,5,6)
Expectativas de resultado		Entrevista Línea Base	Preg.11		
Afectividad negativa		Autorreporte Vivencial	Rango (0-42)		

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Caracterización de la relación entre los factores de riesgo, factores protectores y percepción de riesgo en estudiantes universitarios respecto al consumo de alcohol

3.1.1 Exploración de los factores de riesgo y de protección

Se encuestaron 1377 estudiantes universitarios, en el rango de edades entre los 17 a 34 años ($M=20.3$, $SD=1.60$). La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de ($M= 15.81$, $SD= 1.983$). El 46.1% ($n= 635$) representó el sexo femenino y el 53.9% ($n = 752$) al sexo masculino. Al analizar las relaciones entre esta variable y la edad de inicio de consumo no se evidenciaron diferencias significativas ($p=.260$) según el U-Mann-Whitney. Este análisis permite concluir que el consumo de alcohol tiene sus inicios en la adolescencia tanto en los hombres como en las mujeres investigadas.

Se identificó que entre los principales motivos para la iniciación del consumo de alcohol se encuentran: imitación social (55.1%), la presión del grupo (7.5%) y el ambiente familiar (3.4%) y otros como la búsqueda de sensaciones (34.1%), este último aportado por los propios estudiantes. Los diferentes modelos teóricos que han intentado explicar la etiología del consumo de drogas (Becoña, 1999) han destacado la influencia negativa que pueden tener diferentes factores sociales en el inicio y mantenimiento del consumo (Aguilar et al., 2015; Bandura, 1999; Epstein, Griffin, & Botvin, 2008; Londoño & Valencia, 2008). Especial atención cobra en esta etapa el grupo de iguales, atendiendo a la relevancia que tiene para los jóvenes su integración a estos grupos. Además, se reconoce que la necesidad de independencia, autonomía y la búsqueda de nuevas sensaciones constituyen factores de riesgo que pueden favorecer el consumo (Ramos et al., 2010).

La influencia de la familia en el consumo de alcohol ha sido estudiada por diferentes autores (Guillén et al., 2015; Morell-Gomis, García del Castillo, Gázquez, & García del Castillo-López, 2011). En este primer momento de la investigación se identificó que el 56.8% declaran

que en el hogar no se consume y el 43.2% declaran que sí. Se evidenciaron diferencias entre los estudiantes consumidores y no consumidores ($p < .001$) en cuanto al consumo de esta droga en los hogares, mostrándose una tendencia a que el número de estudiantes consumidores sea mayor en las familias donde se consume. Estudios realizados han encontrado mayores niveles de consumo de alcohol en adolescentes cuyos padres consumen regularmente (Golpe et al., 2017). De igual forma, se ha evidenciado que el consumo familiar incrementa la probabilidad de beber alcohol en el estudiante universitario (Armendáriz et al., 2014).

Otro de los factores de riesgo que con frecuencia se ha asociado al consumo de drogas es la afectividad negativa (Dick et al., 2014; Veilleux, Skinner, Reese, & Shaver, 2014). Investigaciones realizadas en el contexto universitario han mostrado la importancia de su estudio (Fernández-Castillo, Molerio, Cruz, et al., 2016). Inicialmente se evaluó la intensidad con que los estudiantes encuestados experimentaban cada una de las vivencias negativas recogidas en el Autorreporte Vivencial. Los resultados del análisis descriptivo univariado permitieron identificar que los estudiantes investigados tienden a experimentarlas escasamente. Solo la ansiedad (43.8%) y la inquietud (44.8%) son experimentadas moderadamente por los estudiantes (Anexo 6.1, Gráfico 1). Este resultado es comprensible si se reconoce que la vida universitaria se caracteriza por la exposición constante a situaciones de evaluación (Duarte & Fernández-Castillo, 2015; García & Cano-Vindel, 2014; Vargas, Villarreal, Guevara, & Andrade, 2014).

Se evidencia que la tristeza es la emoción que mejor predice la agrupación de un estudiante universitario en el grupo de mejores o en el de peores resultados. Estos conglomerados se forman de acuerdo con la intensidad con que los estudiantes reportan la experimentación de las vivencias negativas estudiadas mediante el Autorreporte Vivencial (Anexos 6.2 y 6.3). Le sigue de la angustia, la cual se relaciona con el componente somático de la ansiedad, donde

son mayores los niveles de activación fisiológica (Tortella-Feliu, 2014). La identificación de estos predictores resulta un elemento a tener en cuenta en el diseño de la estrategia de intervención.

Siguiendo esta misma lógica en el análisis, se procedió a la exploración de los factores protectores y/o de riesgo. La Tabla 5 agrupa las respuestas ofrecidas por los estudiantes encuestados, presentándose los porcentajes de respuestas positivas y negativas. Se organiza la información teniendo en cuenta el área y el factor que se explora. Este análisis permitió identificar la presencia de factores protectores en la muestra estudiada con predominio de respuestas positivas.

El análisis de conglomerados en dos fases permitió identificar la presencia de tres grupos de estudiantes (Anexo 6.4). El primer grupo quedó integrado por 209 estudiantes quienes, a partir de las respuestas ofrecidas en el cuestionario, mostraron una situación más favorable en cuanto al desarrollo de los factores protectores. El segundo conglomerado (n=690) presentó resultados intermedios y el tercero agrupó a los estudiantes (n=468) con un menor desarrollo de estos factores de protección (Anexo 6.4). En la Tabla 5 se muestran las dos dimensiones encontradas mediante el análisis factorial. Se alcanza de forma general un alto índice de confiabilidad $\alpha=.93$. La primera dimensión resulta la más confiable $\alpha=.89$ mientras que la segunda aporta un alfa de Cronbach de 0.59, que no es despreciable.

Tabla 5: Descriptivos univariados y cargas factoriales de los ítems pertenecientes a cada uno de los factores protectores y/o de riesgo explorados

Área	Factor protector	Ítems *	% Respuestas		Dimensiones y cargas factoriales	
			+	-	1	2
Personal	Autoestima	(2) Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	51.3	34.1		.490
		(8) Tiendo a pensar que soy un fracasado.	86.2	6.8		.471
		(16) Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a.	79	9.4	.553	
		(20) En general estoy satisfecho conmigo mismo/a.	77.1	9.1	.553	
	Autoeficacia	(1) Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	89.1	3.2	.506	
		(11) Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	64.9	10.5	.619	
	Habilidades Sociales	(4) Me cuesta trabajo hablar cuando hay mucha gente	47.4	36.3		.474
		(14) Siento temor empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente	41.9	38.4		.505
		(17) Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco	45.2	35.4		.499
		(21) Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as	48.8	27.9	.385	
(23) Me gusta decirle a una persona que estoy muy satisfecho/a por algo que ha hecho		73.1	11.9	.508		
Cognitiva	Toma de Decisiones	(5) Considero todos los factores para tomar una decisión ante un problema	72.2	9.7	.521	
		(7) Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante	72.8	8.6	.576	
		(9) Al tomar una decisión, cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	63.0	15.1	.503	
		(36) Generalmente no analizo cómo mis decisiones actuales pueden afectar mis metas futuras.	52.0	28.6	-.377	
Emocional	Optimismo	(15) No espero que cosas buenas me sucedan	65.8	19.6		.374
		(24) En tiempos de incertidumbre, tiendo a pensar que me va a ocurrir lo mejor	56.1	17.8	.536	
		(25) Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	50.5	26.6	-.427	
		(26) Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) de que me pasará	63.5	17.7		.428
		(29) Siempre soy optimista en cuanto al futuro	79	8.4	.596	
	Resiliencia	(3) Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente	44.6	28.3	.454	
		(6) Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	86.1	5.1		.596
		(10) No me desanimo fácilmente ante el fracaso	53.5	25.8	.478	
		(12) Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico	54.9	25.8	.442	
		(13) Puedo enfrentarme a cualquier cosa	91.1	14.7	.493	
(18) Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	87.2	4.7				
(22) Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades	73.9	10.0	.465			

Capítulo III: Análisis de los resultados

		(27) Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado	61.2	18,5	.532	
		(28) Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios	77.8	8.0	.518	
		(30) Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales	77.6	7.0	.690	
Social	Satisfacción personal con el contexto universitario	(31) Las demandas académicas de la universidad a menudo me estresan	19.7	60.1		.396
		(32) Siento que me puedo acercar a mis profesores para conversar sobre cualquier problema que tenga	38.0	38.6	.373	
		(33) Desde que ingresé en la universidad me he alejado de mis padres, incluso afectivamente	76.1	15.1		.283
		(34) Considero que la oferta de actividades recreativas de la universidad es muy limitada	24.1	58.7		.163
		(35) Para mí la vida universitaria ha significado un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	86.7	6.5	.425	
		(37) Aunque paso mucho tiempo en la universidad, comparto mis logros y dificultades con mis padres	78.9	11.0	.434	
		(38) Si tuviera que evaluar el grado satisfacción que experimento como estudiante universitario lo ubicaría en el nivel...	78.9	11.0	.470	

Leyenda: * el número que aparece dentro del paréntesis es el que ocupa el ítem en el cuestionario

Atendiendo a los resultados de este análisis, se puede concluir que la primera dimensión está constituida por los ítems que exploran la presencia de los factores protectores, donde se destacan: la resiliencia, el optimismo, el proceso de evaluación y toma de decisiones, la autoestima y las habilidades sociales fundamentalmente.

En tanto, en la dimensión dos, se agrupan los ítems que denotan poco desarrollo en estos factores de protección y que pudieran ser considerados como factores de riesgo. Dentro de esta última, se destacan aquellos que indagan sobre el pobre desarrollo de las habilidades sociales, la baja autoestima, el pesimismo, la presencia de estrés académico, el alejarse de los padres a partir de la entrada a la universidad y la percepción de que existe una oferta recreativa limitada. Estos factores de protección y su capacidad predictiva ante determinadas conductas en jóvenes ha sido reportado por diferentes investigaciones (Delgado, 2015; Epstein, Bang, & Botvin, 2007; García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez, & Marzo, 2013; García del Castillo, 2012; García-Soriano, Belloch, & Castañeiras, 2010; Gaxiola, González-Lugo, & Gaxiola-Villa, 2013; Jiménez et al., 2014; Londoño & Vinaccia, 2005; Quiceno et al., 2014; Salanova, Martínez, Bresó, Llorens, & Grau, 2005).

El análisis de varianza multifactorial realizado entre las dos dimensiones identificadas y los clústeres previamente formados, mostró según la Traza de Hotelling una diferencia altamente significativa esperada entre los clústeres ($p < .001$). Al analizar los resultados de las pruebas de efecto intersujetos, específicamente el nivel de significación y coeficiente de determinación (R^2) se evidencia que la primera dimensión que explora, según el análisis anterior, los factores protectores, expresa una mayor proporción de varianza explicada por los clústeres identificados ($p < .001$, $R^2 = .732$). La segunda dimensión, orientada a los factores de riesgo muestra una proporción menor ($p < .001$, $R^2 = .120$), resultados que resultan congruentes con el objetivo hacia el cual se dirige el cuestionario.

Los resultados del árbol de clasificación permitieron determinar la posible relación de los factores protectores y sus interacciones, con los clústeres previamente formados por el análisis no supervisado (Anexo 6.5). Se obtuvo más de un 70% de buena clasificación (Anexo 6.5, Tabla 16) El ítem que mejor predice la agrupación de los estudiantes en el clúster de mejor resultado, en el de peor y en el de resultados intermedios es el ítem 30 *Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales*, seguido de los ítems: (7) *Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante*, (28) *Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios*, (16) *Creo que tengo motivos para sentirme orgulloso* y (11) *Si me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer*.

3.1.2 Características de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Para el análisis de las características de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol se consideró necesario tener en cuenta, inicialmente, las valoraciones de los estudiantes universitarios sobre este tema, elemento que se abordó a partir de una de las tareas científicas de la primera etapa de la investigación y donde emergieron categorías como: conocimientos, creencias, motivaciones, experiencias personales y experiencias cercanas y actitudes (Martín-Jiménez, Severina, Molerio, & Fernández-Castillo, 2014). Estas valoraciones resultaron de utilidad en el proceso de elaboración del constructo, así como en la construcción de los ítems que formarían parte del Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016).

El análisis de los resultados de la aplicación de este cuestionario en una muestra de 1377 estudiantes universitarios permitió identificar las características fundamentales de la

percepción de riesgo. Se realizó un análisis de los valores medios de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems. Estos resultados se presentan en la Tabla 6. Los ítems que tributan a la dimensión informativo-valorativa, obtuvieron puntuaciones superiores con relación a los demás ítems, evidenciando conocimientos generales sobre el alcohol, sus riesgos y las consecuencias asociadas a su consumo por parte de los estudiantes. No obstante, se encuentran ítems que obtuvieron medias inferiores, como es el caso del ítem 10 que evalúan la información que se tiene respecto a quién y dónde dirigirse en caso de decidir abandonar el consumo, el ítem 11 que explora la percepción que tiene el estudiante de que cuenta con los recursos suficientes para dejar de beber alcohol una vez decidido y el ítem 12 que se refiere a la asociación de sucesos relacionados con personas alcohólicas que ha conocido y el rechazo al consumo de alcohol.

En esta misma tabla se muestran los resultados del CAPTCA y las cargas factoriales de cada uno de los ítems del cuestionario. La solución con dos dimensiones alcanzó de forma general un alto nivel de confiabilidad ($\alpha=.951$). La primera dimensión, que se identifica mediante esta técnica multivariada, integra dos componentes importantes de la percepción de riesgo: el componente afectivo-motivacional y el intencional-conductual y resultó ser la más confiable ($\alpha=.911$). En tanto la segunda se corresponde con la dimensión informativo-valorativa descrita anteriormente, mostrando un Alfa de Cronbach de .80, que puede considerarse elevado. Resulta necesario aclarar que el orden con que se presentan estas dimensiones en este apartado, se justifica a partir de los resultados del análisis factorial, sin entrar en contradicción con la definición teórica ofrecida en los capítulos anteriores.

La dimensión motivacional-conductual mostró resultados más heterogéneos. Como tendencia general no siempre los estudiantes experimentan contradicciones en relación con el consumo

(ítems 16 y 17), lo que se convierte en un factor de riesgo o elemento propiciador del mismo. Además, se evidencian dificultades en buscar información especializada para dejar de consumir (ítem 27), en evitar situaciones que precipiten el deseo de consumir alcohol (ítem 28), en poner en práctica acciones para dejar de beber con inmediatez (ítem 29) y en proponerse dejar de consumir (ítem 30-32-33-34).

De forma general, se identifican dificultades en la conformación de los mecanismos de autorregulación para evitar, reducir o eliminar el consumo por parte de los estudiantes, pues aun cuando poseen un dominio adecuado de conocimientos sobre los riesgos y consecuencias negativas asociadas y una actitud de rechazo con relación al mismo, no logran una regulación efectiva en el control de su consumo.

Teniendo en cuenta estos resultados individuales, se realizó un análisis de conglomerados que identificó tres grupos (Anexo 6.6). La mayor parte de los estudiantes se agrupan en el clúster 1 que se corresponde, según las respuestas ofrecidas en el cuestionario, con niveles parcialmente adecuados de percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol. Este grupo se caracteriza por reconocer los peligros asociados al consumo de alcohol pero no poseer un convencimiento real del problema, lo que suscita un bajo nivel de rechazo al mismo y la adopción no sistemática del comportamiento de riesgo. El grupo que le sigue es el clúster 2 y agrupa a los estudiantes con niveles inadecuados de percepción de riesgo, que no perciben los mismos o los perciben en los otros pero no en sí mismos, no logran autorregularse ante situaciones de consumo lo que favorece la adopción frecuente del consumo de alcohol como comportamiento de riesgo. El clúster 3 está integrado por los estudiantes con niveles adecuados de percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol. Este grupo se caracteriza por evaluar de forma acertada y objetiva los riesgos, condicionándose así la aparición de conductas de evitación y rechazo ante el consumo (Anexo 6.6).

El análisis de varianza multifactorial evidencia, según la Traza de Hotelling, diferencias altamente significativas esperada entre los clúster ($p < .001$). Al analizar los resultados de las pruebas de efecto intersujetos, se muestra que la primera dimensión que explora, la dimensión motivacional-conductual, expresa una mayor proporción de varianza explicada por los clústeres identificados ($p < .001$, $R^2 = .58$). La segunda dimensión, que explora el componente informativo muestra una proporción menor ($p < .001$, $R^2 = .354$). Este análisis ratifica la importancia que tiene la interrelación entre los componentes afectivo-motivacional e intencional-conductual en la adecuación de la percepción de riesgo. En estrecha relación con ello se identificó, a partir de las interacciones detectadas en el árbol de clasificación que el principal predictor se corresponde con el ítem 21 que explora la disminución del consumo a partir del convencimiento personal sobre los riesgos que tiene para los diferentes ámbitos de la vida del estudiante (Anexo 6.7, Tabla 22). De forma general, se obtiene más de un 84.4 % de buena clasificación lo cual se considera satisfactorio.

Por lo tanto, el análisis de estos resultados permite concluir que la percepción de riesgo se configura a partir de la interrelación entre estos componentes. Estos últimos se agrupan en dos factores, siendo el motivacional-conductual relevante para intervenir en la adecuación de la percepción de riesgo. Los estudiantes universitarios tienden a subestimar los riesgos asociados al consumo de alcohol, al considerarse poco vulnerables. Es por ello que se considera necesario potenciar el conocimiento de sí mismo y de los patrones de consumo personal, siendo este, un paso fundamental para la regulación consciente del comportamiento (Cabrejas, 2013; García del Castillo, Gázquez Pertusa, López-Sánchez, & García del Castillo-López, 2012; González-Iglesias et al., 2014).

Tabla 6: Descriptivos univariados de los ítems pertenecientes a cada uno de las dimensiones de la percepción de riesgo identificadas

Ítems	Dimensiones		Descriptivos	
	1	2	M	SD
1. Poseo información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros)		.452	4.75	.765
2. Tengo información de que el alcohol constituye una droga con potentes efectos adictivos		.524	4.84	.579
3. Me percato de que el consumo de alcohol tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar		.509	4.79	.741
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)		.568	4.74	.828
5. Reconozco que el alcoholismo puede propiciar que sea rechazado por parte de otros (familiares, amigos, e incluso desconocidos)		.541	4.71	.831
6. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero no me considero en riesgo de experimentarlos y/o sufrirlos	-.299		4.11	1.425
7. Conozco que el alcoholismo puede afectar la vida de quienes me rodean		.577	4.73	.840
8. Reconozco que el alcoholismo es una enfermedad		.476	4.74	.844
9. Tengo claridad sobre la cantidad de alcohol que consumo diariamente		.341	3.74	1.775
10. Poseo información de a quién y/o dónde hay que dirigirse en caso de decidir abandonar el consumo de alcohol		.411	3.74	1.631
11. Pienso que cuento con recursos suficientes para dejar de beber alcohol cuando yo lo decida		.438	3.95	1.640
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		.421	3.58	1.656
13. Soy de los que piensan que sin alcohol no hay fiestas porque lo considero indispensable para pasarla bien	.437		2.09	1.409
14. Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna	.545		1.37	.898
15. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero contradictoriamente siento la necesidad de beber y decido hacerlo	.547		1.56	1.143
16. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero los ignoro sin que ello me genere contradicciones	.479		1.78	1.386
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	.512		2.35	1.678
18. Experimento motivaciones contrapuestas en relación con el alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo.	.583		1.61	1.178

19. Algunos efectos del alcoholismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de consumirlo	.508	2.42	1.700
20. Me gustaría lograr dejar de beber alcohol para complacer a mi familia y amigos	.597	2.29	1.699
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	.589	2.50	1.770
22. En varias ocasiones he llegado a tener estados de embriaguez (borrachera)	.468	2.15	1.456
23. Cuando por alguna razón paso dos o tres días sin beber alcohol me siento mal y experimento una intensa necesidad de hacerlo	.538	1.20	.744
24. Bajo el efecto del alcohol he tenido prácticas sexuales consideradas riesgosas (sin protección, con desconocidos, promiscuidad)	.529	1.47	1.085
25. He conducido un vehículo bajo el efecto de bebidas alcohólicas	.490	1.21	.078
26. Bajo el efecto del alcohol he provocado problemas y conflictos que me han traído consecuencias negativas	.481	1.24	.820
27. He buscado información especializada para dejar de consumir alcohol	.605	1.47	1.184
28. Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol	.601	1.99	1.559
29. Estoy poniendo en práctica acciones para dejar de beber alcohol con inmediatez	.606	1.65	1.357
30. Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 6 meses	.590	1.55	1.282
31. Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 30 días y estoy haciendo planes y tomando medidas para lograrlo	.593	1.55	1.282
32. Siento motivación por dejar de beber alcohol y lo intento hacer sin la ayuda de otros	.634	1.67	1.357
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	.623	1.54	1.256
34. He intentado dejar de beber alcohol pero no lo he conseguido	.597	1.28	.883
35. No planeo disminuir en un futuro próximo la cantidad de alcohol que consumo	.515	1.79	1.443
36. He intentado dejar de beber alcohol y lo he conseguido por algún tiempo pero luego he vuelto a consumirlo	.642	1.41	1.070

Legenda: D1= "Dimensión motivacional-conductual", D2= "Dimensión Informativa-Valorativa"

Fuente: Elaboración propia. Resultados del análisis univariado y el CAPTA.

3.1.3 Particularidades del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Para la exploración de las particularidades del consumo de alcohol en los estudiantes que participaron en el estudio se siguieron los criterios clasificatorios del AUDIT (Fabelo & Iglesias, 2014). Los resultados mostraron que el 94.2% de los estudiantes (n=1 211) consumen alcohol sin que este represente un riesgo para la salud o de forma social, el 5.1% (n=66) se puede clasificar como bebedores de riesgo y solo un 0.7% (n=9) consumen de forma perjudicial.

El análisis anterior se complementa con el análisis de conglomerados que permitió identificar cómo se agruparon los estudiantes de acuerdo con las respuestas ofrecidas en cada uno de los indicadores del AUDIT. Se identificó la formación de tres conglomerados. En la Tabla 7 se muestran los perfiles de cada uno. El primero presenta los mejores resultados en las puntuaciones obtenidas a partir del instrumento, su consumo podría caracterizarse como de bajo riesgo, nótese que, en todos los indicadores del AUDIT, las puntuaciones son bajas.

El segundo clúster presenta resultados intermedios pero con tendencias ocasionales a ser mejor. Este grupo presenta un mayor riesgo que los integrantes del clúster anterior que se expresa fundamentalmente en indicadores como la frecuencia del consumo. El tercer clúster es el que presenta los peores resultados y un mayor riesgo respecto a su consumo. Al explorar las particularidades del consumo de acuerdo con las diferentes carreras se identificó una tendencia a que los estudiantes que pertenecen al clúster de peores resultados se concentren en las carreras de ciencias técnicas (Anexo 6.8).

Tabla 7: Perfil de los conglomerados identificados de acuerdo a los indicadores del AUDIT

Dominio	Indicadores	Opciones de respuesta	Clúster 1 N=393		Clúster 2 N=487		Clúster 3 N=403		Total N=1283	
			fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Consumo de riesgo de alcohol	Frecuencia de consumo	Nunca	393	97	-	-	12	3	405	100
		Una o menos veces al mes			357	70.8	147	29.2	504	100
		De 2 a 4 veces al mes			130	43.5	169	56.5	299	100
		De 2 a 3 veces a la semana					63	100	63	100
		4 o más veces a la semana					12	100	12	100
	Frecuencia del consumo elevado	Nunca	392	38.5	399	39.2	227	22.3	1018	100
		Menos de una vez al mes			69	40.6	101	59.4	170	100
		Mensualmente	1	1.5	19	29.2	45	69.2	65	100
		Semanalmente					23	100	23	100
		Casi a diario					7	100	7	100
Síntomas de dependencia	Pérdida del control sobre el consumo	Nunca	389	35.6	487	44.6	216	19.8	1092	100
		Menos de una vez al mes					94	100	94	100
		Mensualmente	1	2.3			43	97.7	44	100
		Semanalmente					9	100	9	100
		Casi a diario	3	6.8			41	93.2	44	100
	Aumento de la relevancia del consumo	Nunca	393	33.5	487	41.5	294	25	1174	100
		Menos de una vez al mes					81	100	81	100
		Mensualmente					18	100	18	100
		Semanalmente					1	100	1	100
		Casi a diario					9	100	9	100
Consumo perjudicial de alcohol	Sentimiento de culpa tras el consumo	Nunca	391	32.9	487	41	311	26.2	1189	100
		Una o menos veces al mes	2	3.1			62	96.9	64	100
		De 2 a 4 veces al mes					22	100	22	100
		De 2 a 3 veces a la semana					1	100	1	100
		4 o más veces a la semana					7	100	7	100
	Lagunas de memoria	Nunca	393	34.5	487	42.7	260	22.8	1140	100
		Una o menos veces al mes					113	100	113	100
		De 2 a 4 veces al mes					22	100	22	100
		De 2 a 3 veces a la semana					3	100	3	100
		4 o más veces a la semana					5	100	5	100
	Lesiones relacionadas con el alcohol	No	393	31.7	487	39.2	361	29.1	1241	100
		Sí pero no en el último año					28	100	28	100
		Sí en el último año					10	100	10	100
		Casi a diario					4	100	4	100
	Otros se preocupan por el consumo	No	390	33.1	487	41.3	302	25.6	1179	100
Sí pero no en el último año		1	2.4			40	97.6	41	100	
Sí último año		2	3.2			61	96.8	63	100	

Fuente: Elaboración propia. Resultados AUDIT

Estos resultados destacan la necesidad de trabajar en la educación de los jóvenes para favorecer un consumo responsable de alcohol. Se reconoce que es la droga que con mayor frecuencia se consume a nivel mundial y en Cuba. En el presente estudio se evidencia una mayor presencia del consumo social. Resultados similares se reporta en otro estudio desarrollado en el contexto universitario cubano (Cañuelo & Díaz, 2014). No obstante, el análisis de los indicadores de riesgo, como la pérdida de control sobre el consumo que mostró un grupo menor de estudiantes constituye una tarea prioritaria para el Centro de Bienestar Universitario.

De igual forma, en los estudios internacionales donde se ha empleado el AUDIT (Raquel, Morales, Gómez, Vera, & Gantiva, 2011; Telumbre-Terrero, Esparza-Almanza, Alonso-Castillo, & Alonso-Castillo, 2016), se evidencia una mayor prevalencia de los consumidores bajo riesgo respecto a otros grupos, aunque es mayor la cantidad de estudiantes que se han identificado en las categorías de riesgo si se compara con los resultados obtenidos en la presente investigación

3.1.4 Análisis integrador entre los factores de riesgo y protección, la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Este epígrafe se orienta a explorar las relaciones que se dan entre las diferentes variables estudiadas en la etapa diagnóstica. Se fundamenta específicamente la relación que existe entre los factores de riesgo y protección, la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

La Figura 6 ilustra las relaciones encontradas, teniendo como base los resultados del análisis de conglomerados realizado para cada una de las variables estudiadas. Las líneas de conexión expresan las correlaciones que fueron significativas o, al menos, medianamente significativas. Las tablas de contingencia asociadas aparecen en el Anexo 6.9.

Inicialmente se exploraron las relaciones del sexo del estudiante y el resto de las variables estudiadas. Resulta significativa su relación con la afectividad negativa. En este sentido se identificó que el 36.1% de las mujeres perteneció al clúster de peores resultados, que experimenta con mayor intensidad las emociones negativas exploradas, en tanto solo un 18.7% de los hombres perteneció a este grupo. Estas diferencias son significativas según el test exacto de Fisher = .000.

También se establecieron relaciones significativas entre el sexo y la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol ($p < .001$). El 44% de los hombres que conformaron la muestra pertenecieron al conglomerado que mostró niveles inadecuados de percepción de riesgo. El 65% de las mujeres se ubicó en el grupo con niveles parcialmente adecuados. De igual forma, se evidenció que el 41.1% de los hombres conformaron el grupo que consume alcohol con mayor riesgo, según los resultados del AUDIT, mientras las mujeres representaron solo el 19.9% de este grupo.

El año académico que cursa el estudiante se relacionó con la afectividad negativa y con los factores de protección explorados. Respecto al primero, se evidenció una ligera tendencia a una situación más favorable, que se traduce en una menor intensidad en la experimentación de la afectividad negativa en los primeros años de las carreras, siendo estas diferencias poco significativas ($p > .05$). Respecto a la presencia de los factores de protección en los estudiantes según los años académicos, se encontró que los primeros años presentan una situación más favorable ($p < .05$).

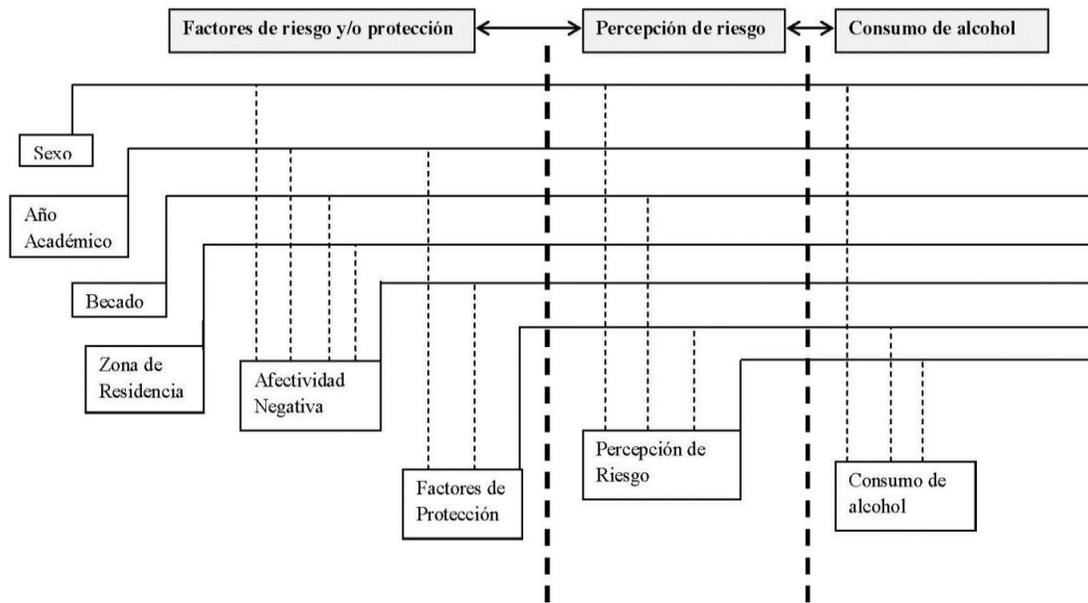


Figura 6: Relaciones entre los factores de riesgo y protección, la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Fuente: Análisis de los datos. Elaboración propia

La condición de ser becado o no se relacionó con la afectividad negativa y con la percepción de riesgo aunque de forma poco significativa. Los estudiantes que conviven en la residencia estudiantil se agruparon en el conglomerado que experimentó mayores niveles de afectividad negativa, pero también fueron los que mostraron una mejor adecuación de la percepción de riesgo. Estos estudiantes alcanzan un mayor nivel de independencia que demanda la puesta en práctica de habilidades para resolver los diferentes problemas de la vida universitaria por sí solos, alejados de la familia, este podría explicar la tendencia a experimentar estas vivencias negativas. Además, constituyen los beneficiarios directos de muchas de las acciones de prevención y de promoción de salud que se realizan en la universidad en el espacio de la Residencia Estudiantil.

De igual manera, se establecieron relaciones entre la afectividad negativa y los factores de protección ($p < .001$). Se evidencia una correlación significativa e inversa entre la dimensión 1, obtenida en mediante el CAPTCA, que representa un desarrollo de estos factores de

protección en el grupo y la dimensión 1 del Autorreporte Vivencial que explora la afectividad negativa.

Los factores de protección se relacionaron con los niveles de percepción de riesgo ($p < .001$); en este sentido, se obtuvo el 49.5% de los estudiantes que tenían niveles inadecuados de percepción de riesgo también tenían poco desarrollo de estos factores de protección. Además, se encontraron correlaciones inversas entre el desarrollo de estos factores (dimensión 1) y la dimensión motivacional-conductual de la percepción de riesgo. En el caso de la dimensión informativa esta correlación fue directa. Estos resultados se relacionan con las características de la invulnerabilidad percibida, descritas en el epígrafe anterior.

También se obtuvieron relaciones entre los factores de protección y los grupos de riesgo identificados mediante el AUDIT. En este caso, se muestra que los estudiantes con mayor desarrollo de estos factores se agrupan en los conglomerados de menor riesgo de consumo de alcohol. Por lo tanto, contribuir al desarrollo de estos factores de protección constituye un objetivo importante en la prevención del consumo de alcohol.

