



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Evaluación de la efectividad de la intervención breve
para disminuir el consumo de alcohol y tabaco
en estudiantes de nivel medio superior
y superior”**

**T E S I S E M P Í R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Kitzia Evelin Castillo Ledesma
L u i s S a r a z u a G a l v e z**

Directora: Dra. **Jennifer Lira Mandujano**

Dictaminadores: Lic. **Mónica Álvarez Zuñiga**

 Dra. **Sara Eugenia Cruz Morales**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
1. Drogas legales: El tabaco y el alcohol	5
1.1 Origen tabaco	8
1.1.1 Efectos psicofarmacológicos	10
1.1.2 Consecuencias para la salud	12
1.2 Origen Alcohol	18
1.2.1 Efectos psicofarmacológicos	20
1.2.2 Consecuencias para la salud	22
2. Factores asociados al inicio del consumo de tabaco y alcohol en jóvenes: Panorama epidemiológico	29
2.1 Factores de riesgo y protección	30
2.1.1 Variables asociadas al consumo de tabaco	32
2.1.2 Variables asociadas al consumo de alcohol	35
3. Psicología de la salud	40
3.1 Estudio y tratamiento de adicciones	41
3.2 Estrategias de prevención psicológica para adolescentes	46
3.3 Estrategias de intervención psicológica en adolescentes	50
4. Intervención breve	53
4.1 Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)	55
Método	60

Resultados	68
6.1 Evaluación de la intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias (OMS, 2011)	79
Discusión	84
Referencias	88

RESUMEN

A partir de la necesidad de instrumentar estrategias de prevención y tratamiento del consumo de drogas, en la presente investigación, se evaluó la eficacia de la intervención breve en el cambio de patrón de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nivel medio superior y superior. Para lograr dicho objetivo se aplicó la prueba ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, OMS, 2011b) a 26 estudiantes (12 de educación media superior y 14 de educación superior) para detectar a los participantes que requirieran intervención, de los cuales a 20 se les aplicó Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias (OMS, 2011b). De los 20 que se aplicó intervención, 8 eran consumidores de alcohol y 12 de tabaco. Para el análisis de datos se aplicó una prueba t para muestras relacionadas comparando el patrón de consumo antes de aplicar la intervención breve y el patrón de consumo obtenido un mes después de aplicar dicha intervención. Para los participantes con consumo de tabaco de riesgo moderado, no existieron diferencias significativas al comparar la media antes ($\bar{x}=2.28$, $DE=1.17$) y después de la intervención breve ($\bar{x}=2.35$, $DE=2.56$), $t(11)=-0.151$, $p>.05$, $r=0.045$ y para los participantes con consumo de alcohol de riesgo moderado de alcohol los resultados fueron semejantes, no se encontraron diferencias significativas entre la media obtenida antes de la intervención ($\bar{x}=6.34$, $DE=4.68$) y después ($\bar{x}=4.46$, $DE=3.78$), $t(7)=1.43$, $p>.05$, $r=0.475$. Con base en el objetivo podemos concluir que la aplicación de la intervención breve en un grupo de jóvenes no es suficiente para disminuir el patrón de consumo de manera estadísticamente significativa. Sin embargo, el tamaño del efecto para la muestra de estudiantes que consumen alcohol fue grande, ya que consideramos que las consecuencias a corto plazo, consecuencias sociales y consecuencias para la salud, tienen un impacto mayor en los estudiantes.

Palabras clave: Intervención breve, estudiantes, alcohol, tabaco, patrón de consumo.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud es la rama de la psicología que se encarga del análisis de los comportamientos y estilos de vida individuales que afectan a la salud. Por lo cual es necesario identificar los factores psicológicos involucrados con la salud directamente. La psicología de la salud una vez que ha detectado los factores psicológicos que influyen en la salud de un individuo, se encargará de mejorar la calidad de vida por medio de tratamiento y prevención de conductas de riesgo para la salud.

La psicología de la salud se enfoca principalmente en el área de la prevención, pues esta procura hacer cambios en los hábitos con el propósito de conservar la salud, pues es mejor atender a las personas mientras aun conserven la salud. Asimismo, los psicólogos han dedicado sus esfuerzos para crear técnicas de intervención para el tratamiento de ciertos padecimientos y es así que aportan nuevos conocimientos en las siguientes áreas: la prevención en general, la educación para la salud apoyada en tecnología psicológica, la neuropsicología, la retroalimentación biológica, el tratamiento de trastornos psicosomáticos incipientes, la atención al paciente crónico-degenerativo en general, así como el estudio y tratamiento de adicciones, por mencionar algunos (Rodríguez y Palacios, 1989).

En esta investigación retomaremos los siguientes aspectos de la psicología de la salud: la prevención y el tratamiento de adicciones. Estos aspectos tienen una relevancia social ya que han afectado a la salud pública severamente, además de afectar la salud psicológica del individuo que sufre de una adicción por falta de prevención. Cada año las consecuencias a causa del abuso de sustancias van en aumento, entre estas se encuentran la muerte por accidentes, pacientes en urgencias debido a sobredosis, accidentes automovilísticos, congestión alcohólica; enfermedades asociadas al consumo (cáncer de pulmón,

enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática), alteraciones psicológicas causadas por violencia, ansiedad, depresión y las consecuencias en el entorno social y familiar (World Health Organization [WHO], 2014).

De ahí la importancia de contar con estrategias de prevención y tratamientos psicológicos para la población mexicana, que tengan lineamientos de instrumentación y criterios de evaluación sistematizados, además de que cuenten con mediciones a mediano y largo plazo. Sin embargo, se cuenta con poca investigación en nuestro país que evalúe la efectividad de intervenciones breves en las que se empleen técnicas cognitivo-conductuales para jóvenes estudiantes que consumen alcohol y tabaco. Por lo que, el objetivo de este proyecto es evaluar la efectividad de la intervención breve en el cambio de patrón de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nivel medio superior y superior. Y de esta manera detectar de forma temprana el consumo de alcohol y tabaco, disminuir o eliminar el consumo para prevenir el abuso mayor de estas sustancias y el riesgo de consumir otras drogas.

De este modo, en el desarrollo de la tesis se iniciará con la descripción de las tendencias del consumo del tabaco y el alcohol, así como las consecuencias sociales y para la salud que afectan a los consumidores a nivel nacional e internacional. Posteriormente, profundizaremos en el actual uso y abuso de éstas sustancias por adolescentes mexicanos, cifras que han ido en aumento en la población mexicana, así como las variables asociadas con el inicio de consumo. Asimismo, se hablará sobre las investigaciones instrumentadas en el campo de la psicología en cuanto a prevención y tratamiento de las adicciones en estudiantes de educación media superior y superior. Y de ahí, profundizar en la intervención breve, el cual representa un cambio paradigmático en el campo de la adicción en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del clínico para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento (Olivero, Morales, y Yahne, 2004).

Después de describir el marco teórico, en el capítulo cinco se explica el método utilizado en esta investigación, en este capítulo se especifica las características de la población y sus criterios de inclusión, también se justificará el diseño de investigación elegido. Dentro de este mismo capítulo se explicará en qué consiste cada uno de los instrumentos que se utilizaron y los momentos en los que se aplicaron y por último se menciona la prueba estadística que se empleó para hacer el análisis de datos. Por último en el siguiente apartado se presentarán los resultados, este apartado estará dividido en dos secciones para un mejor análisis.

1. DROGAS LEGALES: EL TABACO Y EL ALCOHOL

El consumo de drogas causa un daño considerable que se ve reflejado en el número de muertes y disminución de años productivos perdidos de muchas personas asociadas con el consumo. Según las estimaciones del informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [UNODC], 2014), se reporta que un total aproximado de 183,000 muertes están relacionadas con el consumo de drogas (margen de variación: 95,000 a 226,000). Esa cifra corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir, del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico.

Sin embargo, en la actualidad se comercializan muchos más tipos de drogas y existen diversos criterios para la clasificación de las mismas, entre ellos: por el efecto sobre el organismo y el estado legal en que se adquieren y consumen. Relacionado con esto, en nuestro país existen leyes que pretenden regular el uso, tráfico y comercialización de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y fiscalizar las actividades relacionadas con las mismas (Ley general de Salud, 2014). Con ellas se pueden clasificar el uso y comercialización de las drogas en dos categorías: ilícita (o ilegal) e lícita (o legal). Las drogas ilícitas, son sustancias psicoactivas cuyo uso es prohibido por la peligrosidad a la salud, su potencial de adicción, en su uso y en su abuso; por ejemplo estas sustancias son la marihuana, la cocaína y la heroína.

En cambio, la clasificación según las leyes que establece el gobierno respecto a las sustancias legales, se habla de las bebidas alcohólicas en el

capítulo III de la Ley General de Salud sobre bebidas alcohólicas. Especifica en el artículo 217 que las bebidas alcohólicas legales son aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen, pasando estos niveles se considera ilegal, además en el artículo 220 se prohíbe la venta a menores de edad. En cuanto al consumo de tabaco, los artículos al respecto se encuentran derogados, pero el consumo y venta son legales excepto en menores de edad.

El tabaco y el alcohol han permanecido en la condición de ser una sustancia legal no solo en México, sino que también en el resto del mundo, pero a pesar de las políticas de restricción de consumo de cada país, estas dos sustancias también poseen la característica de ser de fácil acceso al consumidor, es por ello que el tabaco y el alcohol deben considerarse como claros factores que dañan a la salud pública en el mundo. Respecto al daño que ocasionan estas sustancias en la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011a) nos menciona que el tabaco mata cada año a 6 millones de personas en el mundo lo cual representa a la mitad de sus consumidores, y que de esa cantidad 600,000 son fumadores pasivos. Por otra parte, en el Global Information System on Alcohol and Health (WHO, 2014) cada año mueren en el mundo 3.3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de las disfunciones en el mundo, además de que el consumo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos.

Específicamente en México los estudios epidemiológicos realizados por parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA, 2013) muestran que el consumo de sustancias psicotrópicas ha incrementado en los últimos años en jóvenes y mujeres. El SISVEA también se ha encargado de recopilar la información de las 32 entidades federativas de nuestro país cumpliendo el objetivo de identificar los patrones de consumo de personas en Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Consejos Tutelares. La información ha permitido identificar que el consumo de sustancias legales como el alcohol y el

tabaco se consideran drogas de inicio en la mayoría de las entidades federativas, y el alcohol es considerado como la principal droga de impacto entre las personas que solicitan tratamiento o rehabilitación y la de mayor frecuencia entre las personas que acuden a los servicios de urgencias.

Asimismo, respecto al tabaco, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) muestra que ha prevalecido un incremento estadísticamente significativo en el consumo de tabaco en adolescentes (12 a 17 años) de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores. Al analizar por sexo, 1.1 millones (16.4%) son hombres adolescentes y 539 mil (8.1%) son mujeres adolescentes. Estas últimas cifras muestran un aumento en el consumo de tabaco en adolescentes en mujeres en los últimos años.

Por otra parte, en cuanto al consumo de alcohol, la ENA (2011) nos muestra que la edad de inicio de consumo de alcohol en la población mexicana es en promedio a la edad de 17 años. Comparando estos resultados con la encuesta del 2007, hubo un incremento en el porcentaje de personas que respondieron que su edad de inicio de consumo fue a los 17 años. Respecto a la población de jóvenes de 12 a 17 años que dijeron haber consumido alguna vez, se encontró que el consumo de alcohol ha aumentado significativamente, las personas que tienen consumo alto pasó de 13.1% a 14.5% y en el caso de los jóvenes que tienen dependencia, el porcentaje mostró un aumento de 2.7% a 4.1%.

La situación en la que se encuentra actualmente el consumo de tabaco y alcohol ha sido el resultado de la posición que juegan estas sustancias en la educación de cada país, asimismo el consumo está estrechamente vinculado a los factores de riesgo en los que se encuentra una persona.

Pero de mayor importancia es conocer cuáles son los riesgos y consecuencias para la salud, y los daños psicológicos de quien consume estas sustancias.

1.1. Origen del tabaco

La planta del tabaco o *Nicotiana tabacum*, es una planta de procedencia americana. En el continente americano, el origen de esta planta se remonta a las zonas de México, Bolivia y Venezuela, más específicamente en las zonas costeras de estos países, es donde el tabaco tiene sus raíces en la historia de la humanidad. Pero es a partir del descubrimiento de América que el uso del tabaco se expandiría por medio de los españoles que lo dieron a conocer en el resto del continente europeo. En la época de la conquista, a los descubridores les causó asombro las ceremonias en las que los indios encendían hogueras y aspiraban el humo que desprendían las hojas grandes que quemaban, también les parecía asombroso que los indios fumaran por la nariz usando cilindros fabricados con hojas enrolladas, y después de fumar sus extraños estados de agitación y delirio. También consumían hojas trituradas en cañas cortas y grandes pipas, con nombres que sonaban en los oídos descubridores como tabaco y las hojas eran ofrecidas como cortesía a los extranjeros (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Moreno y colaboradores (2003) mencionan que la extensión geográfica donde se encontraba el tabaco llegaba a otras fronteras después de que fue exportado en Europa, con ello pronto sería eminente la comercialización y el uso en varios sectores de la sociedad. Fue necesario crear políticas para penalizar, restringir y controlar su consumo, por ejemplo la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII; cuyas penas iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación. Esto como una muestra de las

penalizaciones que surgirían en otros países (Monteverde, 2009). La oposición Religiosa terminó hasta 1725, año en que Benedicto XIII revocó la prohibición dictada por Inocencio X, que castigó con excomunión al que usara tabaco. Posteriormente fue disminuyendo esta oposición en diversos países y pudo usarse con libertad el tabaco, a la vez de que la iglesia católica perdía poder político sobre los países.

Fue así que hasta los comienzos del siglo XX, su consumo no constituyó una amenaza seria para la salud pública en ninguno de los países del mundo, ya que las enfermedades más graves de la época estaban relacionadas con las infecciones y la falta de recursos. Si inicialmente el consumo de tabaco no tuvo un impacto relevante sobre la salud pública se debe a tres factores: el primero es que no llegó a ser un comportamiento adoptado por un número considerable de la población durante varios siglos, es decir el tabaquismo careció de dimensión masiva que le caracteriza en la actualidad; en segundo lugar, la población de consumidores que comenzaba a fumar en el siglo XIX, lo hacía en menor cantidad diaria que los fumadores modernos, pues el consumidor debía preparar los cigarrillos o la pipa si deseaba fumar, por lo tanto disminuía la cantidad de consumo diario de tabaco; y tercero, la elaboración artesanal de los productos disponibles en el mercado hacía que sus precios no estuvieran al alcance de la mayoría de la población (García y Sánchez, 2011).

Posteriormente García y Sánchez (2011) nos mencionan que el consumo cambió radicalmente a finales del siglo XIX, debido a una serie de modificaciones clave en los procesos de cultivo, elaboración y comercialización de la planta en los países industrializados, que trajo consigo el inicio de un consumo masivo para cualquier país industrializado a finales del siglo XIX e intensificándose durante las primeras décadas del siglo XX.

Dicho crecimiento se desencadenó al iniciarse la producción masiva de cigarrillos manufacturados. Muy pronto, y por las razones básicamente económicas y de mercado, su utilización se popularizó. Los pitillos resultaban baratos para el gran público, a la vez que altamente rentables para los productores. Este cambio de dimensiones comerciales y de desarrollo de nuevas tecnologías de promoción del consumo de tabaco fueron los factores que permitieron a las empresas tabacaleras invertir enormes recursos económicos y técnicos en sofisticadas estrategias publicitarias, en una época en la que no existía limitación legislativa al respecto. Es así que la popularidad del tabaco en Europa justifica la aparición de su consumo en África y Asia, el comercio de cigarrillos cruzaría las fronteras hasta estos continentes. La aceptación de la planta aumentó y pasó de ser un simple placer a una necesidad entre las naciones.

En México, con la industrialización del tabaco se tuvieron que crear leyes que protegieran la salud pública del país y fue así que en 1984 se consideró por primera vez en la Ley General de Salud la fármacodependencia, el alcoholismo y tabaquismo como un problema de salubridad general. Por lo que el Consejo Nacional Contra las Adicciones creó la Secretaría de Salud (SSA) el 8 de julio de 1986, cuya primera sede fue el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que en el mismo año es nominado sede del programa contra el tabaquismo por el Ministro de Salud y los miembros del Consejo Nacional contra las Adicciones (Monteverde, 2009).

1.1.1. Efectos psicofarmacológicos

El humo de tabaco contiene miles de compuestos diferentes, la mayor parte de los cuales se generan durante el proceso de combustión. Entre estas sustancias se incluyen compuestos farmacológicamente activos como el monóxido de

carbono, el acetaldehído y alcaloides como la nicotina. Sin embargo, se ha puesto en evidencia que la nicotina es la sustancia química contenida en el humo de cigarrillo causante de los efectos psicofarmacológicos del tabaco. La nicotina parece ser la responsable de la mayoría de los efectos inmediatos del fumar sobre diversas funciones corporales, desempeñando además un papel fundamental en la dependencia y adicción al tabaco (Redolat, Carrasco y Simón, 1994).

Jiménez, Bascarán, García, Sáiz, Bousoño y Bobes (2004) señalan que la nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones (de un 79 a un 90%) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (4 a 40%) y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como la temperatura y el pH cutáneos, el grado de humedad y de higiene personal, etc. Se absorbe rápidamente por la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro donde están los receptores al cabo de unos 7 segundos. Esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina. De igual forma, Pérez, Pérez y Fernández (2007) mencionan que después de consumir un cigarrillo (el cual contiene de 0.5 a 1 mg de nicotina), alrededor de 25% de esta sustancia llega al cerebro en los siguientes 8 a 10 segundos, se somete al metabolismo hepático y tiene una vida media de dos horas aproximadamente. Su principal mecanismo de acción se basa en la activación de receptores colinérgicos de tipo nicotínico, ubicados en diversas partes del sistema nervioso central y periférico.

La nicotina cumple todos los criterios que una sustancia debe presentar para ser considerada como droga adictiva: el consumo es más prolongado en el tiempo o en mayor cantidad de lo que inicialmente fue previsto (tolerancia). En

consecuencia la nicotina es capaz de producir gradualmente alteraciones en la función cerebral en respuesta a períodos prolongados de exposición, y estas alteraciones cerebrales se convierten en constantes, por lo que los cambios persisten en el tiempo al interrumpir la administración de la sustancia. Tanto la tolerancia como la reducción de los efectos de la droga requieren la administración repetida o el aumento de la dosis para mantener los mismos efectos (Granda, Solano, Jareño, Pérez, Barrueco y Jiménez, 2006).

De esta forma, Do Carmo, Andrés-Pueyo, y López, (2005), nos mencionan que la nicotina es totalmente capaz de producir dependencia, tolerancia y síntomas de abstinencia que acompañan la conducta de fumar. Está comprobado que la nicotina produce un efecto de tolerancia, lo que significa que después de una administración repetida disminuye el efecto de la sustancia en el cuerpo, por lo tanto esto lleva a los fumadores a incrementar las dosis para volver a acumular una cantidad nicotina suficiente para experimentar sus efectos. Niveles altos de nicotina después de fumar cigarrillos pueden llegar a superar la tolerancia, pero los efectos disminuyen a lo largo del día. Es por ello que los fumadores llegan a reportar en entrevistas que los mejores cigarrillos son los de la mañana, lo que indica que la tolerancia disminuye por la noche.

1.1.2. Consecuencias para la salud

El papel nocivo del tabaco ha sido ampliamente demostrado desde hace mucho tiempo. El tabaquismo constituye uno de los problemas más graves de salud pública a escala mundial. Según la OMS (OMS, 2015a) el tabaco causó 100 millones de defunciones en el siglo XX. Si se mantiene la tendencia actual, en el siglo XXI provocará mil millones de defunciones. Sin control, las

defunciones relacionadas con el tabaco aumentarán hasta más de ocho millones al año para 2030.

De esta forma, el tabaco está entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad. El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica, la principal causa mundial de muerte, son atribuibles al consumo de tabaco. Asimismo, son atribuibles al consumo de tabaco más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea. La mitad de los más de 1000 millones de fumadores morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco (OMS, 2015a).

El uso prolongado de tabaco puede provocar principalmente cáncer en el pulmón, pero también en la laringe, faringe, esófago, riñones, vesícula y páncreas. Asimismo puede generar enfisema pulmonar, bronquitis y alteraciones cardiovasculares (Rodríguez, 2003). Autores como Guerrero, Muños, Sáenz de Miera y Reynales (2013) mencionan que en México las cuatro principales enfermedades atribuibles al consumo de tabaco son infarto agudo de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón. Las cuales mostraron una tendencia en ascenso en la década de 2000 a 2010 (de 39 971 casos a 59 774).

De acuerdo con esto, el infarto agudo de miocardio (IAM) es la enfermedad que aporta el mayor número de casos de mortalidad a lo largo del periodo con una media anual de 19 932 casos. El IAM es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres y en términos absolutos se ha duplicado a lo largo del periodo de estudio (de 15 617 casos en 2000 a 27 306 casos en 2010). Por otro lado, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en los hombres representa la segunda causa de muerte con un promedio de 6 395 muertes, mientras que en las mujeres es la tercera causa con un promedio de 4 956 durante el periodo. Además las enfermedades cerebrovasculares (ECV) se ubicaron en tercer lugar para los hombres con un promedio de 5 754 muertes,

mientras que para las mujeres es la segunda causa de mortalidad con un promedio de 6 483 muertes. Y el cáncer de pulmón (CP) presenta un promedio de 2 826 casos para los hombres y 1 381 para las mujeres (Guerrero, Muños, Sáenz de Miera y Reynales, 2013).

Es de suma importancia que los profesionales de la salud conozcan los efectos adversos del tabaco que abarcan casi todos los sistemas y aparatos del organismo. A continuación Redondo, Vázquez, Márquez y Galán (2007) nos mencionan algunas de las complicaciones en el organismo debido al consumo del tabaco.

Aparato respiratorio

Los efectos indeseables del humo del tabaco sobre el aparato respiratorio son de tipo estructural y funcional, y están directamente relacionados con la intensidad del consumo. Los componentes del humo del tabaco afectan a la estructura, la fisiología y a la respuesta inmune del pulmón, siendo los principales responsables de la gran mayoría de síntomas y enfermedades respiratorias. Entre las patologías no tumorales es destacable la EPOC. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, causada fundamentalmente por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco. La EPOC es una enfermedad lenta y progresiva que va incapacitando a la persona en sus tareas diarias.

En el Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos (2010) se destaca que la EPOC agrupa enfermedades como el enfisema y la bronquitis crónica, además de que existe también una mayor prevalencia de síntomas respiratorios, como el aumento significativo de incidencia de catarros de vías

altas y de infecciones de vías bajas, así como de broncoespasmo al ejercicio y tos crónica en jóvenes fumadores.

Aparato cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son fuente de una cantidad progresivamente mayor de enfermos crónicos y con diversas discapacidades. Entre las múltiples patologías cardiovasculares, las más frecuentes e importantes son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebral vascular. Otras enfermedades son la hipertensión y la diabetes. Es especialmente relevante la asociación existente entre el consumo de tabaco y la hipertensión arterial: el tabaco incrementa las cifras de presión arterial, limita la eficacia de algunos tratamientos antihipertensivos y facilita el daño que la hipertensión produce en determinados órganos.

Las principales enfermedades cardiovasculares relacionadas con el consumo de tabaco son:

1. Cardiopatía isquémica. Se produce por un desequilibrio entre la oferta de oxígeno y la demanda de éste por el miocardio. Tanto la incidencia como la mortalidad que ocasiona son mayores en las personas que fuman siendo proporcional a la cantidad y tiempo de consumo. Seguir fumando supone un peor pronóstico de la cardiopatía, mientras que su abandono aumenta la supervivencia. Puede manifestarse clínicamente como angina de pecho, infarto de miocardio, isquemia silente o muerte súbita.
2. Enfermedad vascular cerebral. Fumar supone un aumento superior al 50% del riesgo global de accidente vascular cerebral. Desde el punto de vista clínico, éstos se manifiestan fundamentalmente como hemorragias subaracnoideas o infartos cerebrales.

3. Enfermedad vascular periférica. La afectación más frecuente es la oclusión parcial o total de las arterias de los miembros inferiores; pueden también afectarse las arterias renales (riesgo de hipertensión) o las arterias pélvicas (riesgo de disfunción eréctil). El riesgo es directamente proporcional al consumo de tabaco; dejar de fumar lo disminuye y ocasiona una mejora en el pronóstico.

Tabaco y cáncer

El cáncer puede ser definido como un crecimiento celular indefinido y descontrolado que, junto a la falta de apoptosis (mecanismo por el cual las células viejas o dañadas se autodestruyen), provoca extensión local, regional y general de un grupo celular y destrucción del tejido original. El consumo de tabaco es una de las causas extrínsecas, y por tanto modificables, mejor conocidas del cáncer. Fumar es la causa principal de desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral y esófago; igualmente contribuye con porcentajes de riesgo variable a otros tipos de cáncer, entre ellos cáncer esofágico, pancreático, de riñón y de vejiga.

Samet (2002), caracteriza el tabaquismo como una causa de cáncer notablemente poderosa, entre los tipos de cáncer describe el de pulmón, laringe, cavidad oral y esófago. El cáncer de pulmón lo identifica como tumores malignos que surgen en las vías respiratorias y en los alvéolos (sacos de aire) del pulmón, ocasionando síntomas cuando éstos crecen y afectan las zonas del pulmón circundantes o se extienden a sitios distantes. Por otra parte, el cáncer laríngeo señala se origina en las cuerdas vocales y las estructuras fibrosas que generan el habla; sus síntomas característicos incluyen tos, sangre al toser, que ocurren a menudo en las primeras etapas de la enfermedad. En cuanto al cáncer oral lo describe como un cáncer de células escamosas que se origina en la boca y la garganta, este se caracteriza por protuberancias, a menudo con síntomas de dolor o sangrado. Y los tumores malignos del esófago que aparecen en la

membrana de la superficie de este órgano y causan síntomas de obstrucción del esófago y dolor cuando se diseminan en los tejidos cercanos. Este autor concluye que las numerosas evidencias científicas respecto del tabaquismo como causa de enfermedad y sus enormes impactos adversos en la salud pública mundial conforman razones suficientes para dar una alta prioridad, y los recursos necesarios, a los programas de control de consumo del tabaco.

Es evidente que la mayoría los daños en la salud por el consumo de tabaco no se ponen de manifiesto hasta varios años después. Sin embargo, el consumo ha ido en aumento en la población mundial y a edades más tempranas, en consecuencia hay aumento de enfermedades y mortalidad relacionadas con el tabaquismo. Es por ello que han surgido leyes a nivel mundial que regulan el consumo de esta sustancia en la población, como lo es el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), el cual afirma la importancia de una serie de estrategias relacionadas con reducción de la demanda y las relativas a la reducción de la oferta (OMS, 2005). Entre estas estrategias están:

- Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.
- Protección contra la exposición al humo de tabaco.
- Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco
- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
- Educación, comunicación, formación y concientización del público.
- Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.
- Reducción del comercio ilícito de productos de tabaco.
- Prohibición de ventas a menores y por menores.
- Apoyo a actividades alternativas económicamente viables.

En relación a estas estrategias se desprende el MPOWER (OMS, 2008), un plan integrado por las seis medidas más importantes y eficaces del CMCT. Entre las cuales están aumentar los impuestos y precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos acerca de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención. Estas medidas, si se ponen en práctica, permitirán impedir que los jóvenes comiencen a fumar, ayudará a los fumadores a que abandonen el hábito, protegerán a los no fumadores de la exposición al humo ajeno, y se liberan así a los países y sus poblaciones de los daños causados por el tabaquismo.

Origen del alcohol

El origen del consumo de las bebidas se remonta a varios milenios atrás en la historia humana, podemos tomar como ejemplo a los primeros tiempos de los asentamientos agrícolas en el Medio Oriente y en China. Desde antes de que las bebidas alcohólicas tuvieran su expansión por el mundo durante los últimos 500 años, en casi todas partes del mundo se consumieron bebidas con contenido alcohólico (Room, Jernigan, Carlini, et. al. 2013).

Martínez y Rubio (2002) identifican las primeras señales de la aparición del consumo de alcohol en la sociedad. Se remontan al descubrimiento de la hidromiel hace cuatro mil años a.C., los egipcios consumían dos jarras diarias de cerveza, conocían el vino y lo cultivaban, el comercio de las bebidas era controlado por el estado y su consumo estaba sometido a impuestos. Era utilizado por las clases sociales acomodadas, la corte y en los cultos sagrados. Posteriormente los griegos usaban el vino en reuniones sociales, sobre todo en la “symposia”, estas reuniones estaban conformadas por dos partes, la primera

dedicada al placer de comer y la segunda parte que siempre duraba más tiempo era dedicada a beber vino, cerveza e hidromiel, y hablar de filosofía o política, oír música o poesía. Estas reuniones estaban bien organizadas, a tal punto de que había una persona encargada del vino, de rebajarlo con agua, del número de copas que bebía cada participante, etc.

Martínez y Rubio (2002) mencionan que los romanos, llevaron la vid por todo el mundo fueron los primeros que hicieron leyes sobre su cultivo y comercio. En Roma se bebía en banquetes de la nobleza, y las clases sociales bajas en tabernas llamadas “thermopolia”. Más tarde, en el año 800 los árabes descubrieron la destilación del vino y obtuvieron bebidas de más alto contenido en alcohol. Pero no fue hasta que el español Ramón Llull describiera los procesos de la destilación del alcohol. Para la edad media, el vino estaba en poder de la iglesia, y los lugares principales del comercio de las bebidas alcohólicas eran las iglesias y monasterios. Tener viñedos era imprescindible para obtener el vino necesario para la celebración de la eucaristía y no verse obligados a comprarlo ni a importarlo. El vino representó una fuente de ingresos.

En el siglo XIX el incremento del consumo de alcohol fue extremadamente significativo gracias a la mejora de su comercialización debido a la revolución industrial. Este fuerte movimiento favoreció su transporte y creó determinadas condiciones sociales que favorecieron su consumo abusivo. La creación masiva de bebidas alcohólicas y el fácil transporte de estos productos invadieron las urbes en desarrollo. En el caso de México las bebidas como el tequila maximizaron la producción y se convirtieron en bebidas de fácil acceso. Las consecuencias de no tener políticas que restringieran el uso y comercio de las bebidas serían reflejadas en la condición desfavorable de la salud pública en la actualidad.

Efectos psicofarmacológicos

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo del mismo, conlleva una pesada carga social y económica ya que afecta a las personas de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y la calidad del alcohol. En 2012, unas 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2015b).

El alcohol es un depresivo del sistema nervioso central y afecta todas las funciones del cerebro, incluyendo el comportamiento, la cognición, el juicio, la respiración, la coordinación psicomotora y la sexualidad. De acuerdo a la dosis, el alcohol modifica las funciones cerebrales que normalmente ejercitan las restricciones responsables de mantener la inhibición en el comportamiento social dando así libre albedrío a los impulsos. En dosis bajas moderadas el alcohol produce euforia o alivia la disforia. Con dosis crecientes, estos factores optimistas disminuyen mientras el funcionamiento psicomotor se vuelve más lento y presenta más daños (Washton y Zweben, 2008).

Desde el punto de vista farmacológico, es importante comprender cómo el alcohol actúa en el organismo. No existe una causa simple, sino una interacción complicada de factores neuroquímicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave enfermedad fármaco-dependiente. La acción psicofisiológica y farmacodinámica del alcohol es fundamentalmente depresiva, por la reducción de la transmisión sináptica en el sistema nervioso humano. Es un hecho conocido que el consumo excesivo de alcohol causa una disfunción aguda y crónica del cerebro, produciendo trastornos en el sistema nervioso central,

presentando alteraciones en la memoria y en las funciones intelectuales como cálculo, comprensión y aprendizaje (Arias, 2005).

Estruch (2002) menciona que entre todos los efectos producidos por la ingestión aguda de alcohol sobre el sistema nervioso central merece destacarse la intoxicación alcohólica aguda. Los signos y síntomas de esta intoxicación son bien conocidos y se correlacionan con las concentraciones de alcohol alcanzadas en sangre, que al fin y al cabo traducen los niveles de etanol en el cerebro. A medida que van aumentando la cifra de alcoholemia, el sujeto intoxicado presenta primero una fase de hiperexcitabilidad del córtex, para presentar después un síndrome confusional y cerebeloso, hasta llegar finalmente a sufrir un coma más o menos profundo. También merecen comentarse las intoxicaciones patológicas y las lagunas o amnesias alcohólicas (black outs). La intoxicación patológica se refiere a la rápida aparición de una excitación extrema, con conductas irracionales o violentas, después de la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol. Estos episodios duran de minutos a horas y suelen ir seguidos de un estado de somnolencia, del cual el paciente se despierta sin recordar nada. Las lagunas alcohólicas se refieren a las amnesias, en ocasiones de horas, que algunos pacientes presentan tras una intoxicación alcohólica aguda.

De igual forma Carballo, García, Jáuregui y Saez (2009) señalan que el consumo abusivo de alcohol puede repercutir negativamente en determinadas funciones cognitivas. Estos autores analizaron la existencia de una relación entre el consumo de alcohol y determinadas habilidades cognitivas (memoria, percepción y razonamiento) en jóvenes universitarias. Para conseguir este objetivo obtuvieron el perfil adictivo de las jóvenes y evaluaron el rendimiento de los sujetos en tareas que implican habilidades cognitivas. Participaron 100 mujeres, de entre 18 y 25 años, distribuidas en dos grupos: consumidoras de riesgo y consumidoras de bajo riesgo. Los resultados mostraron, en relación a las

habilidades cognitivas evaluadas, diferencias significativas en ambos grupos en aptitud perceptiva y razonamiento abstracto, que indican que el consumo abusivo de alcohol puede repercutir sobre determinadas funciones ejecutivas asociadas a la corteza frontal del cerebro.

Años más tarde, Carballo, García, Jáuregui, Marín y Pérez-Jover (2011) mencionan también que diferentes áreas como el neocórtex, el hipocampo o los lóbulos frontales serían algunas de las regiones más estrechamente relacionadas con disfunciones neurológicas debidas al consumo abusivo de alcohol. Los cambios en estas áreas resultarían especialmente significativos debido a su relación con procesos como la memoria, el aprendizaje, la atención, la resolución de problemas, así como la organización de la conducta. En la línea de estos datos, la mayoría de estudios comparativos entre consumidores y no consumidores han encontrado un peor rendimiento en consumidores abusivos en aquellas capacidades relacionadas con la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la fluidez verbal. Estos autores comprobaron a través de un seguimiento de estudiantes de bachillerato, que aquellos alumnos que inician un consumo a una edad más temprana y desarrollan problemas de abuso, tienen un rendimiento más pobre en tareas de habilidades cognitivas.

Consecuencias para la salud

El uso nocivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la Esperanza de Vida Ajustada en función de la Discapacidad (EVAD), este cálculo incluye los años equivalentes de vida sana que se pierden a causa del estado de mala salud o discapacidad (WHO, 2014).

De la misma forma, el consumo de alcohol está asociado con comportamientos de alto riesgo, incluyendo sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida (WHO, 2014).

En el ámbito nacional la mortalidad atribuible a enfermedades hepáticas relacionadas con el consumo de alcohol presenta una tendencia constante entre 2000 y 2010 y se sitúa en 18, 192 casos en promedio por año. La mortalidad en hombres por esas causas es casi cinco veces mayor que la mortalidad en mujeres, 14 868 muertes anuales en promedio para los hombres y 3 322 para las mujeres (Guerrero, Muños, Sáenz de Miera, Pérez y Reynales, 2013).

Además, los problemas ocasionados por el alcohol pueden producir efectos sobre quienes rodean al consumidor, en aspectos como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, admisiones en salas de emergencia, comportamiento violento, lesiones y fatalidades en automovilistas y peatones cuando se conduce en estado de ebriedad (Borges, Cherpitel y Mittleman, 2004). Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

Para mejorar la calidad del tratamiento con el paciente, es necesario que el profesional de la salud tenga conocimiento sobre los efectos negativos en el organismo de los consumidores de alcohol y otras sustancias. Es por ello que a continuación analizaremos las enfermedades asociadas al alcoholismo

Aparato digestivo

Como es de esperarse el primero en tener contacto con el alcohol es el tubo digestivo, lo que lleva a ser afectado de manera directa e indirecta, al igual que cualquier órgano que sea afectado por el alcohol depende en gran medida de cual sea la dosis administrada. Dentro de aparato digestivo se pueden dañar el esófago, el estómago, el intestino delgado y el páncreas de la siguiente manera (Estruch, 2002):

- Consecuencias en el esófago: La administración aguda y crónica de alcohol puede ocasionar trastornos de la motilidad esofágica y reflujo gastroesofágico. Las consecuencias en el esófago pueden ser una baja en la presión del esfínter esofágico inferior (EEI), en la motilidad esofágica se reduce la función motora del cuerpo medio del esófago, con reducción de la frecuencia y amplitud de las ondas peristálticas; por otro lado las consecuencias en el esfínter esofágico superior, (EES) son la reducción de la presión junto con la disminución de la amplitud media de contracción tras la deglución. Y por último el consumo de alcohol facilita el desarrollo de la esofagitis por reflujo, esto como consecuencia de la reducción del esfínter inferior y las contracciones peristálticas de la porción distal del esófago.
- Consecuencias en el estómago: Daño a la mucosa gástrica produciendo una gastritis aguda. Los efectos sobre la función gástrica pueden ser la inhibición de la secreción ácida por el estómago acompañado por alteraciones morfológicas de la mucosa gástrica.
- Consecuencias sobre el intestino delgado: Con el consumo de alcohol se puede presentar diarreas ligeramente intensas después de una intoxicación alcohólica aguda. La elevada concentración de alcohol en el intestino delgado aumenta la motilidad intestinal. También se producen lesiones en

la mucosa intestinal provocando la reducción de la actividad de las enzimas alterando el transporte de fluidos y nutrientes a través de la pared intestinal.

- Consecuencias sobre el páncreas: Entre las consecuencias del alcohol en el páncreas encontramos la pancreatitis aguda edematosa y la pancreatitis crónica.