Una relación importante en el marco de esta investigación fue la que se obtuvo entre la percepción de riesgo y el consumo de alcohol. El 58.5% de los estudiantes que mostraron mayor consumo de alcohol con mayores indicadores de riesgo resultó estar agrupado en el conglomerado con niveles inadecuados de percepción de riesgo. Por lo tanto, se reitera la importancia de adecuar la percepción de riesgo para contribuir a disminuir el consumo de alcohol (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016; García del Castillo, García del Castillo-López, & López-Sánchez, 2015; Guillén et al., 2015). Del análisis de los resultados de esta etapa se derivan algunos supuestos importantes para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios:

- El consumo de alcohol, en ambos sexos, tiene sus inicios en la adolescencia previo al ingreso a la universidad, predominando el consumo social de alcohol, aunque existen estudiantes en riesgo.
- La imitación social y la búsqueda de sensaciones constituyen los principales motivos por los cuales los estudiantes se inician en el consumo. Es necesario profundizar en las motivaciones personales por las que los estudiantes mantienen o incrementan su consumo.
- Aunque como tendencia general los estudiantes tienden a manifestar niveles moderados de afectividad negativa, se destaca la necesidad de trabajar particularmente emociones como la tristeza y la ansiedad atendiendo a la intensidad con que puede experimentarse en el contexto universitario.
- Predominio de la presencia de factores de protección. Se considera importante fortalecer la resiliencia, el optimismo, el proceso de evaluación y toma de decisiones, la autoestima y las habilidades sociales.
- Obtención de la agrupación en dos factores de las tres dimensiones que configuran la percepción de riesgo desde la perspectiva multidimensional (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016). Se destaca un primer factor referido al componente motivacional-conductual, con gran influencia en la conformación de la percepción de riesgo, mientras que el segundo factor representa el componente informativo-valorativo.
- Identificación de dificultades en la conformación de los mecanismos de autorregulación para evitar, reducir o eliminar el consumo por parte de los estudiantes, pues aun cuando poseen conocimientos generales sobre los riesgos y consecuencias negativas asociadas al consumo y una actitud de rechazo con relación al mismo, no logran una regulación efectiva en el control de su consumo. Por lo tanto, los resultados evidencian la necesidad

de trabajar el componente afectivo-motivacional e intencional-conductual dentro de la percepción de riesgo.

- Establecimiento de relaciones significativas entre el sexo, la percepción de riesgo y el consumo de alcohol. Los hombres mostraron mayores dificultades en la adecuación de la percepción de riesgo y un mayor consumo de alcohol que las mujeres.
- Establecimiento de relaciones altamente significativas entre la percepción de riesgo, los factores de protección y el consumo de alcohol y otras variables sociodemográficas incluidas en el estudio como el año académico, la condición de ser becado y la zona de residencia.
- Evidencia de una mayor presencia de indicadores de riesgo en el consumo de alcohol en los estudiantes pertenecientes a las carreras técnicas.
- Establecimiento de una relación directa entre el desarrollo de los factores de protección y la percepción de riesgo y una relación inversa entre esta última y el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, permitiendo orientar las acciones a desarrollar en las siguientes etapas de la investigación.

3.2 Diseño de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las diversas teorías y modelos que explican el desarrollo de las adicciones, el consumo de alcohol y el desarrollo del alcoholismo, así como sobre la percepción de riesgo y las teorías sobre el cambio en el ámbito de la prevención, se decidió asumir como modelo teórico que fundamenta el programa a diseñar, el Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas expuesto por Becoña (1999), ya que el mismo integra varios componentes desde una perspectiva secuencial, evolutiva, en la cual se describen una serie de fases o etapas por las que transita la persona que inicia o no el

consumo. El modelo atribuye especial importancia a la percepción de riesgo en la fase de inicio y mantenimiento del consumo, permitiendo inferir pautas para su prevención.

Por otro lado, en esta etapa investigativa se llevó a cabo, en una primera fase, una revisión bibliográfica en relación con programas y estrategias preventivas generales, tanto en el ámbito nacional como internacional. Se seleccionaron 12 artículos científicos donde se presentaban resultados de intervenciones preventivas desarrolladas en contextos educativos (Anexo 7). El análisis de estos trabajos y de documentos rectores para la actividad preventiva en la universidad como el Programa Nacional de Prevención de uso indebido de drogas del Ministerio de Educación Superior (2014-2020), el Plan de Acciones para la prevención de uso indebido de drogas de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (cursos 2013-2014, 2015-2016, 2016-2017) y la carpeta de la Comisión de Prevención de las facultades implicadas en el estudio en esta etapa, permitió reconocer fortalezas y debilidades identificadas en estas propuestas interventivas, cuya consideración resultaría clave al diseñar la propuesta de la estrategia.

Este análisis se complementa con los resultados de las 13 entrevistas realizadas a los diferentes agentes educativos (3 responsables de prevención, 3 profesores guías, 3 profesores principales de año académico, 3 instructores educativos y un especialista del Centro de Bienestar Universitario). Se destaca la necesidad de ofrecer, en el marco de las acciones de prevención, información actualizada sobre el consumo de drogas en Cuba y específicamente sobre el consumo de alcohol y sus consecuencia nocivas, *esta información debe estar contextualizada para que sea atractiva para el estudiante* y sobre los centros que brindan servicios para ayudar a personas con problemas relacionados con el consumo o que solicitan ayuda profesional. El intercambio con estos agentes educativos permitió identificar la necesidad del trabajo coordinado para el cumplimiento de los objetivos de las acciones de prevención, aprovechar

los espacios para el trabajo educativo con los que hoy cuenta la universidad. Se destaca la necesidad de trabajar con los primeros años académicos, pues la intervención temprana en estas temáticas favorece que, los aprendizajes generados en los participantes, a partir de la experiencia, se puedan consolidar mediante las actividades que se desarrollan durante el proceso de formación en el resto de los años académicos. De esta forma se favorece un mejor tránsito por la vida universitaria.

Teniendo en cuenta estos resultados, se consideró pertinente que a los 77 estudiantes de primer año de las carreras de Ingeniería Mecánica, Ingeniería Automática, e Ingeniería Agrícola que participarían en la próxima etapa, se les aplicara una encuesta para identificar necesidades psicoeducativas relacionadas con la prevención del consumo de alcohol. Se evidenció que el 90.8% (n=70) expresó estar suficientemente informado sobre los efectos y consecuencias sobre el consumo de alcohol y el 9.2% (n=12) expresó estar medianamente informado. Entre las principales vías a través de las cuales han obtenido este conocimiento se destacan los medios masivos de comunicación 22.2% (n=14), la familia y los centros educativos 12.4% (n=8).

El 50% (n=38) de los estudiantes encuestados valoran como suficiente el nivel de divulgación en la universidad sobre los riesgos del consumo de alcohol y el 34.2% (n=26) la califica como buena. No obstante, el 53.9% (n=41) declaran que les gustaría estar mejor informados sobre este tema. Al explorar las vías mediante las cuales les gustaría obtener esta información se encuentran las charlas educativas 28.2% (n=21), los programas televisivos 14.7% (n=11), la información digitalizada 14.7% (n=11) y el trabajo en grupo 9% (n=12). Los estudiantes prefieren que la información sobre el tema se la ofrezcan estudiantes formados como

promotores pares 31.1% (n=23), profesores guías 16.2% (n=12), especialistas en este tema 16.2% (n=12).

La integración de los resultados obtenidos por las diferentes fuentes exploradas en esta etapa, permitió la identificación de fortalezas y debilidades (Anexo 8). El análisis de las experiencias preventivas previas y del contexto de investigación permitió tenerlas en cuenta para el diseño de la estrategia.

Teniendo en cuenta estos resultados así como los obtenidos en la Etapa I, y en correspondencia con los elementos teóricos sintetizados en el primer capítulo de la investigación, se procedió al diseño del *Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. Su objetivo general es contribuir a la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

El alcance último de la estrategia es influir en la dimensión intencional-conductual de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en los estudiantes. Esta dimensión se refiere a la capacidad de autorregulación del comportamiento, ya sea en un plan ideativo o de la conducta propiamente dicha (Molerio et al., en prensa). La autorregulación implica que la persona tenga dominio de su propia conducta y la capacidad de influir sobre su actuación. Esta se presenta en diferentes niveles de mediatización de la conciencia y solo se puede hablar de un nivel superior de regulación cuando está mediatizada por la autoconciencia que resulta de procesos autorreflexivos y autovalorativos. De ahí que, como mecanismo de cambio, se hace necesario atravesar el plano informativo-valorativo y afectivo-motivacional para lograr cambios a nivel intencional-conductual (Duarte, Molerio, & Fernández-Castillo, 2016).

Para el logro de este propósito se considera importante la utilización del grupo como un recurso idóneo de influencia psicológica, donde los procesos de comunicación e interacción internos posibilitan espacios de reflexión y valoración, de intercambios simbólicos y vivenciales que a la vez promueven el desarrollo de sus integrantes (Calviño, 2006). No obstante, se ofreció la posibilidad de la atención individual a aquellos estudiantes que la solicitaran de acuerdo con las características individuales.

De este modo, la estrategia se configura a partir de un sistema de 6 sesiones de trabajo en grupo (Anexo 9). Las técnicas grupales fueron cuidadosamente seleccionadas, reestructuradas o elaboradas de acuerdo con los propósitos de las sesiones orientados desde la concepción lógica-metodológica de la estrategia. Su desarrollo es flexible, por lo que el facilitador puede incorporar nuevos aspectos en función de los resultados de la evaluación inicial, de las diferencias individuales y de la dinámica grupal que se gesten en cada una de las sesiones. Desde el punto de vista metodológico se deben tener en cuenta cuatro etapas que se presentan en la Figura 7 y se destaca el empleo de recursos reflexivo-vivenciales y cognitivo-conductuales en el desarrollo de las sesiones.

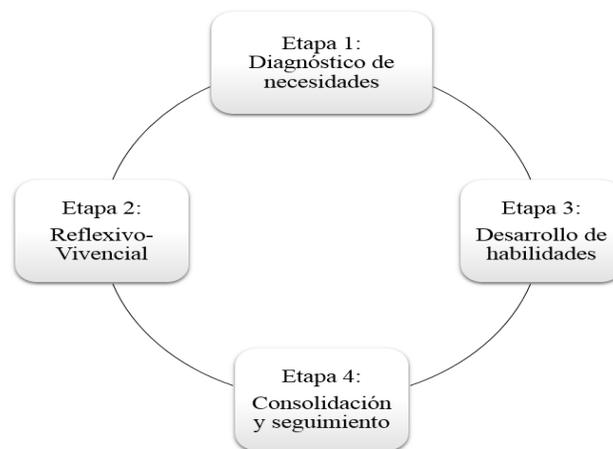


Figura 7: Metodología para adecuar la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia

La primera etapa está centrada en el diagnóstico de necesidades, en la exploración de las características fundamentales del consumo de alcohol en los estudiantes universitarios y en los principales factores que contribuyen a disminuir la vulnerabilidad personal y grupal. De igual manera, se diagnostican las potencialidades y limitaciones del centro para el desarrollo de las acciones de prevención.

La segunda etapa se centra en elementos reflexivo-vivenciales, asumiendo que la reflexión actúa como instrumento permanente de autorganización y autodesarrollo de los contenidos de la personalidad (González-Rey, 1996). De forma general se propone la siguiente secuencia lógica para desarrollar en esta etapa:

- Sensibilización y motivación del grupo sobre la temática que se abordará y con la participación en las sesiones de trabajo.
- Consolidación de los conocimientos en torno al consumo de alcohol, sus riesgos y consecuencias y la corrección de las creencias erróneas relacionadas con el mismo.
- Estimulación del autoconocimiento respecto a las tendencias de consumo, la percepción de la vulnerabilidad asociada a esas tendencias, y la necesidad de cambio.

En estrecha relación con esta etapa se recomienda estimular el desarrollo de habilidades que pueden actuar como factores de protección y hacer menos vulnerable al estudiante frente al consumo de alcohol. En este sentido, es necesario trabajar de acuerdo con los siguientes puntos:

- Identificación y aplicación de posibles estrategias, para reducir o evitar el consumo y los beneficios derivados de ello.
- Potenciación de factores de protección en los estudiantes en función de evitar o reducir el consumo.

- Reforzamiento del compromiso personal con la salud.
- Dominio de los servicios que ofrece la universidad y el sistema de salud para recibir ayuda especializada para reducir o abandonar el consumo de alcohol.

El diseño de la estrategia psicoeducativa incluye una exhaustiva descripción de sus componentes fundamentales con el propósito de que se convierta en una guía metodológica para su implementación y que pueda ser replicado en otros contextos universitarios. No obstante, se recomienda que en cualquier caso, deberán tenerse en consideración las particularidades de los destinatarios y las propias características de la institución donde se aplique.

3.2.1 Evaluación de la Estrategia psicoeducativa a partir del Juicio de Especialistas

El diseño de la estrategia fue evaluado través del juicio de especialistas con el propósito de que los mismos emitieran sus valoraciones en cuanto a la pertinencia y suficiencia de la misma y a su vez, aportaran sugerencias y recomendaciones para su perfeccionamiento. Teniendo en cuenta los indicadores de pertinencia establecidos, el 100% de los especialistas consideran que la estrategia responde a las necesidades presentes en el ámbito universitario. De igual forma, el 100% evalúa de muy alta la calidad de elaboración del objetivo general, considerando su correcta formulación en relación con las necesidades educativas identificadas. Por otro lado, al evaluar la correspondencia entre la estrategia y las características contextuales, el 93.3% considera muy alto el grado de factibilidad para su aplicación y solo un 6.7% lo considera alto. De este modo, la evaluación de esos indicadores revela una alta valoración por parte de los especialistas sobre la pertinencia de la estrategia, en tanto responde a las necesidades educativas del ámbito universitario y a sus características. Este resultado avala la necesidad de que toda estrategia de intervención psicoeducativa que se diseñe parta de un modelo teórico que explique los determinantes y la dinámica del problema objeto de estudio y de un proceso

diagnóstico previo que resulte congruente con el mismo. Ello posibilitó que en el diseño de la estrategia se tuvieran en cuenta las características psicológicas de los jóvenes universitarios, sus necesidades psicoeducativas y las propias características del contexto en que se desenvuelven. Según García del Castillo y otros (2012) estos indicadores son patrones de calidad en la prevención que redundan en que sus resultados sean favorables.

En cuanto a los indicadores de suficiencia, los resultados indican que el 100% de la muestra evalúa con puntuación máxima (5 puntos) la concordancia entre el objetivo general y el sistema de actividades, considerando que los objetivos de las sesiones permiten la consecución del objetivo general de la estrategia. De igual forma, el 100% de los especialistas considera adecuado el orden o secuencia que se propone para cada una de las sesiones, permitiendo así el cumplimiento progresivo de los objetivos.

Las sugerencias ofrecidas por los especialistas fueron incorporadas, valorando la posibilidad de que las mismas permitan estimular un mayor nivel de autovaloración y autoconciencia, pues impone al sujeto la necesidad de *mirarse hacia adentro antes de ubicarse en uno u otro nivel*, es decir: *ya no se trata de una pregunta cualquiera dirigida a cualquiera sino una pregunta dirigida hacia mi persona*

La correspondencia entre los objetivos de las sesiones y los materiales de apoyo concebidos para cada una de ellas es otro indicador que evalúa la suficiencia de la estrategia. Los resultados evidencian que el 100% de los especialistas consideran muy alta la correspondencia entre los materiales concebidos para la implementación de la estrategia y los objetivos propuestos en la sesión donde deben utilizarse.

Por otro lado, cuatro de los especialistas de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, en las valoraciones cualitativas, destacan la importancia y pertinencia del material

audiovisual *Nueva Vida* confeccionado para los efectos de la investigación. Al respecto, destacan que *al estar basado en la realidad del propio contexto de la Universidad permite que los estudiantes perciban al consumo de alcohol como una realidad no ajena o lejana de la suya*, lo que es congruente con los objetivos que se persiguen con la sesión en la que se propone utilizar el video. Se destaca la pertinencia de este material con las necesidades del contexto educativo y del Centro de Bienestar Universitario (CBU), donde durante años se han estado utilizando en las jornadas de prevención, materiales confeccionados en otros países, cuyas realidades muchas veces difieren de la cubana y específicamente de esta universidad.

De esta manera, los resultados indican que los especialistas consideran muy alta la suficiencia de la estrategia; en tanto, los objetivos propuestos en las sesiones y el sistema de actividades permiten la consecución del objetivo general y el orden de desarrollo de cada sesión permite en cumplimiento progresivo de los objetivos. Este último constituye un aspecto positivo resaltado por los especialistas, quienes reconocen que el orden que se propone para cada una de las sesiones responde a la lógica metodológica previamente establecida y a los fundamentos teóricos relacionados con la percepción de riesgo como núcleo esencial de la labor preventiva. Igualmente se evalúa de muy alta la correspondencia entre los procedimientos relacionados con las técnicas empleadas en relación con los objetivos inicialmente propuestos para cada una de las sesiones.

Por último, en la última variable cuantitativa del cuestionario referente a la valoración general de la estrategia, el 100% de los especialistas atribuye la puntuación máxima (5 puntos), evidenciándose también en expresiones como: *responde a las necesidades que tienen las universidades hoy día, lo que constituye una prioridad de la ciencia y de la sociedad ayudar a resolver esta problemática ...responde a las necesidades que tienen estos jóvenes.*

3.3 Implementación y evaluación de resultados de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

3.3.1 Evaluación del proceso de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

La estrategia se realizó en los 3 subgrupos cuasi-experimentales. Se desarrolló por promotores de salud previamente capacitados y supervisados por la investigadora de acuerdo con las etapas y actividades previstas. Se tuvieron en cuenta las características del contexto universitario para garantizar el adecuado desarrollo de las actividades de la estrategia, se revisó el gráfico docente de la universidad. La estrategia se implementó en el primer semestre del curso para evitar que los estudiantes que participaron no estuvieran en etapa de exámenes finales o prácticas de producción. Se contó con el apoyo del responsable de prevención de la facultad, el profesor principal de año académico y del profesor guía, siendo este último una fuente de apoyo importante.

Siguiendo los criterios de inclusión para esta etapa de la investigación (ver apartado 2.5.2 *Participantes*), se seleccionaron los grupos que participarían. En el contacto inicial se les explicaron los objetivos de la estrategia psicoeducativa, solicitándose su consentimiento por escrito para participar. En ese momento se exploraron sus necesidades sobre el tema y sus expectativas con la investigación. Estas últimas se relacionaron con: *concientizarme sobre el efecto que provoca el consumo de bebidas alcohólicas, conocerme más, disminuir el consumo de alcohol, evitar en un futuro tener problemas con el alcohol.*

Se logró un clima socio-psicológico favorable de confianza y respeto entre los miembros del grupo y una disposición activa ante las actividades y debates realizados. Se contó con el apoyo de los líderes de los grupos y adecuadas relaciones con los facilitadores, elementos que favorecieron el cumplimiento de los objetivos propuestos y una adecuada motivación de los estudiantes, con un incremento en el nivel de implicación expresado en la profundidad de las

intervenciones. Un elemento a resaltar es que la asistencia a las sesiones se comportó por encima del 85% en todas las sesiones.

Las diferentes actividades contempladas en la estrategia se realizaron teniendo en cuenta el diseño lógico-metodológico asumido; no obstante, durante su desarrollo se evidenció la importancia de asumir las actividades con flexibilidad de acuerdo con las características de cada grupo. Por ejemplo, en el caso del subgrupo de Ingeniería Agrícola se destacó como un elemento distintivo la necesidad de modificar algunas de las técnicas propuestas en el marco de la estrategia (aquellas que se realizan de forma escrita, realizarlas oralmente). De esta forma se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada una de las actividades.

En el caso del subgrupo de Ingeniería Mecánica después de la sesión 1, partiendo de la iniciativa de sus miembros, se logró realizar la proyección y discusión de la película *Tocando fondo* en el horario de la noche en el Centro de Bienestar Universitario. La actividad se desarrolló con adecuada asistencia y participación de los miembros del grupo. En esta actividad se evidenció la implicación de los participantes, lo cual constituyó un elemento favorable para el resto de las sesiones. Por su parte, en el subgrupo de Ingeniería Automática, una vez concluida la estrategia, a solicitud de los miembros del grupo, se realizó una sesión abierta donde compartieron con los facilitadores y se explicitó la importancia conferida desde el punto de vista personal a este tipo de actividades.

Durante el proceso de implementación se tuvieron en cuenta las diferencias individuales, elemento que, a juicio de la investigadora, permitió enriquecer el alcance de los objetivos propuestos en las diferentes sesiones. Se ofrecieron orientaciones y la posibilidad de asistir a un proceso de ayuda profesional a aquellos estudiantes que mostraron dificultades durante el desarrollo de la experiencia, teniendo en cuenta su disposición para el cambio. De igual forma,

se invitó a los estudiantes que mostraron mayores habilidades a que formaran parte del grupo de promotores pares del CBU.

3.3.2 Evaluación del progreso de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Sesión # 1:

La sesión se desarrolló en los 3 subgrupos cuasi-experimentales de acuerdo a los objetivos propuestos. Se establecieron las normas para el trabajo grupal coincidentes, muchas de ellas, para los tres subgrupos. Se destacaron: *respetar los turnos al hablar, sinceridad, solidaridad, privacidad, unidad, cooperación y unidad en el grupo, disciplina, ayuda, confianza, responsabilidad, compromiso, puntualidad, no existencia de dispositivos electrónicos u otros objetos que afecten la concentración en las sesiones grupales*. Estas reglas, negociadas con los grupos, permitieron crear un ambiente socio-psicológico favorable.

A partir de la técnica central *La pecera* en los tres subgrupos se logró que algunos de los miembros compartieran sus experiencias personales o de conocidos relacionadas con el consumo de alcohol. Resaltó como vivencia compartida el uso frecuente y desmedido de bebidas alcohólicas durante las fiestas, como mecanismo para lograr una mayor desinhibición en estos contextos. Además de forma general reconocen algunos de los efectos del consumo de alcohol, destacándose los físicos, como: *vómitos, mareos, pérdida de conciencia, deshidratación*. Los estudiantes plantean que dichos efectos y comportamientos asociados dependen de cada persona, ya que algunos manifiestan conductas agresivas y violentas, pero otros realizan actividades de agrado para el resto de las personas como bailar, cantar o narrar historias personales; al respecto, uno de los miembros del subgrupo de Ingeniería Mecánica expresa: *Algunas consecuencias pueden ser graciosas, pero otras pueden ser fatales*.

Se logra complementar la información que tienen a partir del tríptico *¿Por qué debemos hablar sobre el alcohol?*, valorado según los participantes como *original, dinámico y novedoso*. En el subgrupo de Ingeniería Mecánica los propios estudiantes se propusieron como meta personal medir su consumo de alcohol a través de la fórmula propuesta en el tríptico asumiendo una postura responsable *lo tiene que lograr uno mismo, no porque venga alguien a decírtelo vas a dejar de hacerlo*, destacándose la posición activa que se debe tener con respecto al consumo de alcohol, aunque otro de los miembros de este grupo expresó: *No lo considero un objetivo pues solo tomo en fiestas*, al referirse al ejercicio propuesto por el grupo. Estos elementos son expresión del carácter subjetivo, personal y dinámico de la configuración de la percepción de riesgo.

Un momento importante para estimular la consolidación de los conocimientos en torno al consumo de alcohol, sus riesgos y consecuencias fue a través de la técnica *Murmullo o cuchicheo*. Al compartir las diferentes creencias sobre el consumo de alcohol, se evidenció de forma general dominio del tema, apoyando sus criterios en documentales e investigaciones. No obstante, se evidencian falsas creencias como el considerar que el alcohol es un estimulante; al respecto, uno de los miembros del grupo expresó: *Ayuda a la activación sexual en los hombres*, en otro de los subgrupos se planteó: *Yo soy completamente diferente cuando tomo, me siento bien, me ayuda a pasarla mejor*.

Un punto de análisis importante, que emerge de las reflexiones realizadas por los estudiantes, está relacionado con la influencia cultural y de la familia respecto al consumo de alcohol, se evidenció cómo el consumo de alcohol no tiene el mismo significado para hombres y mujeres. En el caso de los hombres, su consumo es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptado, los estudiantes develaron cómo el consumo lo inician a edades tempranas y reforzado favorablemente en el ámbito familiar, generalmente por la figura

paterna: *Nuestros padres nos enseñan a consumir a edades tempranas aun cuando sea en pequeñas cantidades*; además, expresan que *el alcohol se ha tornado prácticamente un elemento imprescindible en los festejos*. De forma general, a partir de la información ofrecida se logró enriquecer el conocimiento de los estudiantes en cuanto a la temática tratada. Al concluir la sesión se orienta como tarea la visualización de la película *Tocando fondo*, donde se abordan las consecuencias del consumo de alcohol.

A juicio de la investigadora esta sesión resultó esencial para contribuir a la adecuación de la percepción de riesgo, se trabajó esencialmente el componente informativo-valorativo, evidenciándose niveles más profundos de aprendizaje de los conocimientos en relación con el consumo de alcohol, sus factores predisponentes, efectos y consecuencias a corto y largo plazo, teniendo en cuenta los factores de riesgo identificados. Existieron expresiones que denotan elaboraciones personales respecto a este tema; en este sentido, uno de los miembros del subgrupo de Ingeniería Automática concluyó: *Creo que lo importante no es no tomar sino saber tomar*. Otros estudiantes caracterizaron la sesión de modo general *como un espacio para compartir* sintiéndose durante su desarrollo, *confiados, informados e instruidos*.

Sesión # 2:

Al inicio de la sesión se intercambia sobre la película *Tocando fondo*, se logra parcialmente el cumplimiento del objetivo, pues no se realiza de igual forma en los tres subgrupos. Aunque los que participaron en esta actividad reconocen que fue un buen espacio de intercambio, se comparte con el grupo las principales reflexiones a partir de la discusión de la película.

Se logra mediante la técnica *Identificando riesgos* el análisis por parte de los estudiantes de sus patrones de consumo y de los riesgos y consecuencias que provoca en ellos el alcohol. En el desarrollo de esta técnica, se introduce la categoría *comportamiento de riesgo*; al respecto, los estudiantes señalan que *tienen consecuencias negativas no solo en el orden personal sino*

también para el grupo, no solo están asociadas al consumo de alcohol sino también a otras áreas de la vida de uno, estos conocimientos se complementan con los ofrecidos por parte de los facilitadores, sentando las bases para garantizar la asimilación de los nuevos aprendizajes que se pretenden lograr en la sesión.

Mediante el ejercicio que se realiza como parte de esta técnica, unido al registro implementado por ellos en la *Tarea # 2: Registro de consumo personal*, la mayor parte de los estudiantes reconocen su consumo como de riesgo y algunos, teniendo en cuenta la frecuencia y las consecuencias asociadas, llegan a ser de alto riesgo. Existen muy pocos estudiantes que se identifican con un consumo de bajo riesgo.

Al profundizar en las situaciones de consumo, se evidencia que en los tres subgrupos se reconoce como el principal contexto las fiestas y salidas con el grupo de iguales. Al respecto, uno de los miembros del subgrupo de Ingeniería Mecánica señala: *No es lo mismo tomar solo que con amigos*, en el subgrupo de Ingeniería Agrícola se argumenta que en estos contextos *todo el mundo está tomando, la música y el ambiente en general también te incitan*. Por su parte, en el grupo de Ingeniería Automática se concluye que *por todo se festeja y cuando se festeja se consumen siempre bebidas alcohólicas*. Aunque la mayor parte de los estudiantes coinciden en estas opiniones, otros refieren que aun cuando ellos comparten en lugares con similares características, *no sienten la necesidad de tomar para divertirse*. Estas otras miradas hacen que emerja un momento importante en la sesión, donde primó el respeto a la opinión de los otros y llevó a la reflexión sobre el carácter personal que debe tener la decisión de consumir o no y cómo hacerlo.

Unido a esto, los estudiantes reconocen que entre las principales consecuencias negativas que han experimentado debido al consumo de alcohol se destacan: *hacer el ridículo, buscarte problemas con los demás, tener relaciones sexuales desprotegidas, venir al aula y no poder*

concentrarme en lo que dice el profesor, cuando tomamos mucho el día antes de la prueba, poco podemos hacer al otro día. En uno de los subgrupos se compartieron testimonios como: *...en la noche anterior a la graduación de 12 grado salí y me emborraché y no pude ir a mi graduación...* Compartir estas experiencias, vivenciadas por los miembros del grupo generó la búsqueda de alternativas para evitarlas. Entre las principales metas para la disminución del consumo de alcohol propuestas se destacan: *Beber con control y aprender a disfrutar sin tomar.* Las frases de los participantes en este momento de la sesión denotaron un mayor control sobre sus propios comportamientos, siendo expresión de las características que adquiere la autorregulación en esta etapa del desarrollo. Al finalizar, se estimula a que los estudiantes se ubiquen en un escalón en la tarea *Escalera sobre el consumo de alcohol.*

El uso del material audiovisual *Nueva Vida* facilitó el cumplimiento de los objetivos de la sesión, se evidenció la correspondencia entre las opiniones expresadas por los estudiantes universitarios que participaron en el material y las que ellos mismos habían emitido durante la sesión y esto generó que se sensibilizaran con la importancia de prestar atención a las características del consumo, *casi todos tomamos por embullo, para relajarnos, celebrar, disfrutar, igual que esa persona cuando comenzó, pero de verdad, nunca pensamos que nos podemos convertir en dependientes alcohólicos*", *"no debemos confiarnos con el alcohol.*

Además, se logran apreciar al cierre de la sesión expresiones de intención de cambio: *Debemos buscar otras formas de diversión, tenemos que crear conciencia en nosotros y en los amigos que tenemos también.* Al finalizar la sesión, mediante la técnica *Las tres sillas* se constata el cumplimiento de los objetivos desde las vivencias experimentadas por sus miembros: *Bien en todo momento, me sentí bien, aprendí cosas que puedo poner en práctica.*

Sesión # 3:

Después de iniciarse la sesión se discutió el ejercicio *Escalera sobre el consumo de alcohol*, que favoreció la participación activa de cada uno de los miembros del grupo y permitió corroborar el cumplimiento de los objetivos de la sesión anterior, retomando los aspectos fundamentales abordados, la mayor parte de los estudiantes se sitúa en consumo social y de riesgo.

El tema que se trabajó en esta sesión resultó de gran interés para los participantes. Se destacan de forma activa dos estudiantes que en las sesiones anteriores habían realizado menos intervenciones, lo cual pudo estar condicionado a que el contenido que aborda esta sesión tiene mayor correspondencia con las necesidades que experimentan. Una de las técnicas que más debate suscitó en todos los subgrupos fue *¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si...?* El debate estuvo centrado en cuán importante es conocerse a sí mismo. Al respecto, los estudiantes manifestaron que *en ocasiones no sabemos cómo somos en realidad y nos asombramos cuando nuestros familiares y amigos te describen de una forma y nos consideramos de otra*. Desde estas reflexiones iniciales se evidenció la importancia que tiene el autoconocimiento y la autoestima para lograr regular el consumo *no puedes dejarte influenciar por los demás, cuando estás seguro de ti mismo y te conoces bien, te aceptas y ya, aprovechando en este momento de la sesión la posibilidad autoeducativa que tienen los procesos autovalorativos en esta etapa del desarrollo*. Además, se explicó la importancia que tienen las emociones y aprender a controlarlas en las situaciones de la vida cotidiana.

Mediante la técnica *No diga nunca, no puedo* se potenció el desarrollo de la autoeficacia en relación con la capacidad de los estudiantes de regular el consumo de alcohol y fomentar la motivación hacia el cambio. La mayor parte de los estudiantes se ubicaron en los escalones *puedo hacerlo, lo haré y lo hice*, ante diferentes situaciones como: *Hay trabajo de control y*

cuando se terminó de estudiar mis compañeros decidieron comprar una botella y no estuve de acuerdo, después de una discusión familiar o con amistades. Ninguno de los estudiantes luego de ubicarse en un escalón decidió cambiarse, manifestando que *la constancia, el conocimiento, la paciencia, la sinceridad, la responsabilidad, la seguridad y la inteligencia* son algunas de las características que los ayudan a llegar al escalón más alto.

Se considera que de forma general en esta sesión se logra estimular el desarrollo de estos elementos personales para favorecer una mejor autorregulación en relación con situaciones de consumo. Se evidencian mayores niveles de elaboración en las reflexiones individuales y grupales, así como una mayor implicación emocional con el tema por lo que se logran cumplir los objetivos de la sesión.

Sesión # 4:

A través de estas técnicas centrales *Las mil y una manchas de color* y *Aprender a decir NO* se estimulan las reflexiones en torno a la temática abordada, no solo en el reconocimiento de la importancia de la asertividad sino también con las técnicas que facilitan la misma, personalizándolas de acuerdo con la experiencia de los diferentes miembros del grupo.

El debate estuvo matizado principalmente por las vivencias personales, reconociendo que muchas veces consumen por compromiso con el grupo de amigos o compañeros de salidas y fiestas, al respecto uno de los miembros del subgrupo de Ingeniería Agrícola expresó: *... a mí siempre me dicen vamos a la fiesta que tú eres el alma de ella y si no vas no la pasaremos igual*. Los estudiantes reconocen que ellos también utilizan estas estrategias: *... a veces intento convencer a mis amigos diciéndoles que ellos son fiesteros y que no me gustaría tomar sin ellos*. Con las escenificaciones los estudiantes logran identificar cómo en su vida cotidiana utilizan algunas de estas técnicas sobre las cuales no poseían conocimiento previo. La participación por parte del grupo fue activa durante la modelación de las diferentes técnicas.

Se destaca su utilidad para la vida cotidiana. Se evidenciaron diferencias en el manejo adecuado de la presión del grupo, más difícil de lograr en el caso de los hombres. En el subgrupo de Ingeniería Automática uno de los miembros del grupo expresó: *Hay que trabajar más para poder decir que no cuando no queremos consumir*, siendo esta una expresión que evidencia disposición y necesidad del cambio, específicamente en relación con el consumo de alcohol.