Sistema cardiovascular

Se ha reportado que el consumo crónico de etanos produce múltiples alteraciones, entre las que se encuentra la miocardiopatía alcohólica, arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial, accidentes vasculares cerebrales también se asocian al alcoholismo trastornos cardiacos como extrasístoles y arritmias evidenciadas en el electrocardiograma (Mosqueda y Menéndez, 2006). Más específicamente en el sistema cardiovascular encontramos los siguientes efectos:

- Efectos sobre la contractilidad: Los efectos agudos del etanol sobre la función contráctil del músculo cardíaco son la depresión de contraer el musculo, es decir inhibir el proceso de excitación o contracción.
- Efecto sobre el ritmo cardiaco. El consumo de alcohol se asocia a arritmias cardíacas. El etanol tiene un efecto directo sobre el ritmo cardíaco e incluso ingestas relativamente modestas de alcohol dan lugar a una taquicardia rítmica.
- Alcohol y muerte súbita. Los alcohólicos poseen una mayor posibilidad de sufrir una muerte súbita independientemente de que presenten o no una

cardiopatía coronaria. Una cuarta parte de las muertes súbitas en jóvenes y adultos de mediana edad están estrechamente relacionadas con la ingesta de alcohol.

- Efectos del alcohol sobre la presión arterial: En los alcohólicos crónicos presentan hipertensión arterial alta superior de la población general y también se ha observado que en el momento que se reduce la ingesta de alcohol la presión arterial tiende a regularse, esto sucede después de un mes de abstinencia.

Sistema Nervioso

Para Martínez y Rábano (2002) el alcohol tiene un efecto tóxico directo sobre el Sistema Nervioso (SN), el etanol es asociado a múltiples consecuencias, ya que el un alcoholismo crónico se asocia a trastornos neurológicos. En el alcoholismo encontramos deficiencias nutricionales, afectación de órganos cuya patología repercute secundariamente sobre el SN, por ejemplo la cirrosis hepática, alta incidencia de traumatismos craneales que provocan hematomas subdurales, mayor frecuencia de hemorragias subaracnoideas e intraparenquimatosas y mayor incidencia de procesos infecciosos. Todos estos padecimientos comienzan a aparecer cuando los niveles de alcohol llegan a la sangre, también llega al cerebro y es cuando se presentan síntomas como la hiperexcitabilidad de córtex seguido del síndrome confusional, hasta llegar a un coma. En todo el sistema nervioso se pueden observar consecuencias del consumo de alcohol por dosis altas:

- Efectos sobre la electrofisiología cerebral. Los efectos del alcohol sobre la actividad eléctrica del cerebral son palpables en la medición de la capacidad visual y auditiva, y en dosis altas el alcohol es capaz de afectar significativamente estos sentidos, esto es dependiendo el grado de alcohol que se haya consumido.
- Efectos del alcohol sobre el metabolismo cerebral. Se observa la reducción de la actividad global cerebral con afectación de prácticamente todas las áreas cerebrales.
- Atrofia cerebral. Mientras el alcoholismo se vuelve de carácter crónico aparece un deterioro intelectual global debido a una atrofia cerebral y agrandamiento ventricular. En el alcoholismo parece haber una disminución significativa del peso y volumen cerebral, la reducción de volumen de la sustancia blanca hemisférica cerebral y la pérdida de neuronas en el córtex frontal superior lo que trae consigo la llamada atrofia cerebral

Es un hecho que el consumo de alcohol trae consigo consecuencias mortales sobre quienes consumen, los efectos del etanol en el cuerpo se presentan en la mayoría de los órganos vitales dándonos así una gran lista de padecimientos relacionadas con esta sustancia. Elizondo (2005) menciona que el alcohol también contribuye a generar enfermedades en el hígado, como lo son el hígado graso, hepatitis alcohólica, la muy conocida cirrosis, además de aumentar el riesgo de contraer cáncer de boca, faringe, laringe, esófago e hígado. No esta demás mencionar que Estruch (2002) también aclara que no solo los alcohólicos que consumen en altas dosis padecen estas consecuencias, sino que las consecuencias también son reflejadas en bebedores de tipo moderado, aunque en menor medida.

En general, el tabaquismo y el alcoholismo son un freno al desarrollo de los países, reduce los años de salud y productividad de las personas que lo padecen. Las acciones para evitar estos daños a la salud deben reforzarse, debemos prevenir que los jóvenes inicien el consumo de tabaco y alcohol de forma temprana, además de diseñar tratamientos psicológicos efectivos para la población que ya consumen estas sustancias. Es por ello que en el siguiente capítulo abordaremos el actual uso de estas sustancias por jóvenes universitarios mexicanos, edad de inicio y variables asociadas al consumo, así como las consecuencias que tiene este tipo de población.

2. FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN JÓVENES: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.

El consumo tabaco y alcohol tienen un fuerte impacto en los adolescentes de México, encuestas a nivel nacional ya arrojan datos estadísticos que dan cuenta de esta problemática, como lo es la Encuesta Nacional de Adicciones en su reporte sobre tabaco. Esta encuesta reportó en el año 2012, respecto al consumo de tabaco, que el promedio de edad de inicio de consumo diario entre fumadores de 12 a 17 años es de 14.1 años (Reynales-Shigematsu et al., 2012).

Por otra parte, en cuanto a los consumidores de alcohol, la ENA en su reporte sobre alcohol (Medina-Mora et al., 2012) menciona que el 55% de la población mexicana dice haber iniciado su consumo antes de los 17 años, y el 39% dijo haber iniciado entre los 18 y 25 años y una mínima parte (5.9%) dijo iniciar después de los 25 años. Como se puede observar, es en la juventud donde es determinante la adquisición del hábito de consumo.

Algunas otras investigaciones realizadas en entidades de México (Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges y Lazcano-Ponce, 2004; Joffre-Velázquez, García-Maldonado, Barrientos-Gómez, y Vázquez-Nava, 2007; Urquieta, Hernández-Avila y Hernández, 2006) señalan que la edad de inicio de consumo, tanto como para alcohol como para tabaco es de entre 12 y 14 años, también se muestra que la prevalencia de consumo inicia de los 17 a 18 años. La mayoría de estas encuestas se realizaron en el ámbito escolar, entre los estudiantes de nivel medio superior, ya que los colegios son la principal fuente de convivencia de los adolescentes y jóvenes con sus pares.

Por otro lado y particularmente en el contexto de los jóvenes universitarios, los resultados preliminares de la “Primera Encuesta Nacional Universitaria sobre la Violencia, las Drogas y el Delito”, presentada por la Federación de Universidades e Instituciones Particulares de Educación Superior, así como la Asociación nacional de Consejos de Participación Cívica en el año 2013, fue aplicada a 1500 estudiantes, catedráticos e investigadores, directivos y rectores de educación superior (70% privadas y el resto públicas), y los datos muestran que la mitad de los estudiantes han tenido acceso a un tipo de droga. Respecto a este problema, el Plan de Desarrollo (2011-2015) de la Rectoría de la UNAM señala que más de la tercera parte de los alumnos de nuevo ingreso tienen problemas de salud, entre ellos el consumo elevado de drogas, como el alcohol, el tabaco y/o de otro tipo, por lo que es necesario reforzar los programas de cuidado de la salud del estudiante y la prevención de adicciones, entre otros (Narro, 2012).

La información obtenida nos da muestra que en México la población de entre 12 y 18 años son vulnerables de adoptar conductas adictivas que afectan a su salud, a su vida social, a su familia y a su salud psicológica y emocional. Es alarmante pensar que la prevalencia de tabaco y alcohol aparezca a edades más tempranas a pesar que la venta de estas sustancias es ilegal en México a menores de 18 años. Esto nos obliga a hacer un análisis de las circunstancias en las que se origina una adicción. Por lo que es necesario conocer los factores que permiten que los jóvenes estudiantes tomar la decisión de consumir sustancias.

2.1 Factores de riesgo y protección

En la actualidad el abuso de alcohol y el consumo habitual de tabaco tiene considerables implicaciones en la salud y vida personal de cada individuo. Por lo tanto, es fundamental reconocer las variables que aumentan y disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias, con el objetivo de desarrollar programas dirigidos a la prevención y tratamiento de las adicciones. Por ejemplo, autores

como Nebot, Tomás, Ariza, Valmayor y Muddea (2002) hacen énfasis en la importancia de la comprensión de los factores que favorecen el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes, los cuales pueden ser de utilidad en relación con programas preventivos.

En cuanto al estudio de las variables que se enfocan al inicio del consumo de los jóvenes, es indispensable analizar los factores de riesgo, protección y prevención, los cuales se encuentran estrechamente relacionados. Para Clayton (1992, en Becoña, 2001) un factor de riesgo es una característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento (Peñafiel, 2009). Los factores de protección serían aquellos atributos individuales, condición situacional y/o contexto ambiental que reduce la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (Clayton, 1992 en Becoña, 2004).

Robertson, David y Rao (2004) describen cómo es que los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios o ambientes. Los cinco dominios que consideran son individual, familiar, compañeros, escuela y comunidad. Entre los factores de riesgo señalan una conducta agresiva precoz, falta de supervisión de los padres, abuso de sustancias por parte de los compañeros, disponibilidad de drogas en la escuela y pobreza en la comunidad. Por otra parte, entre los factores de protección mencionan autocontrol, monitoreo de los padres, aptitud académica, políticas anti-drogas y un fuerte apego al barrio.

Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez y López (2009) mencionan que las variables asociadas al consumo no tienen el mismo efecto para todos los individuos, esto depende en mayor parte de las características individuales de cada persona, es decir, que lo que para un grupo de personas puede ser un factor

de riesgo para otras no, y esto se debe a la capacidad para resistir a los factores de riesgo. Asimismo, los factores para consumir una determinada sustancia actúan de diferente manera en cada sujeto, esto explica porque algunas personas son adictas unas sustancias y a otras no.

Entre los factores de riesgo y protección es pertinente hablar del concepto “resiliencia”, que es utilizado para hablar de aquellas personas que a pesar de nacer y/o vivir en situaciones con factores de alto riesgo, estas personas desarrollan habilidades que les permiten tener la capacidad de resistir a los acontecimientos negativos que se les presentan en la vida, aprenden a proteger su propia integridad, y desean construir una vida sana, a pesar de las circunstancias adversas. La resiliencia es cuando en una persona el factor protector más importante es la persona misma (Martínez, 2011).

A pesar que a nivel individual los factores de riesgo y protección actúan de diferente manera, se puede hacer un análisis de cómo se presentan de manera general en la población de jóvenes estudiantes, ya que existe literatura suficiente para profundizar en las variables asociadas al consumo de tabaco o el consumo de alcohol.

2.1.1. Variables asociadas al consumo de tabaco

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo importante para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo y representa el principal factor de riesgo común de las enfermedades crónicas no transmisibles. Según la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (Reynales-Shigematsu, Rodríguez-Bolaños, Ortega-Cevallos y Flores-Escartín, 2013) se estima que la edad de inicio de consumo destaca de los 11 a los 13 años, y se calcula que la población mexicana tiene su primera experiencia con el uso del tabaco a los 10 años en promedio. Esta misma encuesta delata que los factores que influyen principalmente en los

jóvenes son las estrategias de publicidad y mercadeo por parte de la industria tabacalera, ya que los jóvenes son un blanco fácil, asociando así la conducta de fumar con la convivencia día a día de jóvenes con sus pares.

Como ya se mencionó, los factores riesgo y protección se mueven dentro de cinco esferas principales, una de ellas es la esfera individual, donde las características personales del adolescente influyen en la decisión de consumir o no. Entre otros factores vinculados con la susceptibilidad a fumar son los rasgos de personalidad como baja autoestima, mayor búsqueda de sensaciones nuevas y actitud favorable a fumar (Arillo, Thrasher, Rodríguez, Chávez, Ruiz y Lazcano, 2007).

Es por ello que entre los factores individuales se puede considerar a la autoestima como una variable relevante para promover o inhibir conductas de salud. Ello debido a que: a) los individuos con alta autoestima exhiben una conducta bien integrada y sus procesos cognitivos se caracterizan por la habilidad para discriminar entre información relevante e irrelevante, por lo cual pueden hacer un uso óptimo de la información sobre temas de salud, y b) una alta autoestima reduciría la susceptibilidad a la influencia de factores sociales como la presión del grupo de pares, la cual generalmente tiene un efecto importante en el fumar, beber y abuso de drogas, especialmente en la adolescencia (Torres, Fernández y Maceira, 1995 en Olivari y Barra, 2005).

En cuanto a los aspectos individuales, Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003) realizaron una investigación en la cual analizaron si existe relación entre autoconcepto y asertividad con el consumo de tabaco. La población fue conformada por alumnos pertenecientes a educación secundaria, el 45,7% de los sujetos fueron hombres y el 54,3% mujeres, siendo la media de edad 11 años. En cuanto a resultados reportaron que el nivel de autoconcepto de los sujetos mostró numerosas relaciones significativas con el consumo de tabaco, de manera

que los sujetos con mayores puntuaciones en autoconcepto es más probable que rechacen ofertas de tabaco, presentando actitudes más negativas hacia esta sustancia. Por otra parte, los sujetos con puntuaciones altas en asertividad es más probable que rechacen ofertas para fumar.

Por otra parte, la esfera social y sobre las relaciones de los jóvenes con sus pares, Caballero, González, Pinilla y Barber (2005) realizaron un estudio longitudinal de tres años, en jóvenes estudiantes de edades de entre 13 y 14 años. Su objetivo fue analizar los factores que determinan la adquisición y posterior consolidación del consumo de tabaco en los jóvenes adolescentes, los datos fueron recogidos mediante una encuesta individual. Los resultados mostraron que los factores principales predictores del inicio y consolidación de consumo de tabaco son los efectos de las relaciones con el grupo de amigos, el consumo de bebidas alcohólicas y el poco interés por los estudios. Varias investigaciones ya han reportado y sustentado que la presión a fumar por parte de los amigos predice la conducta fumadora (Nebot, Tomás, Ariza, Valmayor y Muddea, 2002; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009).

Por otra parte, en el aspecto familiar Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda y Bórquez, (2008) mencionan que uno de los mejores factores para enfrentar los problemas ocasionados por el consumo de tabaco es el apoyo familiar, ya que detectaron que los jóvenes que presentaban falta de apoyo religioso por parte de los padres, dificultades de comunicación intrafamiliar, son más propensos a el abuso del tabaco o alguna otra sustancia.

Acerca de las variables asociadas con la familia, Zuzulich, Cabieses, Pedrals, Contreras, Martínez, Muñoz y Espinoza (2010) han realizado un estudio longitudinal para determinar los factores de riesgo asociados al consumo de

tabaco en el último año de vida de en una población universitaria chilena. Para cumplir con dicho objetivo, se aplicó un cuestionario a 2045 estudiantes con promedio de edad de 20 años. Los resultados mostraron que el consumo de tabaco está asociado a factores de riesgo como la edad, el sexo femenino, relación con los padres y una baja religiosidad. Lo que significa que a mayor edad mayor riesgo de consumo de tabaco; según el sexo, se encontró una fuerte asociación positiva entre el sexo femenino y el consumo de tabaco. Además la religiosidad demostró ser un factor protector de consumo, por lo cual un individuo practicante presentaba menor probabilidad de haber consumido tabaco. En cuanto a la relación padre-hijo(a), una “buena relación” sería un factor protector de consumo. También, la influencia de los padres afectaría el hábito, no sólo si son fumadores, sino también cuando no lo son, por la “percepción” subjetiva del estudiante, con lo cual se establecería un menor riesgo de consumo.

Respecto al entorno familiar, Nuño, Álvarez, Velázquez y Tapia (2008) así como Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009), han reportado que el estado de no fumador se asocia de manera consistente con un mejor estado del ambiente familiar, de esta manera los no fumadores tienen una mayor comunicación y apoyo de los padres. Además de que la presencia de tabaquismo en el entorno familiar incrementa el consumo de tabaco en los jóvenes.

2.1.2. Variables asociadas al consumo de alcohol

Como ya se ha mencionado, en cuanto al consumo de sustancias adictivas es importante considerar los factores protectores y de riesgo, en el caso del alcohol, el ambiente en el que se desarrolla un joven siempre es determinante en la toma de decisión para comenzar a consumir una sustancia. Así que una de las

variables que juega un papel importante en el inicio de consumo de sustancias en la percepción de riesgo. Esta percepción de riesgo es la probabilidad de sufrir algún tipo de consecuencia, es decir, es la suma de la información que un sujeto posee sobre las consecuencias que puede llegar a tener, sumado a la experiencia que ya posee, dando como resultado la percepción de riesgo. Si un joven adolescente no posee información completa y detallada de todas las consecuencias que trae consigo el consumo excesivo de alcohol y también la experiencia percibida de el mismo y de su entorno le han mostrado que “no ha sufrido ninguna consecuencia de gravedad” da paso a que el consumo de alcohol no posea ningún tipo de riesgo (García del Castillo, García de Castillo-López y López-Sánchez, 2014).

Asimismo, Medina-Mora, Natera y Juárez (2005) llevaron a cabo un estudio donde participaron estudiantes de licenciatura de universidades públicas y privadas ubicadas en la Ciudad de México, con el objetivo de evaluar el impacto de las expectativas respecto al alcohol para la predicción del abuso de alcohol y se encontró que las creencias anticipadas respecto a los efectos positivos del consumo incrementan la probabilidad de presentar un consumo de alcohol de alto riesgo. Ahora bien, para que el joven estructure una percepción de riesgo y posteriormente una expectativa respecto al consumo de alcohol se han considerado cuatro variables principales asociadas al consumo de alcohol como fuente de aprendizaje; estas son las variables individuales, las familiares, las sociales y las escolares.

Entre las variables individuales o personales encontramos que la desinformación y prejuicios puede traer consecuencias negativas, ya que alienta a la curiosidad e impide valorar los riesgos, el adolescente puede llegar a creer que el alcohol no es una droga, también un factor es el déficit o problemas que presenta el joven, pues intenta compensarlos con el consumo de alcohol, intentando encubrir la baja autoestima, los trastornos de ansiedad y el estado de ánimo (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). Las habilidades sociales de un

individuo son un factor protector, pues cuanto más desarrolladas estén las habilidades sociales, el riesgo de consumo es menor. López y Rodríguez-Arias (2010) nos dicen que los jóvenes que tienen mayor creencia en el orden moral, actúan de manera protectora frente al consumo alto de alcohol, y por otra parte conductas antisociales actúan de manera protectoras frente al alto consumo de alcohol solo en el caso de que el adolescente cuente con información necesaria sobre consecuencias de consumo.

Por otra parte, la familia es un aspecto que también puede ser una variable protectora o una variable facilitadora para la inducción al consumo de alcohol. Principalmente, las familias que tienen muchos problemas de tipo afectivo, de establecimiento de límites y en el desarrollo de los papeles en la estructura familiar son señal de riesgo para el uso de drogas. Otros factores de riesgo son que la familia acepte el consumo de alcohol, es decir que los padres sean consumidores, otro factor es la ausencia de alguno de los padres o ambos, también el nivel socioeconómico bajo está asociado al inicio de consumo de alcohol y por último se ha reportado que el grado de educación bajo por parte de los padres representa un riesgo ya que los padres no cuentan con la capacidad para llevar con responsabilidad la orientación y transmisión de valores a sus hijos. Los padres y adultos consumidores actúan como el modelo social para los más jóvenes, es por ello que las variables familiares son tan influyentes en los futuros consumidores (Ramírez y Andrade, 2005).

En la actualidad nuestra sociedad ha adquirido una cultura de consumo orientada al efecto psicoactivo, donde se consumen grandes cantidades en un fin de semana, y hace participes cada vez a más hombres y mujeres. Actualmente el alcohol forma parte de la cultura y del entorno social en el que se desenvuelven los adolescentes, asimismo, los niños son participes de las múltiples ocasiones donde se encuentra el alcohol, como lo son las reuniones de amigos o familiares, festejo, celebración de un logro. Respecto a esto, la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982) sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las

culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero también es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004).

Continuando con el ámbito social, Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) dicen que se debe tomar en cuenta la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias, en decir, por la condición de droga legal, el alcohol se vuelve en una sustancia de fácil acceso para los jóvenes, en este mismo factor también se considera la institucionalización y aprobación social de las drogas legales y la publicidad, ya que el alcohol representa una fuente de ingresos para grandes empresas, la publicidad sofoca a la sociedad con anuncios que asocian las bebidas con valores, estímulos atractivos, amistad, carácter y personalidad, el sexo, el riesgo y la aventura, es por ello que se considera un producto socialmente aceptado, ya que se cree que las personas que consumen pueden obtener prestigio social.

Otra de las variables que son consideradas de suma importancia son las que se presentan en la convivencia con pares y pareja, pues se ha reportado que la presencia de amigos consumidores es un factor de alto riesgo, pues entre los jóvenes estudiantes se tiene la percepción del alcohol como facilitador de la interacción grupal y como reductor de la tensión, esto implica que los jóvenes que presentan un consumo alto de alcohol. Las relaciones entre los jóvenes con sus iguales y el medio escolar en el que se desenvuelven, nos permite observar las variables de tipo escolar, pues es en este ámbito que los jóvenes mantienen amistades que presentan una estrecha vinculación con el consumo de alcohol. Los adolescentes se encuentran vulnerables ante la presión de los iguales y el uso y la aprobación del alcohol por los iguales es de los más importantes predictores del consumo de alcohol, incluso por encima de los modelos de interacción familiar; es decir que el joven adopta con más facilidad conductas aprendidas por sus amigos que los modelos sociales presentados en casa. Pero

así como se puede considerar el ámbito escolar como un factor de riesgo también debe considerarse como factores de protección la claridad de normas en la escuela, la participación en las actividades extraescolares y complementarias ofertadas por la institución educativa. En este mismo sentido, existe correlación entre el consumo de alcohol y el tiempo dedicado a actividades deportivas y extracurriculares (Gil, 2008).

Después de revisar cuales son los factores de riesgo y protección que se relacionan en la toma de decisión de consumir o no una sustancia, ahora es más sencillo entender cómo están siendo afectados los jóvenes. El tabaco y el alcohol son las drogas más consumidas en todo el mundo, han sido muchos los estudios que nos permiten conocer las variables asociadas, lo cual nos da la oportunidad de hablar de prevención. Los factores que pueden modificarse son las variables más apropiadas para programas de prevención, como son las variables con relación a la actitud hacia el uso de tabaco o alcohol, las creencias y las aptitudes conductuales. De esta forma modificar la percepción del uso de sustancias, generando así factores de protección en la población, cuanto mayor sea el número de factores de riesgo, mayor debe ser el número de factores de protección para contrarrestar el riesgo. Una de la rama de la psicología que puede aportar herramientas para la transmisión de factores de protección a los jóvenes es la psicología de la salud, la cual se encarga de analizar comportamientos que pueden alterar la salud de cada individuo.

3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Para algunos autores la psicología de la salud, es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas (Brannon y Feist, 2001). Su objetivo es el entendimiento de los factores psicológicos en la salud de las personas, las razones por las que se enferman y cómo responden cuando se enferman (Taylor, 2007). Esta rama incluye una serie de contribuciones a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud y la mejora del sistema sanitario (Matarazzo, 1982 en Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

Rodríguez y Palacios (1989) señalan que la psicología juega un papel importante en el cuidado de la salud a la hora de procurar que las personas se mantengan saludables en lugar de esperar a tratarlas una vez que hayan caído enfermas. Así, la psicología comparte este papel con la medicina y otras disciplinas sanitarias, pero, a diferencia de la medicina (que tienden a estudiar enfermedades específicas), la psicología contribuye con ciertos principios de comportamiento generales específicamente relacionados con ciertas enfermedades. Es por esto, que los psicólogos han desarrollado técnicas de intervención en el campo de la salud para el tratamiento de diferentes tipos de padecimientos y así se han generado distintos campos de trabajo como lo son: la prevención en general, la educación para la salud apoyada en tecnología psicológica, la neuropsicología, la retroalimentación biológica, el tratamiento de trastornos psicosomáticos incipientes, la atención al paciente crónico-degenerativo en general, así como el estudio y tratamiento de adicciones, por mencionar algunos.

Relacionado con este último campo, el estudio, prevención y sobre todo el tratamiento de adicciones, ha adquirido gran importancia dentro de la psicología de la salud. Esto se puede atribuir a que el abuso crónico de sustancias adictivas es un problema de salud pública que ha ido en aumento y debido a la severidad de sus consecuencias: accidentes automovilísticos mortales, urgencias traumáticas; enfermedades físicas severas: cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, problemas cerebrovasculares, pancreatitis; pérdidas y alteraciones en diferentes áreas de vida cotidiana: depresión, ansiedad, insomnio, pérdida de redes de apoyo, suicidio, violencia, homicidios, desempleo, divorcio, hospitalizaciones, conducta delictiva, encarcelamientos, etc. (Barragán, González, Medina y Ayala, 2005).

3.1. Estudio y tratamiento de adicciones

Como ya se ha mencionado uno de los problemas que enfrenta nuestro país en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales por un amplio sector de la población debido, por una parte, a que estas sustancias alteran el funcionamiento del cuerpo, el comportamiento y la interacción con otros y, por otra, que su uso puede generar adicción y daños severos. Los equipos de atención a los problemas derivados del uso de drogas son multidisciplinarios debido a la complejidad multidimensional de este fenómeno, entre los profesionales de la salud implicados en el tratamiento de adicciones están los médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos. Los psicólogos juegan un papel muy importante y tienen el deber de participar, junto a otros profesionales, en el estudio de esta problemática social.

González, Fabelo y Naranjo (2015) mencionan que son dos las principales causas por las que los psicólogos se han insertado con fuerza en el campo de las

adicciones. La primera es que la mayoría de los modelos explicativos del consumo de drogas son de tipo psicológico y la segunda es que a pesar del auge de los tratamientos farmacológicos en los últimos años, la intervención psicoterapéutica es la que posee mayor relevancia en el trabajo asistencial con dependientes de sustancias.

Existen un sin fin de programas psicológicos en el tratamiento de adicciones diseñados por psicólogos. Entre ellos los programas cognitivo-conductuales que se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuencias ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas. Ya que los déficits en habilidades de afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son considerados como el mayor factor de riesgo para el uso de drogas (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

La terapia cognitivo conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el automonitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento de este tratamiento es anticipar posibles problemas y apoyar a los pacientes a desarrollar estrategias de enfrentamiento eficaces (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010). Entre las principales técnicas cognitivas conductuales para el abuso de drogas están el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, resolución de problemas y técnicas de autocontrol. A continuación una breve descripción:

Martin (2002) menciona que el término Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento se refiere a un conjunto de herramientas terapéuticas para el tratamiento de la dependencia alcohólica, cuyo objetivo es tratar al paciente para desarrollar y perfeccionar sus habilidades cognitivas y conductuales, promoviendo la conductas prosociales para mejorar en los aspectos sociales y saludables. Este modelo conceptual es capaz de conceptualizar una dependencia alcohólica, como un proceso maladaptativo de aprendizaje. Así, el objetivo central de la terapia de habilidades de afrontamiento es diseñar técnicas a través de las cuales las respuestas maladaptativas puedan ser “desaprendidas” y reemplazadas con conductas adaptativas. Un elemento clave de esta técnica es el análisis detallado del patrón de consumo de cada paciente para identificar los antecedentes individuales y consecuentes de la conducta del consumo de la sustancia. Los resultados de este análisis funcional proporcionan la base para desarrollar un plan específico de tratamiento para el paciente. Dicho plan puede indicar qué situaciones debe evitar el paciente, cómo debe manejar el paciente dichas situaciones si tienen lugar, y qué conductas alternativas (distintas a la de consumir) debe usar el paciente para afrontar dichas situaciones. .

Por otro lado, Barrueco, Hernández y Torrecilla (2009) señalan que los tratamientos preventivos de las recaídas constan de tres componentes básicos: el refuerzo de la decisión de abandono de la sustancia, la revisión de los beneficios del abandono y la ayuda para resolver problemas que surjan después del abandono. Estos componentes tienen como objetivo principal prevenir las recaídas iniciales después de que un individuo haya llevado a cabo un tratamiento. Martín (2002) menciona que la prevención de recaídas se puede desarrollar incluyendo componentes como instrucciones directas de estrategias de afrontamiento para situaciones específicas, modelado de dichas situaciones por los terapeutas, ensayo de conductas en juego de roles, retroalimentación acerca de las respuestas de los pacientes y de lo que los pacientes piensan

durante estas situaciones ensayadas, así como instrucciones acerca del proceso cognitivo para generar las respuestas alternativas a las situaciones de riesgo.

Por otra parte, la terapia de solución de problemas es un proceso cognitivo, afectivo y conductual en el cual el individuo va identificando y dando soluciones a problemas cotidianos de su vida, teniendo el objetivo de mejorar la competencia social y disminuir los malestares psicológicos provocados por dichos problemas (Becoña, 2011). Asimismo, D´Zurilla y Nezu (2001 en: Bravo y Valadez, 2013) definen la solución de problemas como el proceso cognitivo conductual autodirigido, por medio del cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para problemas específicos de su vida cotidiana.

Caro (2011) considera que este modelo es un ejemplo claro del modelo cognitivo-conductual, ya que se trabaja con las cogniciones, con los supuestos de los pacientes sobre la naturaleza de los problemas y con la posibilidades de resolverlos a la par de un entrenamiento en habilidades de tipo cognitivo que nos permiten aprender un procedimiento general para saber tomar decisiones en cualquier tipo de problemática, en este caso el consumo de drogas. En esta técnica se pretende enseñar a los pacientes a generar alternativas y a tomar decisiones por medio de un aprendizaje

Otra técnica cognitivo conductual de vital importancia es la de autocontrol, ya que el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida de que los niveles autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad, frecuencia y cronicidad de consumo de drogas (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003). Flores (2010) menciona que uno de los elementos básicos de la clínica de las adicciones es la pérdida del control sobre el uso de la sustancia que genera la dependencia. En tal sentido, uno de los objetivos terapéuticos es el restablecimiento del autocontrol en la vida del paciente, tanto en lo referente al uso de drogas, como a la normalización de su

estilo de vida. El objetivo principal es irremediablemente la abstinencia de todas las sustancias psicoactivas que puedan alterar la capacidad de decisión del paciente a lo largo de su recuperación, así como la actitud vigilante imprescindible para poder reconocer las situaciones de riesgo que puedan, por mecanismos de aprendizaje asociativo, desencadenar un deseo intenso irrefrenable, urgente por la droga (craving) o motivar la reaparición del hábito adictivo.

En el estudio del abuso de sustancias es importante mencionar los términos de uso, abuso y dependencia, ya que son usados con frecuencia para dictaminar que clase de consumo presenta unos pacientes y así poder apoyarlo de manera eficaz. Para Santo-Domingo y Rubio (2006) el término de abuso puede corresponder a un nivel más cultural que de cantidad, es decir que la frontera que existe entre uso y abuso la establece cada cultura. Pero en cuanto al término de abuso va a depender del si es un consumo compulsivo que provoque consecuencias negativas en su consumo, ya sean problemas sociales, físicos o psicológicos, y por último el término de dependencia se refiere más a las conductas adictivas y en la medición de cantidades en las que se utiliza una sustancia.

Por otra parte la OMS ha descrito el uso del alcohol en gramos, considerando el contenido de distintas bebidas, midiéndolas con unidades de bebida estándar, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol. Es así que la OMS establece que el consumo regular va de 20 a 40 gramos diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 gramos diarios en varones, el consumo regular está definido por un promedio de más de 40 gramos de alcohol al día en mujeres y de más de 60 gramos al día en hombres, al consumo excesivo se le considera al consumo por parte de un adulto, de por lo menos 60 gramos de alcohol en una sola ocasión y por ultimo a la dependencia del alcohol se le considera como al conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en

contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001).

3.2. Estrategias de prevención psicológica para adolescentes

La prevención es la manera en que individuos, maestros, comunidad escolar y social, instituciones y medios de comunicación se dedican a evitar la promoción de la cultura de las drogas en el país. Saavedra e Isorna (2012) menciona que existen tres motivos fundamentales por los que tenemos y debemos prevenir el consumo de drogas en niños y adolescentes. El primero de ellos es que si conseguimos que los niños y adolescentes no fumen ni beban alcohol, se evitará que de adultos se conviertan en personas con dependencia a las sustancias por los problemas que ello conlleva. El segundo motivo es que si esa persona no consume, evitaremos futuras enfermedades físicas (cáncer, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc.) y se reduce la probabilidad de que padezca de algún tipo de trastorno mental en su vida adulta. Y el tercer motivo es que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir en muchos casos drogas ilegales, como la cannabis, la heroína y la cocaína entre otras.

Sabiendo la importancia que tiene la prevención, los psicólogos, en los últimos 30 años han realizado grandes esfuerzos en la prevención del abuso de drogas y de los problemas asociados. Las acciones de prevención ha sido dirigidas a la población en general (prevención universal), a grupos de riesgo específicos (prevención selectiva) o a aquellas personas que ya manifiestan los primeros síntomas de problema (prevención indicada) (Gómez, Luengo y Romero, 2002).

Es así que en los años 70 y 80 es cuando comienzan a surgir los primeros programas preventivos que tienen como base en el modelo de las influencias

sociales y psicosociales a partir de distintos estudios, tanto de la psicología social como de la teoría del aprendizaje social. Estos programas se enfocaban en el desarrollo de habilidades sociales específicas, de igual forma en los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales, el cual insisten en el entrenamiento de habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de distintas drogas, pero también incluye el entrenamiento en habilidades generales (Becoña, 2007).

En México, la prevención ha pasado por diferentes etapas. El gobierno en distintas ocasiones ha intentado combatir las adicciones mediante el ataque a la oferta de drogas, estos ataques surgieron como respuesta a que en la población había aumentado el consumo de mujeres y adolescentes a una edad cada vez menor. En la época de los años 80 existía un vacío de información preventiva en las familias mexicanas ya que las instituciones oficiales exageraron sobre los efectos que causaban las drogas y se consideraban poco creíbles, una mala información trajo como consecuencias en las futuras generaciones. No fue hasta los años 90 que se comenzaron a realizar campañas de información dirigidas hacia los jóvenes, a quienes se les consideraba como los más susceptibles de contraer una adicciones (Cañal, 2003).

Para Inglés, Delgado, Bautista, et. al. (2007) en la actualidad, el conocimiento de las variables y de los mecanismos que se asocian al consumo de las drogas es una información útil para la elaboración de programas de prevención, los cuales están enfocados en aumentar la competencia personal mediante entrenamiento asertivo que no solo tiene efectos benéficos en la decisión de no consumir drogas sino que también en otros los aspectos psicológicos, por ejemplo, adquirir habilidad para rechazar ofrecimientos de bebida y mejorar la autoestima, y así crear factores que protegen del abuso de sustancias. También, al momento de elaborar un programa de prevención es importante tomar en cuenta que se debe enseñar que es posible convivir y divertirse con gente que consume alguna droga sin necesidad de usar alguna de estas sustancias, previniendo el abuso de alcohol y el consumo de drogas de

síntesis en contextos de ocio, para lograr retrasar la edad de inicio del consumo, promover la abstinencia o el uso responsable, reducir el abuso y el consumo de tabaco y alcohol.

En las últimas décadas los programas de prevención se han realizado principalmente en el ámbito escolar, ya que en él se encuentra la mayor parte de las personas que acaban de iniciar su consumo o que aún no lo han probado (Calleja, 2010). La mayor parte de estos esfuerzos de prevención se concentran en estudiantes de primaria y secundaria, específicamente en la transición de un nivel al otro, debido a que la experimentación con el tabaco y alcohol surge durante la búsqueda de identidad tras el cambio tan significativo en esta edad.

Algunos autores (Inglés, Delgado, Bautista, et. al., 2007) consideran que los programas de prevención deben incluir medidas que abarquen todas las variables que puedan influir en el inicio de consumo de algunas sustancias, por lo que es necesario considerar un programa de tipo multicausal. Este tipo de programa actúa en tres niveles; a) cognitivo, el cual proporciona información de las consecuencias negativas a corto y largo plazo, sobre los factores de riesgo y sobre las tasas de consumo adolescente con el fin de modificar la sobreestimación que suelen realizar para justificar la decisión adolescente de consumir y así lograr diferenciar entre uso y abuso; b) el nivel actitudinal se centra en la abstinencia con el objetivo de fortalecer actitudes favorables hacia la salud, también se busca inculcar percepciones y actividades contrarias al consumo; por último, c) el nivel conductual en el que se entrena en habilidades sociales para desarrollar la capacidad de relacionarse sin necesidad de consumir alcohol y resistir la presión de grupo. También se entrena en habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones, para que el adolescente pueda tener la iniciativa de involucrarse en actividades que favorezcan su desarrollo intelectual o físico durante sus tiempos de ocio. Finalmente se entrena en habilidades de autocontrol, como el autorreforzamiento del consumo responsable los fines de semana.

En distintas investigaciones (Fernández, Nebot, y Jané, 2002; Gómez, Luengo y Romero, 2002; Pérez y Vinaccia, 2014) se considera que el entrenamiento en habilidades personales, habilidades sociales, de auto control, de resistencia, de afrontamiento, entrenamiento en asertividad, resolución de problemas y toma de decisiones son indispensables para la elaboración de un programa de prevención, además que los efectos positivos de estas estrategias van más allá de los beneficios de la abstinencia, ya que trascienden a cualquier aspecto de la vida del adolescente.

Entre otras estrategias podemos considerar la intervención mínima sistematizada en cinco partes que es comúnmente conocida como 5A, por sus cinco pasos en inglés: 1) Ask: preguntar sobre el consumo, 2) Advice: aconsejar 3) Assess: evaluar 4) Assist: ayudar a dejarlo y 5) Arrange: organizar un seguimiento. Esta ha sido empleada en el consumo de tabaco donde la intervención formativa tuvo duración de una hora, y se retroalimentó sobre epidemiología, importancia de la intervención en pacientes hospitalizados, intervenciones eficaces, intervención mínima sistematizada en cinco partes, y el tratamiento farmacológico y estrategias psicológicas (Ballbè, Vehils, Rifá, Walther, Cerezuela y Solé, 2008). Asimismo, la presentación de consejo breve como lo es el folleto de intervención breve para prevención indicada, el cual pretende presentar las consecuencias del consumo de drogas y motivar al cambio de manera breve, y a su vez se entrega el folleto con retroalimentación sintetizada, la característica principal de esta intervención es que la duración que es mínima, aproximadamente de entre 5 o diez minutos.

3.3. Estrategias de intervención psicológica en adolescentes

Los tratamientos psicológicos efectivos para para la intervención de tabaco y alcohol surgen en los años 60, junto con la aparición de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70, desde aquellos años ya se habían desarrollado y utilizado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída. La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituyen la base del tratamiento psicológico de los consumidores de sustancias (Becoña, 2003).

La aparición de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de adicciones apareció después de notar que en los pacientes no es suficiente una desintoxicación, por lo que la probabilidad de que el sujeto volviera a caer en el consumo era muy alta, es por ello que se han implementado intervenciones donde se aborde la prevención de recaídas y el afrontamiento de factores de riesgo. La importancia de la intervención psicológica permite a quien padece de algún tipo de adicción comprender y analizar su problema con el tabaco o alcohol, aprenderá también a identificar las situaciones de riesgo o antecedentes de consumo, de esta forma logrará anticipar las consecuencias del mismo. Gracias a la intervención logrará manejar estrategias de afrontamiento, sobre todo cuando logre identificar las señales que anteceden a una recaída, y por último el psicólogo intentará fomentar cambios en el estilo de vida del paciente, que no estén relacionados con el consumo de tabaco y alcohol (Lorenzo, Laredo, Leza y Lizasoain, 2009).