Como técnica de cierre se utiliza *Qué me llevo*, se constata el cumplimiento de los objetivos propuestos. Dentro de las principales verbalizaciones se expresan: *No me había dado cuenta de que utilizaba estas técnicas, me resultó interesante, brindarnos estas técnicas me parece bien pues así las podemos utilizar en nuestra vida, me gustó la parte de la modelación, me resultó útil para darme cuenta de cómo usarlas.*

Sesión # 5:

En esta sesión resultó oportuno el trabajo con la técnica central *Soluciones eficaces*. Se evidenció por parte de los estudiantes la motivación por conocer y poner en práctica la información facilitada. Las expresiones al inicio de la actividad expresan esta necesidad: *A veces tomamos decisiones influenciados por los demás y esto por lo general termina en que no nos sintamos bien con lo que decidimos, tomar decisiones sin pensar bien o por quedar bien, hace que la personas se arrepientan y a veces se sientan culpables.* Se retoman los aspectos fundamentales abordados en las sesiones anteriores, esencialmente lo referido a la importancia de conocerse y valorarse adecuadamente y el manejo de la presión grupal. Al finalizar la técnica los estudiantes logran establecer soluciones a las problemáticas planteadas por ellos mismos, a partir de los pasos abordados.

El segundo momento de la sesión, contribuye al trabajo con los factores de protección, defendiendo la premisa de su estrecho vínculo con una adecuada percepción de riesgo. Al

respecto uno de los estudiantes del subgrupo de Ingeniería Mecánica destaca: *Te permite tener más control sobre tu vida*. Se logran reflexiones orientadas a identificar la importancia de la toma de decisiones y la gestión del tiempo, con mayor énfasis en la vida universitaria. Mediante las técnicas empleadas en esta sesión se estimula desde la estrategia psicoeducativa, el manejo adecuado de la afectividad negativa, especialmente de la ansiedad asociada a situaciones de evaluación.

Al cierre, los participantes completaron la frase, *hoy me he sentido... satisfecho, a gusto, bien*, en la mayoría de los casos. En relación con *he logrado...*, emergieron vivencias relacionadas con: *Saber definir bien los pasos para la solución de los problemas, siento que aún no lo he logrado, porque no lo he puesto en práctica, pero por lo menos he aprendido a pensar, tomar conciencia y pensar bien las cosas*. Atendiendo a la frase *me gustaría lograr...*, los estudiantes expresaron proyecciones con respecto a *lograr mis objetivos, poner en práctica lo aprendido*. Esto refuerza el cumplimiento de los objetivos de la actividad desarrollada y la necesidad de los estudiantes de continuar desarrollando estas habilidades.

Sesión # 6:

Esta sesión constituyó un momento de consolidación e integración dentro del desarrollo de la estrategia psicoeducativa. En este sentido, se destaca la utilización de la técnica central *La tienda de soluciones para evitar y/o reducir el consumo de alcohol*. Los estudiantes expresaron: *No basta solo con comprometerse con los demás, si no nos comprometemos con nosotros mismos, es más difícil lograr lo que se quiere*, destacando el papel activo que debe tener la persona en la regulación de su comportamiento. Reconocen, además, que en los primeros momentos del trabajo en grupo *todos hablábamos de las consecuencias negativas y creímos que lo conocíamos todo, pero no teníamos conciencia de que nos podía pasar a nosotros*, evidenciando las ganancias que les ha reportado esta experiencia. De forma similar

en los tres subgrupos, en este momento los “artículos” más comprados por los estudiantes fueron:

- *la responsabilidad me permite tener claras mis metas y hasta dónde puedo llegar, permitiéndome tomar responsablemente*
- *inteligencia para no cometer el mismo error dos veces y para darse cuenta de que el alcohol no trae nada bueno*
- *es indispensable tener respeto para que cuando no desee tomar respeten mi decisión y no me insistan*
- *conseguir que los demás perciban que la diversión no necesariamente es con alcohol*
- *necesito cordura para cuando tomo, hacerlo en pequeñas cantidades*
- *la ayuda especializada permite tener apoyo ante situaciones difíciles, a veces creemos que no, pero si no sabemos parar debemos acudir a personas que nos puedan ayudar*

En esta sesión existieron expresiones que muestran la intención de los estudiantes de transmitir los aprendizajes a otros, ejemplo de ello fue un estudiante del subgrupo de Ingeniería Automática que compra como artículo “Consecuencias negativas del alcohol” para regalarlo a una amistad, expresando que *...son muchos los amigos y compañeros que desconocen estos efectos del alcohol*. Teniendo en cuenta estos resultados se considera que esta técnica fue de gran interés y motivación, generando reflexiones positivas e integradoras de las informaciones ofrecidas durante las seis sesiones de trabajo grupal realizadas.

La técnica *Discusión en parejas* permitió consolidar los objetivos de la sesión y de la estrategia en sentido general. Se destacan los compromisos asumidos por los estudiantes respeto a la salud. En el subgrupo de Ingeniería Mecánica se destaca: *No quisiera tener problemas de salud por hacer algo que en verdad no necesito para vivir*. También se señala la

importancia de *practicar lo aprendido, compartir los conocimientos con los demás, reflexionar antes de tomar bebidas.*

Al finalizar, los estudiantes de los tres subgrupos manifestaron su satisfacción durante todo el proceso, destacando la calidad de la información brindada, los materiales utilizados, *el valor reflexivo de las frases* y la creación de un clima socio-psicológico que les permitió *tener confianza unos en otros y escucharnos con atención y respeto.* Reconocieron que la experiencia les generó conocimientos, *tomar conciencia sobre el alcohol, analizarnos internamente sobre nuestros comportamientos, diversión con aprendizajes para una vida sana.*

Durante toda la estrategia, especialmente en esta sesión, se promovieron compartimientos saludables, pues los participantes propusieron realizar actividades donde no esté presente el alcohol, de esta forma en el subgrupo de Ingeniería Automática se organizó una sesión abierta donde compartieron con los facilitadores sobre otros temas y manifestaron el interés de invitar a otros amigos. Se destacó también la importancia de practicar deportes como una alternativa saludable que, además, ayuda a manejar la ansiedad que en determinados momentos del curso experimentan ante las demandas evaluativas. Reconocieron que cuando se consume alcohol, se debe hacerlo de forma responsable, cuidando la propia salud y la de los demás. En este sentido, se reflexionó sobre la relación que existe entre el consumo de alcohol y comportamientos de riesgo como las prácticas sexuales desprotegidas y la promiscuidad.

En esta sesión reforzaron por parte de los facilitadores los principales logros alcanzados por el grupo, realizando un balance de la experiencia. Se agradeció a los participantes su colaboración y se les invitó a formarse como promotores pares. Además, se informó sobre los servicios que se ofrecen en el Centro de Bienestar Universitario y la posibilidad de pedir ayuda especializada en caso de necesitarla o de que algún compañero pueda requerirla.

Teniendo en cuenta estas particularidades y las generalidades previamente analizadas, que puso de manifiesto el progreso alcanzado en el cumplimiento de los objetivos de cada una de las sesiones y de la estrategia en general, a continuación se describen y analizan los principales resultados obtenidos.

3.3.3 Evaluación de los resultados de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

La evaluación de los resultados de la aplicación de la estrategia se realizó a partir de 3 subgrupos cuasi-experimentales con sus respectivos grupos cuasi-controles, pertenecientes al primer año de las carreras Ingeniería Mecánica, Ingeniería Automática e Ingeniería Agrícola, respectivamente. Para los fines de este análisis y después de haber comprobado similitudes entre los grupos de acuerdo al sexo, la cantidad de años que lleva consumiendo y las situaciones de consumo (Anexo 10), se decide integrar estos subgrupos en un único grupo cuasi-experimental (GCE) y un grupo cuasi-control (GCC).

Los resultados de la entrevista estructurada, realizada como parte de la evaluación de línea base, permitieron identificar que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de $M=13.79$, $SD=2.29$, con una probabilidad frecuencial de 38.1% de que el consumo se inicie a los 15 años de edad, resultado que coincide con los encontrados en la primera etapa de la investigación, evidenciándose un inicio cada vez más temprano de su consumo (Fernández-Castillo, Molerio, Fabelo, et al., 2016).

Entre las bebidas de mayor aceptación se encuentra la cerveza y el ron, declarada por el 37.3% ($n=25$) y el 28.4% ($n=19$) de los estudiantes, respectivamente. Se destaca la influencia de los amigos para el inicio del consumo en el 74.1% ($n=20$), seguida de la influencia de los padres en el 18.5% ($n=5$). Son precisamente los amigos con quienes con mayor frecuencia consumen en el 62.7% ($n=42$) y especialmente en contextos recreativos en el 17.5% ($n=11$). En este

sentido, se refuerza la pertinencia de haber contemplado elementos relacionados con la presión del grupo de iguales en el marco de la estrategia.

Teniendo en cuenta el Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas (Becoña, 1999), que se asume como sustento teórico en esta investigación, resultó pertinente la exploración del consumo de alcohol en la familia, por la importancia que tiene en el inicio y mantenimiento del consumo. En este sentido, los resultados muestran que el 75.4% (n=52) de los estudiantes expresan que en sus familias se consume alcohol, y el 29.6% (n=8) señalan a la figura paterna como el principal consumidor. La reproducción de los patrones de consumo familiar se ha destacado como un importante factor de riesgo al incrementar la probabilidad de beber alcohol en el estudiante universitario, ya que en el núcleo familiar esta conducta es permitida y aprendida (Armendáriz et al., 2014).

El policonsumo se ha descrito como una de las tendencias actuales en la población joven (Hernández-Serrano et al., 2015; Telumbre-Terrero et al., 2016) evidenciándose en la muestra estudiada que el 12.9% (n=8) consumen alcohol y tabaco simultáneamente. Estos elementos permitieron un mayor conocimiento de los grupos involucrados en la estrategia.

Los resultados en la evaluación de línea base y la evaluación final, de la percepción de riesgo como variable dependiente, el consumo de alcohol como variable aleatoria y los factores de protección y/o riesgo, se muestran en la Tabla 8 y Tabla 9.

Tabla 8: Descriptivos y comparación de los grupos en la evaluación de línea base

Variables		Evaluación de línea base							t (gl)	p
		Grupo Cuasi-experimental			Grupo Cuasi-control					
		Percentil			Percentil					
		M (SD)	25	75	M (SD)	25	75			
Percepción de Riesgo	Informativo-Valorativa	44.9 (6.2)	40	51	49.7 (4.4)	48	53	-4.0(75)	.000	
	Motivacional-Conductual	82.4 (12.6)	74.5	89.5	82.6 (15.3)	71	89	-.72(73.2)	.943	
Factores de Protección	Protección	100.5 (12.6)	94.5	107	105.6 (13.5)	98	115	-1.7(69.5)	.092	
	Riesgo	3.3 (5.6)	30	38.5	33.8 (6.6)	28	45	-.56(72)	.573	
	Afectividad negativa	18.7 (4.5)	15	21	17.8 (2.6)	16	19	1.004(71)	.319	
Consumo de alcohol	Consumo de riesgo	4.9 (1.7)	3.0	5	3.4 (1.48)	2	4	1.86(61)	.067	
	Consumo perjudicial	4.6 (1.2)	4.0	4.5	4.2 (.63)	4	4	1.61(43)	.114	
	Síntomas de Dependencia	3.8 (1.2)	3.0	5	3.3 (.90)	3	3	2.23(75)	.029	

Leyenda: gl=grados de libertad, p= valor de la significación

Fuente: Resultados del análisis descriptivo y Prueba T. Elaboración propia

Tabla 9: Descriptivos y comparación de los grupos en la evaluación final

Variables		Evaluación final							t (gl)	p
		Grupo Cuasi-experimental			Grupo Cuasi-control					
		Percentil			Percentil					
		M (SD)	25	75	M (SD)	25	75			
Percepción de Riesgo	Informativo-Valorativa	44.4 (7.0)	41.5	50.0	41.2 (8.3)	37.0	47.0	1.82(72)	.072	
	Motivacional-Conductual	87.2 (11.5)	79.5	91.5	80.4 (14.0)	72.0	85.0	2.33(73)	.022	
Factores de Protección	Protección	107.3 (13.2)	98	127	101.1 (20.1)	87	113	-.2.02(75)	.046	
	Riesgo	31.3 (6.7)	26.5	34.5	33.8 (5.7)	30	38	-1.68(62)	.97	
	Afectividad negativa	19.03 (3.9)	16.0	20.0	19.6 (4.4)	16.0	22.0	-.600(72)	.550	
Consumo de alcohol	Consumo de riesgo	3.5 (1.2)	3.0	4.0	3.4 (1.3)	2.0	4.0	.268(69)	.790	
	Consumo perjudicial	4.6 (1.2)	4.0	5.0	5.2 (2.2)	4.0	6.0	-1.46(75)	.147	
	Síntomas de Dependencia	3.9 (1.4)	3.0	4.0	4.0 (1.5)	3.0	5.0	.26(69)	.790	

Fuente: Resultados del análisis descriptivo y Prueba T. Elaboración propia

Al profundizar en el análisis cualitativo de cada uno de los ítems que integran los diferentes componentes de la percepción de riesgo (Anexo 11) se evidencia que en la dimensión informativo-valorativa, antes de la implementación de la estrategia, los estudiantes declaran tener conocimientos sobre los riesgos que implica el consumo de alcohol; sin embargo, no se sienten en riesgo de experimentarlos; además, se muestra desconocimiento sobre las acciones a seguir en caso de decidir abandonar y/o disminuir el consumo y una elevada percepción de control sobre el mismo. Como muestran los resultados de la Tabla 8, en esta dimensión, se evidenciaron diferencias entre los dos grupos, siendo más favorables en el grupo cuasi-control. El componente informativo-valorativo de la percepción de riesgo no muestra diferencias significativas entre los grupos en la evaluación final, aunque resulta llamativo cómo las medias tienen un ligero descenso en el grupo cuasi-control y un incremento en el grupo cuasi-experimental. En este último, las ganancias se centran en el reconocimiento de los riesgos que implica el consumo de alcohol para los diferentes ámbitos de la vida.

De acuerdo con los resultados del CAPTCA aplicado en la primera etapa, los componentes afectivo-motivacional e intencional-conductual pueden integrarse en un factor, que no muestra diferencias significativas entre ambos grupos antes de aplicar la estrategia. No obstante, para profundizar en este último se describen de forma separada en este punto del análisis.

El componente afectivo-motivacional evidencia que inicialmente los estudiantes preferían ignorar las consecuencias nocivas relacionadas con el consumo de alcohol decidiendo mantenerlo, mostrándose medias más bajas en estos ítems (Anexo 11). Al analizar los resultados de la evaluación final de este grupo de ítems se aprecia que se incrementa el rechazo ante el consumo de alcohol aumentando la disposición a disminuir el consumo.

En cuanto al componente intencional-conductual, en la evaluación inicial, las medias más altas se centraron en ítems relacionados con conductas de riesgo como: conducir un vehículo bajo el

efecto del alcohol, los conflictos provocados por su consumo y las prácticas sexuales consideradas riesgosas (sin protección, con desconocidos, promiscuidad) (Anexo 11). Mientras que en la evaluación final disminuyen las medias de los ítems que exploran estas conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol y se incrementan las medias de ítems que denotan la puesta en práctica de comportamientos orientados a disminuir su consumo.

Teniendo en cuenta estos resultados, se evidencian no solo diferencias significativas entre los dos grupos, más favorable al grupo cuasi-experimental sino también cambios que se aproximan al valor de la significación en esta dimensión de la percepción de riesgo, a partir de la implementación de la estrategia y un tamaño de efecto mediano, resultados que se muestran en la Tabla 10.

Tabla10: Resultados de cambios encontrados en las variables percepción de riesgo, factores de protección, factores de riesgo y consumo de alcohol después de la intervención.

Variables	Grupo Cuasi-experimental		Grupo Cuasi-control		d	
	t(gl)= t, p	M (SD)	t(gl)= t, p	M (SD)		
Percepción de Riesgo	Informativo-Valorativa	t(31)= .304, .763	44.4 (7.0)	t(44)= 6.67, .000	41.2 (8.3)	.41
	Motivacional-Conductual	t(31)= -1.91, .065	87.2 (11.6)	t(44)= 1.15, .256	80.4 (14.0)	.52
Factores de Protección	Protección	t(31)= -2,46, .019	107.3 (13.3)	t(44)= 1.65, .105	101.1 (20.1)	.35
	Riesgo	t(31)= 1.32, .196	31.3 (6.7)	t(44)= .106, .916	33.8 (6.0)	-.40
	Afectividad negativa	t(31)= -.518, .609	19.0 (4,0)	t(40)= -3.28, .002	19.8 (.7)	-.29
Consumo de alcohol	Consumo de riesgo	t(31)= 2.178, .037	3.5 (1.2)	t(40)= -.131, .896	3.4 (1.3)	.06
	Consumo perjudicial	t(31)= -.356, .724	4.59 (1.5)	t(44)= -2.59, .013	5.2 (2.2)	-.04
	Síntomas de Dependencia	t(31)= -.000, 1.00	3.9 (1.4)	t(44)= -2.90, .006	4 (1.5)	-.34

Leyenda: d=Valor del tamaño de efecto, gl=grados de libertad, M= Media, SD= Desviación (Postest)²

Fuente: Resultados. Prueba t para muestras relacionadas. Elaboración propia

² Autores como McGaw y Smith (1981citado en Morales-Vallejo, 2012) recomiendan calcular el tamaño del efecto utilizando los datos del post-test, al ser más sencilla su interpretación.

De igual manera, los resultados del ANOVA de un factor permitieron identificar la influencia altamente significativa ($p < .001$) de este componente en la configuración de la percepción de riesgo. Estos resultados resultan congruentes con los encontrados en la primera etapa de la investigación en la cual, aunque desde una perspectiva transversal se encontró que la dimensión motivacional-conductual resulta determinante en la conformación de los grupos de acuerdo con los niveles de percepción de riesgo. Reforzándose la importancia que tiene este componente y orientar las intervenciones en este sentido (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016).

Otro punto de análisis importante es el comportamiento de los factores de protección y de riesgo. Al analizar los resultados de las Tabla 8 se puede apreciar que no existieron diferencias significativas entre los grupos en la evaluación de línea base. No obstante, el análisis cualitativo de los ítems y las áreas que se exploran dentro de esta dimensión puso de manifiesto la presencia de factores de riesgo como la baja autoestima, mientras se evidencian medias más altas en los ítems que denotan presencia de la resiliencia como un factor de protección y el significado que tiene la vida universitaria como un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento. Al concluir la estrategia psicoeducativa existe una tendencia a incrementarse las medias de los ítems relacionados con un mayor aprecio y confianza en sí mismo, las habilidades sociales y para tomar decisiones (Anexo 12), elementos que expresan la efectividad de las sesiones cuyo objetivo era potenciar estos factores de protección.

El análisis de la evaluación final permite identificar diferencias significativas entre los grupos, con mejores resultados para el grupo cuasi-experimental (Tabla 10). Además, las mejorías en el desarrollo de estos factores de protección resultan significativas para este grupo, en la evaluación realizada tras concluir la intervención. A partir de lo cual se ha concedido un lugar importante a la potenciación de los factores de protección dentro de las directrices para la

prevención en psicología (APA, 2014). En el caso de la afectividad negativa no se evidencian cambios significativos en el grupo cuasi-experimental después de finalizada la intervención, aunque se produce un ligero incremento de la medias en el grupo cuasi-control. Este resultado pudiera atribuirse a que las emociones negativas son experimentadas por los estudiantes universitarios escasa o moderadamente, por lo que los cambios no son tan notables. Además, se trabaja de forma indirecta dentro del sistema de actividades de la estrategia.

En cuanto a la evaluación inicial de los diferentes indicadores del consumo de alcohol, en el análisis de las medias se muestra una situación más desfavorable para el grupo cuasi-experimental en los indicadores que explora el AUDIT (Anexo 13). Al analizar las medias de estos mismos indicadores después de finalizada la intervención, se aprecia una mejoría en el grupo cuasi-experimental y una peor situación para el grupo cuasi-control, estas diferencias no son significativas entre los grupos (Tabla 8) pero sí lo son en cuanto a los cambios producidos en los indicadores al finalizar la estrategia (Tabla 10). En este sentido, en el caso del subgrupo cuasi experimental se destaca una disminución del consumo de riesgo de alcohol y un incremento de indicadores de consumo perjudicial en el grupo cuasi-control.

El análisis de la interrelación de las variables contempladas en el estudio (Anexo 14) permitió identificar una relación fuerte, directa y altamente significativa entre la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol y los factores de protección ($r=.515$, $p=.003$) resultado que refuerza una de las premisas de las cuales parte la estrategia psicoeducativa diseñada en esta investigación.

3.3.4 Valoración general de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Al finalizar la estrategia se aplicó la Encuesta de satisfacción de usuarios a cada uno de los participantes y se realizó un encuentro con los facilitadores para explorar la valoración general de la experiencia y su satisfacción con la calidad del manual. En el análisis de la Encuesta de

satisfacción de usuarios (Anexo 15), al explorar las sesiones que les aportaron más se destacan todas por parte del 31.3% (n=10). El resto de las respuestas se distribuyen en las diferentes sesiones privilegiándose la sesión 4 en el 18.8% (n=6) de los estudiantes, donde se abordó el tema del manejo asertivo de la presión grupal. En cuanto a las técnicas, el 38.7% (n=12) expresan que todas les resultaron útiles, destacándose las técnicas asertivas (16.1%, n=5), el trabajo en grupo (12.9%, n=4) y la técnica *¿Cómo administrar nuestro tiempo?* (9.7%, n=3).

En general la valoración de la experiencia por parte de los estudiantes fue satisfactoria, existieron coincidencias en frases como: *permitió conocernos más como grupo, cómo persona y sobre los peligros del alcohol* (23.3%, n=7), *experiencia increíble* (30%, n=9), *aprendizaje de cosas que no conocía* (13.3%, n=4), *aprendizajes para nuestro tránsito por la universidad* (10%, n=3), *a partir de lo aprendido he podido disminuir el consumo de alcohol que estaba acostumbrado* (6.7%, n=2). Las principales recomendaciones se orientan a una mayor frecuencia en las sesiones (21.9%, n=7), a continuar con este tipo de actividades (12.5%, n=4) y tener la posibilidad de escuchar los testimonios en vivo (9.4%, n=3). El resto de los estudiantes no ofrecieron sugerencias respecto a la estrategia.

El intercambio con los facilitadores ofreció criterios favorables en cuanto a la calidad del manual de implementación y el cumplimiento de los objetivos propuestos en las sesiones. Las principales sugerencias estuvieron orientadas a lograr que esta experiencia se sistematice. De forma general, se considera que la estrategia logra el cumplimiento de los objetivos propuestos, resultados que se evidencian tanto en la evaluación de proceso, de progreso como de resultados porque consolida en los participantes los conocimientos sobre los riesgos que implica el consumo de alcohol, estimula la conformación de mecanismos de autorregulación que favorecen la aparición de conductas de evitación y rechazo ante su consumo. Se logra un

rol activo en el reconocimiento del nivel de vulnerabilidad asociado a su comportamiento de consumo de alcohol y a partir de aquí se estimulan necesidades relacionadas con la asunción de comportamientos saludables (Anexo 16).

El diseño de la estrategia, sus sesiones, técnicas y recursos empleados, así como la dinámica lograda en los diferentes momentos ofrece la posibilidad de trabajar este tema de forma atractiva de acuerdo con las características de los destinatarios, no excediendo los 90 minutos y adecuándose al espacio para el trabajo educativo establecido en la universidad en cada una de las facultades. De igual forma, logra insertarse armónicamente al plan de acciones que se coordina y ejecuta desde el Centro de Bienestar Universitario, siendo este un criterio importante que avala su viabilidad y posibilidad de consolidarse a partir de otras experiencias.

3.3.5 Evaluación de seguimiento

La evaluación de seguimiento de los resultados de la estrategia se realizó dos meses después de finalizada la intervención, en ella participaron 19 estudiantes (GCE) y 18 estudiantes (GCC). Los principales resultados se muestran en la Tabla 11, información que se complementa a partir del análisis de las verbalizaciones de los estudiantes en los grupos focales (Anexo 17). El componente informativo-valorativo de la percepción de riesgo mostró diferencias entre ambos grupos con un tamaño de efecto grande, de igual forma se obtiene un tamaño de efecto mediano respecto a los cambios generados en el componente motivacional-conductual, mostrando como tendencia una mejor adecuación en las diferentes evaluaciones. Los estudiantes reconocen la importancia de los conocimientos adquiridos, la motivación hacia el cambio y su concreción en el plano conductual. Resulta importante destacar que dos meses después de finalizada la intervención se aprecia una actitud más responsable respecto al consumo de alcohol y una tendencia a la disminución de su consumo en el grupo cuasi-

experimental: *Hemos reducido nuestro nivel de consumo (2 botellas antes ahora 1 o menos) tomamos con mayor responsabilidad, nos conocemos mejor.*

Tabla 11: Resultados de la evaluación de seguimiento

Variables	Evaluaciones						Dif. Sig. intra-grupo (G-CE)	d
	Grupo Cuasi-Experimental			Grupo Cuasi-Control				
	Inicial	Final	Seguimiento	Inicial	Final	Seguimiento		
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Informativa-Valorativa*	45.9 (6.3)	46.8 (3.8)	53.0 (2.1)	40.0 (3.6)	42.3 (8.9)	47.0 (8.1)	t(18)=-4.6, .00**	1.05
Motivacional	82.6 (14.1)	87.8 (10.8)	86.8 (10.6)	83.9 (13.9)	83.5 (16.4)	79.5 (19.4)	t(18)= -2.1, .05**	.48
-Conductual Protección	100.9 (14.7)	107.6 (13.4)	108.4 (12.9)	107.7 (12.8)	104.6 (20.1)	103.4 (16.1)	t(18)= -2.4, .026***	.35
Riesgo	32.4 (6.3)	31.9 (7.0)	31.5 (5.8)	34.6 (5.7)	35.7 (6.5)	31.6 (6.0)		-.02
Consumo de riesgo	4 (1.7)	3.4 (1.0)	3.2 (1.1)	3.0 (1.1)	3.3 (1.0)	3.2 (1.1)		.00
Consumo perjudicial	4.6 (1.2)	4.7 (1.4)	4.2 (0.3)	4.2 (0.5)	4.7 (1.4)	4.4 (1.0)		-.28
Síntomas de Dependencia	3.9 (1.3)	4.0 (1.2)	3.2 (0.9)	3.2 (0.9)	3.6 (1.1)	3.2 (0.6)		.00

Legenda: *= Diferencias significativas entre el grupo cuasiexperimental y cuasicontrol [t (35)=2.75, .000], ** diferencias significativas entre las medias de la evaluación final y la evaluación de seguimiento, *** diferencias significativas entre las medias de la evaluación inicial y la de seguimiento

Se pudo identificar en los participantes aprendizajes vinculados a un mayor autoconocimiento para el cambio, la importancia del desarrollo de habilidades para la vida que pueden convertirse en factores de protección ante situaciones de consumo. Uno de los estudiantes del subgrupo de Ingeniería Mecánica destacó: *Ahora logramos saber cómo combatir esta adicción desde el punto de vista psicológico. Poseemos muchos conocimientos, sabemos cómo aconsejar a otros y a dónde dirigirnos para que nos aconsejen y ayuden. Conocemos los daños que provoca, no solo a la salud sino a otros como la familia, sus causas y cómo prevenirlo.* Se muestran alternativas saludables desarrolladas por los estudiantes después de terminada la estrategia dentro de las que se destaca la práctica de ejercicios. Se reitera la importancia de aconsejar a otros compañeros y la importancia de que se continúe desarrollando la experiencia

3.4 Análisis Integrador

La Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol se sustenta en el Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas (Becoña, 1999) con especial énfasis en la percepción de riesgo como variable moduladora del inicio y mantenimiento del consumo. Se defiende una perspectiva salutogénica asumiendo un estrecho vínculo entre los factores de riesgo y protección. En su diseño se tuvieron en cuenta las características del contexto y de los estudiantes universitarios, elementos que avalaron la pertinencia de la estrategia.

Se identificó que el inicio del consumo en estos estudiantes ocurre a edades tempranas, generalmente en la adolescencia, previo al ingreso a la universidad, tanto en los hombres como en las mujeres que conformaron la muestra. Se destaca el contexto familiar y el grupo de iguales, como escenarios que favorecen el consumo de alcohol. La percepción de riesgo en estos estudiantes se caracterizó por un conocimiento general de las consecuencias asociadas al alcohol aunque no siempre se estimulan los mecanismos de autorregulación para evitar, reducir o eliminar el consumo. Predominó el consumo social aunque se identificaron indicadores de riesgo, asociados a la frecuencia y daños ocasionados por el consumo de alcohol.

El análisis de los resultados permitió identificar la agrupación en dos factores de las tres dimensiones que configuran la percepción de riesgo desde la perspectiva multidimensional (Fernández-Castillo, Molerio, Sánchez, et al., 2016). Se destaca un primer factor referido al componente motivacional-conductual, con gran influencia en la conformación de la percepción de riesgo. El segundo factor que representa el componente informativo-valorativo. Al analizar los resultados de las investigaciones sobre este tema se identifican autores que refuerzan la idea de contemplar los factores emocionales y sociales (García del Castillo et al.,

2015, 2012; González-Iglesias et al., 2014; Muñoz, 2014) y trascienden la perspectiva tradicional en la que se hiperbolizan los factores racionales y su rol dentro de la percepción de riesgo. Este resultado constituye un elemento importante a tener en cuenta en las intervenciones preventivas, con especial relevancia en la juventud, etapa donde se logran mayores niveles de autorregulación del comportamiento.

Las características de la percepción de riesgo, las propias particularidades de la juventud como etapa del desarrollo evolutivo y las necesidades experimentadas por los participantes constituyeron premisas para la selección y organización de las técnicas y recursos empleados, a partir del trabajo en cuatro etapas que resultaron ser suficientes para el logro de los objetivos propuestos. Un elemento distintivo de la intervención realizada es su carácter multinivel, pues aunque se centra en la prevención selectiva, se combina con estrategias informativas propias de la prevención universal.

Se favoreció en los estudiantes universitarios el desarrollo de factores de protección que contribuyen al desarrollo de la autoconciencia y a la autoeducación para una mejor regulación interna ante situaciones relacionadas con el consumo de alcohol, estimulando la formación de habilidades para la vida; es esta última uno de los componentes que ha mostrado resultados positivos en los últimos años (Conley, Durlak, & Kirsch, 2015; Jiménez et al., 2014) En este sentido, la estrategia psicoeducativa resultó una alternativa efectiva teniendo en cuenta las características del contexto universitario.

Los resultados evidenciaron la adecuación de la percepción de riesgo especialmente en el componente motivacional-conductual a partir de una mayor disposición a disminuir el consumo y conductas de riesgo asociada al mismo, constatándose a partir de la evaluación de seguimiento. Asimismo se evidencia la búsqueda de alternativas más saludables unido a un mayor reconocimiento de los riesgos que implica el consumo de alcohol para los diferentes

ámbitos de la vida. Al respecto, es necesario tener en cuenta que los jóvenes universitarios que participaron en la investigación poseían conocimientos generales sobre los daños que ocasiona el consumo de alcohol, siendo el componente informativo el más trabajado tradicionalmente en las intervenciones preventivas (García del Castillo, López-Sánchez, & García del Castillo-López, Dias, 2014) y el que menos resultados favorables ha demostrado tener al utilizarse de forma exclusiva (Becoña, 2002; Conley et al., 2015).

En correspondencia con ello en la concepción lógico- metodológica seguida en la estrategia se privilegió el trabajo con el componente motivacional-conductual sin dejar de ofrecer informaciones y estimulándose la reflexión en las diferentes actividades. En este sentido, se considera importante tener en cuenta que la distinción de estas dimensiones responde más bien a la necesidad de operativizar este constructo para su comprensión y evaluación (Molerio et al., en prensa), pero en el trabajo interventivo se debe tener en cuenta su estrecha interrelación en la configuración de la percepción de riesgo. La evaluación de seguimiento constituyó un momento de expresión del estrecho vínculo entre estos componentes, donde se evidencian resultados favorables no solo en la adecuación de la percepción de riesgo sino en el control del consumo de alcohol en estos estudiantes.

En sentido general, la integración de los resultados obtenidos permitió corroborar la efectividad de la estrategia psicoeducativa para la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios, en tanto logra que los estudiantes reconozcan los riesgos que implica el consumo de alcohol y se favorezca la conformación de los mecanismos de autorregulación que generan comportamientos de evitación y rechazo ante el consumo de alcohol. De igual forma, se estimula el desarrollo de conductas saludables.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- En los estudiantes universitarios investigados se constató un predominio del consumo social de alcohol en ambos sexos, aunque en menor medida existieron estudiantes con un consumo de riesgo. Se identificó que la edad de inicio del consumo de alcohol se ubica en la adolescencia, previo al ingreso a la universidad, destacándose como principales motivos de inicio del consumo, la imitación social y la búsqueda de sensaciones. Entre los principales factores de riesgo se encontraron: consumo de alcohol en el marco familiar, presencia de emociones negativas asociadas al estrés académico y la percepción de que existe una oferta recreativa limitada, mientras que como principales factores protectores se destacan la resiliencia y el optimismo.
- Se identificaron limitaciones en la percepción de riesgo en los estudiantes investigados, expresadas en dificultades en la conformación de los mecanismos de autorregulación para evitar, reducir o eliminar el consumo de alcohol. Se evidenció que, aun cuando poseen un conocimiento general sobre los riesgos y consecuencias negativas y una actitud de rechazo con relación al alcoholismo, no logran una regulación efectiva en el control de su consumo. Ello muestra limitaciones en las dimensiones afectivo-motivacional e intencional-conductual de la percepción de riesgo.
- En correspondencia con los resultados obtenidos a partir de la evaluación de las necesidades, se diseñó la Estrategia psicoeducativa para la adecuación de la percepción de riesgo en estudiantes universitarios. Esta estrategia se fundamenta en el *Modelo comprensivo secuencial de las fases del consumo de drogas* y asume como núcleo esencial la percepción de riesgo. Por ello, sus directrices interventivas se proyectan a fomentar la adecuación de los componentes de la percepción de riesgo en estos estudiantes; así como a

reducir los factores de riesgo y a potenciar los factores protectores, a través de seis sesiones de trabajo grupal. El juicio favorable emitido por los especialistas avaló su pertinencia y suficiencia.