Sánchez (2002) dice que en las intervenciones en adicciones es común desarrollar en los pacientes estrategias de afrontamiento a las situaciones potenciales de riesgo, por ejemplo la conducta de evitación, la cual consiste en no exponerse a situaciones de alto riesgo, como asistir fiestas donde se consumirá alcohol y tabaco, también se desarrolla la conducta de escape, donde el sujeto deberá huir o salir de una situación de alto riesgo, y también la modificación de estímulos, es decir, introducir estímulos que minimicen el riesgo, por ejemplo salir a la calle con el dinero necesario para así no poder gastar en la sustancia problema.

Adentrándonos en el caso específico de los adolescentes, de acuerdo al patrón de consumo, el nivel de riesgo y las consecuencias asociadas al consumo de tabaco, es necesario considerar distintos tipos de prevención, ya que algunos programas que pueden ser útiles para un grupo o un individuo, es decir, pueden afectar poco o nada en otros casos. Los jóvenes que no consumen cuentan con programas de prevención universal, así como también existen programas de rehabilitación para jóvenes que presenten síntomas de dependencia. Sin embargo para Martínez, Pedroza, Muro, de los Ángeles, Jiménez-Pérez y Salazar (2008) existe otro grupo de adolescentes que presentan problemas asociados con el consumo del alcohol sin presentar síntomas de dependencia, para este tipo de jóvenes se recomiendan los programas de prevención indicada, es decir, de intervención breve.

Los objetivos principales de las intervenciones breves para el tratamiento de las adicciones son la disminución del patrón de consumo, la identificación de situaciones de riesgo para el consumo, el desarrollo de estrategias para enfrentarse a estas situaciones, y reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo. En cuanto la eficacia de programas de tratamiento en adicciones resaltan las intervenciones breves, pues han demostrado su efectividad en la reducción de las tasas de consumo y las consecuencias negativas de un alto

consumo. Entre los objetivos de este tipo de terapia, son el identificar de manera temprana a las personas que consumen tabaco, alcohol y otras drogas, para advertir que su patrón de consumo podría traer consecuencias negativas. Este tipo de terapia es de tipo motivacional y favorecen al individuo a la elección entre la abstinencia y la reducción del consumo como meta viable al cambio. Por lo general este tipo de intervención retoma los principios de la Teoría del Aprendizaje Social, en la cual se plantea que el consumo de alcohol y otras drogas se aprende mediante la exposición y experimentación de patrones de comportamiento. Estos patrones pueden ser modificados a partir de nuevas situaciones de aprendizaje, siendo las propias personas el ingrediente activo en el proceso de cambio de su consumo, y en el empleo de estrategias para controlar su consumo y evitar las recaídas (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala 2008).

De acuerdo a lo anterior, en México se desarrolló el “programa de intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol u otras drogas” (PIBA) (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005). Dicho programa ha mostrado que las intervenciones breves son de utilidad para la población adolescente en contextos escolares. Este programa consta de una sesión de evaluación del patrón del consumo, una sesión de inducción, cuatro sesiones de tratamiento y tres sesiones de seguimiento.

Otro tipo de intervención breve son aquellas que constan de una sola sesión o de “intervención mínima”, esta sesión se centra principalmente en la intervención breve, la cual consiste en acompañar a las personas para que reconozcan sus problemas potenciales en el momento actual, y se intenta resolver la percepción respecto al cambio de su consumo. Para lograr un impacto de cambio en los adolescentes se utilizan estrategias como la retroalimentación personalizada sobre los efectos de las sustancias, y planteamiento de metas de reducción de consumo (Martínez, Salazar, Pedroza, y Ayala 2008).

CAPÍTULO 4. INTERVENCIÓN BREVE

La intervención breve es una intervención limitada en el tiempo, de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico, que incluye una evaluación global, un asesoramiento breve y un cierto seguimiento. Bajo esta denominación se incluyen una serie de intervenciones marginales con respecto a los programas y procedimientos terapéuticos tradicionales, que tienen como característica su brevedad y concisión, y suelen ser realizadas por psicólogos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales (Rodríguez-Martos, 2002).

Cualquiera que sea el contexto, las intervenciones breves son prometedoras en el abordaje temprano de los problemas relacionados con el consumo de sustancias como el tabaco y alcohol, para reducir el daño que causan en los pacientes y la sociedad. En general, la OMS (2011b) menciona las intervenciones breves en la atención primaria de salud consisten en una breve retroalimentación y consejo de tres minutos de duración o una terapia breve de 15 a 30 minutos de duración.

Estas intervenciones breves han sido muy eficaces para identificar a los usuarios con riesgo moderado y principalmente para cambiar sus hábitos de consumo de sustancias. Por lo que no están diseñadas para el tratamiento de personas con dependencia, que por lo general requieren un abordaje clínico más intensivo (Santo-Domingo y Rubio, 2006). Sin embargo, puede utilizarse con el objeto de motivar a los pacientes a que acepten una derivación para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento.

Babor y Higgins-Bidle (2001) destacan que la terapia breve es un proceso sistemático, centrado en una evaluación rápida, rápida adherencia del paciente y una implementación inmediata de las estrategias de cambio. Difiere del consejo breve, ya que el objetivo de este último es proporcionar a los pacientes las herramientas adecuadas para cambiar actitudes básicas y manejar los diversos problemas subyacentes. Mientras que la terapia breve utiliza los mismos elementos básicos del consejo breve, su objetivo es más extenso y requiere más contenido, por lo tanto, más tiempo que éste. Como el consejo breve, el objetivo de la terapia breve es reducir el riesgo de los daños resultantes del consumo excesivo. Debido a que el paciente puede ya haber experimentado el daño, existe la obligación de informarle sobre la necesidad de esta acción para prevenir problemas médicos relacionados con el consumo de drogas.

Algunos ejemplos de intervenciones breves son las que están vinculadas a la Prueba de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) (Babor y Higgins-Bidle, 2001) y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) (OMS, 2011b).

Respecto a la intervención breve vinculada con el AUDIT, que generalmente es adecuada para personas cuya puntuación en el AUDIT se sitúa en el rango de 16-19. Los pacientes que obtienen tales puntuaciones probablemente serán bebedores con consumo perjudicial, que han experimentado problemas de salud físicos y mentales debidos al consumo habitual de alcohol por encima de las pautas de consumo de bajo riesgo; y/o experimentado lesiones, violencia, problemas legales, pobre rendimiento laboral o problemas sociales debidos a la intoxicación frecuente. Si un paciente indica que ha sufrido una lesión o accidente en el último año o que los demás han expresado preocupación, debe considerarse una terapia breve. La terapia breve también puede ser adecuada para aquellos bebedores de riesgo que necesitan abstenerse del alcohol

permanentemente o durante un período de tiempo. Este puede ser el caso de las mujeres que están embarazadas o en lactancia y de personas que están tomando medicación con la que el consumo de alcohol está contraindicado (Babor y Higgins-Bidle, 2001).

Asimismo, la intervención breve vinculada a ASSIST fue diseñada específicamente para las personas con riesgo moderado por el consumo de sustancias según las puntuaciones del ASSIST, y proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada paciente. Esto es las personas que no son dependientes pero consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, lo que puede llevarlas a tener problemas tanto de salud, como sociales, legales, laborales o económicos, o que exista un riesgo potencial de tener problemas de continuar el consumo de sustancias. Por lo general, las intervenciones breves no constituyen un tratamiento individual para las personas con dependencia o que están en alto riesgo por consumir sustancias. La intervención breve podría utilizarse para alentar a este tipo de usuarios a que acepten ser derivados para evaluación y tratamiento (OMS, 2011b).

4.1. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).

Un instrumento que se vincula a la intervención breve es la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Este instrumento fue diseñado por la OMS en 1997 con el fin de detectar consumo de todas las sustancias psicoactivas, no sólo de alcohol y tabaco (OMS, 2011b). Tiene como objetivo principal detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar principalmente el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógeno y opiáceos (OMS, 2011b).

Este cuestionario indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinar la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” o “alto”, y en cada caso se determina la intervención más adecuada “sin intervención”, “intervención breve” o “tratamiento más intervención” respectivamente. Asimismo, el ASSIST obtiene información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida y da información de los problemas relacionados en los últimos tres meses. Con los resultados obtenidos es posible proporcionar a los usuarios retroalimentación respecto a sus puntuaciones y los problemas relacionados con su nivel de riesgo.

En los últimos años se han realizado estudios, en diferentes países y con diferentes tipos de población, los cuales han demostrado que el ASSIST es herramienta efectiva y útil para las estrategias de detección temprana del consumo de sustancias adictivas.

Relacionado con lo anterior, Pérez, Calzada, Rovira y Torrico (2012) realizaron un estudio con el objetivo mostrar las propiedades psicométricas del test ASSIST, aplicado a una muestra de consumidores de cocaína de España,

captada fuera de un contexto terapéutico. El análisis de la fiabilidad se realizó bajo la perspectiva de la Teoría clásica de los tests (TCT), y más concretamente, se aplicó el procedimiento de consistencia interna, calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados mostraron en términos generales, que el ASSIST tuvo una adecuada fiabilidad sobre la muestra de consumidores de cocaína, sus ítems también mostraron adecuados índices de discriminación. Es decir, desde la perspectiva de la TCT, el ASSIST reunió una adecuada fiabilidad al aplicarlo sobre esta muestra.

Por otra parte, en el mismo año, Linage y Gómez-Maqueo (2012) realizaron un estudio con el objetivo de obtener la validez concurrente y la confiabilidad test-retest del ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) en población adolescente estudiantil de la Ciudad de México. Participaron 235 jóvenes de un plantel educativo público de nivel medio superior con una edad promedio de 16.15 años. Los resultados de este estudio demostraron que el ASSIST cumple con los requisitos psicométricos necesarios para ser empleado como un instrumento de detección válido y confiable en escenarios escolares, para el consumo de sustancias, legales e ilegales en estudiantes mexicanos, dado que reporta en términos estadísticos, datos que demuestran poseer validez concurrente y confiabilidad test-retest (estabilidad temporal). En cuanto a la confiabilidad, el ASSIST resultó ser una prueba con consistencia interna que además posee estabilidad temporal para la mayoría de las categorías medidas, lo cual es una ventaja cuando se desea tamizar a una población en riesgo como pueden ser estudiantes expuestos al consumo de sustancias, ya que ofrece cierta certeza de que las puntuaciones obtenidas están cerca o reflejan la puntuación real o verdadera del examinado.

Algunos otros autores que destacan la validez y utilidad del ASSIST en estudiantes mexicanos son Hernández-Cervantes y Alejandre-García (2015). Mediante un estudio epidemiológico de corte transversal en el cual participaron

estudiantes de primer año de todas las licenciaturas de una universidad privada en Morelia, Michoacán. Este estudio tuvo el objetivo de evaluar la relación del riesgo suicida con el uso de tabaco y/o alcohol. Para medir el uso de alcohol y tabaco se empleó la prueba ASSIST. Los resultados mostraron que el uso alcohol y tabaco son indicadores de alerta, no sólo para riesgo suicida sino para otras problemáticas. En cuanto al uso del ASSIST, los autores de este estudio comprueban la validez y utilidad predictiva para la detección oportuna de problemas por uso de sustancias en universitarios, dado el incremento de las tasas de tabaquismo y alcoholismo en el país en la población adulta joven.

Asimismo, Soto-Brandt et al. (2014) analizaron la validez del ASSIST en versión chilena. La muestra en la cual se aplicó el ASSIST fue de 400 usuarios de servicios de tratamiento drogas y alcohol ambulatorios y residenciales de la atención primaria de salud, comisarías y empresas. Los resultados obtenidos en este estudio demostraron las buenas propiedades psicométricas del ASSIST para la detección de distintos niveles de riesgo asociados al consumo de sustancias en población general de Chile. Estos autores destacan la importancia de contar con instrumentos breves, válidos y confiables que consideren las particularidades lingüísticas y tipos de sustancias usadas en el cada país, ya que esto permitirá la planificación e implementación de una política pública de detección temprana, intervención breve y hacer referencia a tratamiento que contribuya a mejorar la salud de la población.

Como lo han reportado ya los anteriores estudios, desde el punto de vista psicométrico, el ASSIST posee la ventaja de que en una sola medición ofrece un estimado por cada sustancia y además de una puntuación global de involucramiento por droga. Esto podría considerarse una ventaja sobre otros instrumentos de detección que solo miden una sustancia a la vez, ya sea alcohol o tabaco o drogas ilegales. Asimismo el bajo costo de aplicación hace recomendable su uso en la atención primaria de salud, especialmente si se le vincula a la intervención breve.

Por otra parte, además de la elección del ASSIST como un instrumento de detección adecuado, debemos de considerar las características de la población que será evaluada. En el caso de la población de jóvenes esta prueba de detección es de gran apoyo para una detección y atención oportuna, dado que los jóvenes estudiantes son un grupo vulnerable ante el consumo de sustancias legales e ilegales.

MÉTODO

Participantes

Fueron 26 alumnos, de los cuales 12 pertenecían al nivel medio superior (Colegio de Ciencia y Humanidades Azcapotzalco) con edades de entre 17 y 19 años de edad y 14 eran alumnos de licenciatura (Facultad de Estudios Superiores Iztacala) con edades entre 21 y 23 años de edad. Se utilizó una muestra accidental y predeterminada. Accidental, al incluir usuarios que voluntariamente accedieron a la evaluación para determinar el tipo de riesgo en su salud por su actual patrón de consumo de alcohol y/o tabaco y predeterminada, al elegir solamente a quienes cubrieron los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: a) alumnos que estuvieran cursando el último año de bachillerato de entre 17 y 19 años de edad, b) alumnos que estuvieran cursando el último año de la licenciatura de entre 21 y 23 años de edad, c) alumnos que tuvieran dependencia media al alcohol y/o tabaco. Los criterios de exclusión fueron: a) no cubrir con el nivel de dependencia de alcohol y/o tabaco b) cubrir con nivel de dependencia mayor a una sustancia diferente del alcohol y tabaco.

Diseño

Diseño A-B-A, con este tipo de arreglo se fortalece el análisis del control de los efectos ocasionados por el retiro de la intervención, en este caso Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias (OMS, 2011b), posibilitando con mucha certeza responsabilizar a la variable independiente (disminución de consumo de alcohol y/o tabaco) del cambio. En este caso el retiro de la intervención es la llamada “reversión” que consiste en dejar de aplicar la variable independiente a la variable dependiente seleccionada, es decir, volver a las condiciones iniciales de la línea base. La aplicación de este

diseño con varios sujetos fortalece las conclusiones acerca de los efectos de la intervención (Moreno, López, Cepeda, Alvarado y Plancarte, 2008).

Instrumentos

- Entrevista: Se obtuvieron datos sociodemográficos, historial académico (promedio, materias reprobadas) y laboral, escolaridad de los padres, historia de consumo de alcohol y tabaco.
- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). El objetivo principal de esta prueba es indicar la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido (OMS, 2010).
- Línea Base Retrospectiva-LIBARE (Sobell y Sobell, 1992)
- Entrevista de seguimiento
- Consentimiento informado
- Tríptico sobre “Algunos consejos para disminuir el consumo de alcohol”. (Elaborado por los autores de este proyecto).
- Tríptico sobre “Algunos consejos para disminuir el consumo de tabaco”. (Elaborado por los autores de este proyecto).

Procedimiento

Los participantes se identificaron en el salón de clases, invitándolos a participar voluntariamente a realizar un cuestionario que les indicó el nivel de riesgo que tiene para su salud su actual forma de consumir tabaco o alcohol. Fue importante aclarar a los alumnos que su forma de consumo debía de ser frecuente.

Después de que se identificaron a los alumnos consumidores de tabaco o alcohol y que accedieron a participar, en la admisión, se le informó al participante sobre el objetivo de la investigación, las características del ASSIST y se hizo entrega del consentimiento informado y la tarjeta de respuestas.

“Gracias por aceptar a participar en esta breve intervención sobre el alcohol y tabaco. Te voy hacer algunas preguntas sobre tu experiencia de consumo de sustancias a lo largo de tu vida así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta intervención, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por tu médico. Sin embargo, si has tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los tomas más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces házmelo saber. Si bien estamos interesados en conocer tu consumo de diversas drogas, por favor ten por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad. Es por ello que te hago entrega de este consentimiento informado, mediante este documento constatamos que toda la información obtenida a lo largo de la investigación será sólo con fines de investigación y en el cual, sí estás de acuerdo, das tu autorización mediante tú firma.”

Al terminar la aplicación del ASSIST se proporcionó un consejo breve motivacional de 15 minutos aproximadamente. Dicho consejo fue proporcionado en 10 pasos (OMS, 2011a), los cuales se describen a continuación:

PASO 1 y 2. En la primera parte de este paso se preguntó al participante si estaba interesado en ver sus puntuaciones obtenidas en el ASSIST, y si estaba de acuerdo se proporcionará información sobre su puntuación y el nivel de riesgo asociado ya sea bajo, moderado o alto con ayuda de la tarjeta de respuestas. La

segunda parte de la retroalimentación consistió en indicar los riesgos asociados con cada sustancia consumida, principalmente la sustancia (o sustancias) con la mayor puntuación, en este caso tabaco y/o alcohol. La información relacionada con esta segunda parte de la retroalimentación se encuentra en la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST en dos recuadros (tabaco, alcohol). Cada recuadro enumera los daños, que van de menos severo (sombreado claro) a más severo (sombreado oscuro) para cada sustancia. Estos daños se informaron al participante tal como aparecen en la tarjeta.

Posteriormente, si el nivel de riesgo para tabaco y alcohol era bajo, en ese momento se daba por terminada la intervención.

“¿Estás interesado en saber qué puntuaciones has obtenido? En bebidas alcohólicas y/o tabaco has obtenido una puntuación de cinco, lo que quiere decir que tu actual forma de consumir representa un riesgo bajo para tu salud. Por lo tanto, es importante que estés consciente que mantener esta forma de consumir es una decisión responsable por parte tuya.”

Por el contrario, si el nivel de riesgo para tabaco o alcohol era moderado o alto, se prosiguió con los pasos del consejo breve.

PASO 3. En este paso se proporcionaron algunas estrategias sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de alcohol o tabaco con ayuda de un tríptico el cual contenía “Consejos para disminuir el consumo de alcohol/tabaco”.

“Ya que hemos revisado las consecuencias que trae consigo el consumo de tabaco, te mencionaré que es importante saber que la mayoría de estas consecuencias pueden evitarse si decides reducir o eliminar tu consumo, de esta forma reducirás el riesgo de problemas para tu salud, tanto en el presente como en el futuro. Este folleto nos muestra que hay varias estrategias mediante las

cuales puedes comenzar a reducir tu consumo. Por ejemplo, si extrañas el tener algo en tu boca, intenta con chicles o paletas sin azúcar”

PASO 4 y 5. A continuación el terapeuta permitió a los usuarios responsabilizarse de sus decisiones respecto a su consumo de tabaco o alcohol, además preguntó a los participantes cuán preocupados estaban por sus puntuaciones, mediante una pregunta abierta.