- La estrategia psicoeducativa diseñada demostró ser eficaz, en tanto favoreció en los participantes una valoración acertada de los riesgos que implica el consumo de alcohol para los diferentes ámbitos de la vida. Se logró un rol activo en el reconocimiento del nivel de vulnerabilidad asociado a su comportamiento de consumo y a partir de aquí se potenciaron necesidades relacionadas con la adopción de conductas saludables. Resultó efectiva para estimular el desarrollo de factores de protección como el aprecio y la seguridad en sí mismo, la toma de decisiones y las habilidades sociales. Además, favoreció la adecuación de la percepción de riesgo, especialmente en los componentes afectivo-motivacional e intencional- conductual a partir de una mayor disposición y compromiso en los participantes, a disminuir el consumo alcohol y los comportamientos de riesgo asociados al mismo.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Continuar trabajando en la fundamentación científica y empírica de un modelo teórico-metodológico sobre la percepción de riesgo como núcleo esencial de la prevención del consumo de drogas, con especial énfasis en relación con el consumo de alcohol.
- Continuar el seguimiento de los estudiantes que participaron en el estudio con la finalidad de constatar el mantenimiento de los cambios generados a partir de la implementación de la estrategia psicoeducativa diseñada.
- Generalizar la aplicación y evaluación de la estrategia psicoeducativa diseñada en otras carreras y años académicos de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, así como en otros centros de Educación Superior de Cuba, realizando los ajustes necesarios.
- Ampliar las evidencias de validez del Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios y el Cuestionario sobre percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios, ambos diseñados en el marco de la investigación.
- Perfeccionar los recursos comunicativos que forman parte de la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

*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*. Tesis de Grado. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Aguilar, J., Calleja, N., Aguilar, A., & Valencia, A. (2015). Un modelo estructural de la dependencia al tabaco en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 25(1), 103–109.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113–1127.
- Alarcón, R., & Rodríguez, T. C. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 9(1), 59–69. Retrieved from <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/592>
- Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 382–389. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.005>
- Alpízar, M., Pérez, G., & García, I. (2006). Previniendo el alcoholismo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1–8.
- Álvarez, R., Pedraza, L., & Molerio, O. (2012). *Diseño de un programa psicoeducativo para la prevención del tabaquismo en estudiantes universitarios*. Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas.
- APA. (2008). Reporting Standards for Research in Psychology. Why Do We Need Them? What Might They Be? *American Psychologist*, 63(9), 839–851. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.63.9.839>
- 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>
- Arias, G., Ortega, L., Méndez-Forns, I., Martínez-Ortega, J., García-Tejeda, C., & Torres-Dávila, M. (2009). La prevención en las instituciones educativas. Un resultado de la

- calidad de la labor docente educativa. In *Seminario nacional de preparación del curso Escolar 2009-2010*. Ciudad de La Habana.
- Armendáriz, N. A., Alonso, M. M., Alonso, B. A., López, M. A., Rodríguez, L. A., & Méndez, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia Y Enfermería, XX(3)*, 109–118.
- Azaustre, M. C. (2014). Estudio del consumo de alcohol en el alumnado de la Universidad de Huelva: causas, riesgos y prevención. Tesis de Doctorado, Universidad de Huelva
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Audit* (Vol. 6, pp. 1–40). OMS.
- Banderas, C. R., Martínez, A. J., & Romo, T. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología, 13(2)*, 19–33.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman & Company.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science, 10(3)*, 214–217.
- Barlow, R. E., Bartholomew, D. J., Bremner, D. J., & Brunk, H. D. (1972). *Statistical inference under order restrictions*. Nueva York: John Wiley & Sons.Ltd.
- Barradas, M. E., Fernández-Mojica, N., & Gutiérrez, L. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Docente, 12*.
- Batista, A. (2016). *Estrategia metodológica de integración de integración de procesos sustantivos universitarios: contribución de la extensión universitaria a la promoción de salud en la universidad de La Habana*. Tesis de Doctorado. Universidad de La Habana.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care, 13*, 10–24.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas para la prevención de la drogodependencia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles Del Psicólogo*, 28(1).
- Becoña, E., & Cortés, M. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Sociodrogoalcohol.
- Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99 – 112.
- Becoña, E., Míguez, M. C., López-Durán, A., Vázquez, M. J., & Lorenzo, M. C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y Drogas*, 6(001), 89–111.
- Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Cadenas, N., de Marco, M., Hynes, M., & Cumsille, F. (2011). Perception of Risk and Drug Use: An Exploratory Analysis of Explanatory Factors in Six Latin American Countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 9–17.
- Betancourt, A. (2010). *Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanamoes*. Tesis de Doctorado, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Bibbey, A., Phillips, A. C., Ginty, A. T., & Carroll, D. (2015). Problematic Internet use , excessive alcohol consumption , their comorbidity and cardiovascular and cortisol reactions to acute psychological stress in a student population. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 44–52. <http://doi.org/10.1556/2006.4.2015.006>
- Bickel, W. K., Quisenberry, A. J., Moody, L., & Wilson, A. G. (2015). Therapeutic Opportunities for Self- Control Repair in Addiction and Related Disorders: Change and the Limits of Change in Trans-Disease Processes. *Clinical Psychological Science*, 3(1), 140–153. <http://doi.org/10.1177/2167702614541260>
- Botvin, G. ., & Griffin, K. W. (2014). Life skills training: Preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. In *Theory-based approaches to substance misuse* (pp. 57–65). <http://doi.org/10.1002/yd.20086>
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607–615.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing Tobacco and Alcohol Use Among Elementary School Students Through Life Skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 1–17. http://doi.org/10.1300/J029v12n04_01
- Boustani, M. M., Frazier, S. L., Becker, K. D., Ogle, R. R., & Pasalich, D. S. (2014). Common Elements of Adolescent Prevention Programs : Minimizing Burden While Maximizing Reach. *Adm Policy Ment Health*. <http://doi.org/10.1007/s10488-014-0541-9>

- Breiman, L., Friedman, J. H., Olshen, R. A., & Stone, C. J. (1984). *Classification and Regression Trees*. Nueva York: Chapman & Hall/CRC.
- Broche-Pérez, Y., & Cruz-López, D. (2014). Toma de decisiones en la adolescencia : Entre la razón y la emoción . *Ciencia Cognitiva*, 8(3), 70–72.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Prince, M. A., Bloom, E. L., Apodaca, T. R., ... Hunt, J. I. (2015). Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treatment*. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.016>
- Builes, M. V., & Bedoya, M. H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(4), 463–475.
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Jancey, J., Portsmouth, L., Hunt, K., & Longo, J. (2015). Consequences of Low Risk and Hazardous Alcohol Consumption among University Students in Australia and Implications for Health Promotion Interventions. *Open Journal of Preventive Medicine*, 5, 1–13.
- Cabrejas, B. (2013). *Control personal y creencias en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios*. Universidad de Salamanca.
- Caceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521–534.
- Calviño, M. A. (2006). *Trabajar en y con grupos: experiencias y reflexiones básicas*. La Habana: Félix Varela.
- Camacho, L., Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Moya, J., Villa, H., Viruela, A. M., & Ortet, G. (2013). Spanish adaptation of the Expectancy Questionnaire (EQ) about alcohol effects in adolescents. *Psichothema*, 25(4), 529–535.
- Candini, V., Buizza, C., Girolamo, G., De Ferrari, C., Caldera, M. T., Nobili, G., ... Zanini, A. (2013). A study of effectiveness of structured group psychoeducation for bipolar patients. A controlled trial in Italy. *European Psychiatry*, 28(1). [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76164-9](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76164-9)
- Cañuelo, P. V., & Díaz, I. (2014). Caracterización del consumo de alcohol en los estudiantes de la Facultad de Derecho de la Universidad de Ciego de Ávila “Máximo Gómez Baéz.” *Educación y Sociedad*, 12(4), 46–60.
- Carballo, J. L., García-Sánchez, G., Jáuregui, V., & Saez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Health and Addictions*, 9(1), 79–92.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231–243). Oxford University Press.
- Casas, M., Roncero, C., & Colmon, J. (2010). Concepto y clasificación de las conductas adictivas. In J. Vallejo & C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (2da ed., pp. 795–803). Barcelona: Ars Medica.
- Castañeda, H., Alvarez- Acosta, A. E., & Oramas, L. (2008). Alcoholismo, criterios comunitarios sobre prevención y consecuencias. Estudio en el policlinico Rampa. *Revista Habanera Ciencias Médicas*, VII(2), 1–8.
- Chiu, T., Fang, D., Chen, J., Wang, Y., & Jeris, C. (2001). A Robust and Scalable Clustering Algorithm for Mixed Type Attributes in Large Database Environment. In *Proceedings of the seventh ACM SIGKDD international conference on knowledge discovery and data mining*. San Francisco: ACM.
- Chung, S., & McBride, A. M. (2015). Social and emotional learning in middle school curricula: A service learning model based on positive youth development. *Children and Youth Services Review*, 53, 192–200. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.04.008>
- Cliff, N. (1966). Orthogonal rotation to congruence. *Psychometrika*, 31(1), 33–42.
- Clinkinbeard, S. S., & Johnson, M. (2013). Perceptions and practices of student binge drinking: an observational study of residential college students. *Journal of Drug Education*, 43(4), 301–319.
- Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prev Sci*, 16, 487–507. <http://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology*. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x>
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N., & Maclean, A. M. (2006). Efficacy of Cognitive – Behavioral Interventions Targeting Personality Risk Factors for Youth Alcohol Misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 550–563.
- Costa, M., & López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Crespo-Borges, T. (2007). *Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica*. Perú: San Marcos.
- Cristóvão-Calado, J., & Rodríguez-Méndez, L. (2015). Alternativas psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento del paciente alcohólico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2).

- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in Conjunction with Psychotherapy Practice. In W. T. O'Donohue & N. A. Cummings (Eds.), *Evidence-Based Adjunctive Treatments* (pp. 42–56). Academic Press.
- Dansecu, E. R., Kingery, P. M., & Coggeshall, M. B. (1999). Perceived Risk Of Harm From Marijuana Use Among Youth In The Usa. *School Psychology International*, 21(1), 39–56.
- Davinson, N., & Sillence, E. (2014). Using the health belief model to explore users' perceptions of "being safe and secure" in the world of technology mediated financial transactions. *International Journal of Human-Computer Studies*, 72(2), 154–168. <http://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2013.10.003>
- De Leeuw, J., Young, F. W., & Takane, Y. (1976). Additive structure in qualitative data: An alternating least squares method with optimal scaling features. *Psychometrika*, 41(4), 471–503.
- Delgado, J. R. P. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1–7. <http://doi.org/10.1016/j.psi.2014.11.004>
- Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 38(10), 2607–18. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.006>
- Dick, D. M., Nasim, A., Edwards, A. C., Salvatore, J. E., Cho, S. B., Adkins, A., ... Kendler, K. S. (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. <http://doi.org/10.3389/fgene.2014.00047>
- Dîrțu, M. C., & Soponaru, C. (2014). Smoking Cessation Therapy: Between Risk Perception and Behavior Change. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 142, 325–331. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.643>
- Domínguez, L. (2003). *Selección de Lecturas de Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud*. La Habana: Félix Varela.
- Duarte, E. R. L., & Fernández-Castillo, E. (2015). Relación entre los enfoques de aprendizaje y el estrés académico en estudiantes universitarios. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 3(8), 79–89.
- Duarte, E. R. L., Molerio, O., & Fernández-Castillo, E. (2016). Estrategia psicoeducativo dirigido a fomentar la percepción de riesgo en estudiantes que presentan un consumo riesgoso de alcohol, de primer año de las carreras de Ingeniería, de la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas. Tesis de Maestría, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.

- Dulzaides, M. E., & Molina, A. M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2).
- Epstein, J. a, Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2008). A social influence model of alcohol use for inner-city adolescents: family drinking, perceived drinking norms, and perceived social benefits of drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 397–405. <http://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.397>
- Epstein, J. a., Bang, H., & Botvin, G. J. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents? *Addictive Behaviors*. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.011>
- Espada, J. P., & Hernández, O. (2015). Efectos del programa de prevención Saluda: una revisión de estudios controlados de evaluación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(35), 171–188.
- Espada, J. P., Lloret, D., & García del Castillo, J. A. (2008). Applying Drug Dependence Research to Prevention Interventions in Spain. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 182–197.
- Fabelo, J. R., & Iglesias, S. (2014). *Instrumentos de evaluación psicológica de utilidad en la prevención y atención de las adicciones* (pp. 1–41). La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.
- 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), 1–7.
- Fabelo, J. R., Iglesias, S., Gómez-García, A. M., & Hernández-Domínguez, H. (2016). An Intersectoral Intervention to Prevent Early Alcohol Use in Cuban Adolescents. *MEDICC Review*, 18(3), 25–28.
- Fabelo, J. R., Iglesias, S., & Núñez, L. (2011). Programa psicoeducativo para la prevención de adicciones en universitarios. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 8(2).
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Fernández-Castillo, E., Camejo, Y., Rodríguez-Martín, B. C., Grau-Ábalo, J., & Grau, R. (2014). Análisis factorial y confiabilidad del autorreporte vivencial. *Alternativas Cubanas En Psicología*, 2(6), 85–91.
- Fernández-Castillo, E., & Molerio, O. (2015). *Manual para la evaluación de factores protectores en estudiantes universitarios*. Santa Clara: Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

- Fernández-Castillo, E., Molerio, O., Cruz, A., & Grau, R. (2016). Afectividad negativa en estudiantes universitarios: un estudio exploratorio. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 27–31. <http://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.03.001>
- Fernández-Castillo, E., Molerio, O., Fabelo, J. R., Sánchez-Hernández, D., Cruz, A., & Grau, R. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios cubanos. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 16(1).
- Fernández-Castillo, E., Molerio, O., Herrera, L. ., & Grau, R. (en prensa). Validez y confiabilidad del cuestionario para evaluar factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios. *Actualidades En Psicología*.
- Fernández-Castillo, E., Molerio, O., López, L., Cruz, A., & Grau, R. (2016). Percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (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-Castillo, E., Molerio, O., & Ubalde, A. (2016). Aproximación teórica-metodológica al estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Boletín Trastornos Adictivos*, (2).
- Fernández-Castillo, E., Rodríguez-Martín, B. C., Grau, J., Montiel, V., & Toledo, Y. (2013). Validación concurrente del autorreporte vivencial. *Medicent Electron*, 17(4), 151–158. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930432013000400003&script=sci_arttext
- Filho, N. D., Castiel, L. D., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323–344.
- Flórez- Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el Modelo Transteórico en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4(00), 79–98.
- Flórez-Alarcón, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(5), 47–78. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100004
- Flórez-Alarcón, L. (2007). Investigación y disseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. In *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas* (pp. 237–272).

- Flórez-Alarcón, L., & Gantiva, C. A. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, *12*(1), 13–26.
- Folgar, M. I., Rivera, F. F., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, *22*(1), 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2015.05.001>
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, *12*(2), 133–151.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions*, *15*(1), 5–14.
- García del Castillo, J. A., & Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Health and Addictions*, *7*(2), 309–332.
- García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, A., Gázquez, M., & Marzo, J. C. (2013). Emotional intelligence as an addiction prevention strategy. *Addicciones*, *13*(2), 89–97. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.5130.7047>
- García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, A., & López-Sánchez, C. (2015). La percepción de riesgo en la prevención del consumo de alcohol. In *Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Una mirada ecológica*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- García del Castillo, J. A., Gázquez Pertusa, M., López-Sánchez, C., & García del Castillo-López, A. (2012). Análisis del consumo de alcohol desde una perspectiva preventiva. In F. Pascual & J. Guardia (Eds.), *Monografía sobre alcoholismo* (pp. 334–369).
- García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., & García del Castillo-López, A., Dias, P. (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions*, *1*, 5–74.
- García, Z. E., & Cano-Vindel, A. (2014). Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles. *Escritos de Psicología*, *7*(3), 25–32. <http://doi.org/10.5231/psy.writ.2014.1310>
- García-García, J. M. (1998). Midición del riesgo en la epidemiología . *Revista Mexicana de Pediatría*, *65*(2), 76–83.
- García-Soriano, G., Belloch, A., & Castañeiras, C. (2010). Áreas en las que basamos nuestra autoestima y su influencia sobre el bienestar emocional: Validación de la escala de contingencias de la autoestima para su uso en castellano. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XIX*(1890), 5–13.

- Gárciga, O., Surí, C., & Rodríguez, R. (2015). Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 4–17.
- Gaxiola, J. C., González-Lugo, S., & Gaxiola-Villa, E. (2013). Autorregulación, Resiliencia y Metas Educativas: Variables Protectoras del Rendimiento Académico de Bachilleres. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 241–252.
- Gázquez, M., García del Castillo, J. A., & García del Castillo-López, Á. (2015). Effectiveness of two prevention programs on alcohol use as a function of provider type. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 235–252.
- Gázquez, M., García, J. A., & Espada, J. P. (2010). Eficacia de los programas de prevención escolar en función del agente preventivo: profesores Vs expertos. *Salud y Drogas*, 10(2), 111–131.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J. A., & Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions*, 9(2), 185–208.
- Giménez, M., Vázquez Valverde, C., & Hervás Torres, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 97–116. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3445211&info=resumen&idioma=ENG>
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642–1652. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642>
- 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(x).
- González-Iglesias, B., Gómez-Fraguela, J.-A., Gras, M.-E., & 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), 1061–1068.
- González-Menéndez, R. Á. (2016). Alcohol Control in Cuba: Preventing Countervailing Cultural and Mass Media Influences. *MEDICC Review*, 18(3), 29–31.
- González-Rey, F. (1996). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Gowing, L. R., Ali, R. L., Allsop, S., Marsden, J., Turf, E. E., West, R., & Witton, J. (2015). Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*, 110(6), 904–919. <http://doi.org/10.1111/add.12899>

- Grau, J. (1989). *Autorreporte Vivencial*. Santa Clara, Cuba.
- Grau, R. (1994). *Estadística aplicada con ayuda de paquetes de software*. Guadalajara: Editorial Universitaria de Guadalajara.
- Grotberg, E. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Paidós.
- 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.rips.2015.03.001>
- Hammen, C. (2003). Handbook of Psychology. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp. 93–118). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hamui-sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación En Educación Médica*, 2(5), 55–60. [http://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](http://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *American Psychological Association*, 112(1), 64–105.
- Hennessy, E. A., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prev Sci.*, 16(3), 463–474. <http://doi.org/10.1007/s11121-014-0512-0>.Effectiveness
- Hernández-Reyes, V. E., Hernández- Castro, V. H., & Aguila, Y. (2015). La promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Revista Médica Electrónica*, 247–262. Retrieved from <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1339>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Vol. 5). México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205–213. Retrieved from <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/707>
- Hernando, Á., Oliva, A., & Pertegal, M. Á. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 22(1), 15–23. <http://doi.org/10.5093/in2013a3>
- Janz, K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Educational Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Jiménez, L., Antolín-Suárez, L., Oliva, A., Hidalgo, V., Jiménez-Iglesias, A., Lorence, B., ... Ramos, P. (2014). Claves de eficacia de los programas de prevención de consumo de

- sustancias en el contexto escolar: una meta-revisión. *Cultura Y Educación*. <http://doi.org/10.1080/11356405.2014.973670>
- Kendel, D. B. (1995). Stages in the adolescent involvement in drug use. *Science*, *190*, 912–914.
- Koc, M., Iskender, M., Soyer, F., Dusunceli, B., & Colak, T. S. (2016). The Effectiveness of the Psychoeducational Effective Parenting Program Application on Symptoms of Psychoactive Substance Use. *Ethno Med*, *10*(2), 206–215.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 217–238. <http://doi.org/10.1038/npp.2010.4>
- Kruskal, J. B. (1964). Nonmetric multidimensional scaling: A numerical method. *Psychometrika*, *29*(2), 115–129.
- Labarrere, G. (2007). Teoría de la educación. In *Pedagogía* (pp. 154–204). La Habana: Pueblo y Educación.
- LaBrie, J. W., Kenney, S. R., Napper, L. E., & Miller, K. (2014). Impulsivity and alcohol-related risk among college students: examining urgency, sensation seeking and the moderating influence of beliefs about alcohol's role in the college experience. *Addictive Behaviors*, *39*(1), 159–64. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.018>
- 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*. Deusto: Instituto Deusto de Drogodependencias .
- Lajús, G. (2008). *Drogas, adictos, familia y sociedad*. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información.
- Lee, J.-S., Lee, S. W., Choi, K.-S., Chung, U.-S., & Jeong, B. (2015). Differential mediating effects of PTSD symptom clusters on alcohol use and sleep in university students with trauma experiences: A multi-group analysis. *Personality and Individual Differences*, *85*, 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.04.035>
- Lenoue, S. R., & Riggs, P. D. (2015). Substance Abuse Prevention. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of NA*. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.007>
- León, G., & Montero, I. (2011). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (Tercera). Madrid: McGraw-Hill.
- Londoño, C., Lozano, P., Laverde, M., & Mosquera, A. (2012). Construcción de un modelo cognitivosocial. *Psicología y Salud*, *22*(2), 235–245.

- Londoño, C., Torres, A. M., & Contreras, F. (2004). Validez empírica de los modelos de prevención aplicados a la conducta de fumar. *Psicología y Salud, 14*(2), 267–277.
- Londoño, C., & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología, 11*(1), 155–162.
- Londoño, C., & Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas. *Psicología y Salud, 15*(2), 241–249.
- López-Amaro, V. O. (2011). *Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor*. Instituto Politécnico Nacional.
- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Holguín, S. R., & Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones, 26*(4), 334–359. Retrieved from <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/39>
- Lopez-Quintero, C., & Neumark, Y. (2010). Effects of risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia. *Drug and Alcohol Dependence, 109*(1-3), 65–72. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.011>
- Lucena, V. (2013). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba*. Tesis de Doctorado, Universidad de Córdoba.
- Lukens, E. P., & Mcfarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice : Considerations for Practice , Research , and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3), 205–225. <http://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- MacLeod, K. E., Karriker-Jaffe, K. J., Ragland, D. R., Satariano, W. A., Kelley-Baker, T., & Lacey, J. H. (2015). Acceptance of drinking and driving and alcohol-involved driving crashes in California. *Accident; Analysis and Prevention, 81*, 134–42. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2015.04.035>
- March, J. C., Prieto, M. A., Hernán, M., & Solas, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública de técnicas. *Gaceta Sanitaria, 13*(4), 312–319. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)
- Mármol, L. (2008). *Intervención educativa para disminuir riesgos y problemas relacionados con el alcohol en población femenina de Ciego de Ávila*. Tesis de Doctorado, Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey “Carlos J. Finlay.”
- Márquez, M. A. (2005). La entrevista. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 269–292). Madrid: Pirámide.

- Martín del Moral, M., & Lorenzo- Fernández, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. In P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza, & I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (3ra ed., pp. 1–27). Madrid: Médica Panamérica.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Munera, P., & Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18–24.
- Martín-Jiménez, M. A., Severina, P., Molerio, O., & Fernández-Castillo, E. (2014). *Diseño de un instrumento para la evaluación de percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en jóvenes universitarios*. Unievrnsidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Mastroleo, N. R., Oakley, W. C., Eaton, E. M., & Borsari, B. (2014). Response of heavy-drinking voluntary and mandated college students to a peer-led brief motivational intervention addressing alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(5), 321–8. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.005>
- Max, J. (1960). Quantizing for minimum distortion. *IRE Transactions on Information Theory*, 6(1), 7–12.
- Mendoza, J. (2011). El profesor como agente educativo en la función del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1–12.
- MES. (2014). Programa Nacional de prevención del uso indebido de drogas.
- Messina, B. G., Silvestri, M. M., Diulio, A. R., Murphy, J. G., Garza, K. B., & Correia, C. J. (2014). Alcohol use, impulsivity, and the non-medical use of prescription stimulants among college students. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1798–803. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.012>
- Michael, K. D., Curtin, L., Kirkley, D. E., Jones, D. L., & Harris, R. (2006). Group-Based Motivational Interviewing for Alcohol Use Among College Students : An Exploratory Study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 629–634. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.37.6.629>
- Míguez, M. C., & Becoña, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consumo de cánnabis y el juego problema en adolescentes españoles? *Adicciones*, 27(1), 8–16.
- MINSAP. (2016). *Anuario estadístico de salud*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
- Miquel, L., Rodamilans, M., Giménez, 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>
- Miranda-Zapata, E., Riquelme-Mella, E., Cifuentes-Cid, H., & Riquelme-Bravo, P. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de habilidades sociales en universitarios chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 73–82. [http://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70010-X](http://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70010-X)
- Molerio, O., García, P., Fernández-Castillo, E., Herrera, L. F., Otero, I., & Nieves, Z. (en prensa). Una aproximación psicológica a la percepción de riesgo. *Revista Cubana de Higiene Y Epidemiología*.
- Molerio, O., Pedraza, L., & Herrera, L. F. (2015). Universidades por la salud : experiencias desde la implementación de un Centro de Bienestar Universitario. *Congreso Universidad*, IV(1), 45–57.
- Montaño, D., & Kasprzyk, D. (2008). *Theory of reasoned action, theory of planned behaviour, and the integrated behavioral model. Health Behaviour and Health Education. Theory, Research, and Practice* (pp. 67–96). [http://doi.org/10.1016/S0033-3506\(09\)81524-1](http://doi.org/10.1016/S0033-3506(09)81524-1)
- Montero, I., & León, O. G. (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 las 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., 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., & Ovejero, A. (2005). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 100–118. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246047&orden=259878&info=link>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3246047>
- Moral, M. V., & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71–87.

- Moral, M. V., Ovejero, A., Sirvent, C., & Rodríguez, F. J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervencion Psicosocial*, *14*(2), 189–208.
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Arena, C. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *19*, 673–683.
- Morales, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F. J., & Pastor, 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.
- Morales-Vallejo, P. (2012). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Guatemala.
- Morell-Gomis, R., García del Castillo, J. A., Gázquez, M., & García del Castillo-López, A. (2011). Cuestionario para la evaluación de variables familiares relacionadas con el consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Health and Addictions*, *11*(2), 143–162. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3801947>
- Motos, P., Cortés, M. T., & Giménez, J. A. (2016). Edad de inicio en el consumo , motivos y cantidad de alcohol en la determinación de consecuencias en consumidores intensivos universitarios. *Universitas Psychologica*, *15*(2), 243–254. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.edcm>
- Mukherjee, D., & Kable, J. W. (2014). Value-Based Decision Making in Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Psychological Science*, *2*(6), 767– 782. <http://doi.org/10.1177/2167702614531580>
- Muñoz, L., Barbosa, C., Bríñez, A., Caycedo, C., Méndez, M., & Oyuela, R. (2012). Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*, *11*(1), 131–146.
- Muñoz, M. L. (2014). Diseño y evaluación de un programa de prevención de consumo de alcohol en una institución universitaria diseñado con los estudiantes. *Psicogente*, *17*(32), 365–378.
- Napper, L. E., Grimaldi, E. M., & LaBrie, J. W. (2015). Parents' and students' perceptions of college alcohol risk: the role of parental risk perception in intentions to communicate about alcohol. *Addictive Behaviors*, *42*, 114–8. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.035>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). Psychoeducational interventions. In *Alcohol-use disorders. Diagnosis,assessment and management of harmful drinking and*

- alcohol dependence* (p. 230). Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- NIDA. (2003). Preventing drug use among children and adolescents. Retrieved from http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- Nieves, Z., Otero, I., & Molerio, O. (2008). La formación profesional en la universidad de hoy: de la educación a la autoeducación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(6), 1–7.
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239–254.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín-Suárez, L., Parra, A., Hernando, A., & Pertegal, M. A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia Y Aprendizaje*, 32(2), 223–234. <http://doi.org/10.1174/021037010791114562>
- OMS. (2010). Salud y desarrollo del niño y del adolescente. Retrieved from http://www.who.int/child_adolescent_health/es/
- OMS. (2015). *Nota descriptiva N°349*. Retrieved from <http://www.who.int>.
- Pandina, R., John, V., & Labouvie, F. (1992). Affectivity: a central mechanism in the development of drug dependence. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179–209). Washington DC: American Psychological Association.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S., & Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, 37(2), 167–72. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.015>
- Paredes, M. J. (2010). *Análisis y construcción de un programa psicoeducativo para pacientes con diagnóstico de bipolaridad, con el fin de un mejor manejo y pronóstico de la enfermedad*. Universidad de las Américas.
- Pastor, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(Suplemento 1), 123–131.
- Patiño, G. (2015). *Percepción de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2014. Departamento de Psiquiatría*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C.
- PCC. (2012). *Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución*. La Habana: Editora política.
- Pearson, M. R., & Hustad, J. T. P. (2014). Personality and alcohol-related outcomes among mandated college students: descriptive norms, injunctive norms, and college-related

- alcohol beliefs as mediators. *Addictive Behaviors*, 39(5), 879–84. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.008>
- Pedraza, L., Molerio, O., & Álvarez, R. (2012). Percepción de riesgo en relación al tabaquismo: una experiencia en estudiantes universitarios. Santa Clara.
- Peretti-Watel, P., Seror, V., Verger, P., Guignard, R., Legleye, S., & Beck, F. (2014). Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1304–10. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.016>
- Pons-Salvador, G., Miralles, M. T., & Guillén-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26(2), 310–317.
- Pratt, J. W. (1987). Dividing the indivisible: Using simple symmetry to partition variance explained. In T. Pukkila & S. Puntanen (Eds.), *Proceedings of the Second International Conference in Statistics*. Tampere: Universidad de Tampere.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288. <http://doi.org/10.1037/h0088437>
- Quiceno, J. M., Alpi, S. V., & González, C. (2014). Influencia de los factores salutogénicos y patogénicos sobre la calidad de vida de adolescentes colombianos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII, 81–93.
- Ramos, P., Oliva, A., Moreno, C., Lorence, B., Jiménez, A. M., Jiménez, L., ... Antolín, L. (2010). *Los programas escolares para la prevención del consumo de sustancias. Análisis de las claves que determinan su eficacia*. (pp. 7–115). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Ramsay, J. O. (1989). Monotone regression splines in action. *Statistical Science*, 4(3), 425–461.
- Raquel, M., Morales, A., Gómez, M. A., Vera, A., & Gantiva, C. A. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25), 27–35.
- Reid, A. E., & Carey, K. B. (2015). Interventions to reduce college student drinking: State of the evidence for mechanisms of behavior change. *Clinical Psychology Review*, 104, 1807–1819. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.006>

- Rial, A., Torrado, N., & Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Salud y Drogas*, 8(2), 173–188.
- Roa-Cubaque, M., Rubiano-Díaz, G., Berreto-Bedoya, P., & Pérez-Prada, M. (2015). Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de una institución de educación superior. *Revista Electrónica Medicina, Salud Y Sociedad*, 5(3), 251–269.
- Robin, R., McEachana, C., Connerb, M., Taylorb, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97–144.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247–291. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6SYS-4840KKP-1B/2/20c619c2f5d4b8057be6f3cd78a9f0e7>
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.
- Roca, M. (2001). *Introducción a la Psicología Clínica*. Santa Clara: Félix Varela.
- Rodríguez- del Castillo, M. A., & Rodríguez-Palacios, A. (2011). La estrategia como resultado científico de la investigación educativa. In N. de Armas & A. Valle (Eds.), *Resultados Científicos de la Investigación Educativa* (pp. 22–40).
- Rodríguez- Martínez, Y., & Molerio, O. (2009). *Propuesta del diseño de una multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitarios*. Tesis de Maestría, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Rodríguez-Martín, B. (2013). *Efectividad de recursos de autoayuda en el autocontrol del ansia por la comida en adultos con sobrepeso*. Tesis de Doctorado, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Rohrmann, B. (2008). Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: a conceptual appraisal. In *Global co-operation in emergency and disaster management*. The International Emergency Management Society.
- 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)
- Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and Counseling Psychology: Revitalizing Commitments for the 21st Century. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 733–763.