“Debo decirte que sólo tú eres responsable de las decisiones que tomes respecto a tu consumo de tabaco/alcohol, tu eres quien decide si reduce o elimina tú consumo. Ahora que te he proporcionado toda esta información, quiero saber ¿qué tan preocupado estás por tu consumo?”

PASOS 6 y 7 Durante este paso se trabajó con ayuda de un cuadro constituido por dos columnas que permite analizar las consecuencias asociadas al consumo de tabaco o alcohol (“cosas buenas” contras las “cosas no tan buenas”), con el propósito de hacer un balance decisional. Para contestar dicho cuadro se dieron las siguientes instrucciones:

“Una vez que me has mencionado que tan preocupado estas por tu consumo, te voy a pedir que me ayudes a llenar un cuadro, el cual está constituido por dos columnas. Una de ellas se refiere a las cosas buenas, o dicho de otra forma, lo que te gusta de consumir tabaco/alcohol. Otra de ellas se refiere a las cosas no tan buenas de consumir, respecto a estas cosas no tan buenas de consumir algunos de tus compañeros me han mencionado que lo que no es tan bueno es que gastan dinero en exceso.”

Si el participante tenía dificultades para hablar de los problemas asociados al consumo, se alentaba a hacerlo por medio de las respuestas dadas durante la administración del cuestionario ASSIST, en particular la pregunta 4 *“En los últimos meses, ¿Con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga,*

segunda droga, etc.) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? o con preguntas abiertas que lo hicieran hablar sobre los siguientes temas:

- **Salud:** física y mental.
- **Social:** relaciones con la pareja, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo.
- **Legal:** accidentes, problemas con la ley, conducir bajo la influencia de una sustancia.
- **Económico:** impacto en el presupuesto personal.
- **Ocupacional:** dificultad con el trabajo, los estudios, encargarse de la casa y la familia.
- **Espiritual:** sentimientos de culpa, integridad.

Se utilizaron frases como: *“¿Qué cosas consideras buenas de consumir respecto tu salud?”, “¿Qué cosas consideran no tan buenas de consumir en cuanto a tu economía?”.*

PASO 8 Posteriormente, se hizo un resumen de lo mencionado por el participante y se reflexionó haciendo hincapié en las “cosas menos buenas”.

“Mencionas que algo no tan bueno de consumir alcohol es que tienes problemas con tus padres, que gastas todo tu dinero al momento de comprar cervezas y que has faltado a clases por causa de la resaca del día siguiente ¿Habías considerado estas cosas no tan buenas, en algún otro momento?”

PASO 9 En este paso se hizo otra pregunta abierta semejante a la que se hizo en el paso 5 respecto a la preocupación sobre la puntuación del ASSIST. Aunque es una repetición de una pregunta anterior, sirvió para fortalecer el pensamiento de cambio en los participantes y proporciono una base para que los terapeutas llevaran la intervención breve más allá si el tiempo lo permitía.

“¿Te preocupan las cosas no tan buenas que me has mencionado?”

PASO 10 En este es el último paso se hizo entrega al usuario de los materiales para llevar a la casa. El usuario debía recibir una copia de su tarjeta de respuestas, y material informativo, dicha información se entregó en dos trípticos el primero de ellos tenía información general acerca de los efectos que tiene el tabaco o alcohol a corto plazo y largo plazo para la salud. El segundo folleto tenía algunas estrategias para poder disminuir y eliminar el consumo de tabaco y/o alcohol (“Consejos para disminuir el consumo de alcohol/ tabaco”).

Al terminar el Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias (OMS, 2011b) se aplicó la LIBARE, la cual constó de un registro retrospectivo de la cantidad de consumo de tabaco o alcohol del usuario, tres meses antes de la evaluación para los usuarios que registraron un mayor puntaje de consumo de bebidas alcohólicas y un mes antes de la evaluación para los usuarios que registraron un mayor puntaje en el consumo de tabaco.

Sesiones de seguimiento

La sesión de seguimiento tuvo como objetivo medir el impacto que tuvo Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias (OMS, 2011b) en cada uno de los participantes un mes después del consejo breve. Esta sesión estuvo constituida por una LIBARE, la cual constó de un registro retrospectivo de la cantidad de consumo de tabaco o alcohol del usuario, un mes después de la evaluación. Además de hacer una entrevista, que estuvo constituida por 10 apartados, relacionados con el consumo de tabaco/alcohol del participantes en el último mes.

Análisis de datos

Para esta investigación se obtuvo la estadística descriptiva de los datos obtenidos y se aplicó una prueba t para muestras relacionadas comparando la media del patrón de consumo antes de aplicar la intervención breve y el patrón de consumo obtenido un mes después de aplicar dicha intervención, con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención breve en el cambio de patrón de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nivel medio superior y superior.

RESULTADOS

Los resultados del presente trabajo se dividirán en dos apartados, en el primero se presentaran los resultados por pregunta y generales de la aplicación del ASSIST (OMS, 2010). En el segundo apartado se presentarán los resultados de la aplicación de la “Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias” (OMS, 2011).

Prueba de detección de consumo alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) (OMS, 2010).

Se obtuvieron datos de 26 participantes, de los cuales 12 pertenecían alumnos de bachillerato y 14 eran alumnos de licenciatura. El 53.8 % de la población eran mujeres y el resto (46.2%) eran hombres.

Tabla 1. Se muestra la media y desviación estándar de la edad, promedio escolar y materias reprobadas de los 26 participantes.

	M	DE
Edad	20.19	2.209
Promedio escolar	8.52	6.415
Materias Reprobadas	1.27	2.631

La edad promedio de los participantes (ver tabla 1) fue de 20.19 años (DE=2.20) y la media del promedio escolar fue de 8.52 (DE=6.41), en tanto que la media de materias reprobadas fue de 1.2 (DE=2.6) y con respecto a si trabajan, el 76.9% de los participantes refirió estar desempleado (ver tabla 2).

Tabla 2. Se muestra la frecuencia y porcentaje de la situación laboral de los 26 participantes.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Medio tiempo	2	7.7%
Trabajo temporal	2	7.7%
Desempleado	20	76.9%
Fines de Semana	2	7.7%
Total	26	100.0%

A los 26 participantes se le aplicó la prueba de detección la Prueba de detección de consumo alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y a continuación se describen los resultados obtenidos por pregunta: Del total de la muestra y de acuerdo a los datos arrojados por la primer pregunta del ASSIST, “A lo largo de tu vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?”, las tres principales sustancias de consumo alguna vez en la vida entre os 26 participantes fue el alcohol, el tabaco y cannabis (ver figura 1). El porcentaje obtenido para los alumnos que cursan el bachillerato el 100% señalaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida y cannabis el 72.7%. Con respecto a los participantes que cursan licenciatura el 85.7% señalaron haber consumido tabaco, el 92.9% alcohol y el 57.1% cannabis.

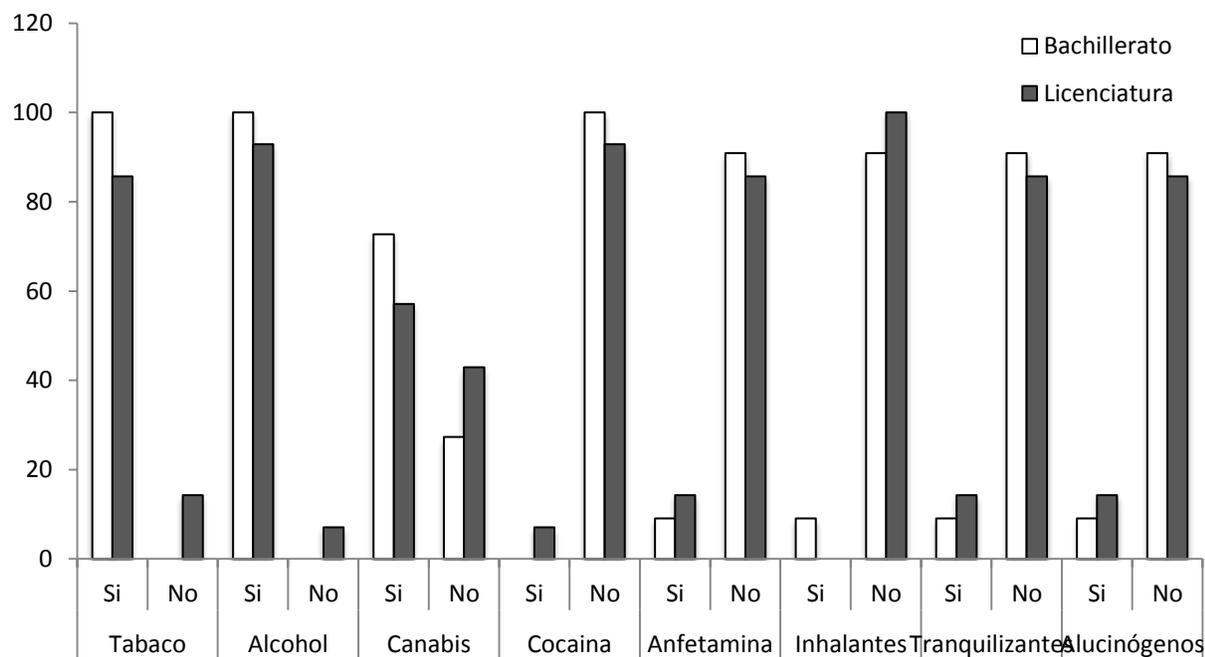


Figura 1. Se muestra el porcentaje de las sustancias que han consumido alguna vez de los 26 participantes que cursan el bachillerato y la licenciatura en la pregunta 1: “A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?”

Con respecto a la segunda pregunta 2, el 36.4 % de los participantes que cursan el bachillerato señalaron que en los últimos 3 meses han consumido tabaco diario o casi diario. Los participantes que cursan la licenciatura el 42.9% señalan que los últimos tres meses han consumido 1 o 2 veces tabaco. En relación al consumo de alcohol en los últimos tres meses en los alumnos de bachillerato un 54.5% señalan consumir mensualmente y el 21.4% señala consumir semanalmente. El consumo de alcohol en los participantes de licenciatura se distribuye de forma semejante en las opciones de respuesta: nunca (21.4%), una o dos veces (28.6%), mensualmente (21.4%) y semanalmente (21.4%). La frecuencia del consumo de cannabis el 45.5% de los alumnos de bachillerato fue principalmente una o dos veces en los últimos tres meses y el 45.5% señaló que en los últimos 3 meses nunca había consumido. De la frecuencia de consumo de cocaína, anfetaminas, inhalantes tranquilizantes y

alucinógenos más del 90% señalaron no haber consumido en los últimos tres meses (ver figura 2 a y b).

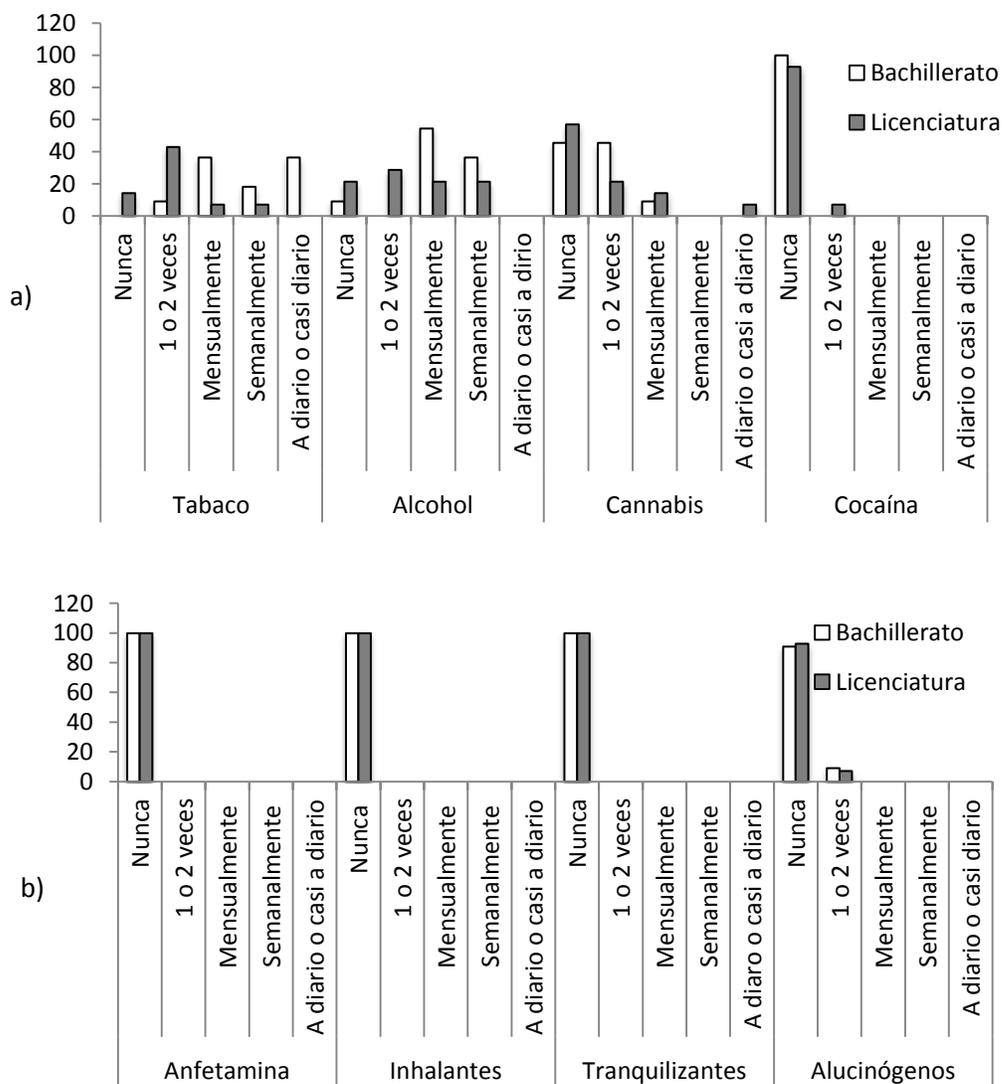


Figura 2. Se muestra en la figura a) y b) el porcentaje en cada una de las opciones de respuesta elegida por los estudiantes de bachillerato y licenciatura en la pregunta 2 “¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?”.

En la figura 3 se observa que los participantes de bachillerato señalaron principalmente que nunca (45%), 1 o 2 veces (27.3%) y a diario o casi diario tuvieron deseos fuertes o ansias de consumir tabaco. Las respuestas señaladas

por los alumnos de licenciatura, el 64.3% señaló nunca, el 14.3% señaló semanalmente y 14.3% señaló diario o casi diario tuvieron deseos fuertes o ansias de consumir tabaco en los últimos 3 meses (ver figura 3 a).

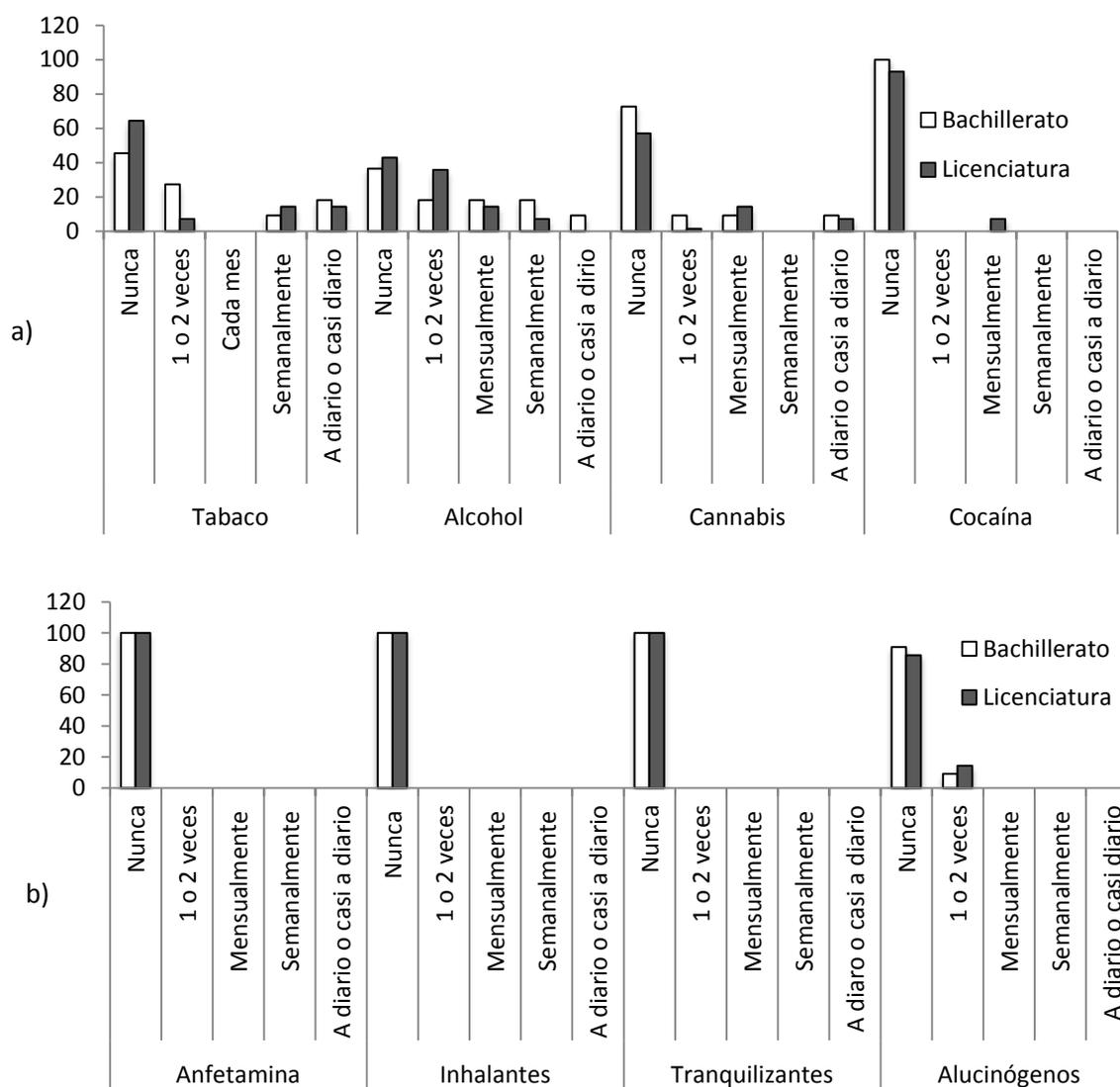


Figura 3. Presenta en la figura a) y b) el porcentaje de cada una de las opciones de respuesta elegida por los estudiantes de bachillerato y licenciatura a la pregunta 3 “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?”.

En la misma figura se puede observar que, en relación a la frecuencia en que los participantes de bachillerato tuvieron fuertes deseos o ansias de consumir alcohol, el 42.9% señaló que nunca, el 18.2% señaló que 1 o 2 veces, el 18.2% señaló que mensualmente y el 18.2% señaló que semanalmente (figura 3 a). Con relación a la frecuencia en que los participantes han tenido en los últimos tres meses deseos fuertes o ansias de consumir cocaína, anfetamina, inhalantes, tranquilizantes y alucinógenos más el 90% tanto los participantes de bachillerato señalaron la opción de nunca.

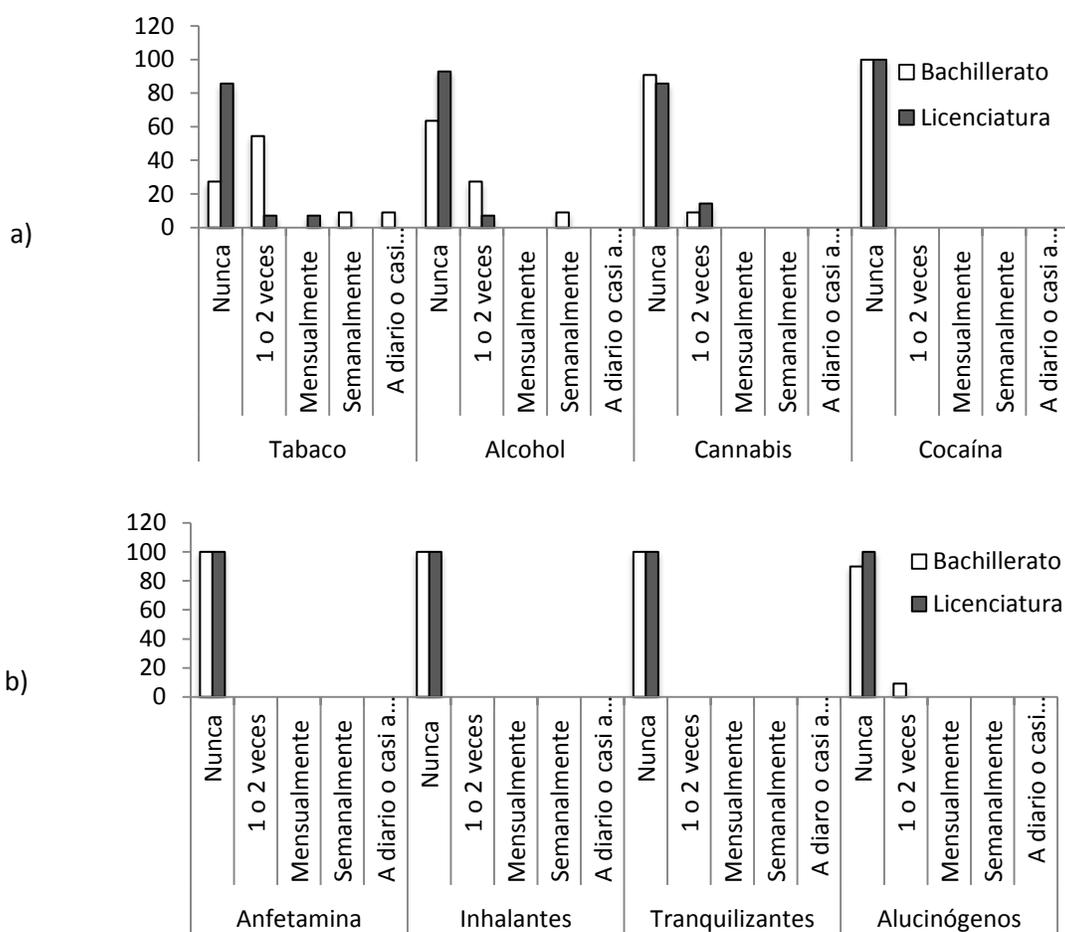


Figura 4. Se muestra en la figura a) y b) el porcentaje de cada una de las opciones de respuesta elegida por los estudiantes de bachillerato y licenciatura, a la pregunta 4 “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda, etc.) a problemas de salud, sociales, legales o económico?”.

La pregunta 4 se relaciona con la frecuencia en que se han presentado problemas de salud, sociales, legales o económicos, que ha tenido el estudiante, relacionados con el consumo de cada sustancia consumida en los últimos tres meses. El 54.5% de los estudiantes de bachillerato tuvieron problemas de salud, sociales, legales o económicos relacionados con su consumo de tabaco “una o dos veces” en los últimos tres meses. El 63.6% nunca tuvo problemas relacionados con su consumo de alcohol. Y el 90.0% nunca tuvo problemas relacionados con su consumo de marihuana (ver figura 4 a y b). Por otra parte, el 85.7% de los estudiantes de licenciatura, reportaron respecto al consumo de tabaco que nunca tuvieron problemas de salud, sociales, legales o económicos durante los últimos tres meses por su consumo de tabaco. En cuanto al consumo de alcohol el 92.9% de la población no tuvo problemas relacionados con su consumo. Y el 85.7% nunca tuvo problemas por su consumo de marihuana (ver figura 4 a y b).

En la figura 5 se muestran los resultados obtenidos con respecto a la frecuencia en que los participantes de bachillerato y licenciatura dejaron de hacer lo que habitualmente esperaban de ellos por el consumo de alguna sustancia en los últimos tres meses. La frecuencia en la que los estudiantes dejaron de hacer lo que esperaban de ellos por el consumo de tabaco fue la siguiente: un porcentaje mayor al 60% eligió la opción “no, nunca”, es decir el 63.6% de los participantes de licenciatura eligieron la opción y los participantes de bachillerato el 78.6%. Además, el 18.2% de los participantes de bachillerato y el 14.3% de los participantes de licenciatura reportan que “1 o 2 veces” en los últimos tres meses han dejado de hacer lo que esperaban de sí mismos por el consumo de tabaco. Solo el 18.2% de participantes de bachillerato y el 7.1% de los alumnos de licenciatura eligieron la opción “cada mes”. Respecto al consumo de alcohol el 100% los participantes de bachillerato mencionan nunca haber dejado de hacer lo que querían por el consumo de alcohol. Por el contrario el 14.3 % de los participantes de licenciatura eligieron la opción “1 o 2 veces” y el 7.1% “a diario o

casi diario. Sin embargo, más del 70% de esta población eligió “no, nunca”. En cuanto al consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes y alucinógenos más del 90% de ambas poblaciones eligieron la opción “no, nunca”. Cabe destacar que el 7.1% de la población de licenciatura eligió la opción “1 o 2 veces” para el consumo de cannabis (Ver figura 5).

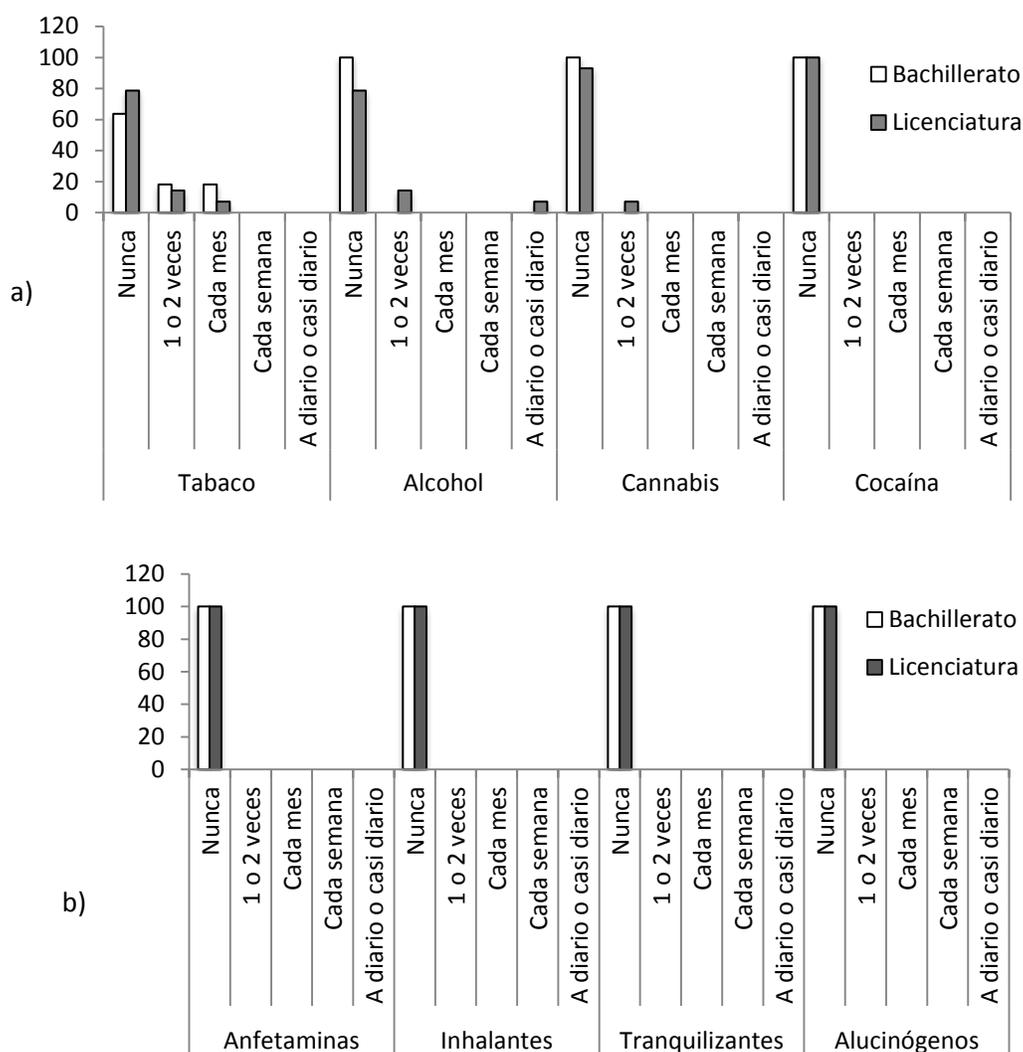


Figura 5. Se muestra en la figura a) y b) el porcentaje de cada una de las opciones de respuesta elegida por los estudiantes de bachillerato y licenciatura, a la pregunta “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?”

Con relación a los resultados obtenidos en la pregunta seis que se refiere a si algún amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (primera droga, segunda droga, etc.), un porcentaje mayor a 60% tanto en los participantes que cursan bachillerato como licenciatura (71.4%) señalaron la opción “no, nunca” en tabaco (63.6% de los participantes de bachillerato y 71.4% de los participantes de licenciatura) y cannabis (72.7% de los participantes de bachillerato y 71.4% de los participantes de licenciatura). Sin embargo, el 38.4% de los participantes de bachillerato y 14.3% de participantes de licenciatura señalan que algunas personas si les han mostrado preocupación en los últimos 3 meses por su consumo de tabaco. Asimismo, sólo el 14.3% de los alumnos de licenciatura señala que personas cercanas les han mostrado preocupación por su consumo de tabaco pero no en los últimos 3 meses. En la misma pregunta pero con respecto a si personas cercanas han mostrado preocupación por el consumo de alcohol en los alumnos de bachillerato el 27.3% señalan que “no, nunca” y “si, pero no en los últimos 3 meses”, el mayor porcentaje con un 45.5% es la opción “si, en los últimos 3 meses”. Con respecto a las respuestas en la pregunta 6 personas cercanas han mostrado preocupación por el consumo de alcohol de los alumnos de licenciatura, el mayor porcentaje se observa en la opción de respuesta “nunca” con un 78.6% y un porcentaje menor en las opciones “si, en los últimos 3 meses” (14.3%) y “si, pero no en los últimos tres meses” (7.1%) (Ver figura 6).

En la pregunta relacionada a si personas cercanas han mostrado preocupación por el consumo de cannabis en los alumnos e bachillerato el 72.7% señalaron “no, nunca” y el 27.3% señalaron “si, en los últimos 3 meses”, en la misma pregunta los participantes de licenciatura el 71.4% señalaron “no, nunca”, el 7.1% señalaron “si, en los últimos tres meses y 21.4% señalaron “si, pero no en los últimos 3 meses”. Con respecto a las respuestas de los participantes tanto de licenciatura como de bachillerato a la pregunta “¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cocaína,

anfetaminas, inhalantes tranquilizantes y alucinógenos? Un porcentaje importante señaló “no, nunca” sin embargo, participantes de licenciatura señalaron con un porcentaje de 7.1% la opción de respuesta “si, pero no en los últimos 3 meses” con el consumo relacionado con cocaína y con los alucinógenos (ver figura 6).

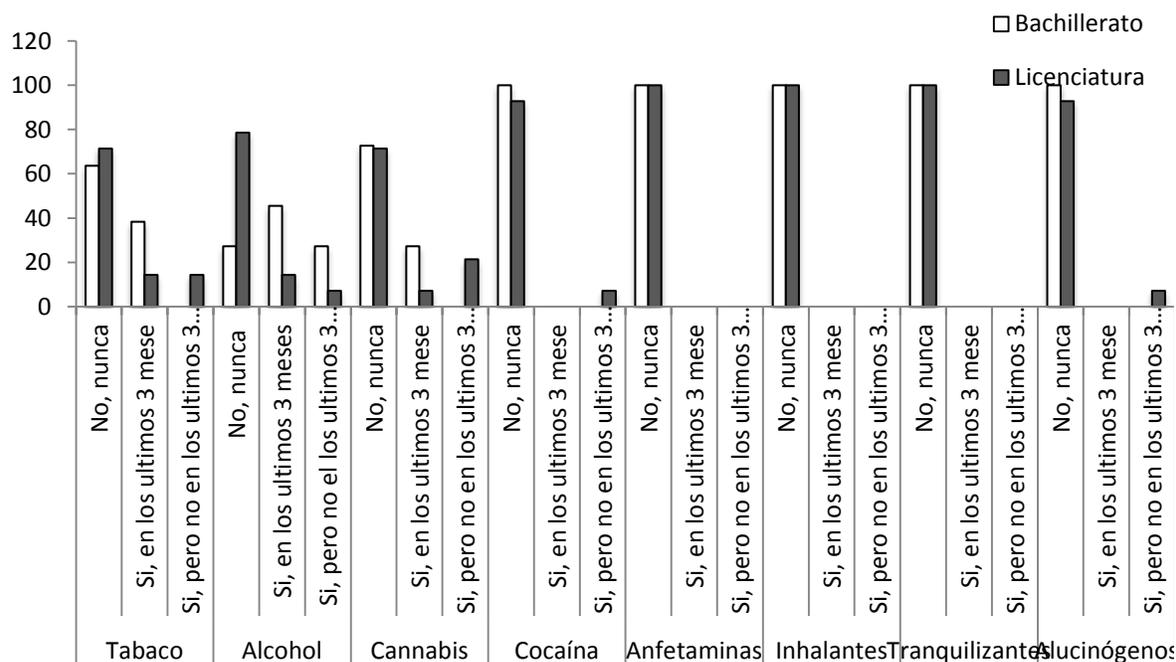


Figura 6. Se muestra el porcentaje de cada una de las opciones de respuesta elegida por los estudiantes de bachillerato y licenciatura, a la pregunta 6 “¿Un amigo, un familiar o alguien más algunas vez ha mostrado preocupación por su consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?”

Por último, la pregunta siete del ASSIST se refiere a si el participante alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir las sustancias que mencionó en la pregunta uno, en este ítem los resultados muestran que ante el consumo de tabaco, estudiantes de licenciatura eligieron la opción “No, nunca” en un 78.6%, por otra parte los estudiantes de bachillerato en mayor parte eligieron la opción “Si, en los últimos 3 meses” (90.9%). En cuanto al consumo de alcohol, las respuestas son variadas, ya que en ninguna de las opciones de respuesta supera el 50% de la población de ambas poblaciones. Asimismo, el consumo de

cannabis muestra que tanto estudiantes de bachillerato como de licenciatura en su mayor parte eligieron la opción “No, nunca” (Bachillerato 72.7%, Alcohol 57.1%). Por último, en cuanto al consumo de cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes y alucinógenos las mayoría de la población, tanto como de estudiantes de bachillerato como de licenciatura eligieron la opción “No, nunca” para estas sustancias (Ver figura 7).

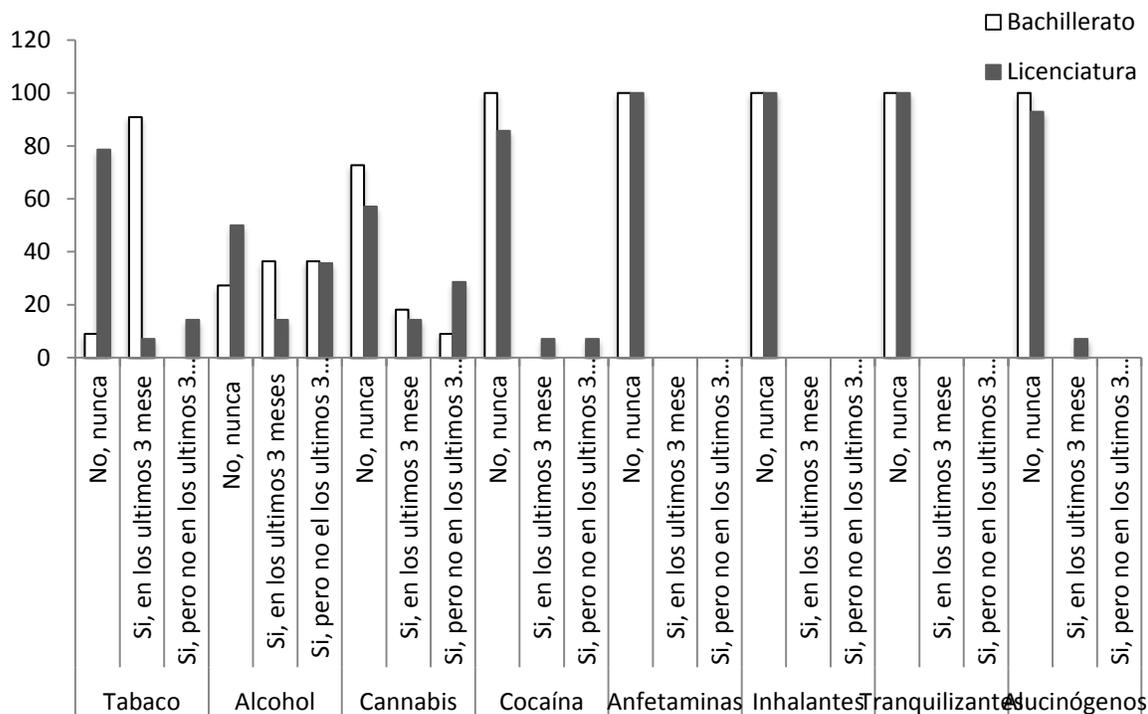


Figura 7. Se muestra el porcentaje de cada una de las opciones de respuesta elegida por los estudiantes de bachillerato y licenciatura, a la pregunta 7 “En los últimos tres meses ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?”.

Después de analizar cada uno de los ítems podemos observar información detallada ya que este instrumento nos permite obtener datos cada sustancia que los participantes consumen, y asimismo analizar como es el consumo para las dos poblaciones evaluadas en esta investigación. Por otra parte es importante

que analizar el efecto de la aplicación de la intervención breve en cada uno de los participantes de esta investigación.

Evaluación de la intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias

Los resultados a continuación representan resultados de 8 participantes que reportaron consumir alcohol y 12 participantes que reportaron consumir tabaco. La tabla 3 y 4 muestran el nivel de riesgo y tipo de intervención que sugirió el ASSIST de acuerdo a la puntuación obtenida, para los 26 alumnos. En la tabla 3 se observa que tres alumnos que reportaron consumir alcohol tuvieron un nivel de riesgo bajo, por lo que no fueron candidatos para la intervención breve (de acuerdo a los criterios de exclusión). Además, dos alumnos ya no participaron en la sesión de seguimiento por lo que fueron descartados para este apartado. Por otra parte, la tabla 4 muestra que solo un participante consumidor de tabaco no fue candidato para la intervención breve ya que tuvo un nivel de riesgo bajo.

Tabla 3. Se muestra el nivel de riesgo y tipo de intervención que sugiere el ASSIST de acuerdo a la puntuación obtenida, para cada uno de los alumnos que consumen alcohol.