- Rubinstein, J. L. (1967). *Principios de Psicología General*. La Habana, Cuba: Edición Revolucionaria.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., & 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), 25–37.
- 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.
- Salanova, M., Martínez, I. M., Bresó, E., Llorens, S., & Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170–180. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/view/27261>
- Salazar, M. L., Pérez, J. L., Avila, O. P., & Vacio, M. de los Á. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología Y Salud*, 22(449), 247–256.
- Salcedo, A., Palacios, X., & Espinosa, Á. F. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 29(1), 77–97.
- Sánchez, G. A. (2012). *Estrategia psicoeducativa para la prevención y control de riesgos emocionales en personas con epilepsia*. Tesis de Doctorado, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Sarabia, I., & Arostegui, E. (2014). Claves para el desarrollo eficaz de los programas de prevención de las drogodependencias en el contexto escolar. *Infonova*, (25), 35–45.
- Secades, R., & Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365–380.
- Sellés, P. M., Tomás, M. T. C., Costa, J. A. G., & Mahía, F. C. (2015). Predictores del consumo semanal de alcohol y sus consecuencias asociadas en universitarios consumidores intensivos de alcohol. *Adicciones*, 27(2), 119–131. Retrieved from <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/700>
- Shaughnessy, J., & Zechmeister, E. (1985). *Research methods in psychology*. New York: Alfred A. Knopf.
- Sjöberg, L. (2000). The Methodology of Risk Perception Research. *Quality and Quantity*, 34, 407–418. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1004838806793>

- Sloboda, Z. (2014). Reconceptualizando los procesos de prevención del consumo de drogas. *Adicciones*, 26(1), 3–9. Retrieved from <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/105>
- Slavic, P. (1999). Trust, Emotion, Sex, Politics, and Science: Surveying the Risk-Assessment Battlefield. *Risk Analysis*, 19(4), 689-701.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Why study risk perception? *Risk Analysis*. <http://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1982.tb01369.x>
- Smirnov, A. A., Leontiev, A. N., Rubinstein, S. L., & Tieplov, B. M. (1961). *Psicología*. La Habana, Cuba: Ediciones Pedagógicas.
- Stappenbeck, C. A., Bedard-Gilligan, M., Lee, C. M., & Kaysen, D. (2013). Drinking motives for self and others predict alcohol use and consequences among college women: The moderating effects of PTSD. *Addictive Behaviors*, 38, 1831–1839.
- Su, X., Li, L., Griffiths, S. M., Gao, Y., Lau, J. T. F., & Mo, P. K. H. (2015). Smoking behaviors and intentions among adolescents in rural China: The application of the Theory of Planned Behavior and the role of social influence. *Addictive Behaviors*, 48, 44–51. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.04.005>
- Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>
- Telumbre-Terrero, J. Y., Esparza-Almanza, S. E., Alonso-Castillo, B. A., & Alonso-Castillo, M. T. D. J. (2016). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, (30), 1–16. <http://doi.org/dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22020>
- Thylstrup, B., Schrøder, S., & Hesse, M. (2015). Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 15, 1–12. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0661-0>
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (110), 62–69.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211, 453–458.
- Ubalde, A., & Fernández-Castillo, E. (2016). *Bases teóricas–metodológicas para el estudio de la percepción de riesgo respecto al consumo de drogas*. Tesis de Grado, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

- 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.
- Vargas, C. M., Villarreal, K., Guevara, C., & Andrade, M. Y. (2014). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Y Ciencias Del Comportamiento*, 5(1), 36–44.
- Veilleux, J. C., Skinner, K. D., Reese, E. D., & Shaver, J. A. (2014). Negative affect intensity influences drinking to cope through facets of emotion dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 59, 96–101. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.012>
- Velásquez-Martínez, M. C., & Ortiz, J. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades En Psicología*, 28(117), 21–25. Retrieved from <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/14135/20467>
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. a. (1998). Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, (5-6), 216–233.
- Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N., & Celis-Atenas, K. (2009). Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 21–30.
- Vik, P. W., Williams, C., Dasher, N., & Van Wyk, P. (2014). Alcohol use, drinking consequences, and sensitivity to social cues among college women. *Addictive Behaviors*, 39(6), 1106–1112. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.011>
- Visser, R. O., Graber, R., Hart, A., Abraham, C., Memon, A., Watten, P., & Scanlon, T. (2016). Using Qualitative Methods within a Mixed-Methods Approach to Developing and Evaluating Interventions to Address Harmful Alcohol Use among Young People. *Health Psychology*, 1–24.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Wilkinson, J. H. (1965). *The algebraic eigenvalue problem*. Oxford: Clarendon Press.
- Wills, T. A. (1990). Stress and coping in early adolescent. Relationships to smoking and alcohol sue in urban school sample. *Health Psychology*, 5, 503–529.
- Zhang, M., & Ho, R. C. M. (2016). Tapping onto the Potential of Smartphone Applications for Psycho-Education and Early Intervention in Addictions. *Perspective*, 7(March), 1–7. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00040>

Zhang, T., Ramakrishnon, R., & Livny, M. (1996). BIRCH: An efficient data clustering method for very large databases. In ACM (Ed.), *Proceedings of the ACM SIGMOD Conference on Management of Data*. (pp. 103–114). Montreal. Canada.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Revisión teórica sobre conceptos de percepción de riesgo

Autor/Año	Definición	Elementos comunes	Elementos que varían
(Ajzen, 1991)	Tipo de actitud que representa una evaluación resumida de un objeto sobre las dimensiones favorable-desfavorables atribuidas al mismo.	Se enfatiza en el aspecto racional.	Se concibe como una actitud.
(Danseco, Kingery, & Coggeshall, 1999a)	Percepciones de los efectos negativos del uso de drogas.	Se enfatiza en el aspecto racional.	
(Slavic, 1999)	Proceso cognitivo inherentemente subjetivo, que puede ser influido por factores sociales, culturales, institucionales y psicológicos, por lo que en su estudio, se ha ido otorgando cada vez mayor importancia a factores tales como el género, la etnia, la nacionalidad, el afecto y las visiones del mundo.	Destaca el aspecto racional como uno de los componentes esenciales de la percepción de riesgo.	Se destaca la influencia de factores de origen macrosocial como es lo cultural e institucional, a la vez que se tiene en cuenta lo propiamente psicológico. Se aboga por una comprensión más integradora del constructo.
(Pastor, 2002)	Proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor.	Se enfatiza en el aspecto racional.	Se destaca el componente informativo y la influencia de otros agentes.
(Becoña, 1999)	Una de las variables que interviene en la toma de decisiones para el consumo de sustancias, entendida como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud.	Se considera un factor relevante en la decisión del consumo.	Se destacan las creencias como un componente.
(Rohrmann, 2008)	Juicios que realizan las personas de los peligros a los que se encuentran expuestos o podrían estarlo. Interpretaciones del mundo basadas en experiencias y/o creencias, que están incorporadas en las normas, los sistemas de valores y la	Se considera un factor relevante en la decisión del consumo.	Destaca el papel de lo social en la configuración de la percepción de riesgo, resaltando las normas, los sistemas de valores y la

	idiosincrasia cultural de las sociedades.		idiosincrasia cultural.
(García del Castillo, 2012)	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.	Se concibe como un proceso cognitivo.	Destaca la importancia de incluir otros procesos en la configuración de la percepción de riesgo, desde un enfoque subjetivo individual.
(Azaustre, 2014)	Indicador indirecto de la evolución presente y futura del consumo de drogas. A mayor percepción del riesgo menor frecuencia e intensidad de consumo, y viceversa.	Se considera un factor relevante en la decisión del consumo.	Se destaca la dimensión presente y futura.
(Patiño, 2015)	Conjunto de actitudes y creencias que tiene la persona ante el uso o la probabilidad de uso de la sustancia.	Se enfatiza en el aspecto racional.	Se destacan las actitudes y creencias como componentes.

Anexo 2: Directrices para la prevención en Psicología, principios en el ámbito del uso indebido de drogas

Directrices para la prevención en Psicología (APA, 2014)	Principios para la prevención en drogodependencias (NIDA, 2011)	Principios para prevención del uso indebido de drogas en el contexto universitario cubano (MES, 2014)
La selección e implementación de las intervenciones preventivas deben estar basadas en la evidencia teórico-práctica.	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir estrategias de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas e incrementar la competencia social junto con el refuerzo de las actitudes en contra del consumo de drogas. - Las actividades preventivas con adolescentes y jóvenes deben incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de sólo técnicas didácticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Las políticas y las intervenciones sobre las drogas deben ser equilibradas, integradas y basadas en la evidencia. - Las acciones de prevención al inicio de la etapa universitaria han de incluir entre sus objetivos los de facilitar la adaptación a la vida universitaria y el desarrollo de habilidades personales.
Las prácticas preventivas deben adaptarse social y culturalmente al contexto específico en el que se aplican.	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe incluir todas las formas de consumo de drogas. - Debe adaptarse a cada comunidad concreta para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la misma. - Deben ser específicos, apropiados a cada período de desarrollo y ser sensibles a nivel de las diferencias culturales 	<ul style="list-style-type: none"> - Las acciones de prevención deben ir dirigidos a toda la población universitaria y tendrán en cuenta las necesidades específicas ligadas a la edad, género, vulnerabilidad específica, etc.
Se deben desarrollar e implementar intervenciones que reduzcan los riesgos y promueven las fortalezas humanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo. - Cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deben ser los esfuerzos preventivos y más tempranamente se deben comenzar los mismos 	<ul style="list-style-type: none"> - Serán aspectos a considerar las particularidades de la etapa del desarrollo por la que atraviesan los estudiantes universitarias y consiguientemente los factores de riesgo y de protección en cada una de ellas. - Las acciones de prevención deben ocurrir en el momento apropiado, cuando aún es tiempo de disminuir el riesgo, y no permitir que el problema de abuso aparezca.
Incluir la investigación y la evaluación como parte integral del desarrollo e implementación del programa de prevención, incluyendo la consideración de los contextos ambientales en la	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas preventivos deberían ser a largo plazo, a lo largo de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas iniciales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas y las políticas preventivas deberán considerar y, por tanto, investigar la efectividad e impacto logrados.

evaluación del impacto de la prevención.

Aumentar el conocimiento de los psicológicos y habilidades esenciales para la prevención mediante la educación continua, capacitación, supervisión y consulta.

Participar en intervenciones de cambios sistémicos e institucionales que fortalecen la salud de los individuos, familias y comunidades y evitar que la angustia psicológica y física y la discapacidad.

Informar los hallazgos científicos de prevención relevantes disponibles para la deliberación de las políticas públicas que promueven la salud y el bienestar.

Considerar las cuestiones éticas en la investigación y en la práctica preventiva. Atender a los aspectos contextuales y desventaja social que pueden aparecer en la investigación y en la práctica preventiva.

- La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a toda la población de jóvenes y también sirve como un lugar importante para subpoblaciones específicas con mayor riesgo de consumir drogas

- Necesidad de fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención del consumo de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.

- Los programas preventivos eficaces han mostrado ser coste-efectivos.

- Se deben implicar a la persona en la responsabilidad de sus propios actos.
- Se precisa una capacitación previa para llevar a cabo los programas preventivos

- Necesidad de un abordaje del mismo desde una perspectiva multidisciplinar e intersectorial.
- Deben ser multiestratégicos. Se deben integrar los diferentes ámbitos preventivos

- Resulta importante que los directivos y docentes encargados de la labor preventiva en las universidades entiendan la peculiaridad de las actuaciones preventivas como actuaciones a largo plazo.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: Etapas y tareas científicas de la investigación

Etapas de la investigación	Tareas Científicas
<p>Etapa I: Diagnóstico de las necesidades psicoeducativas relacionadas con la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión teórica actualizada sobre las tendencias en el estudio del consumo de alcohol en jóvenes, específicamente en estudiantes universitarios, los factores de riesgo y de protección, la percepción de riesgo y los principales modelos teóricos en el ámbito preventivo. - Creación y adaptación para la población de estudiantes universitarios cubanos de instrumentos para evaluar la percepción de riesgo y otras variables relacionadas. - Caracterizar la relación entre los factores de riesgo, factores protectores y percepción de riesgo en estudiantes universitarios respecto al consumo de alcohol.
<p>Etapa II: Diseño de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión actualizada de las experiencias interventivas en contextos universitarios y determinación de los principios teóricos-metodológicos que debe cumplir la estrategia psicoeducativa. - Intercambio con agentes educativos y diagnóstico de necesidades psicoeducativas en estudiantes universitarios. - Diseño de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. - Valoración por parte de especialistas de la estrategia.
<p>Etapa III: Implementación y evaluación de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Operacionalización de los principales recursos teóricos utilizados en la investigación. - Selección de los participantes y conformación de los grupos. - Implementación de la estrategia psicoeducativa. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del proceso • Evaluación del progreso • Evaluación de los resultados • Valoración general de la estrategia • Evaluación de seguimiento

Anexo 4: Protocolos de consentimiento informado

a) Protocolo de consentimiento informado institucional

A: Dr. C. Andres Castro Alegría. Rector. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Asunto: Solicitud de consentimiento institucional para investigación.

Santa Clara, 5 de noviembre del 2014

“Año 56 de la Revolución”

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 (CBU), desarrollar una investigación de alcance universitario cuya temática es: Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Como parte de esta investigación se requerirá aplicar entrevistas, cuestionarios y encuestas a una muestra de estudiantes y docentes de la universidad. En otro momento de la investigación se pretende la aplicación de la estrategia que se diseñe en diferentes grupos. Su aplicación será coordinada desde el CBU y asumida por un equipo de investigación de dicho centro. Los resultados obtenidos serán incorporados a las líneas de trabajo del CBU y presentados a la Comisión Universitaria de prevención.

En espera de su aprobación y colaboración, le saluda cordialmente,

MsC. Evelyn Fernández Castillo

Coordinadora del Centro de Bienestar Universitario

b) Protocolo utilizado en la Etapa I

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

c) Protocolo utilizado en las Etapa II y III

Yo _____ he sido informado sobre las características del estudio que se encuentra desarrollando el Centro de Bienestar Universitario adscrito a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. He sido informado que la investigación se orienta al desarrollo de una estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. He sido invitado a participar en dicha investigación para lo cual tengo conocimiento de que deberé contestar una serie de cuestionarios, garantizándose la confidencialidad de mis respuestas. También he sido informado que los investigadores entrarán en contacto conmigo después de concluida la intervención para una nueva evaluación. De igual manera, se me ha explicado que tengo el derecho de no continuar en la investigación si así fuese mi voluntad. Adicionalmente se me ha informado que los investigadores podrán emplear los resultados derivados del estudio para la publicación de los mismos, siempre y cuando no se revelen indicios de mi identidad bajo ningún concepto. En caso de dudas adicionales se me ha ofrecido el número de teléfono 224698 (CBU/UCLV) para realizar las consultas o verificar la identidad de los investigadores y los objetivos del estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 5: Instrumentos de evaluación utilizados**Anexo 5.1 Encuesta para explorar factores de riesgo**

Edad__	Sexo:__	Año de estudio:_____	Carrera:_____
¿Se consume alcohol en tú familia?		___ Sí	
		___ No	
¿Consumes alcohol?		___ Sí	
		___ No	
¿A qué edad en que comenzaste a consumir?		_____ años	
¿Qué lo incitó a beber por primera vez?		___ La presión del grupo	
		___ Imitación social	
		___ El ambiente familiar	
		___ Otros	
¿Cuáles?			

Anexo 5.2 Autorreporte Vivencial

A continuación se relacionan una serie de emociones que usted como cualquier otra persona puede experimentar. Exprese la intensidad con que las ha experimentado en los últimos meses, apoyándose en la siguiente escala: **1= Escasamente, 2=Moderadamente, 3=Intensamente**

- | | | | | |
|----------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|
| 1. Inquietud__ | 2. Desconfianza__ | 3. Irritabilidad__ | 4. Tristeza__ | 5. Apatía__ |
| 6. Miedo__ | 7. Inseguridad__ | 8. Sufrimiento__ | 9. Abatimiento__ | 10. Angustia__ |
| 11. Ira __ | 12. Rechazo__ | 13. Ansiedad __ | 14. Desprecio__ | |

Anexo 5.3: Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios

El siguiente cuestionario pretende identificar factores que favorezcan el desarrollo personal positivo en estudiantes universitarios. Utilice para ello la escala que a continuación se presenta donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y 5 es siempre o totalmente de acuerdo.

1.	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente ____
2.	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a ____
3.	Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente ____
4.	Me cuesta trabajo hablar cuando hay mucha gente ____
5.	Considero todos los factores para tomar una decisión ante un problema ____
6.	Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos ____
7.	Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante ____
8.	Tiendo a pensar que soy un fracasado ____
9.	Al tomar una decisión, cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle ____
10.	No me desanimo fácilmente ante el fracaso ____
11.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer ____
12.	Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico ____
13.	Puedo enfrentarme a cualquier cosa ____
14.	Siento temor empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente ____
15.	No espero que cosas buenas me sucedan ____
16.	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a ____
17.	Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco ____
18.	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte ____
19.	Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo le pregunto por qué ____
20.	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a ____
21.	Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as ____
22.	Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades ____
23.	Me gusta decirle a una persona que estoy muy satisfecho/a por algo que ha hecho ____
24.	En tiempos de incertidumbre, tiendo a pensar que me va a ocurrir lo mejor ____
25.	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera ____
26.	Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) de que me pasará ____
27.	Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado ____
28.	Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios ____
29.	Siempre soy optimista en cuanto al futuro ____
30.	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales ____
31.	Las demandas académicas de la universidad a menudo me estresan ____
32.	Siento que me puedo acercar a mis profesores para conversar sobre cualquier problema que tenga ____
33.	Desde que ingresé en la universidad me he alejado de mis padres, incluso afectivamente ____
34.	Considero que la oferta de actividades recreativas de la universidad es muy limitada ____
35.	Para mí la vida universitaria ha significado un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento ____
36.	Generalmente no analizo cómo mis decisiones actuales pueden afectar mis metas futuras ____
37.	Aunque paso mucho tiempo en la universidad, comparto mis logros y dificultades con mis padres ____
38.	Si tuviera que evaluar el grado bienestar que experimento como estudiante universitario lo ubicaría en el nivel ____

Anexo 5.4: Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol

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

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 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 percato 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 dónde 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 piensan 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 ____
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 5.5: Cuestionario para la identificación de trastornos asociados al alcohol (AUDIT)

¿Con qué 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) __Mensual mente	d) __Semanal mente	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) __Mensual mente	d) __Semanal mente	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) __Mensual mente	d) __Semanal mente	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) __Mensual mente	d) __Semanal mente	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) __Mensual mente	d) __Semanal mente	e) __ Casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso de 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) __Mensual mente	d) __Semanal mente	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	

Anexo 5.6: Entrevista semiestructurada dirigida a los agentes educativos

Protocolo de entrevista (semiestructurada)

Objetivo: Identificar las principales características que, de acuerdo a sus valoraciones debe tener una estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Indicadores a explorar:

- ✓ Datos generales del grupo (en el caso del profesor guía y profesor principal de año académico)
- ✓ Incidencia del consumo de alcohol en sus estudiantes y factores a los que se asocia.
- ✓ Percepción de riesgo que poseen estos jóvenes respecto al consumo de alcohol.
- ✓ Principales acciones preventivas llevadas a cabo en su marco de acción.
- ✓ Valoración de la calidad de dichas actividades (fortalezas y debilidades)

Anexo 5.7: Encuesta sobre necesidades psicoeducativas para la prevención del consumo de alcohol

Estimado estudiante: Con el objetivo de perfeccionar las acciones de prevención del consumo de alcohol en la comunidad universitaria, le pedimos que nos responda algunas preguntas. Sus respuestas resultarán gran ayuda.

1. ¿En qué medida considera usted estar informado sobre sus efectos y consecuencias?

Suficientemente Informado ___ Medianamente Informado ___ Poco informado ___ No informado ___

2. ¿Por qué vía adquirió ese conocimiento?: _____

3. Considera que la divulgación en la universidad sobre los riesgos asociados al alcoholismo resulta: Suficiente ___ Insuficiente ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___

4. ¿Le gustaría estar mejor informado sobre el tema? Si ___ No ___ Me resulta indiferente ___

5. ¿Qué tipo de información le interesaría obtener?

6. Mediante que vía le gustaría obtenerla: Charlas ___ Trabajo en grupales ___ Programa televisivo ___ Información digitalizada ___ Conversaciones informales ___ Plegables ___ Conversaciones informales ___ Libros de autoayuda ___ Radio Universitaria ___ Sitio Web ___ Bibliografía especializada ___

7. ¿Qué personas preferiría que le ofrecieran información respecto al alcoholismo? Otros estudiantes formados como promotores de salud ___ Profesores guías ___ Especialistas en el tema ___ Instructora educativa ___ Dirigentes estudiantiles ___ Padres ___ Amigos ___

Anexo 5.8: Cuestionario para la evaluación de la estrategia por los especialistas

Estimado colega:

El Centro de Bienestar Universitario de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas se encuentra trabajando a través de una Tesis del Programa de Doctorado en Ciencias Psicológicas, en el diseño de una Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Sus criterios y recomendaciones contribuirán al perfeccionamiento del mismo. Se agradece de antemano su apoyo con la investigación.

Datos generales del especialista:

Institución a la que pertenece: _____

Profesión: _____

Años de experiencia laboral: _____

Grado científico o académico: ____Maestría ____Doctorado

Experiencia profesional con el trabajo en grupo: ____Si ____No

Evalúen en una escala de 1 a 10 su experiencia profesional en el abordaje de la temática del consumo de alcohol y su prevención. _____

En una escala de 1 a 5 emita el valor que concede a cada aspecto del programa que se le presenta a continuación (1 es muy bajo y 5 es muy alto).

- 1- La estrategia diseñada responde a una necesidad de nuestro contexto social y puede ser de utilidad para la prevención de esta problemática_____
- 2- El objetivo general ha sido formulado correctamente, respondiendo a las necesidades del contexto _____
- 3- La estrategia diseñada tiene en cuenta las características y necesidades contextuales_____
- 4- El sistema de actividades propuesto permite la consecución del objetivo general del programa_____
- 5- El orden en que se presentan las sesiones permite el cumplimiento progresivo del objetivo del programa:
 Sesión # 1_____ Sesión # 2_____ Sesión # 3_____ Sesión # 4_____
 Sesión # 5_____ Sesión # 6 _____
- 6- Grado de congruencia entre los objetivos de la sesión y las técnicas y procedimientos previstos para su consecución.

7-

Sesiones	Técnicas	Puntuación otorgada
Sesión # 1	“La pelota caliente” “La pecera” “Murmullo o cuchicheo” “Una palabra” Tarea #1: Visualización de la película “Tocando fondo” Tarea # 2: “Registro de consumo personal”	

Sesión # 2	<p>“Pinocho”</p> <p>“Identificando riesgos”</p> <p>Tarea #3 “Escalera sobre el consumo de alcohol”</p> <p>Visualización del Material “<i>Nueva Vida</i>”</p> <p>“Tres sillas”</p>
Sesión # 3	<p>“Mar adentro y mar afuera”</p> <p>“Conociéndonos más...”</p> <p>“No diga nunca, no puedo”</p> <p>“Escalera mágica”</p> <p>“Pensamientos para reflexionar y compartir”</p> <p>Tarea #4 “Filosofía de Vida”</p>
Sesión # 4	<p>“La enredadera”</p> <p>“Las mil y una manchas de color”</p> <p>“Aprender a decir NO”</p> <p>“Qué me llevo”</p>
Sesión # 5	<p>“El pueblo manda”</p> <p>“Soluciones eficaces”</p> <p>“¿Cómo administrar nuestro tiempo?”</p> <p>“Completamiento de las oraciones”</p>
Sesión # 6	<p>“Mi amigo es...”</p> <p>“La tienda de soluciones para evitar y/o reducir el consumo de alcohol”</p> <p>“Discusión en parejas”</p> <p>“La cadena del amor”</p>

8- Grado de correspondencia de los materiales de apoyo con los objetivos propuestos en cada sesión:

- Tríptico “¿Por qué debemos hablar sobre el alcohol?” _____
- “Lista de creencias erróneas sobre el alcohol y material de apoyo para el facilitador” _____
- Película “*Tocando fondo*” y guía para el video debate _____
- Hoja de registro de consumo semanal _____
- Hoja de ejercicio “*Identificando riesgos*” _____
- Hoja de ejercicio “*Escalera sobre el consumo*” _____
- Video de testimonios “*Nueva Vida*” _____
- Hoja de ejercicio “*¿Cómo soy?*” _____
- Hoja de ejercicio “*¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si...?*” y material de apoyo para el facilitador. _____

- Hoja de ejercicio “La escalera mágica”. _____
- Material sobre técnicas asertivas, sobre pasos solución de problemas y material de apoyo para el facilitador _____
- Técnicas para la administración del tiempo _____
- Frases sobre la vida _____

8. Agradeceríamos que nos ofrezca su valoración general del Programa tanto a través de una escala cuantitativa como cualitativa:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

9. Finalmente sus recomendaciones podrían resultar de gran utilidad para el mejoramiento del Programa:

Muchas Gracias

Anexo 5.9: Entrevista estructurada de línea base

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: Soltero___ Unión consensual___ Casado___ Divorciado___ Otro___

Municipio: _____ Provincia: _____

Carrera: _____ Año académico: _____

Estudiante becario: No___ Si___ En este caso: _____ Residencia estudiantil

Años de escolarización: _____

Padecimiento de enfermedades crónicas:

___ Hipertensión arterial Esencial No Esencial___ Diabetes mellitus Tipo I ___ Tipo II ___

___ Asma bronquial Grado I ___ Grado II ___ Grado III ___ Otras, cuáles _____

1- Edad que tenía cuando comenzó a beber: _____

2- Cuál fue la principal influencia asociada al inicio de su consumo.

___ Padres ___ Pareja ___ Profesores ___ Amigos ___ Otras.

Especificar _____

3- Años que lleva consumiendo _____

4- Existencia de personas que consumen alcohol en su familia. No___ Si___

5- En caso de ser positiva su respuesta anterior, qué parentesco que tiene con estas personas que consumen:

___ Ambos padres ___ Madre ___ Padre ___ Hermano(a) ___ Otro familiar

6- Qué le gusta beber:

Cerveza ___ Ron ___ Vodka ___ Vino ___ Cocteles ___ Alcohol___

7. Qué acostumbra a beber:

Cerveza ___ Ron ___ Vodka ___ Vino ___ Cocteles ___ Alcohol___

8. Personas con las que acostumbra a beber alcohol

Solo ___ Con amigos ___ Con familiares ___ Con su pareja ___ Con desconocidos ___ Con colegas del grupo en la universidad ___

9. Contextos y situaciones de consumo

En la casa ___ En fiestas en casa de amigos___ En discotecas ___ En el Club Universitario___ En la Residencia Estudiantil ___ En el barrio ___ En fiestas populares ___

10. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? a) ___1 o 2
b) ___ 3 o 4 c) ___5 o 6 d) ___ 7,8 o 9 e) ___ 10 o más

10. Otras sustancias que consume: tabaco___ alcohol ___ café___ medicamentos___

11. ¿Qué espera lograr a partir de su participación en este estudio?

Anexo 5.10: Encuesta de satisfacción de usuarios

Estimado estudiante: Solicitamos su colaboración para responder la siguiente encuesta que persigue como objetivo fundamental el perfeccionamiento de las actividades derivadas de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol. Por ello le pedimos que conteste con sinceridad el siguiente cuestionario. Deberá evaluar cada uno de los indicadores que se le ofrecen en una escala de 1 a 5 (1- En ninguna medida, 2- En poca medida, 3- En alguna medida, 4- En bastante medida, 5- En gran medida)

Sobre el desarrollo del Programa

No	Indicadores de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5
1	Nivel de logro de sus expectativas.					
2	Satisfacción con el trabajo en grupo					
3	Adecuación de la frecuencia de las sesiones					
4	Adecuación del horario de las sesiones.					
5	Calidad de los materiales y recursos empleados					
6	Satisfacción con la labor del facilitador					

¿Qué sesiones considera que le aportaron más?

¿Qué técnicas considera que le aportaron más?

Valoración general de la experiencia

Muchas gracias

Anexo 5.11: Entrevista semiestructurada a los facilitadores

Objetivo: Explorar las valoraciones de los facilitadores sobre el proceso de implementación de la estrategia, la calidad del manual de implementación y sus recomendaciones.

Indicadores:

- Desarrollo general de las diferentes sesiones:
 - Nivel de asistencia de los participantes
 - Conformación de un clima sociopsicológico favorable
 - Motivación estimulada en los estudiantes
 - Interés despertado a partir de las técnicas empleadas
 - Nivel de aceptación de la información actualizada facilitada
 - Nivel de implicación de los participantes en las diferentes técnicas vivenciales
 - Profundidad de las reflexiones aportadas por los estudiantes a partir de las técnicas
 - Nivel de reflexión individual logrado en torno al tabaquismo como problemática de salud
 - Expresiones que evidencian disposición al cambio
 - Estimulación de comportamientos saludables respecto al consumo de alcohol
 - Nivel de logro de los objetivos de la sesión
- Calidad del manual de implementación
- Principales recomendaciones

Anexo 5.12 Guía para el desarrollo del Grupo Focal (Evaluación de seguimiento)

Objetivo: Identificar los principales cambios generados en las variables estudiadas a partir de la implementación de la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol.

Procedimiento

I-Inicio

El facilitador, inicialmente saluda y agradece al grupo por asistir. Se comenta brevemente el objetivo de la actividad y los procedimientos fundamentales. Se destaca la importancia que tienen sus opiniones, experiencias y comentarios. Se insiste la importancia de que se escuchen, se respeten las opiniones y que todos intervengan.

II-Desarrollo

Indicadores

- Nivel de conocimiento logrado sobre el alcoholismo
- Comprensión del efecto adictivo del alcohol
- Aportes de las técnicas grupales y sesiones realizadas
- Dominio de temas tratados
- Aplicación de dichos temas en la vida cotidiana
- Importancia de los conocimientos adquiridos para su vida
- Reflexión personal que se estimuló sobre su nivel de consumo
- Impacto en la decisión personal para reducir o dejar de consumir alcohol
- Cambios percibidos por los jóvenes en torno al cuidado y mantenimiento de su salud
- Incremento del nivel de responsabilidad individual con su salud
- Percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol
- Interés manifestado por la repetición de experiencias similares
- Interés manifestado por las labores de prevención del alcoholismo
- Medidas y estrategias adoptadas en el orden personal para autorregularse ante situaciones de consumo.

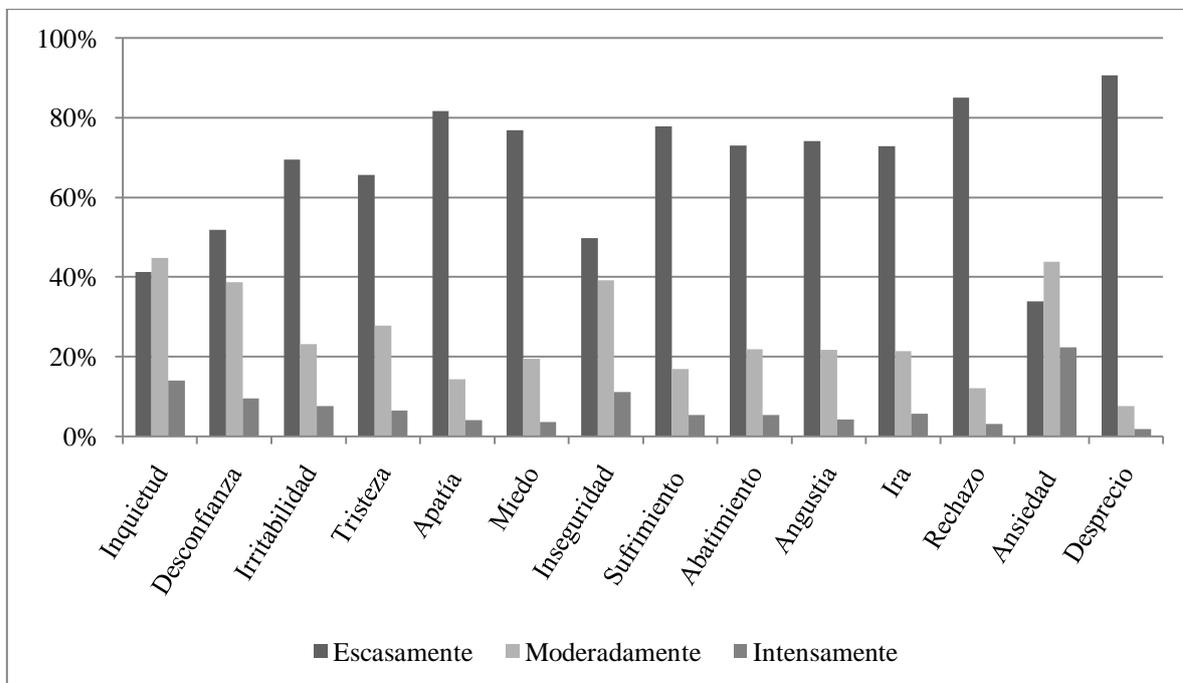
III- Cierre

Al finalizar se resumen los aspectos fundamentales abordados por el grupo. Estos criterios son consensuados con el grupo, estimulando su participación en la elaboración de las conclusiones. Se les agradece a los participantes por sus opiniones, destacando que la riqueza de las experiencias individuales contribuye a enriquecer y a perfeccionar la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol e estudiantes universitarios.

Anexo 6: Resultados de los análisis de datos realizados en la Etapa I

Anexo 6.1 Resultados del análisis univariado del AV

Gráfico 1: Intensidad con la que experimentaron los estudiantes universitarios las diferentes emociones recogidas en el AV.



Fuente: Resultados del AV. Elaboración propia.

Anexo 6.2: Resultados del análisis de conglomerados en dos fases AV

Tabla 12: Agrupación automática de los conglomerados

Número de conglomerados	Criterio bayesiano de Schwarz (BIC)	Cambio en BIC a	Razón de cambios en BICb
1	28555.96		
2	26135.53	-2420.44	1.00
3	25062.44	-1073.08	.44
4	24495.43	-567.01	.23
5

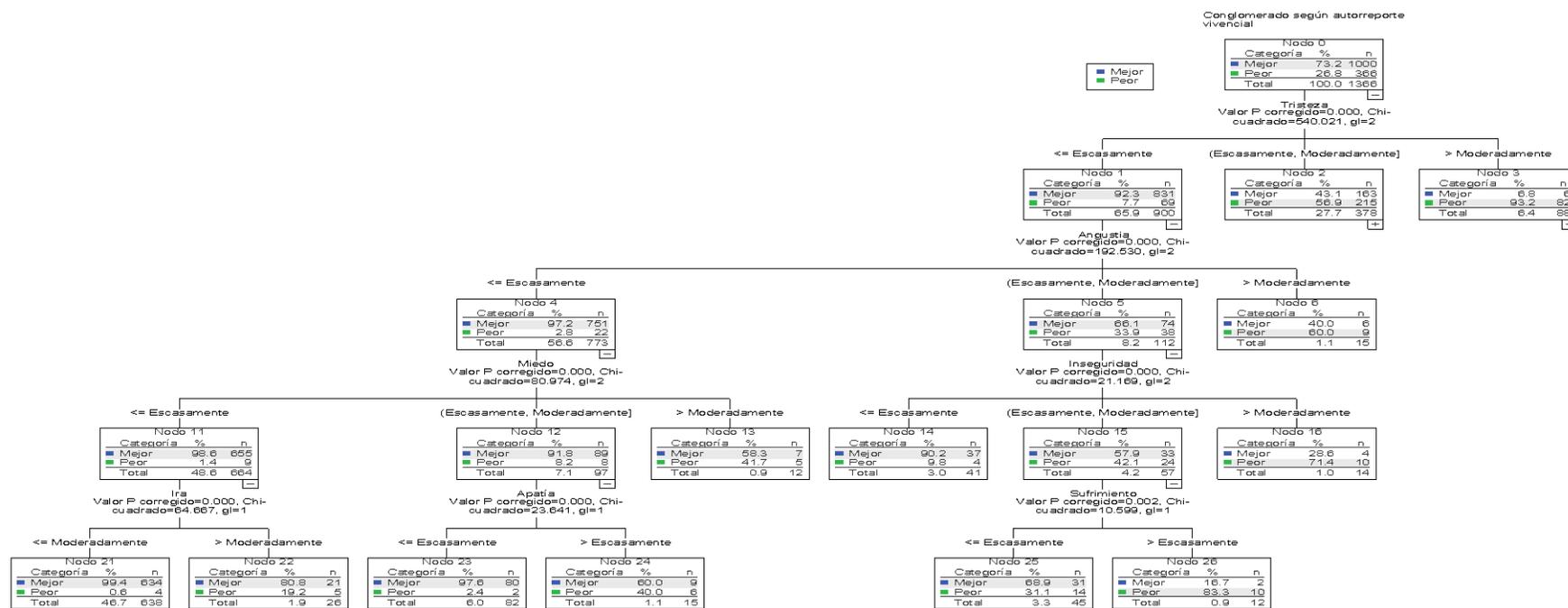
Fuente: Resultados del análisis de conglomerados en dos pasos.

Tabla 13: Distribución de conglomerados formados a partir de las respuestas ofrecidas por los estudiantes universitarios en el AV

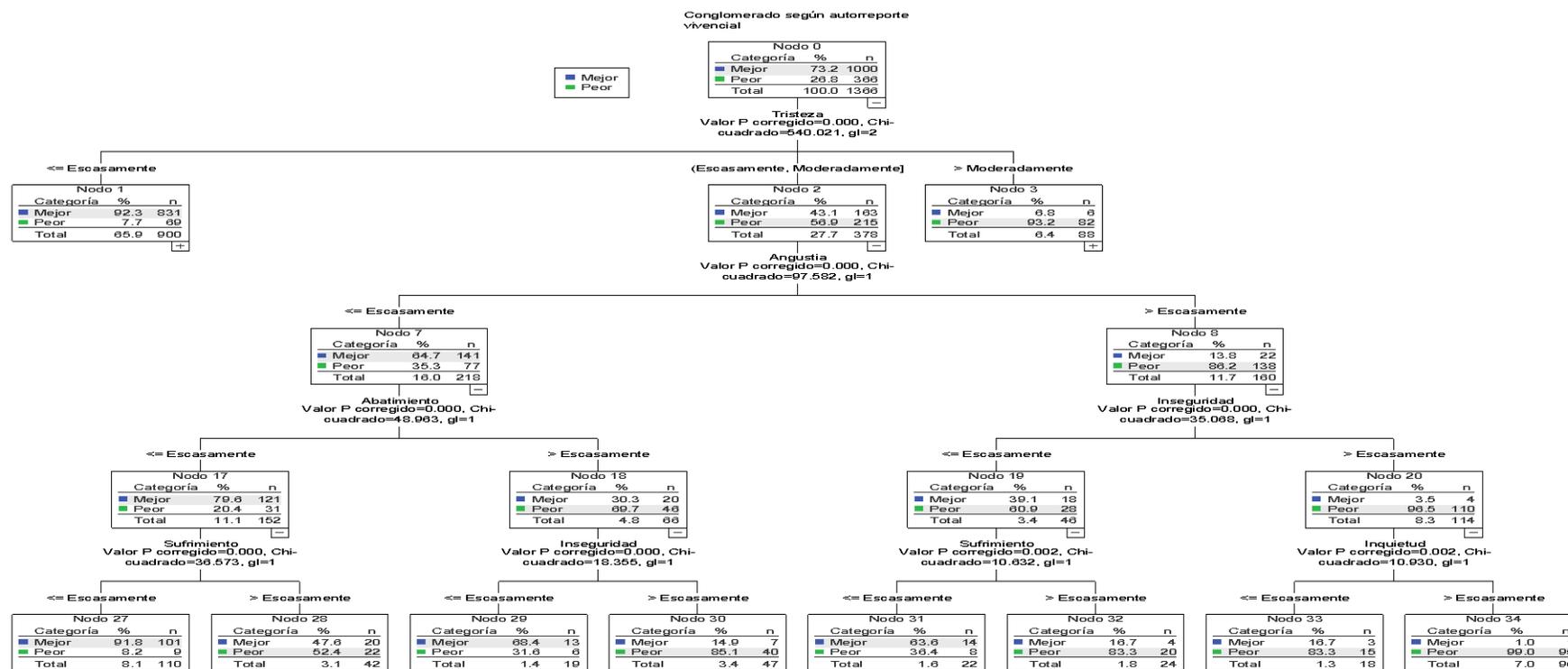
	N	% combinados	de % del total
Conglomerado 1	1000	73.21	72.61
2	366	26.82	26.63
Combinados	1366	100.00	99.22
Casos excluidos	11		.81
Total	1377		100.00

Fuente: Resultados del análisis de conglomerados en dos pasos

Anexo 6.3: Árbol de clasificación de las mediciones del AV respecto a los clústeres formados



Anexo 6.3: Árbol de clasificación de las mediciones del AV respecto a los clústeres formados (continuación)



Anexo 6.3: Árbol de clasificación de las mediciones del AV respecto a los clústeres formados (continuación)

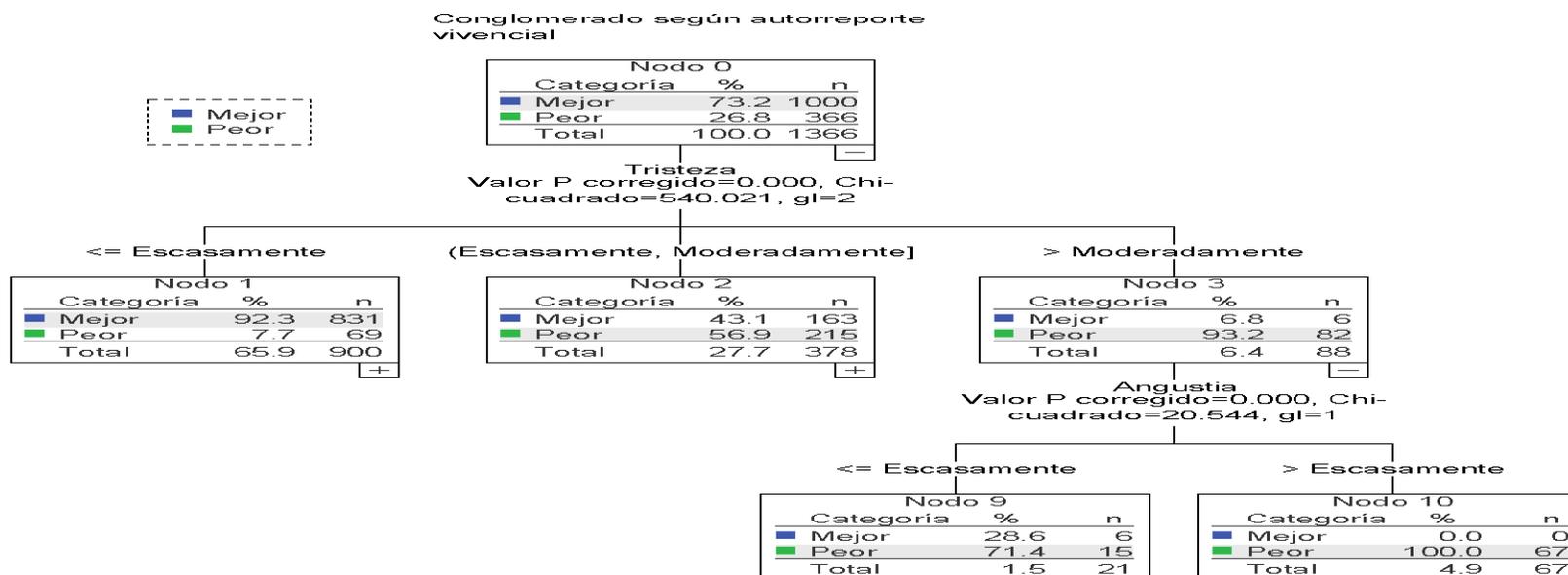


Tabla 14: Probabilidad de que el estudiante pertenezca al peor clúster según resultados del AV.

Nodo	Especificación de la interacción	Riesgo (%)
6	Tristeza=Escasa; Angustia= Intensa	60.00
9	Tristeza=Intensa; Angustia=Escasa	71.41
10	Tristeza=Intensa; Angustia=Moderada o Intensa	100.00
13	Tristeza=Escasa; Angustia=Escasa; Miedo=Intenso	41.71
14	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada; Inseguridad=Escasa	9.80
16	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada; Inseguridad=Intensa	71.42
21	Tristeza=Escasa; Angustia=Escasa; Miedo=Escaso; Ira=Escasa o Moderada	0.62
22	Tristeza=Escasa; Angustia=Escasa; Miedo=Escaso; Ira=Intensa	19.21
23	Tristeza=Escasa; Angustia=Escasa; Miedo=Moderado; Apatía=Escasa	2.41
24	Tristeza=Escasa; Angustia=Escasa; Miedo=Moderado; Apatía=Moderada o Intensa	40.00
25	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada; Inseguridad=Moderada; Sufrimiento=Escaso	31.11
26	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada; Inseguridad=Moderada; Sufrimiento=Moderado o Intenso	83.31
27	Tristeza=Moderada; Angustia=Escasa; Abatimiento=Escaso; Sufrimiento=Escaso	8.20
28	Tristeza=Moderada; Angustia=Escasa; Abatimiento=Escaso; Sufrimiento=Moderado o Intenso	52.4
29	Tristeza=Moderada; Angustia=Escasa; Abatimiento=Moderado o Intenso; Inseguridad=Escasa	31.60
30	Tristeza=Moderada; Angustia=Escasa; Abatimiento=Moderado o Intenso; Inseguridad=Moderada o Intensa	85.12
31	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada o Intensa; Inseguridad=Escasamente; Sufrimiento=Escaso	36.42
32	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada o Intensa; Inseguridad=Escasamente; Sufrimiento=Moderado o Intenso	83.31
33	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada o Intensa; Inseguridad=Moderada o Intensa; Inquietud=Escasa	83.33
34	Tristeza=Escasa; Angustia=Moderada o Intensa; Inseguridad=Moderada o Intensa; Inquietud=Moderada o Intensa	99.00

Fuente: Elaboración propia

Anexo 6.4: Resultados del análisis de conglomerados. Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios

Tabla 15: Agrupación automática de los conglomerados

Número de conglomerados	Criterio bayesiano de Schwarz (BIC)	Cambio en BIC ^a	Razón de cambios en BIC ^b
1	140381.50		
2	132528.07	-7853.43	1.00
3	128738.75	-3789.32	.483
4	127824.01	-914.735	.116
5

^a Los cambios proceden del número anterior de conglomerados de la tabla.

^b Las razones de los cambios están relacionadas con el cambio para la solución de los dos conglomerados.

Tabla 16: Distribución de conglomerados formados a partir de las respuestas ofrecidas por los estudiantes universitarios al cuestionario para la evaluación de factores de protección

Conglomerado		%	
		N	de combinados
Conglomerado	1	209	15.3
	2	690	50.5
	3	468	34.2
	Combinados	1367	100.0
Casos excluidos		10	.7
Total		1377	100.0

Fuente: Resultados del análisis de conglomerados en dos pasos

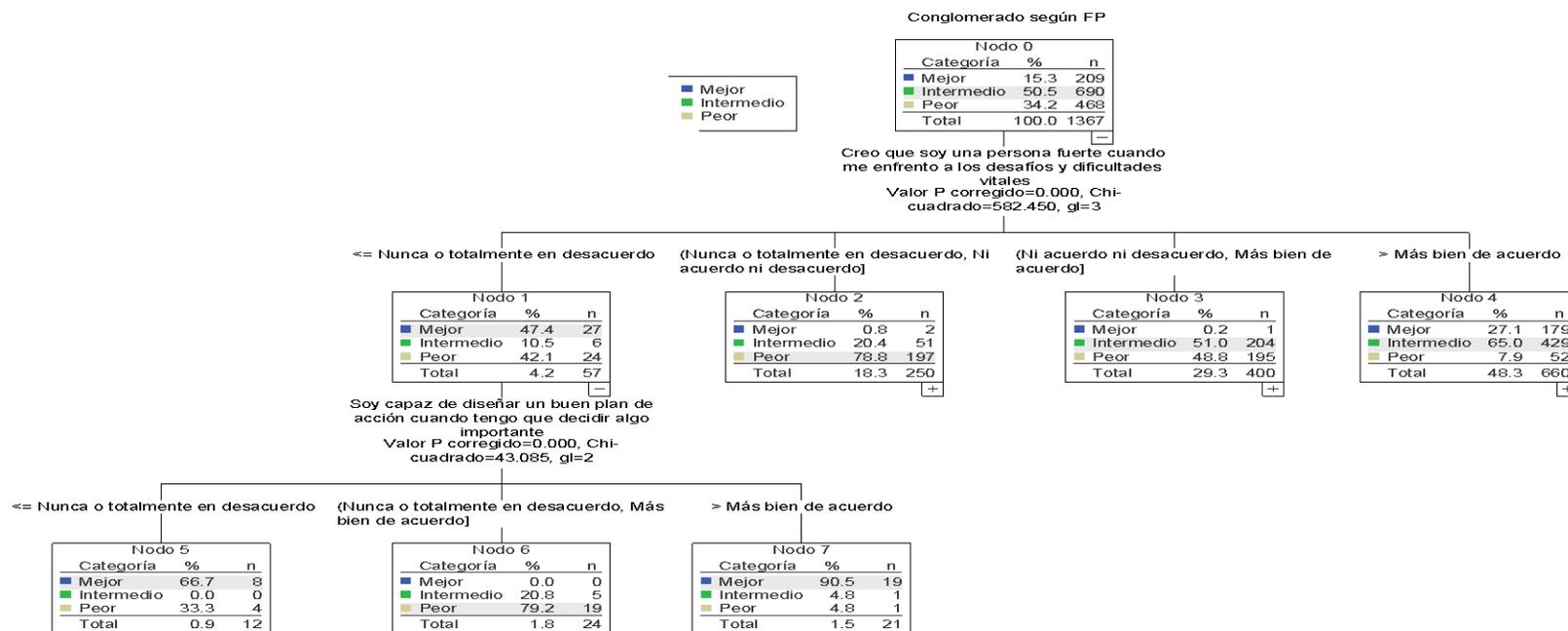
Tabla17: Diferencias entre los conglomerados de acuerdo a las respuestas ofrecidas en el Cuestionario para la evaluación de factores protectores de la salud mental en estudiantes universitarios

Pregunta	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	Mejor	Intermedio	Peor
Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	Mejor	Intermedio	Peor
Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente	Mejor	Intermedio	Peor
Me cuesta trabajo hablar cuando hay mucha gente	Mejor	Intermedio	Peor
Considero todos los factores para tomar una decisión ante un problema	Mejor	Intermedio	Peor
Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	Mejor	Intermedio	Peor
Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante	Mejor	Intermedio	Peor
Tiendo a pensar que soy un fracasado	Mejor	Intermedio	Peor
Al tomar una decisión, cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	Mejor	Intermedio	Peor
No me desanimo fácilmente ante el fracaso	Mejor	Intermedio	Peor
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	Mejor	Intermedio	Peor
Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico	Mejor	Intermedio	Peor
Puedo enfrentarme a cualquier cosa	Mejor	Intermedio	Peor
Siento temor empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente	Mejor	Intermedio	Peor
No espero que cosas buenas me sucedan	Mejor	Intermedio	Peor
Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	Mejor	Intermedio	Peor
Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco	Mejor	Intermedio	Peor
Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	Mejor	Intermedio	Peor
Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo le pregunto por qué	Mejor	Intermedio	Peor
En general estoy satisfecho conmigo mismo/a	Mejor	Intermedio	Peor
Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as	Mejor	Intermedio	Peor
Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades	Mejor	Intermedio	Peor
Me gusta decirle a una persona que estoy muy satisfecho/a por algo que ha hecho	Mejor	Intermedio	Peor

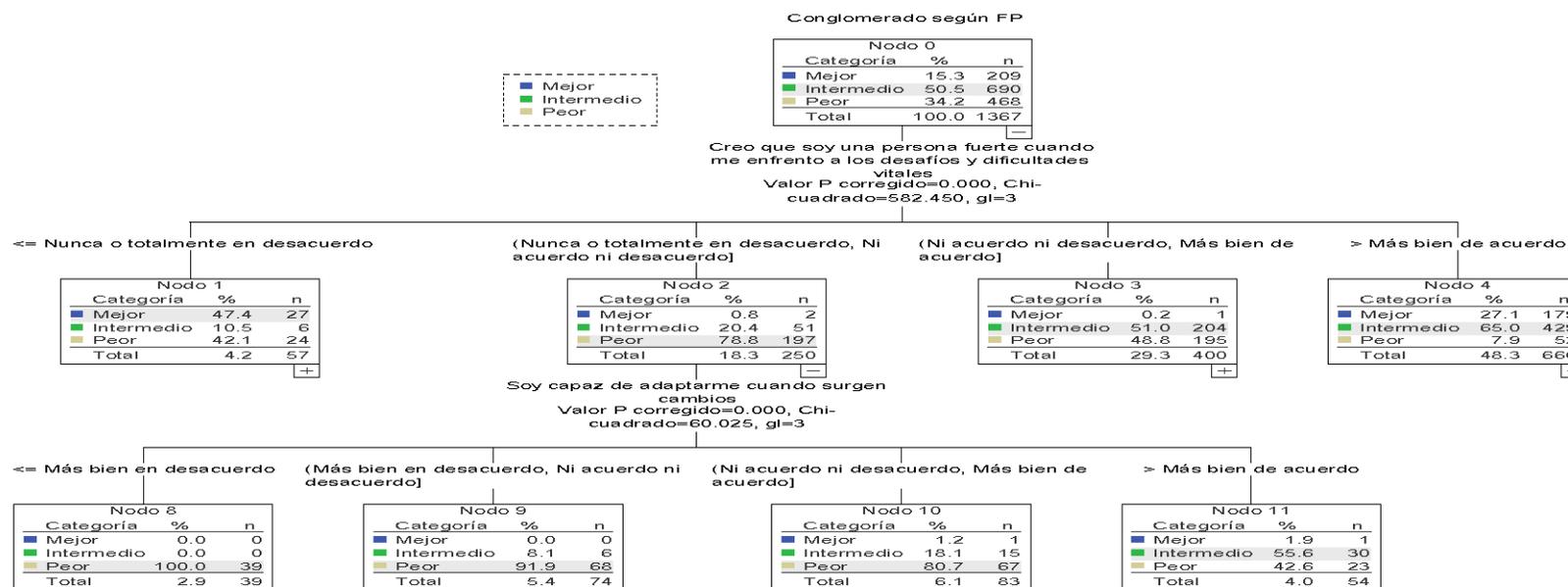
En tiempos de incertidumbre, tiendo a pensar que me va a ocurrir lo mejor	Mejor	Intermedio	Peor
Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	Mejor	Intermedio	Peor
Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) que me pasará	Mejor	Intermedio	Peor
Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado	Mejor	Intermedio	Peor
Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios	Mejor	Intermedio	Peor
Siempre soy optimista en cuanto al futuro	Mejor	Intermedio	Peor
Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales	Mejor	Intermedio	Peor
Las demandas académicas de la universidad a menudo me estresan	Peor	Intermedio	Mejor
Siento que me puedo acercar a mis profesores para conversar sobre cualquier problema que tenga	Mejor	Intermedio	Peor
Desde que ingresé en la universidad me he alejado de mis padres, incluso afectivamente	Peor	Intermedio	Mejor
Considero que la oferta de actividades recreativas de la universidad es muy limitada	Mejor	Intermedio	Peor
Para mí la vida universitaria ha significado un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	Mejor	Intermedio	Peor
Generalmente no analizo cómo mis decisiones actuales pueden afectar mis metas futuras	Mejor	Intermedio	Peor
Aunque paso mucho tiempo en la universidad, comparto mis logros y dificultades con mis padres	Mejor	Intermedio	Peor
Si tuviera que evaluar el grado bienestar que experimento como estudiante universitario lo ubicaría en el nivel	Mejor	Intermedio	Peor

Fuente: Elaboración propia. Resultados del análisis de conglomerados en dos pasos.

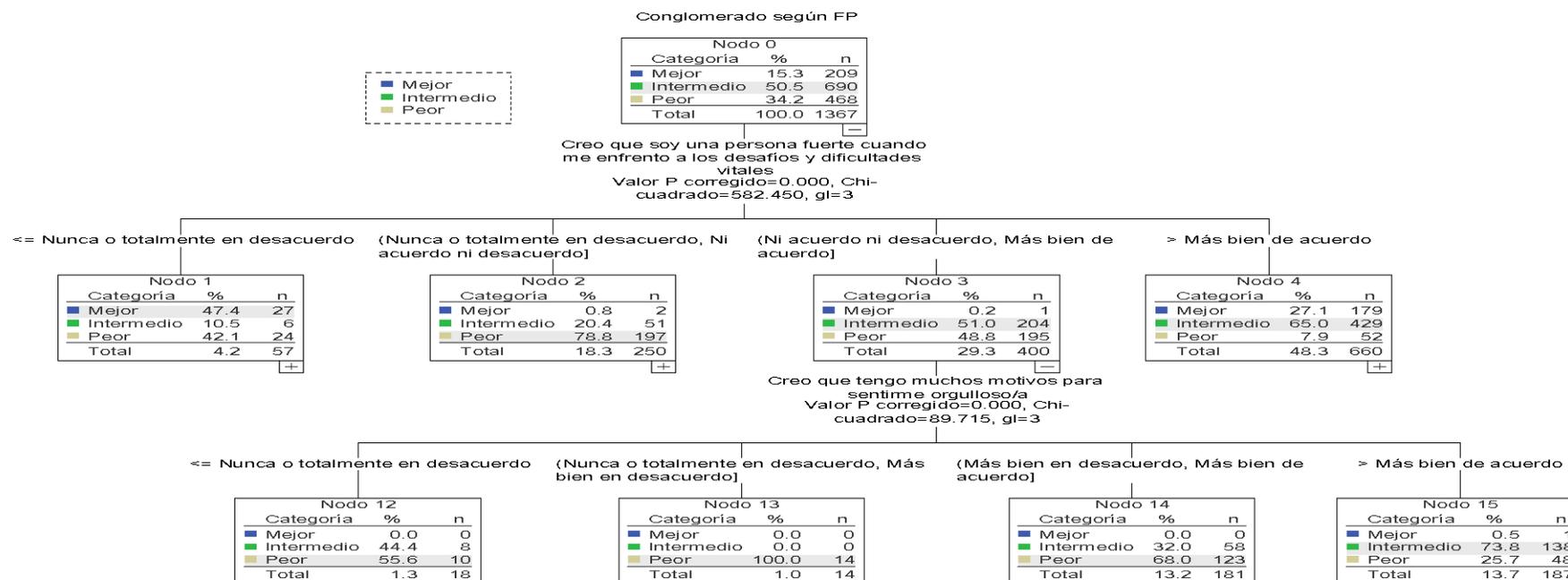
Anexo 6.5: Árbol de clasificación de las mediciones de los factores protectores respecto a los clústeres formados



Anexo 6.5: Árbol de clasificación de las mediciones de los factores protectores respecto a los clústeres formados (continuación)



Anexo 6.5: Árbol de clasificación de las mediciones de los factores protectores respecto a los clústeres formados (continuación)



Anexo 6.5: Árbol de clasificación de las mediciones de los factores protectores respecto a los clústeres formados (continuación)

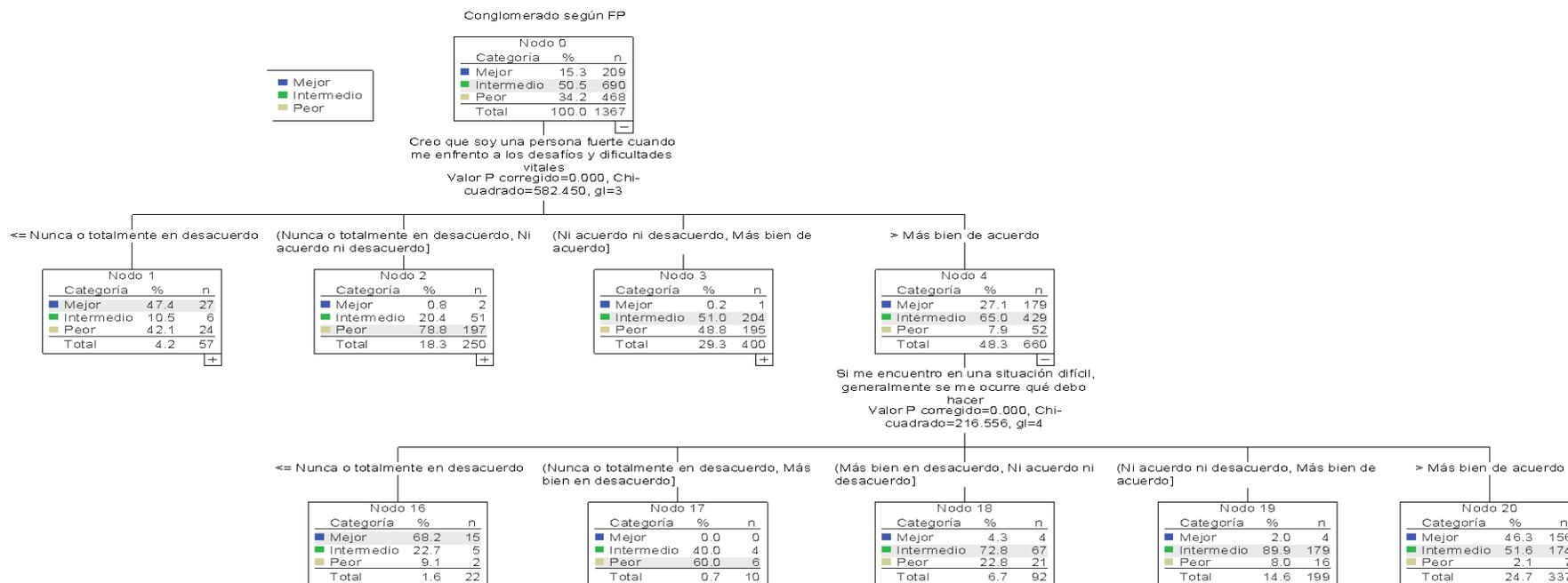


Tabla 18: Principales interacciones detectadas por el árbol de clasificación con dos niveles de profundidad.

Nodo	Interacción	C	F (CP)
5	“Creo que soy una persona fuerte...” = Nunca o totalmente en desacuerdo & “Soy capaz de diseñar un buen plan...” = Nunca	Mejor	33.3%
6	“Creo que soy una persona fuerte...” = Nunca o totalmente en desacuerdo & “Soy capaz de diseñar un buen plan...” = Más bien en desacuerdo – Más bien de acuerdo	Peor	79.2%
7	“Creo que soy una persona fuerte...” = Nunca o totalmente en desacuerdo & “Soy capaz de diseñar un buen plan...” = Siempre o totalmente de acuerdo	Mejor	4.8%
8	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien en desacuerdo – Ni acuerdo ni desacuerdo & “Soy capaz de adaptarme...” = Nunca – Más bien en desacuerdo	Peor	100.0%
9	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien en desacuerdo – Ni acuerdo ni desacuerdo & “Soy capaz de adaptarme...” = Ni acuerdo ni desacuerdo	Peor	91.9%
10	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien en desacuerdo – Ni acuerdo ni desacuerdo & “Soy capaz de adaptarme...” = Más bien de acuerdo	Peor	80.7%
11	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien en desacuerdo – Ni acuerdo ni desacuerdo & “Soy capaz de adaptarme...” = Siempre o totalmente de acuerdo	Intermedio	42.6%
12	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien de acuerdo & “Creo que tengo muchos motivos para ...” = Nunca o totalmente en desacuerdo	Peor	55.6%
13	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien de acuerdo & “Creo que tengo muchos motivos para ...” = Más bien en desacuerdo	Peor	100%
14	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien de acuerdo & “Creo que tengo muchos motivos para ...” = Ni acuerdo ni desacuerdo – Más bien de acuerdo	Peor	68.0%
15	“Creo que soy una persona fuerte...” = Más bien de acuerdo & “Creo que tengo muchos motivos para ...” = Siempre o totalmente de acuerdo	Intermedio	25.7%
16	“Creo que soy una persona fuerte...” = Siempre o totalmente de acuerdo & “Si me encuentro en una situación difícil ...” = Nunca o totalmente en desacuerdo	Mejor	9.1%
17	“Creo que soy una persona fuerte...” = Siempre o totalmente de acuerdo & “Si me encuentro en una situación difícil ...” = Más bien en desacuerdo	Peor	60.0%
18	“Creo que soy una persona fuerte...” = Siempre o totalmente de acuerdo & “Si me encuentro en una situación difícil ...” = Ni acuerdo ni desacuerdo	Intermedio	22.8%
19	“Creo que soy una persona fuerte...” = Siempre o totalmente de acuerdo & “Si me encuentro en una situación difícil ...” = Más bien de acuerdo	Intermedio	8.0%
20	“Creo que soy una persona fuerte...” = Siempre o totalmente de acuerdo & “Si me encuentro en una situación difícil ...” = Siempre o totalmente de acuerdo	Intermedio	2.1%

Legenda: C= Clúster más frecuente, F; (CP)=Frecuencia en el clúster de peor resultado

Anexo 6.6 Resultados del análisis de conglomerados. Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol

Tabla 19: Resultados del análisis de conglomerados en dos fases

Número de conglomerados	Criterio bayesiano de Schwarz (BIC)	Cambio en BIC ^a	Razón de cambios en BIC ^b
1	74496.493		
2	66781.811	-7714.682	1.000
3	63579.462	-3202.349	.415
4	62672.569	-906.893	.118
5

^a Los cambios proceden del número anterior de conglomerados de la tabla.

^b Las razones de los cambios están relacionadas con el cambio para la solución de los dos conglomerados.

Tabla 20: Descripción de los conglomerados identificados.

Conglomerado	N	% combinados	de Percepción de Riesgo sobre consumo de alcohol
1	594	47.7	Parcialmente adecuada
2	392	31.5	Inadecuada
3	259	20.8	Adecuada
Combinados	1245	100	

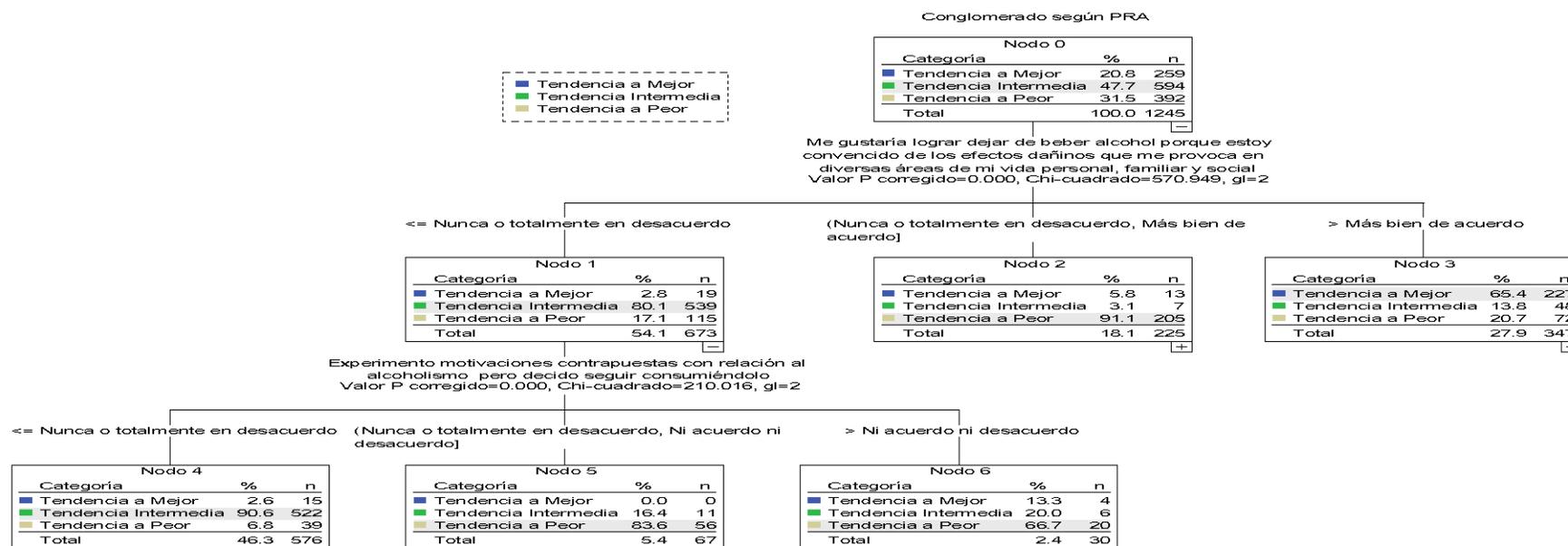
Tabla 21: Diferencias entre los conglomerados de acuerdo a las respuestas ofrecidas en el Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol

Pregunta	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3
Poseo información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros)	Medio	Peor	Mejor
Tengo información de que el alcohol constituye una droga con potentes efectos adictivos	Mejor	Peor	Medio
Me percato de que el consumo de alcohol tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar	Mejor	Peor	Medio
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)	Mejor	Peor	Medio
Reconozco que el alcoholismo puede propiciar que sea rechazado por parte de otros (familiares, amigos, e incluso desconocidos)	Mejor	Peor	Medio
Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero no me considero en riesgo de experimentarlos y/o sufrirlos	Mejor	Peor	Medio
Conozco que el alcoholismo puede afectar la vida de quienes me rodean	Mejor	Peor	Medio
Reconozco que el alcoholismo es una enfermedad	Mejor	Peor	Medio
Tengo claridad sobre la cantidad de alcohol que consumo diariamente	Peor	Medio	Mejor
Poseo información de a quién y/o donde hay que dirigirse en caso de decidir abandonar el consumo de alcohol	Medio	Peor	Mejor
Pienso que cuento con recursos suficientes para dejar de beber alcohol cuando yo lo decida	Peor	Medio	Mejor
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	Medio	Peor	Mejor
Soy de los que pienso que sin alcohol no hay fiestas porque lo considero indispensable para pasarla bien	Mejor	Peor	Medio
Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna	Mejor	Peor	Medio
Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero contradictoriamente siento la necesidad de beber y decido hacerlo	Mejor	Peor	Medio
Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero los ignoro sin que ello me genere contradicciones	Mejor	Peor	Medio
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	Mejor	Peor	Medio
Experimento motivaciones contrapuestas con relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo	Mejor	Peor	Medio
Algunos efectos del alcoholismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de consumirlo	Mejor	Medio	Peor

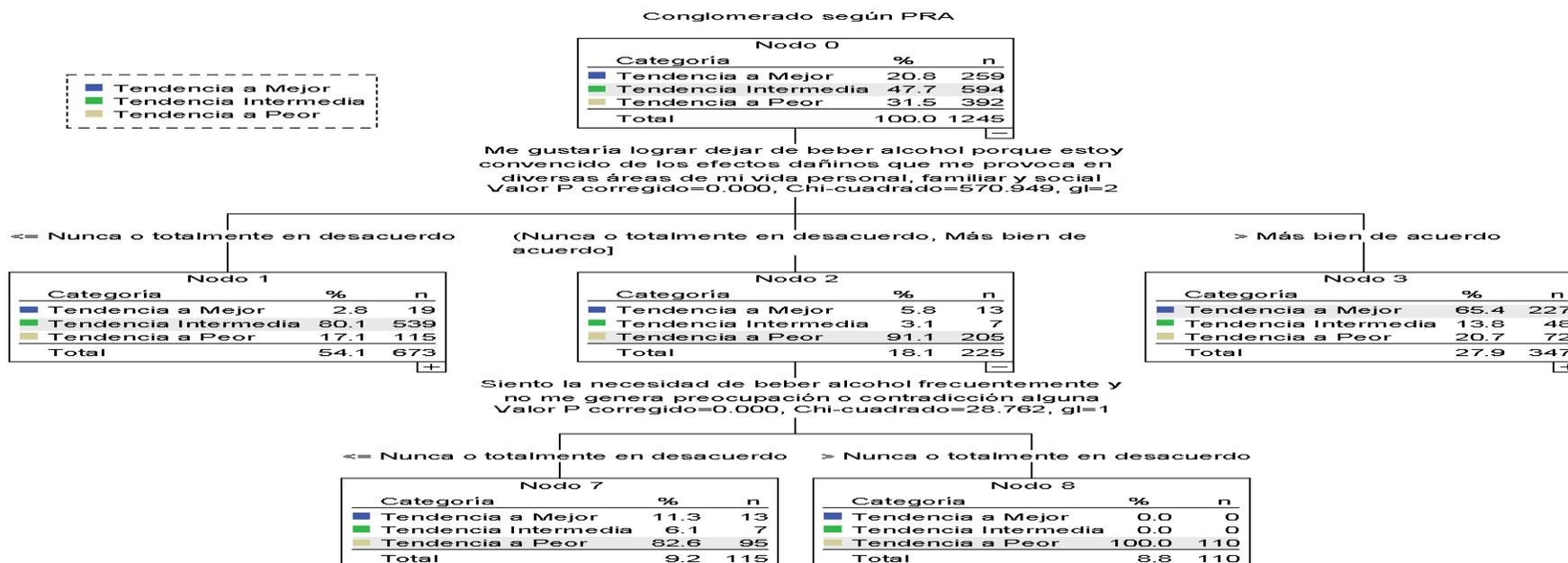
Me gustaría lograr dejar de beber alcohol para complacer a mi familia y amigos	Peor	Medio	Mejor
Me gustaría lograr dejar de beber alcohol porque estoy convencido de los efectos dañinos que me provoca en diversas áreas de mi vida personal, familiar y social	Peor	Medio	Mejor
En varias ocasiones he llegado a tener estados de embriaguez (borrachera)	Mejor	Peor	Medio
Cuando por alguna razón paso dos o tres días sin beber alcohol me siento mal y experimento una intensa necesidad de hacerlo	Mejor	Peor	Medio
Bajo el efecto del alcohol he tenido prácticas sexuales consideradas riesgosas (sin protección, con desconocidos, promiscuidad)	Mejor	Peor	Medio
He conducido un vehículo bajo el efecto de bebidas alcohólicas	Mejor	Peor	Medio
Bajo el efecto del alcohol he provocado problemas y conflictos que me han traído consecuencias negativas	Mejor	Peor	Medio
He buscado información especializada para dejar de consumir alcohol	Peor	Medio	Mejor
Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol	Peor	Medio	Mejor
Estoy poniendo en práctica acciones para dejar de beber alcohol con inmediatez	Peor	Medio	Mejor
Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 6 meses	Peor	Medio	Mejor
Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 30 días y estoy haciendo planes y tomando medidas para lograrlo	Peor	Medio	Mejor
Siento motivación por dejar de beber alcohol y lo intento hacer sin la ayuda de otros	Peor	Medio	Mejor
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	Peor	Medio	Mejor
He intentado dejar de beber alcohol pero no lo he conseguido	Peor	Medio	Mejor
No planeo disminuir en un futuro próximo la cantidad de alcohol que consumo	Peor	Medio	Mejor
He intentado dejar de beber alcohol y lo he conseguido por algún tiempo pero luego he vuelto a consumirlo	Peor	Medio	Mejor

Fuente: Elaboración propia. Resultados del análisis de conglomerados en dos pasos

Anexo 6.7: Árbol de clasificación de las mediciones de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol respecto a los clústeres previamente formados.



Anexo 6.7: Árbol de clasificación de las mediciones de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol respecto a los clústeres previamente formados (continuación)



Anexo 6.7: Árbol de clasificación de las mediciones de la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol respecto a los clústeres previamente formados (continuación)

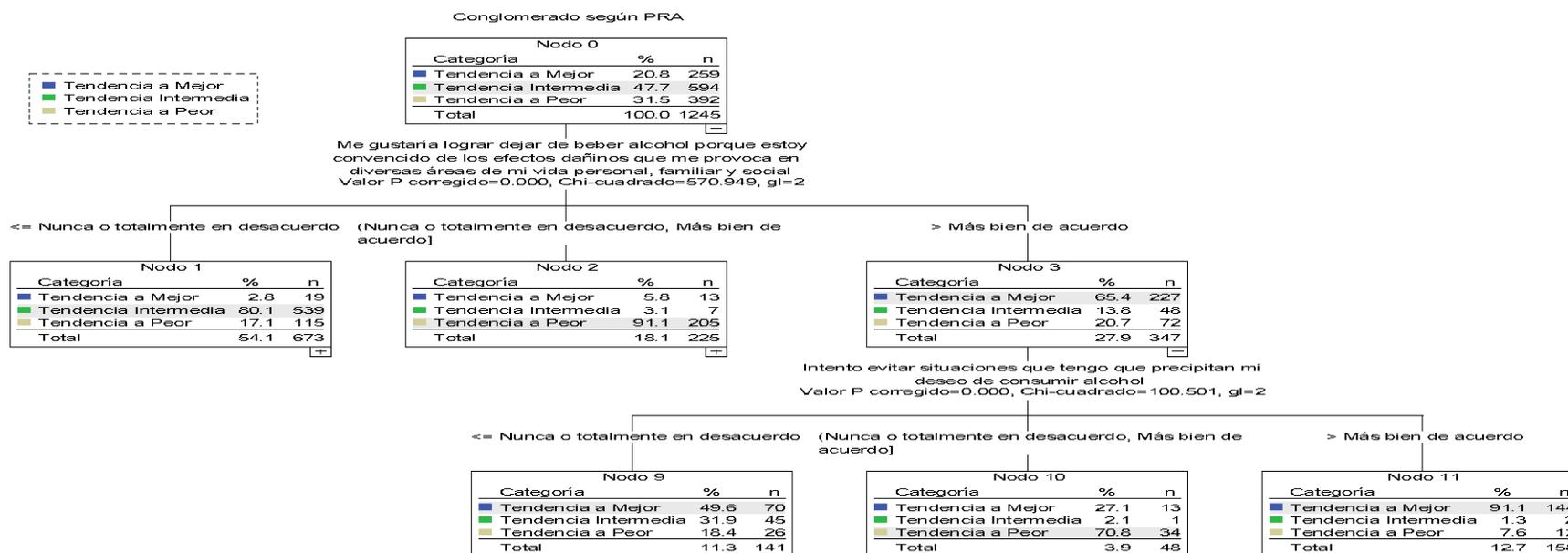


Tabla 22: Principales interacciones detectadas por el árbol de clasificación.

N	Interacción	C	F(CP)
4	"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"=Nunca o Totalmente en desacuerdo & "Experimento motivaciones contrapuestas en relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo"=Nunca	PR parcialmente adecuada	6.8%
5	"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"=Nunca o Totalmente en desacuerdo & "Experimento motivaciones contrapuestas en relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo"=más bien en desacuerdo o ni de acuerdo ni en desacuerdo	PR inadecuada	83.6%
6	"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" = Nunca o totalmente en desacuerdo & "Experimento motivaciones contrapuestas con relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo" = Más bien de acuerdo o totalmente de acuerdo	PR inadecuada	66.7%
7	"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" = Más bien de acuerdo & "Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna" = Nunca	PR inadecuada	82.6%
8	"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" = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo-Más bien de acuerdo & "Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna"=Más bien en desacuerdo-Totalmente de acuerdo	PR inadecuada	100.0%
9	"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" = Siempre de acuerdo & "Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol" = Nunca	PR adecuada	18.4%
10	"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" = Siempre de acuerdo & "Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol" = Más bien en desacuerdo – Más bien de acuerdo	PR inadecuada	70.8%
11	"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" = Siempre de acuerdo & "Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol" = Siempre de acuerdo	PR adecuada	7.6%

Leyenda: N=Nodo, C= Clúster más frecuente, Fr (CP)=Frecuencia en el clúster de peores resultados, PR= Percepción de Riesgo

Anexo 6.8: Características del consumo de alcohol según áreas de la ciencia en las que los estudiantes cursan

Áreas	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3
Ciencias Técnicas	193	252	209
Ciencias Naturales y Matemáticas	47	50	53
Ciencias Económicas	34	45	26
Ciencias Sociales y Humanísticas	50	88	59
Ciencias Agropecuarias	48	33	34
Ciencia Médicas	17	25	23

Leyenda: Clúster 1= Bajo Riesgo, Clúster 2 =Riesgo Moderado, Clúster 3= Mayor Riesgo

Anexo 6.9: Tablas de contingencia entre las diferentes variables de la investigación

Leyenda: AV= Autorreporte Vivencial, PRA= Cuestionario percepción de riesgo, FP= Factores protectores

Conglomerado según AV * Sexo

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Conglomerado según AV	Mejor	Cantidad	405	595	1000
		% de Sexo	63.9%	81.3%	73.2%
	Peor	Cantidad	229	137	366
		% de Sexo	36.1%	18.7%	26.8%
Total		Cantidad	634	732	1366 ^a
		% de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

a. Hay 11 casos que no intervienen en este análisis por datos perdidos.

Conglomerado según PRA * Sexo

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Conglomerado según PRA	Tendencia a Mejor	Cantidad	103	156	259
		% de Sexo	18.4%	22.7%	20.8%
	Tendencia Intermedia	Cantidad	366	228	594
		% de Sexo	65.5%	33.2%	47.7%
	Tendencia a Peor	Cantidad	90	302	392
		% de Sexo	16.1%	44.0%	31.5%
Total		Cantidad	559	686	1245 ^a
		% de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

a. Hay 132 casos con datos perdidos que no participan en este análisis

Conglomerado según AV * Año académico

			Año académico					Total
			0	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	
Conglomerado según AV	Mejor	Cantidad	12	319	221	227	221	1000
		% de Año académico	54.5%	77.2%	70.4%	72.1%	73.2%	73.2%
	Peor	Cantidad	10	94	93	88	81	366
		% de Año académico	45.5%	22.8%	29.6%	27.9%	26.8%	26.8%
Total		Cantidad	22	413	314	315	302	1366
		% de Año académico	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.066. Sig. de Monte Carlo para el test de Mann-Whitney: 0.441

Rangos según el test de Mann-Whitney

Conglomerado según AV		N	Rango promedio	Suma de rangos
Año académico	Mejor	1000	678.65	678646.00
	Peor	366	696.76	255015.00
	Total	1366		

Conglomerado según FP * Año académico

			Año académico					Total
			0	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	
Conglomerado según FP	Mejor	Cantidad	3	67	52	53	34	209
		% de Año académico	13.6%	16.1%	16.6%	16.8%	11.3%	15.3%
	Intermedio	Cantidad	12	216	135	154	173	690
		% de Año académico	54.5%	52.0%	43.1%	48.9%	57.3%	50.5%
	Peor	Cantidad	7	132	126	108	95	468
		% de Año académico	31.8%	31.8%	40.3%	34.3%	31.5%	34.2%
Total	Cantidad	22	415	313	315	302	1367	
	% de Año académico	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig. del test exacto de Fisher: 0.043. Sig. de Monte Carlo para el test de Kruskal-Wallis: 0.299

Rangos según el test de Kruskal-Wallis

Conglomerado según FP		N	Rango promedio
Año académico	Mejor	209	649.84
	Intermedio	690	696.08
	Peor	468	681.44
	Total	1367	

Conglomerado según AV * Condición de ser becado

			Becado		Total
			Sí	No	
Conglomerado según AV	Mejor	Cantidad	709	291	1000
		% de Becado	71.9%	76.6%	73.2%
	Peor	Cantidad	277	89	366
		% de Becado	28.1%	23.4%	26.8%
Total	Cantidad	986	380	1366 ^a	
	% de Becado	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig. del test exacto de Fisher: 0.088

a. Hay 11 casos con datos perdidos en esta tabla

Conglomerado según PRA * Becado

			Becado		Total
			Sí	No	
Conglomerado según PRA	Tendencia a Mejor	Cantidad	204	55	259
		% de Becado	22.4%	16.4%	20.8%
	Tendencia Intermedia	Cantidad	426	168	594
		% de Becado	46.9%	50.0%	47.7%
	Tendencia a Peor	Cantidad	279	113	392
		% de Becado	30.7%	33.6%	31.5%
Total	Cantidad	909	336	1245 ^a	
	% de Becado	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig. del test exacto de Fisher: 0.057

a. Hay 132 casos con datos perdidos que no participan en este análisis

Conglomerado según AV * Zona en que vive actualmente

			Zona en que vive actualmente		Total
			Rural	Urbana	
Conglomerado según AV	Mejor	Cantidad % de Zona en que vive actualmente	266 67.9%	734 75.4%	1000 73.2%
	Peor	Cantidad % de Zona en que vive actualmente	126 32.1%	240 24.6%	366 26.8%
Total		Cantidad % de Zona en que vive actualmente	392 100.0%	974 100.0%	1366 100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.006

Conglomerado según AV * Conglomerado según FP

			Conglomerado según FP			Total
			Mejor	Intermedio	Peor	
Conglomerado según AV	Mejor	Cantidad % de Conglomerado según FP	157 75.8%	537 78.5%	299 64.2%	993 73.2%
	Peor	Cantidad % de Conglomerado según FP	50 24.2%	147 21.5%	167 35.8%	364 26.8%
Total		Cantidad % de Conglomerado según FP	207 100.0%	684 100.0%	466 100.0%	1357 ^a 100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

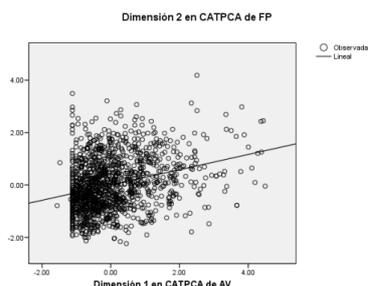
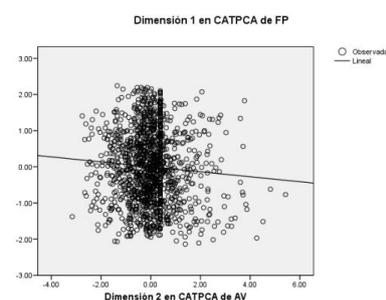
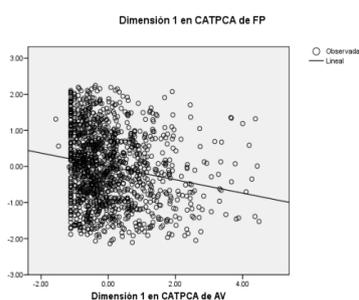
a. Hay 20 casos con datos perdidos que no participan en este análisis

Correlaciones entre las dimensiones según el CATPCA de los dos instrumentos

		Dimensión 1 en CATPCA de AV	Dimensión 2 en CATPCA de AV	Dimensión 1 en CATPCA de FP	Dimensión 2 en CATPCA de FP
Dimensión 1 en CATPCA de AV	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)		-.012 .646	-.186** .000	.292** .000
Dimensión 2 en CATPCA de AV	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.012 .646		-.069* .010	-.012 .644

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Conglomerado según FP * Conglomerado según PRA

			Conglomerado según PRA			Total
			Tendencia a Mejor	Tendencia Intermedia	Tendencia a Peor	
Conglomerado según FP	Mejor	Cantidad	71	93	12	176
		% de Conglomerado según PRA	27.5%	15.7%	3.1%	14.2%
	Intermedio	Cantidad	120	324	185	629
		% de Conglomerado según PRA	46.5%	54.5%	47.4%	50.6%
	Peor	Cantidad	67	177	193	437
		% de Conglomerado según PRA	26.0%	29.8%	49.5%	35.2%
Total		Cantidad	258	594	390	1242 ^a
		% de Conglomerado según PRA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

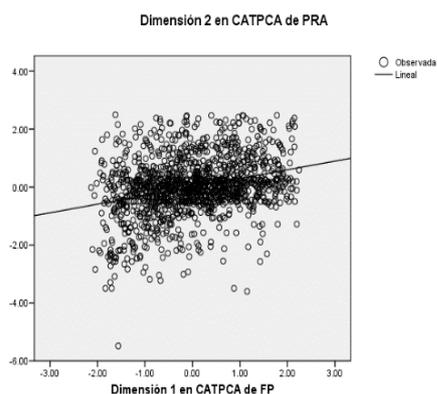
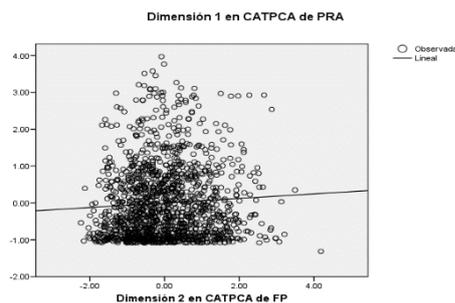
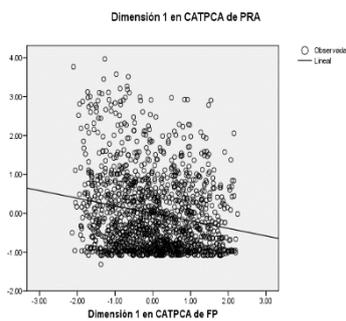
a. Hay 135 con datos perdidos que no participan en este procesamiento

Correlaciones entre las dimensiones CATPCA de los dos instrumentos

		Dimensión 1 en CATPCA de FP	Dimensión 2 en CATPCA de FP	Dimensión 1 en CATPCA de PRA	Dimensión 2 en CATPCA de PRA
Dimensión 1 en CATPCA de FP	Correlación de Pearson	1	-.003	-.193**	.291**
	Sig. (bilateral)		.913	.000	.000
Dimensión 2 en CATPCA de FP	Correlación de Pearson	-.003	1	.062*	.084**
	Sig. (bilateral)	.913		.022	.002

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Conglomerado según FP vs. Conglomerados según AUDIT

			Conglomerado según AUDIT			Total
			Mejor	Medio con tendencia a Mejor	Peor	
Conglomerado según FP	Mejor	Cantidad	71	52	62	185
		% de Conglomerado según AUDIT	18.2%	10.7%	15.4%	14.5%
	Intermedio	Cantidad	197	264	183	644
		% de Conglomerado según AUDIT	50.5%	54.5%	45.5%	50.5%
	Peor	Cantidad	122	168	157	447
		% de Conglomerado según AUDIT	31.3%	34.7%	39.1%	35.0%
Total		Cantidad	390	484	402	1276 ^a
		% de Conglomerado según AUDIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.003

a. Hay 101 casos con datos perdidos que no participan en este análisis

Conglomerado según PRA vs. Conglomerado según AUDIT

			Conglomerado según AUDIT			Total
			Mejor	Medio con tendencia a Mejor	Peor	
Conglomerado según PRA	Tendencia a Mejor	Cantidad	75	85	85	245
		% de Conglomerado según AUDIT	19.9%	18.2%	22.6%	20.1%
	Tendencia Intermedia	Cantidad	259	258	71	588
		% de Conglomerado según AUDIT	68.9%	55.1%	18.9%	48.2%
	Tendencia a Peor	Cantidad	42	125	220	387
		% de Conglomerado según AUDIT	11.2%	26.7%	58.5%	31.7%
Total		Cantidad	376	468	376	1220 ^a
		% de Conglomerado según AUDIT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 0.000

a. Hay 157 casos con datos perdidos que no participan en este análisis

Anexo 7: Intervenciones preventivas desarrolladas en contextos educativos

Autor /año	Participantes	Características de la intervención	Áreas temáticas	Resultados
(Fabelo et al., 2011)	67 estudiantes que se forman como profesionales de la salud en la Universidad Médica de La Habana.	Único grupo, N= 67 sujetos identificados como expuestos a circunstancias potenciales de riesgo adictivo a los que se les aplicó el Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario. Se realizó una evaluación pre-post y estudios de casos.	Promoción de salud: autocontrol y la responsabilidad individual en el mantenimiento de la salud. Prevención de las adicciones: suprimir distorsiones cognitivas, desactivar emociones negativas y modificar conductas de riesgo	Disminución de la vulnerabilidad al estrés a partir de la creación de fortalezas para afrontarlo. Se elevó el nivel de internalización del locus de control a partir de potenciar el desarrollo de recursos volitivos.
(Salazar et al., 2012)	20 estudiantes universitarios	Diseño de caso único con veinte réplicas y seguimiento a los seis meses. Se les aplicó una sesión de consejo breve.	Retroalimentar individualmente al estudiante sobre su consumo de alcohol mediante un folleto en el cual se describió el patrón de consumo, su nivel de riesgo, las consecuencias asociadas, las expectativas y mitos relacionados así como las situaciones de riesgo.	Disminución significativa en trece de los estudiantes respecto a la cantidad y frecuencia de consumo, las consecuencias negativas asociadas, un incremento en los porcentajes de autoeficacia situacional en tres situaciones de consumo (emociones agradables, conflictos con otros y momentos agradables con otros). Se mantienen las expectativas positivas.
(Kuri et al., 2011)	250 adolescentes	Diseño experimental con prueba postprueba (N=97) y un grupo control (N= 154).	Estrategias informativas y mensajes persuasivos Entrenamiento en habilidades sociales.	En el grupo experimental tuvo lugar una disminución estadísticamente significativa de la intención de usar drogas. Las diferencias significativas entre ambos grupos se presentaron en las variables control conductual percibido e intención conductual.
(Banderas et al., 2010)	27 estudiantes universitarios	Diseño cuasi-experimental “antes después”	Taller preventivo que incluyó 15 sesiones. Dinámicas diseñadas para promover la interacción colectiva. Metodologías en donde se le ofreció al estudiante la oportunidad de llevar a cabo una	El 92.5% de los estudiantes participantes presenta un cambio en todos aquellos aspectos que se relacionan con un cuidado en su salud de manera integral; el 100% de los estudiantes sugiere la presencia o significado de sufrimiento, y el 96.29% sugiere la presencia de metas y sentido de vida.

			introspección y conocimiento personal	Hubo una disminución de 74.07% en los factores de riesgo, y un aumento en los factores protectores de un 70.37% en los estudiantes después de haber concluido el taller preventivo.
(Griffin, Botvin, Nichols, & Doyle, 2003)	758 adolescente con alto riesgo a iniciarse en el consumo de drogas	Grupo experimental (N=426) se le aplicó el Programa <i>Life Skills Training</i> (LST). Grupo control (N= 332) recibieron los contenidos curriculares establecidos para el 7mo grado.	Se utiliza el programa <i>Life Skills Training</i> (LST), dirigido a enseñar a los jóvenes habilidades conocimientos y habilidades necesarias para resistir la influencia social y prevenir el consumo de sustancia.	Se reportó una disminución del consumo de cigarrillos, alcohol, inhalantes tras un año de seguimiento, respecto al grupo control.
(Moral, Rodríguez, Ovejero, & Sirvent, 2009)	141 adolescentes	Diseño <i>cuasi experimental</i> , denominado <i>diseño de grupo control no equivalente</i> con un grupo experimental y otro control recibiendo pretest y postest. Evaluación de los resultados derivados del programa de prevención e intervención psicosocial en distintos momentos temporales (intervalos de 7 meses, un año y un año y medio desde la primera recogida de información)	Se aplicó a 4 grupos experimentales calificados como de <i>intervención familiar</i> (sesiones informativas, dinamización grupal e intervención paralela con padres), <i>grupo experto</i> (sesiones informativas impartidas por un experto en drogodependencias), <i>informativo</i> (sesiones exclusivamente informativas de carácter específico) y de <i>sensibilización básica</i> (sesiones informativas, desmitificación y acciones sensibilizadoras, entrenamiento básico en habilidades sociales de resistencia a la presión grupal).	Se confirma la eficacia preventiva de las sesiones educativo-preventivas implementadas en promover cambios en la actitud ante el consumo de drogas, en la dirección predicha relativa a un fortalecimiento de las actitudes opuestas al consumo de sustancias psicoactivas, así como una disminución significativa de actitudes previas permisivas.
(Conrod et al., 2006)	297 estudiantes	Grupo experimental (N=151) Grupo control (N=115) Evaluación inicial y a los cuatro meses después de terminar la intervención.	En la intervención se trabajó la psicoeducación, habilidades para el afrontamiento desde el punto de vista conductual y cognitivo. A los participantes se les entregó un manual para profundizar en los contenidos.	Efectos beneficiosos de la intervención en cuanto a la cantidad de alcohol, la intensidad del consumo y problemas asociados al consumo hasta los 4 meses de seguimiento.
(Michael et al., 2006)	91 estudiantes	Grupo experimental (N=47) Grupo control (N=44)	Se utilizó una intervención grupal breve, sustentada en las características de la	El grupo donde se aplicó la intervención mostró un consumo menor y menores episodios de

		Se realizó una evaluación pre-post y de seguimiento a los 35 y 45 días de concluida la intervención. Se previó un seguimiento a los 2 años después de haber concluida la intervención.	entrevista motivacional.	intoxicación comparados con el grupo control.
(Barrett, Newton, Teesson, Slade, & Conrod, 2013)	69 estudiantes	Grupo de intervención con 69 estudiantes con alto riesgo de consumo de sustancia, participaron en grupos de discusión y recibieron retroalimentación por parte de profesores y expertos de acuerdo a lo indicado en el programa	Se utilizó el Programa <i>Preventure</i> orientado a identificar características individuales como la impulsividad, los pensamientos negativos, la sensibilidad a la ansiedad, que puedan convertirse en factores de riesgo para el consumo de drogas.	A partir de los resultados del estudio se propusieron cambios en el contenido, los escenarios. Se ofrecieron criterios favorables respecto a la pertinencia del programa para reducir el consumo de drogas en esta población.
(Hernández, Espada, Piqueras, Orgilés, & García, 2013)	106 escolares	Estudio exploratorio de tipo cuasi experimental y un diseño pre-post de un único grupo (N=106) y un seguimiento a los seis meses tras la intervención.	Se utiliza la modalidad reducida del programa de prevención del consumo de drogas <i>Saluda</i> en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa con el fin de obtener evidencias de sus efectos sobre variables de consumo y protectoras.	Los resultados muestran una reducción en el porcentaje de episodios de embriaguez, así como un efecto de mejora significativa sobre las variables protectoras del consumo.
(Muñoz, 2014)	101 estudiantes	Cuasiexperimental. Buscó diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención y reducción del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.	Se utilizó el Grupo focal y se diseñó el programa, que contó con un logo, se denominó “Toma la decisión” y se estructuró en tres componentes, Destapa tu mente, Conocer sirve y Tomar la decisión.	No mostró diferencias significativas entre los resultados de las evaluaciones antes y después de implementado el programa.
(Sweet et al., 2015)	58 estudiantes universitarios	Diseño experimental los estudiantes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental y al grupo control Se realizó un seguimiento 30 días después de la evaluación inicial.	La intervención se desarrolla a partir de un programa computalizado donde se abordan informaciones sobre el consumo de alcohol, estrategias para lograr su reducción.	Los resultados sugirieron la efectividad de este tipo de programas, fundamentalmente en etapas tempranas.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 8: Fortalezas y debilidades identificadas para el desarrollo de estrategia psicoeducativa

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes con conocimiento sobre el tema e interés por conocer más sobre el mismo. - Contar en la institución con el Centro de Bienestar Universitario con resultados reconocidos en el ámbito de la prevención de enfermedades y promoción de salud. - Adecuado funcionamiento de la Comisión Central de Prevención en la universidad y en cada una de las facultades. - Sistema de trabajo educativo que se implementa en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, donde las acciones de prevención tienen un lugar privilegiado. - Contar con estudiantes de 5to año de la carrera de Psicología formados como promotores pares. - Posibilidades para desarrollar el trabajo en grupo en las actividades preventivas (constituye un recurso efectivo para esta etapa evolutiva, solicitado por los estudiantes y se cuenta con el recurso humano y el ambiente físico para garantizar su calidad). - Estudios precedentes sobre las características de la percepción de riesgo, los factores de riesgo y/o protección y el consumo de alcohol en muestras de estudiantes universitarios de dicha institución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominio de programas universales o de prevención primaria en el ámbito escolar y en muy pocos casos se implementan programas preventivos con un alcance selectivo. - Inadecuado planteamiento de los objetivos, muy ambiciosos y confusos en ocasiones. - Insuficiente conocimiento sobre la información que ya tienen los participantes. - No se flexibiliza ni individualiza la información que se ofrece. - Énfasis en las consecuencias negativas, fundamentalmente en aquellas a largo plazo basadas en mensajes referidos a consecuencias muy negativas casi siempre relacionadas con secuelas físicas. - Tendencia al uso indiscriminado del “miedo” al hacer referencia a las consecuencias del consumo, buscando generar impacto emocional en el receptor. La no correspondencia de la información con su experiencia afecta la eficacia. - Escasos materiales audiovisuales ajustados a las características del contexto universitario cubano. - No siempre se cuenta con el <i>Manual de Aplicación</i> de las intervenciones que se proponen, donde se describan las técnicas y medios para alcanzar los objetivos propuestos así como las habilidades que debe reunir el facilitador. - Todavía es escaso el número de programas y estrategias evaluadas. Muchas no presentan diseño de evaluación, ni indicadores o instrumentos que permitan llevarla a cabo. - Insuficiente divulgación de intervenciones preventivas en el ámbito universitario cubano. - Aceptación social del consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9: Descripción de los objetivos de las diferentes sesiones que conforman la Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Sesiones	Objetivos
Sesión # 1	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la confianza y conciliar las normas del trabajo entre los miembros del grupo • Sensibilizar y motivar el grupo con el tema que se trabajará en la estrategia • Consolidar los conocimientos que poseen los estudiantes sobre el consumo de alcohol, los riesgos asociados al mismo y sus efectos dañinos. • Corregir las creencias erróneas que poseen los estudiantes relacionadas con el consumo de alcohol
Sesión # 2	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el reconocimiento sobre el patrón de consumo de alcohol de cada uno de los participantes • Estimular la percepción de la vulnerabilidad y la necesidad de un consumo responsable de alcohol
Sesión # 3	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autoconocimiento, la autoestima y el control de la afectividad negativa en los miembros del grupo • Promover el reconocimiento y autoconfianza en las cualidades individuales (autoeficacia) para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana y especialmente ante situaciones de consumo
Sesión # 4	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la influencia que ejerce el grupo de iguales en el comportamiento de los participantes del grupo • Favorecer el desarrollo de habilidades sociales en los miembros del grupo
Sesión # 5	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y para la administración de tiempo en los miembros del grupo • Promover alternativas para la recreación sana en los miembros del grupo
Sesión # 6	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los beneficios derivados de un consumo responsable de alcohol. • Valorar posibles las alternativas o estrategias salutogénicas para la evitación o reducción del consumo • Fortalecer el compromiso personal con la adopción de comportamientos saludables.

Anexo 10: Relaciones entre el sexo, la edad de inicio y los grupos de 1er año que participaron en el cuasi-experimento

Tabla de contingencia Grupo al que pertenece * Sexo

Recuento

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Grupo al que pertenece	Grupo cuasi-experimental	4	23	27
	Grupo cuasi-control	4	41	45
Total		8	64	72

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,600 ^a	1	,439	,701	,342	
Corrección por continuidad ^b	,150	1	,699			
Razón de verosimilitudes	,583	1	,445	,701	,342	
Estadístico exacto de Fisher				,463	,342	
Asociación lineal por lineal	,592 ^c	1	,442	,701	,342	,218
N de casos válidos	72					

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es ,769.

Tabla de contingencia Grupo al que pertenece * Años que lleva consumiendo

Recuento

		Años que lleva consumiendo											Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	15	
Grupo al que pertenece	Grupo cuasi-experimental	1	1	3	9	5	2	3	1	0	1	0	26
	Grupo cuasi-control	0	4	7	13	4	2	1	3	1	1	1	37
Total		1	5	10	22	9	4	4	4	1	2	1	63

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7,548 ^a	10	,673	,762		
Razón de verosimilitudes	8,737	10	,557	,799		
Estadístico exacto de Fisher	7,503			,757		
Asociación lineal por lineal	,001 ^b	1	,977	1,000	,514	,039
N de casos válidos	63					

a. 18 casillas (81,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

b. El estadístico tipificado es ,029.

Pruebas de chi-cuadrado Grupo al que pertenece * Contextos y situaciones de consumo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	16,062 ^a	11	,139	,113		
Razón de verosimilitudes	18,501	11	,071	,153		
Estadístico exacto de Fisher	15,242			,108		
Asociación lineal por lineal	1,153 ^b	1	,283	,294	,148	,012
N de casos válidos	63					

a. 21 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

b. El estadístico tipificado es 1,074.

Anexo 11: Análisis cualitativo de cada uno de los ítems que integran los diferentes componentes de la percepción de riesgo

		Ítems	Evaluación de línea base				Evaluación final				Evaluación de seguimiento			
			GCE		GCC		GCE		GCC		GCE		GCC	
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Informativa-Valorativa	1	Poseo información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros)	4.7	.9	4.6	1.0	4.9	.2	4.5	1.2	4.8	.3	4.6	1.0
	2	Tengo información de que el alcohol constituye una droga con potentes efectos adictivos	4.6	1.0	4.1	1.4	4.5	1.1	4.4	1.2	4.9	.2	4.6	.8
	3	Me percaté de que el consumo de alcohol tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar	4.2	1.5	4.8	.6	4.5	1.1	4.3	1.3	4.9	.2	4.3	1.3
	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)	4.0	1.6	4.7	.9	4.6	.9	3.7	1.7	4.9	.2	4.7	.7
	5	Reconozco que el alcoholismo puede propiciar que sea rechazado por parte de otros (familiares, amigos, e incluso desconocidos)	3.9	1.6	4.6	1.0	4.3	1.4	4.3	1.4	5.0	.0	4.7	.4
	6	Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero no me considero en riesgo de experimentarlos y/o sufrírselos	3.7	2.0	4.4	1.2	4.2	1.4	2.9	1.8	4.2	1.4	3.7	1.1
	7	Conozco que el alcoholismo puede afectar la vida de quienes me rodean	4.1	1.4	4.9	.3	4.8	.8	4.4	1.3	5	.0	4.8	.5
	8	Reconozco que el alcoholismo es una enfermedad	4.3	1.2	4.6	1.1	4.4	1.2	4.5	1.1	4.7	.9	4.5	1.0

	9	Tengo claridad sobre la cantidad de alcohol que consumo diariamente	3.6	1.7	3.6	1.8	4.6	1.0	4.2	1.5	4.5	1.2	3.8	1.8
	10	Poseo información de a quién y/o dónde hay que dirigirse en caso de decidir abandonar el consumo de alcohol	3.8	1.5	3.8	1.4	4.0	1.4	3.8	1.6	4.3	1.1	3.6	1.6
	11	Pienso que cuento con recursos suficientes para dejar de beber alcohol cuando yo lo decida	4.7	1.0	4.6	1.1	4.3	1.1	3.8	1.7	5	.0	4.1	1.5
Afectiva-Motivacional	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	3.2	1.7	3.5	1.6	4.0	1.3	2.8	1.7	4.5	1.0	3.5	1.7
	13	Soy de los que pienso que sin alcohol no hay fiestas porque lo considero indispensable para pasarla bien	3.8	1.5	3.7	1.4	3.5	1.6	3.8	1.4	3.5	1.5	4.1	1.3
	14	Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna	4.8	.5	4.5	1.1	3.8	1.6	4.1	1.5	3.9	1.4	4.1	1.5
	15	Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero contradictoriamente siento la necesidad de beber y decido hacerlo	4.7	.8	4.3	1.2	3.7	1.6	3.8	1.5	3.7	1.5	3.9	1.6
	16	Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero los ignoro sin que ello me genere contradicciones	4.4	1.2	4.4	1.2	3.9	1.4	4.0	1.3	3.6	1.7	3.6	1.7
	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	3.3	1.7	2.6	1.6	2.9	1.6	2.9	1.8	2.6	1.6	2.5	1.7
	18	Experimento motivaciones contrapuestas con relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo	4.5	1.1	4.2	1.3	3.9	1.6	3.8	1.6	3.2	1.7	2.3	1.8
	19	Algunos efectos del alcoholismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de consumirlo	3.2	1.8	3.0	1.8	3.0	1.8	3.2	1.7	2.8	1.6	2.7	1.7
	20	Me gustaría lograr dejar de beber alcohol para complacer	3.1	1.9	3.2	1.8	3.6	1.8	2.7	1.8	2.7	1.6	2.8	1.8

		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	3.3	1.8	3.3	1.7	2.9	1.7	3.1	1.7	4.0	1.3	3.1	1.8
Intencional-Conductual	22	En varias ocasiones he llegado a tener estados de embriaguez (borrachera)	3.5	1.4	3.9	1.3	3.0	1.7	3.6	1.6	3.1	1.5	3.2	1.6
	23	Cuando por alguna razón paso dos o tres días sin beber alcohol me siento mal y experimento una intensa necesidad de hacerlo	4.7	.9	4.9	.4	4.5	1.3	4.5	1.2	4.2	1.3	4.0	1.4
	24	Bajo el efecto del alcohol he tenido prácticas sexuales consideradas riesgosas (sin protección, con desconocidos, promiscuidad)	4.5	1.2	4.4	1.2	3.7	1.7	4.1	1.3	3.8	1.5	4.5	1.2
	25	He conducido un vehículo bajo el efecto de bebidas alcohólicas	4.8	.64	4.7	1.0	4.6	1.0	4.2	1.4	4.8	.6	4.6	1.0
	26	Bajo el efecto del alcohol he provocado problemas y conflictos que me han traído consecuencias negativas	4.8	.8	4.7	1.0	4.5	1.0	4.3	1.4	5	.0	4.2	1.5
	27	He buscado información especializada para dejar de consumir alcohol	1.8	1.5	1.6	1.2	2.4	1.8	1.9	1.5	3.7	1.2	2.4	1.7
	28	Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol	2.7	1.0	2.5	1.8	3.9	1.4	2.6	1.7	4.0	1.2	2.3	1.7
	29	Estoy poniendo en práctica acciones para dejar de beber alcohol con inmediatez	2.1	1.7	1.9	1.5	3.7	1.4	2.4	1.7	3.4	1.6	2.0	1.5
	30	Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 6 meses	1.5	1.1	1.9	1.5	2.6	1.8	2.3	1.7	2.7	1.7	2.3	1.6
	31	Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 30 días y estoy haciendo planes y tomando medidas para lograrlo	1.6	1.3	1.9	1.5	2.8	1.7	2.2	1.7	2.7	1.6	2.1	1.6
32	Siento motivación por dejar de beber alcohol y lo intento hacer sin la ayuda de otros	1.4	1.0	2.2	1.6	2.9	1.7	2.5	1.7	2.2	1.6	2.6	1.7	

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	1.3	.9	2	1.5	2.4	1.8	2.1	1.5	2.0	1.5	2	1.5
34	He intentado dejar de beber alcohol pero no lo he conseguido	1.4	1.0	1.4	1.1	2.8	1.6	1.8	1.4	1.4	1.2	1.7	1.3
35	No planeo disminuir en un futuro próximo la cantidad de alcohol que consumo	4	1.7	3.3	1.8	3.7	1.6	3.8	1.6	4.1	1.5	3.7	1.7
36	He intentado dejar de beber alcohol y lo he conseguido por algún tiempo pero luego he vuelto a consumirlo	4.1	1.5	4.5	1.2	4.2	1.4	3.8	1.6	4.5	1.2	4.3	1.3

Legenda: En la escala utilizada en el instrumento 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y 5 es siempre o totalmente de acuerdo

Anexo 12: Análisis cualitativo de cada uno de los ítems que integran el cuestionario para la evaluación de los factores de protección de la salud mental

	Ítems *	Evaluación de línea base				Evaluación final				Evaluación de seguimiento			
		GCE		GCC		GCE		GCC		GCE		GCC	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Autoestima	FR (2) Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	3.0	1.6	3.0	1.6	2.8	1.5	3.4	1.6	2.8	1.3	3.2	1.6
	FR (8) Tiendo a pensar que soy un fracasado.	4.3	1.0	3.8	1.6	3.8	1.4	3.0	1.5	3	1.7	1.6	1.3
	FP (16) Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a.	3.8	1.4	4.2	1.2	4.0	1.1	4.2	1.2	2.8	1.7	4.3	.9
	FP (20) En general estoy satisfecho conmigo mismo/a.	3.8	1.2	4.0	1.3	4.1	.9	3.9	1.3	3.9	1.1	4.4	.9
Autoeficacia	FP (1) Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	4.6	.6	4.3	1.0	4.7	.5	4.2	1.3	5.5	.5	4.4	1.0
	FP(11) Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	3.4	1.2	3.8	1.4	3.5	1.3	3.5	1.4	4.0	.8	3.6	1.1
Habilidades Sociales	FR (4) Me cuesta trabajo hablar cuando hay mucha gente	3.0	1.6	2.9	1.5	2.9	1.5	3.5	1.5	3.2	1.3	3.4	1.6
	FR (14) Siento temor empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente	2.8	1.4	3.0	1.4	3.2	1.2	2.9	1.4	3.0	1.3	2.9	1.5
	FR (17) Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco	3.5	1.3	3.2	1.4	2.7	1.5	3.2	1.5	3.4	1.3	2.8	1.4
	FP (21) Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as	2.8	1.5	3.2	1.5	3.8	1.1	2.7	1.5	3.0	1.3	2.8	1.5
	FP (23) Me gusta decirle a una persona que estoy	3.4	1.5	3.6	1.4	3.9	1.2	3.8	1.4	4.3	.8	4.0	1.2

	muy satisfecho/a por algo que ha hecho													
	FP (19) Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo le pregunto por qué	3.6	1.6	4.0	1.3	4.9	1.4	3.4	1.6	3.6	1.2	3.6	1.4	
Toma de Decisiones	FP (5) Considero todos los factores para tomar una decisión ante un problema	3.7	1.4	4.2	1,0	4.2	.8	4.0	1.2	4.2	.8	4.1	1.2	
	FP (7) Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante	3.8	1.3	4.0	1.2	4.2	.9	3.9	1.4	4.0	.7	4.1	.8	
	FP (9) Al tomar una decisión, cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	3.6	1.5	3.9	1.0	4.0	.9	3.6	1.5	3.9	.7	3.9	.7	
	FR (36) Generalmente no analizo cómo mis decisiones actuales pueden afectar mis metas futuras	3.4	1.3	3.2	1.4	3.7	1.4	3.8	1.4	3.9	1.1	3.1	1.6	
Optimismo	FR (15) No espero que cosas buenas me sucedan	3.5	1.5	3.6	1.5	3.4	1.6	3.6	1.5	3.9	1.4	3.6	1.6	
	FR (24) En tiempos de incertidumbre, tiendo a pensar que me va a ocurrir lo mejor	3.1	1.4	3.6	1.3	4.1	.9	3.4	1.4	3.7	1.1	3.4	1.3	
	FR (25) Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	3.4	1.3	3.5	1.2	3.6	1.4	3.1	1.4	3.5	1.2	3.3	1.3	
	FR (26) Si algo malo me puede pasar, estoy segura(o) que me pasará	3.6	1.2	4.2	1.0	3.9	1.1	3.8	1.3	3.5	1.2	3.7	1.5	
	FP (29) Siempre soy optimista en cuanto al futuro	4.3	1.2	4.0	1.3	3.8	1.2	4.1	1.3	4.1	.9	3.8	1.2	
Resiliencia	FP (3) Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente	3.2	1.4	4.3	1.3	4.0	1.0	3.6	1.4	3.6	.7	4.0	1.1	
	FP (6) Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	4.4	.8	4.4	.9	4.1	1.1	4.3	1.2	4.3	.8	4.4	.7	
	FP (10) No me desanimo fácilmente ante el fracaso	3.0	1.5	3.3	1.5	3.7	1.1	3.4	1.7	3.9	1.1	3.0	1.7	
	FP (12) Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico	3.4	1.4	3.6	1.5	3.4	1.5	3.6	1.5	4.0	.8	3.3	1.5	
	FP (13) Puedo enfrentarme a cualquier cosa	3.6	1.3	3.8	1.2	4.0	.9	3.7	1.5	4.2	.8	3.9	1.0	

	FP (18) Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	4.4	.9	4.2	1.2	4.4	1.0	4.3	1.2	4.3	.74	3.8	1.4
	FP (22) Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades	3.7	1.4	4.0	1.3	3.3	1.4	3.8	1.5	3.8	1.0	3.8	1.4
	FP (27) Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado	3.9	1.1	3.7	1.3	4.1	1.1	3.8	1.5	4.0	1.0	3.7	1.4
	FP (28) Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios	4.3	.9	4.4	.8	4.3	1.0	3.9	1.4	4.4	.6	4.1	1.2
	FP (30) Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales	4.1	.8	4.0	.9	4.2	.9	3.9	1.3	4.5	.7	4.2	.9
Satisfacción personal con el contexto universitario	FR (31) Las demandas académicas de la universidad a menudo me estresan	2.6	1.4	2.7	1.3	2.9	1.5	2.3	1.3	2.2	1.4	2.7	1.4
	FP (32) Siento que me puedo acercar a mis profesores para conversar sobre cualquier problema que tenga	2.6	1.4	3.2	1.3	3.8	1.4	2.9	1.4	2.8	1.4	3.2	1.4
	FR (33) Desde que ingresé en la universidad me he alejado de mis padres, incluso afectivamente	4.0	1.5	4.6	1.1	3.6	1.7	3.9	1.5	3.7	1.3	4.5	.9
	FR (34) Considero que la oferta de actividades recreativas de la universidad es muy limitada	2.5	1.4	2.7	1.4	2.5	1.4	3.2	1.6	2.6	1.5	3.0	1.2
	FP (35) Para mí la vida universitaria ha significado un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	4.3	1.1	4.5	1.8	4.5	1.0	4.2	1.2	4.5	.7	4.2	1.1
	FP (37) Aunque paso mucho tiempo en la universidad, comparto mis logros y dificultades con mis padres	3.9	1.3	4.4	1.0	3.8	1.3	3.7	1.5	3.9	1.2	4.4	1.0
	FP (38) Si tuviera que evaluar el grado satisfacción que experimento como estudiante universitario lo ubicaría en el nivel...	3.9	1.0	4.2	.7	4.0	1.3	3.6	1.3	4.3	.8	4.2	.7

Leyenda: En la escala utilizada en el instrumento 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y 5 es siempre o totalmente de acuerdo

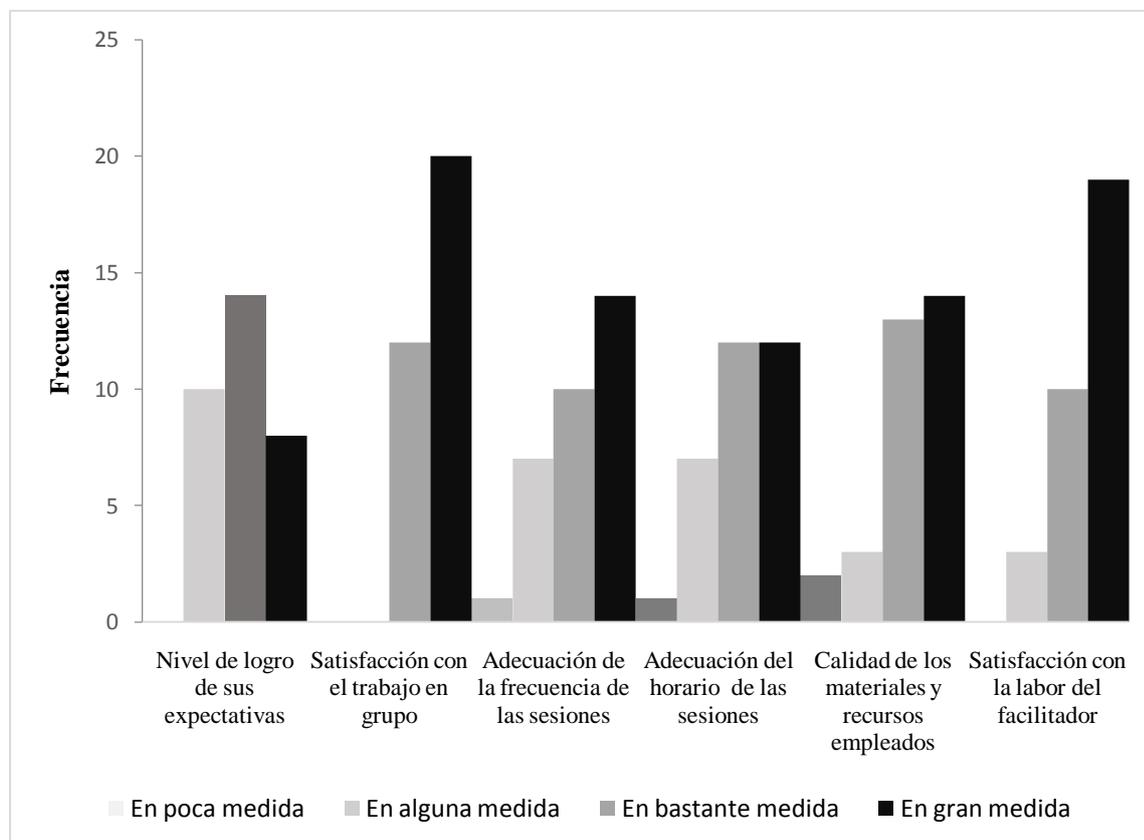
Anexo 13: Análisis cualitativo de cada uno de los ítems que integran los diferentes indicadores de consumo de alcohol

	Ítems	Evaluación de línea base				Evaluación final				Evaluación seguimiento	
		Grupo Cuasi-experimental		Grupo Cuasi-control		Grupo Cuasi-experimental		Grupo Cuasi-control		Grupo Cuasi-experimental	Grupo Cuasi-control
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Consumo de Riesgo	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	2.5	.1	2.1	.9	2.1	.9	2.0	.9	1.8	.8
	¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	1.6	.9	1.3	.7	1.4	.7	1.4	.7	1.2	.6
Consumo perjudicial	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	1.6	1.1	1.3	.9	1.3	.8	1.4	.8	1	.0
	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	1.2	.3	1.0	.0	1.4	.8	1.4	.8	1.2	.9
	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	1.1	.2	1.0	.2	1.1	.4	1.1	.4	1.1	.2
Síntomas de dependencia	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	1.0	.2	1.0	.3	1.2	.4	1.4	1.1	1.1	.2
	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	1.2	.6	1.0	.2	1.1	.4	1.5	1.1	1.1	.2
	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	1.1	.5	1.0	.0	1.0	.2	1.1	.6	1.1	.2
	¿Algún familiar, amigo o profesional ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	1.3	.8	1.1	.5	1.3	.8	1.9	1.4	1	.0

Anexo 14: Correlaciones encontradas entre las diferentes variables estudiadas en el cuasi-experimento

		Edad de inicio de consumo	Años que lleva consumiendo	PRA	FP	Consumo de Riesgo	Síntomas de dependencia	Consumo perjudicial
Edad de inicio de consumo	Correlación de Pearson	1	,037 ^{**}	-,158	,343	-,212	,013	-,041
	Sig. (bilateral)		,859	,442	,086	,299	,950	,844
	N	26	25	26	26	26	26	26
Años que lleva consumiendo	Correlación de Pearson	,037 ^{**}	1	,091	-,211	,018	,000	-,174
	Sig. (bilateral)	,859	,617	,625	,256	,924	,998	,349
	N	25	31	31	31	31	31	31
PRA	Correlación de Pearson	-,158	,091	1	,515 ^{**}	-,219	-,072	-,214
	Sig. (bilateral)	,442	,625		,003	,229	,696	,241
	N	26	31	32	32	32	32	32
FP	Correlación de Pearson	,343	-,211	,515 ^{**}	1	-,224	-,071	-,340
	Sig. (bilateral)	,086	,256	,003		,217	,699	,057
	N	26	31	32	32	32	32	32
Consumo de Riesgo	Correlación de Pearson	-,212	,018	-,219	-,224	1	,295	,126
	Sig. (bilateral)	,299	,924	,229	,217		,101	,494
	N	26	31	32	32	32	32	32
Síntomas de dependencia	Correlación de Pearson	,013	,000	-,072	-,071	,295	1	,236
	Sig. (bilateral)	,950	,998	,696	,699	,101		,193
	N	26	31	32	32	32	32	32
Consumo perjudicial	Correlación de Pearson	-,041	-,174	-,214	-,340	,126	,236	1
	Sig. (bilateral)	,844	,349	,241	,057	,494	,193	
	N	26	31	32	32	32	32	32

Anexo 15: Valoración de la estrategia psicoeducativa implementada para la prevención del consumo de alcohol desde criterio de los usuarios



Fuente: Resultados del Cuestionario de satisfacción de usuarios

Anexo 16: Matriz de datos sobre la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en las diferentes sesiones

	Verbalizaciones o datos brutos (Número de la sesión, frecuencia)	Categorías	Pre análisis de los datos
Percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol	<p><i>“no lo considero un objetivo pues solo tomo en fiestas”</i> (S₁,1)</p> <p><i>“ayuda a la activación sexual en los hombres”</i> (S₁, 30)</p> <p><i>“yo soy completamente diferente cuando tomo, me siento bien”</i> (S₁, 19)</p> <p><i>“me ayuda a pasarla mejor”</i> (S₁, 25)</p> <p><i>“una vez yo fui con mis amigos a una fiesta y empezamos a tomar y a tomar bastante, yo lo único que recuerdo es que tomé muchísimo ese día y terminé sin saber más nada de mí hasta el otro día”</i> (S₂, 1)</p> <p><i>“En la noche anterior a la graduación de 12 grado salí y me emborraché y no pude ir a mi graduación”</i> (S₂, 1)</p> <p><i>“hacer el ridículo”</i> (S₂, 2)</p> <p><i>“buscarte problemas con los demás”</i> (S₂, 2)</p> <p><i>“tener relaciones sexuales descontroladas y desprotegidas”</i> (S₂, 4)</p> <p><i>“llegar al examen sin conciencia del contenido”</i> (S₂, 10)</p> <p><i>“venir al aula y no poder concentrarme en lo que dice el profesor”</i> (S₂, 10)</p> <p><i>“cuando tomamos mucho el día antes de la prueba, poco podemos hacer al otro día”</i> (S₂, 10)</p> <p><i>“por todo se festeja y cuando se festeja se consumen siempre bebidas alcohólicas”</i> (S₂, 14)</p> <p><i>“no es lo mismo tomar solo que con amigos”</i> (S₂, 30)</p>	Percepción de riesgo inadecuada	<p>No se perciben riesgos en torno a la problemática del consumo de alcohol o los perciben en los otros pero no en sí mismos.</p> <p>Presencia de falsas creencias que favorecen el consumo de alcohol.</p> <p>Alta frecuencia de consumo de alcohol sin lograr autorregularse llegando a presentar estados de embriaguez.</p> <p>Adopción frecuente de conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol.</p> <p>Incapacidad de controlarse ante situaciones que favorecen el consumo</p>
	<p><i>“algunas consecuencias pueden ser graciosas, pero otras pueden ser fatales”</i> (S₂, 1)</p>	Percepción de riesgo parcialmente adecuada	<p>Se reconocen 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.</p>
	<p><i>“lo tiene que lograr uno mismo, no porque venga alguien a decírtelo vas a dejar de hacerlo”</i></p>	Percepción de riesgo	<p>En este caso se evalúan de manera</p>

<p>(S₁, 6)</p> <p><i>“creo que lo importante no es, no tomar sino saber tomar”</i> (S₁, 5)</p> <p><i>“hay veces que tenemos la posibilidad de beber, pero nosotros tenemos que saber hasta qué punto o no estar en condiciones de ingerir esa bebida alcohólica”</i> (S₂, 4)</p> <p><i>“cuando decides que para divertirte tienes que tomar alcohol se genera una dependencia”</i> (S₂, 1)</p> <p><i>“casi todos tomamos por embullo, para relajarnos, celebrar, disfrutar, igual que esa persona cuando comenzó, pero de verdad, nunca pensamos que nos podemos convertir en dependientes alcohólicos”</i> (S₂, 10)</p> <p><i>“no debemos confiarnos con el alcohol”</i> (S₂, 3)</p> <p><i>“beber con control”</i> (S₂, 25)</p> <p><i>“aprender a disfrutar sin tomar”</i> (S₂, 30)</p> <p><i>“no puedes dejarte influenciar por los demás, cuando estás seguro de ti mismo y te conoces bien, te aceptas y ya”</i> (S₃, 3)</p> <p><i>“no basta solo con comprometerse con los demás, si no nos comprometemos con nosotros mismo, es más difícil lograr lo que se quiere”</i> (S₆, 10)</p> <p><i>“a veces creemos que no, pero si no sabemos parar debemos acudir a personas que nos puedan ayudar”</i> (S₆, 15)</p> <p><i>“todos hablábamos de las consecuencias negativas y creímos que lo conocíamos todo, pero no teníamos conciencia de que nos podía pasar a nosotros”</i>(S₆, 28)</p> <p><i>“compartir los conocimientos con los demás”</i> (S₆, 32)</p> <p><i>“reflexionar antes de tomar bebidas”</i> (S₆, 30)</p> <p><i>“hacer fiestas sin alcohol e invitar a otros”</i> (S₆, 15)</p>	adecuada	<p>acertada y objetiva los riesgos que implica el consumo de alcohol.</p> <p>Se evidencia una posición activa de la persona respecto al control de su consumo.</p> <p>Se proponen alternativas para generar y mantener el cambio.</p> <p>Expresiones de adecuado desarrollo de factores de protección como la autoestima y autoeficacia ante situaciones de consumo.</p> <p>Reconocimiento de la importancia de la búsqueda de ayuda para lograr regular el consumo de alcohol, en caso de considerarlo necesario.</p>
---	----------	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo 17: Matriz de datos obtenidos a partir del grupo focal como parte de la evaluación de seguimiento

Verbalizaciones o datos brutos (frecuencia)	Categorías	Pre análisis de los datos
<p><i>“los encuentros que tuvimos anteriormente fueron muy buenos, ojalá y continúen repitiéndose. A partir de estos aprendimos muchas cosas: como vencer obstáculos para alcanzar nuestras metas”</i>(18)</p> <p><i>“aprendimos con el video que nos pusieron, la parte del hombre alcohólico y las opiniones de otros estudiantes en la universidad”</i>(3)</p> <p><i>“aprendimos como algunos mitos son erróneos , que no es necesario tomar para pasar el tiempo, para matar el aburrimiento ni para pasar una fiesta debido a todo lo que puede traer consigo el alcohol”</i>(10)</p> <p><i>“también ese trabajo el grupo se unió, nos conocimos, compartimos y aprendimos muchas cosas, intercambiamos opiniones y cambiamos también nuestra forma de ser”</i> (8)</p> <p><i>“aprendimos sobre el alcohol y su efecto adictivo y a cómo controlarnos”</i>(18)</p> <p><i>“aprendimos muchas cosas y ahora se tratar el tema con otros, cuidarme y aconsejar a otros”</i> (6)</p> <p><i>“ahora logramos saber cómo combatir esta adicción desde el punto de vista psicológico. Poseemos muchos conocimientos, sabemos cómo aconsejar a otros y a dónde dirigirnos para que nos aconsejen y ayuden. Conocemos los daños que provoca, no solo a la salud sino a otros como la familia, sus causas y cómo prevenirlo”</i>(16)</p> <p><i>“las personas no perciben el riesgo y se vuelven adictos sin darse cuenta pero ya nosotros estamos preparados”</i>(2)</p> <p><i>“ahora nosotros sabemos ser más asertivos y administraros el tiempo. Estas son algunas cosas que aprendimos y los temas que más nos gustaron. También aprender a decidir correctamente, ahora logramos expresarnos mejor lo que sentimos”</i>(3)</p> <p><i>“Pudimos a partir de la experiencia escuchar los relatos de nuestros compañeros y compararlas con la nuestra y aprender de esto”</i>(2)</p>	<p>Aprendizajes</p>	<p>Se destacan los aprendizajes vinculados a un mayor autoconocimiento para el cambio, la importancia del desarrollo de habilidades para la vida que pueden convertirse en factores de protección ante situaciones de consumo.</p> <p>Se refuerza la importancia del trabajo en grupo y sus beneficios para los participantes.</p> <p>Se aprecia los beneficios de la dinámica lograda en los diferentes componentes de la percepción de riesgo para lograr su adecuación, se reconoce la importancia de los conocimientos adquiridos, la motivación hacia el cambio y su concreción en el plano conductual.</p>

<p><i>“ pudimos saber en qué nivel de adicción estamos, ver donde estoy y parar”(10)</i></p> <p><i>“hemos reducido nuestro nivel de consumo (2 botellas antes ahora 1 o menos) tomamos con mayor responsabilidad, nos conocemos mejor”(8)</i></p> <p><i>“nos preocupamos por nuestra salud más que antes ya que hemos reducido el nivel de consumo al saber que nos hace daño. Ahora sé cuándo parar porque reflexioné acerca de los daños”(10)</i></p> <p><i>“yo no tomo mucho pero de vez en cuando sí. Antes no tenía conciencia de los efectos del alcohol y siempre me dejaba influenciar en algunas ocasiones, ahora no” (5)</i></p> <p><i>“ahora tomamos menos ya que hay más separación de días en cada ingestión. Antes era todas las semanas ahora cada 6 semanas o 30 días pero la misma cantidad 1 o 2 botellas (6)</i></p> <p><i>“yo ahora me cuido más, somos más responsables”(16)</i></p>	Disminución del consumo de alcohol	Se evidencia una tendencia a la disminución del consumo de alcohol y una actitud más responsable respecto al mismo.
<p><i>“Hemos logrado buscar nuevas formas de quitarnos el estrés, aprendimos a decir que no, ahora lo logramos. Tomamos refresco en las fiestas algunas veces, hacemos más ejercicios...”(16)</i></p> <p><i>“buscamos otras alternativas, un hobby, oír música o hacer algo que nos gusta”(13)</i></p> <p><i>“Ahora podemos informar, aconsejar a otros compañeros”(11)</i></p>	Búsqueda de otras alternativas	Se muestran alternativas saludables desarrolladas por los estudiantes después de terminada la estrategia. Se reitera la importancia de aconsejar a otros compañeros y la importancia de que se continúe desarrollando la experiencia.

Fuente: Elaboración propia