	Sexo	Escuela	Puntaje	Nivel de riesgo	Tipo de intervención
1	Hombre	CCH	22	Moderado	Intervención breve
2	Hombre	CCH	15	Moderado	Intervención breve
3	Mujer	FESI	16	Moderado	Intervención breve
4	Mujer	FESI	19	Moderado	Intervención breve
5	Mujer	FESI	18	Moderado	Intervención breve
6	Hombre	FESI	21	Moderado	Intervención breve
7	Hombre	FESI	23	Moderado	Intervención breve
8	Hombre	FESI	14	Moderado	Intervención breve
9	Mujer	FESI	8	Bajo	Sin intervención
10	Mujer	CCH	7	Bajo	Sin intervención
11	Hombre	CCH	15	Moderado	Intervención breve
12	Mujer	FESI	7	Bajo	Sin intervención
13	Hombre	FESI	17	Moderado	Intervención breve

Tabla 4. Se muestra el nivel de riesgo y tipo de intervención que sugiere el ASSIST de acuerdo a la puntuación obtenida, para cada uno de los alumnos que consumen tabaco.

	Sexo	Escuela	Puntaje	Nivel de riesgo	Tipo de intervención
1	Mujer	CCH	25	Moderado	Intervención breve
2	Mujer	CCH	25	Moderado	Intervención breve
3	Mujer	CCH	30	Alto	Intervención breve y tratamiento Especializado
4	Mujer	CCH	14	Moderado	Intervención breve
5	Hombre	CCH	8	Moderado	Intervención breve
6	Hombre	CCH	31	Alto	Intervención breve y tratamiento Especializado
7	Hombre	CCH	6	Moderado	Intervención breve
8	Mujer	CCH	3	Bajo	Sin intervención
9	Mujer	FESI	22	Moderado	Intervención breve
10	Mujer	FESI	21	Moderado	Intervención breve
11	Mujer	FESI	9	Moderado	Intervención breve
12	Hombre	FESI	22	Moderado	Intervención breve
13	Hombre	FESI	12	Moderado	Intervención breve

Con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención breve en el cambio de patrón de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nivel medio superior y superior se obtuvo la estadística descriptiva de los datos obtenidos (Ver tabla 5).

Tabla 5. Se muestra los resultados de la aplicación de la prueba t, tanto como pre-evaluación y post-evaluación.

	N	Nivel académico	Pre-evaluación		Post-evaluación	
			\bar{x}	Desviación estándar	\bar{x}	Desviación estándar
Tabaco						
	7	Bachillerato	2.27	1.38	2.63	3.33
	5	Licenciatura	2.28	0.95	1.95	1.03
Alcohol						
	2	Bachillerato	4.45	0.21	4.65	0.49
	6	Licenciatura	6.98	5.36	4.40	4.47

Los resultados obtenidos al aplicar la prueba t de muestras relacionadas señalan que para los participantes con consumo de tabaco de riesgo moderado que la media obtenida después ($\bar{x}= 2.35$, $DE=2.56$) de la intervención no fue significativa ($\bar{x}= 2.28$, $DE=1.17$), $t(11)= -0.151$, $p > .05$, $r= 0.045$ (Ver figura 8).

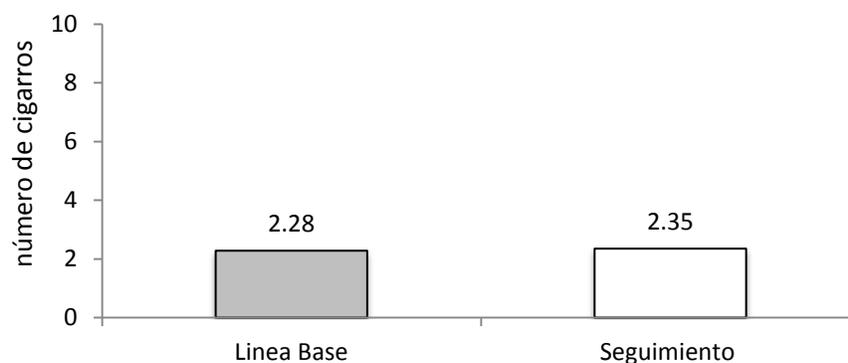


Figura 8. Se muestra la media obtenida antes y después de la intervención en los participantes con nivel de riesgo moderado de tabaco.

Con respecto a los resultados obtenidos para los participantes con consumo de alcohol de riesgo moderado de alcohol, la media obtenida después de la intervención ($\bar{x}= 4.46$, $DE=3.78$) no fue significativa ($\bar{x}= 6.34$, $DE=4.68$), $t(7)= 1.43$, $p >.05$, $r= 0.475$ (Ver figura 9).

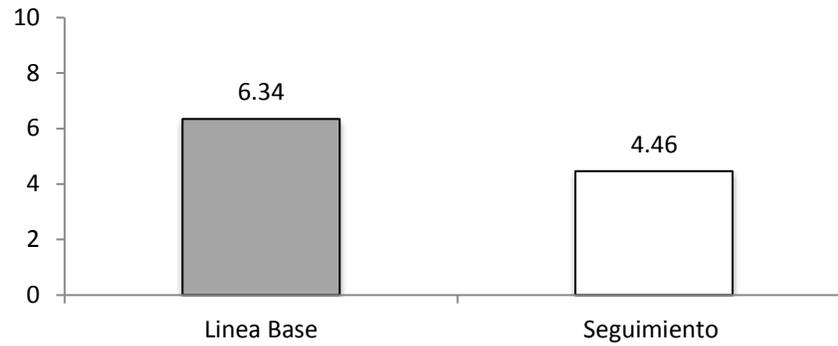


Figura 9. Se muestra la media obtenida antes y después de la intervención en los participantes con nivel de riesgo moderado de tabaco.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de la intervención breve en el cambio de patrón de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nivel medio superior y superior. Los datos recabados muestran la información de 20 alumnos, dicho grupo estuvo conformado por 12 alumnos que reportaron ser consumidores de tabaco y 8 alumnos consumidores de alcohol. Más de la mitad de la población en general reportó estar preocupado por su consumo además de que tener disposición a cambiar su consumo después de haberse enterado de sus puntajes en la prueba de detección de consumo alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

No obstante, no se detectaron diferencias significativas en la disminución del patrón de consumo. Por lo que estos resultados no coinciden con los datos obtenidos por Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala (2008), ya que de los 25 adolescentes que participaron en el estudio 24 mostraron una disminución en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), al comparar las mediciones de los datos recabados en la fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Esto debido a que el tratamiento consto de cuatro sesiones más, además de la sesión de evaluación y de inducción, donde se implementaron técnicas de autocontrol y prevención de recaídas, asimismo se establecieron metas de consumo. Lo enunciado anteriormente coincide con Sánchez (2002) quien dice que en las intervenciones en adicciones es fundamental desarrollar estrategias de afrontamiento en los pacientes, por ejemplo la conducta de evitación; también desarrollar la conducta de escape y modificación de estímulos. Y por el contrario en la presente investigación la intervención breve constó principalmente, retroalimentación y entrega de información en trípticos sobre consejos para disminuir el consumo de alcohol y tabaco. Además el tamaño de la muestra fue menor en comparación a la de investigaciones ya mencionadas.

Por otra parte, los datos estadísticos nos muestran que el grupo de estudiantes que consumen tabaco, el tamaño del efecto fue nulo ($r=0.045$). Se considera que no hubo cambio debido a que las consecuencias graves en la salud al consumir tabaco se presentan a largo plazo, incluso los participantes de esta investigación mencionaron que consumir tabaco tiene más beneficios que consecuencias negativas a corto plazo.

Por el contrario, para el grupo de estudiantes que consumen alcohol, el tamaño del efecto fue grande ($r=0.475$). La disminución en el patrón de consumo de alcohol fue notable para esta población ya que las consecuencias sociales y para la salud tienen un impacto mayor en los estudiantes. Estas consecuencias se manifiestan a corto plazo, por ejemplo, consecuencias sociales: problemas familiares y/o con amigos; consecuencias para la salud: dolor de cabeza, náuseas y dolor de estómago.

Con base en el objetivo podemos concluir que el efecto mostrado por la aplicación de la intervención breve en un grupo de jóvenes, no es suficiente para generar un cambio estadísticamente significativo, pero si es notable un cambio en los consumidores de alcohol tomando en cuenta el tamaño del efecto en los resultados.

Entre las principales limitaciones de este estudio fue la captación y motivación de la población de estudiantes de nivel medio superior para participar en la investigación. Se idearon algunas estrategias como propaganda (folletos, carteles) las estrategias no indujeron algún interés en los jóvenes, ya que después de cuatro semanas ningún alumno asistió o se comunicó con los terapeutas. Aunado a esta situación, se cerraron las instalaciones por razones ajenas a la institución lo cual retrasó la captación de alumnos. Posteriormente, se

optó por acudir directamente a un salón e invitar a los alumnos a participar en el estudio, sin embargo los alumnos, por miedo a que hubiera repercusiones escolares, negaban el consumo de tabaco y alcohol. Por lo que se decidió hablar directamente con un profesor, el cual, como figura de autoridad, motivó a sus alumnos a participar en el estudio. De esta manera los alumnos decidieron participar.

En cuanto a los alumnos de nivel superior no se presentaron limitaciones en cuanto a la captación, los alumnos fueron motivados directamente por el profesor para que participaran en la aplicación del consejo breve.

Por otra parte, acerca de las limitaciones de los contextos implicados para la aplicación del consejo breve, para estudiantes de educación media superior, fue la percepción de la comunidad estudiantil acerca de asistir a cubículos que estaba designados para la atención psicológica de los alumnos. Estos espacios fueron designados en un principio por las autoridades del CCH para la aplicación en participantes, sin embargo, estos espacios estaban catalogados para que asistieran solamente jóvenes con problemas académicos y personales serios. Es por ello que los alumnos preferían participar en lugares amplios, como lo es un salón de clases.

Respecto a la aplicación de la intervención breve en participantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se obtuvieron todos los registros en un salón vacío y no se presentaron inconvenientes.

Asimismo de presentaron dificultades en cuanto a las mediciones y la obtención de registros, ya que los participantes faltaban a las fechas establecidas

con anterioridad para la aplicación y seguimientos, por lo que la medición en algunos alumnos tuvo una variación de entre dos o tres días. También se presentaron algunas deserciones en las sesiones de seguimiento en ambas poblaciones, mostrando ausencia en mayor medida en la segunda sesión. En el caso exclusivo de los estudiantes de la FES Iztacala, hubo una deserción de los participantes para la elaboración de la segunda sesión de seguimiento a pesar de que el material para registrar la información fue enviada por correo electrónico.

Dado que los estudiantes jóvenes son un grupo vulnerable ante el consumo de sustancias legales e ilegales, los instrumentos de detección, el ASSIST es eficaz y prioritario para una atención y canalización oportuna. En México, además de la elección del instrumento de detección más adecuado, existen otros retos esenciales al trabajo con poblaciones jóvenes que se deben tomar en cuenta, como son la desconfianza ante la aplicación de estos instrumentos por el miedo a las repercusiones en su situación escolar, así como la dificultad para motivar a los casos para que asistan a una intervención. Por lo que se propone diseñar un taller de inducción, como medio de captación de alumnos, en el cual se desarrollen temas respecto a las consecuencias del consumo de sustancias, además de brindar algunas herramientas como folletos de información, respecto a las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, y autoayuda para un consumo responsable. Posteriormente hacer una invitación a los alumnos para que asistan a la aplicación del consejo breve como una oportunidad para saber qué tipo de consumidores son y de qué forma pueden ser unos consumidores responsables.

REFERENCIAS

- Andrade, P. P., Pérez, B.C., Alfaro, M. L. B., Sánchez, O. M. E. y López, M. A. (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21 (3), 243-250.
- Arias, D.R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas*, 1 (2), 138-147.
- Arillo, S. E., Thrasher, J., Rodríguez, B. R., Chávez, A. R., Ruiz, V. S. y Lazcano, P. E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Pública de México*, 49, S170-S181.
- Ayesta, F. J. A. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 14(1), 63-78.
- Babor, T. F. y Higgins-Bidle, J.(2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. EE.UU: Organización Mundial de la Salud.
- Babor, T. F. y Higgins-Bidle, J.(2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. EE.UU: Organización Mundial de la Salud.
- Ballbè, M., Vehils, S. M., Rifá, G. N., Walther, M., Cerezuela, E. S., y Solé, A. G. (2008). Evaluación de un programa de formación de profesionales sanitarios sobre abordaje del tabaquismo en pacientes hospitalizados. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(2), 125-129.

- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Barragán, T.L., González, V. J., Medina, M.M.E. y Ayala, V.H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 8 (1), 61-71.
- Barrueco, F. M., Hernández, M. M. A. y Torrecilla, G. M. (2009). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. España: Ediciones Médicas.
- Becoña, E. (2011). Terapia de solución de problemas. En. Labrador, F. (comp.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-481). España: Ediciones Pirámide.
- Becoña, I. B. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, (85), 6.
- Becoña E. (2004). Monografía Tabaco. *Adicciones*, 16(2), 7-11.
- Becoña, I. B. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Becoña, I. E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Universidad de Santiago de Compostela: Plan Nacional sobre drogas.
- Borges, G., Cherpitel, C. y Mittleman, M. (2004). Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science and Medicine*, 58 (6), 1191-1200.

- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Editorial PARANINFO.
- Bravo, M. y Valadez, A. (2013). Solución de problemas. En Valladares, P. y Rentería, A. (2013). *Psicoterapia cognitivo-conductual técnicas y procedimientos*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Caballero, H. A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 440-447.
- Calleja, N. (2010). Estrategias efectivas en la prevención del tabaquismo. *Revista Médica del Hospital General de México*, 73(2), 129-139.
- Cañal, M. J. (2003) *Adicciones: Cómo prevenirlas en niños y jóvenes*. Bogotá. Editorial Norma.
- Carballo, J. L., García, S. G., Jáuregui, A. V., Marín, V. M. y Pérez-Jover, V. (2011). Análisis longitudinal de diferencias en habilidades cognitivas entre estudiantes de bachillerato consumidores de alcohol de la provincia de alicante. *Salud y Drogas*, 11(2) ,163-178.
- Carballo, J. L., García, S. G., Jáuregui, A. V. y Saez, M. A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y Drogas*, 9 (1), 79-92.
- Caro, G. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. España: Editorial Descleé de Brouwer.
- Do Carmo, J. T., Andrés-Pueyo, A., y López, E. Á. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 999-1005.

- Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., y Tiburcio, S. M. A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Elizondo, L. (2005). Principios básicos de salud. Primera parte. México: Editorial Limusa.
- Espada, J. P., Griffin K. W., Botvin G. J. y Méndez X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W., y Botvin, G. J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. Manual de Psicología de la Salud. *Intervención con niños, adolescentes y familias*, 325-348.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14 (1), 43-61.
- Fernández, S., Nebot, M., y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista española de Salud Pública*, 76(3), 175-187.
- Flores, O.D.M.C. (2010). El autocontrol y las adicciones. *Elementos*, 77, 3-7.
- García del Castillo J. A., García de Castillo-López, A. y López-Sánchez, C. (2014). La percepción de riesgo en la prevención del consumo. Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Una mirada ecológica. España. *Desuto digital*. 227-241

- García, M. A. y Sánchez, L. A., M. (2011). *Drogas, sociedad y educación*. España: Universidad de Murcia.
- Gil, F. J. (2008) Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 346, 291-313
- Gómez, F. J. A., Luengo, M. A. y Romero, T. E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14(4), 685-692.
- González, L. A. D., Fabelo, R. J. R. y Naranjo, F. W. (2015). Competencias para la intervención en adicciones, una necesidad en la formación de psicólogos. *Revista EDUMECENTRO*, 5 (28), 212-223.
- Granda, O. J.I. , Solano, R. S., Jareño, E. J., Pérez, T. A., Barrueco, F. M., Jiménez, R. C.A. (2006). De la neurobiología de la adicción a la nicotina al tratamiento del tabaquismo. *Progresos terapéuticos. Prevención del tabaquismo*, 8 (3), 116-128.
- Guerrero, L. C. M., Muños, H. J. A., Sáenz de Miera, J. B., Pérez, N. R. y Reynales, S. L. M. (2013). Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. *Salud Publica de México*, 55, S282-S288.
- Guerrero, L. C. M., Muños, H. J.A., Sáenz de Miera, J. B. y Reynales, S. L. M. (2013). Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. *Salud Publica de México*, 55, S276-S281.

- Hernández-Cervantes. Q. y Alejandre- García. J. (2015). Relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios. *Acta Universitaria*, 25, 47-51.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F., Velazco-Mondragón, E., Borges, G. y Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio de consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46(2), 132-140.
- Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos (2010). El humo del tabaco causa enfermedades: cómo le afecta a usted. EE. UU: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., ... y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 403-420.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones (2010). EE.UU.: Instituto nacional sobre el abuso de drogas.
- Jiménez, T. L., Bascarán, F. M. T, García, P. M. P, Sáiz, M. P. A., Bousoño, G. M. y Bobes, G. J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16 (2), 143- 153.
- Jiménez-Muro, F. A., Beamonte, S. A. A., Marqueta, B. A., Gargallo, V.P. y Nerín, P. I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21 (1), 21-28.

- Joffre-Velázquez, V. M., García-Maldonado, G., Barrientos-Gómez, Ma. del C. y Vázquez-Nava, F. (2007). Consumo de Tabaco en alumnos de la región sur de Tamaulipas. Resultados preliminares. *Hospital General de México*, 70(4), 175-179.
- Linage, R. M. y Gómez-Maqueo, M. L. (2012). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias*, 30 (1), 37- 51.
- López, L. S. y Rodríguez-Arias P. J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. y Godoy, J.F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15 (2), 127-136.
- Lorenzo, F. P., Ladero, Q. J. M., Leza, C. J. C. y Lizasoain, H. I. (2009). Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Panamericana.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., y Willig, C. W. C. Sykes C.(2008). Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica. México: El Manual Moderno.
- Martin, L. J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14 (1), 409-420.
- Martínez M. K. I., Pedroza C. F. J., Muro, V., de los Ángeles, M., Jiménez P. A. L., y Salazar G. M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 247-264.

- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, C., y Ayala, V. H. (2005). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Manual del terapeuta. México, DF: CONADIC.*
- Martínez M. K. I., Salazar G. M. L., Pedroza C. F. J., Ruiz T. G. M., y Ayala V. H. E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127.
- Martínez R. M. (2011). Cuando hablamos de prevención de adicciones... ¿En qué estamos pensando? Reflexiones y propuestas de intervención en Cáritas. Madrid. España. Cáritas.
- Martínez, A., y Rábano, A. (2002). Efectos del alcohol etílico sobre el sistema nervioso. *Revista Española de Patología*, 35(1), 63-76.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, V. y Ayala, H. E. (2005). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, R., M y Rubio, V., G. (2002). Manual de drogodependencias para enfermería. España: Díaz de Santos.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15 (2), 145-158.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health: Challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.

Medina-Mora M.,E., Villatoro-Velázquez J.,A., Fleiz-Bautista C., Téllez-Rojo M.M., Mendoza-Alvarado L.R., Romero-Martínez M., Gutiérrez-Reyes J.P., Castro-Tinoco M., Hernández-Ávila M., Tena-Tamayo C., Alvear-Sevilla C. y Guisa-Cruz V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México DF. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Medina-Mora, R. J., Natera, G. y Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28 (2), 82- 90.

Monteverde, H. R. (2009). Tabaquismo: Grave problema de salud. Facultad de Medicina. UNAM Disponible en http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf

Moreno, A. J. J., Herrero, G. F. J. y Rivero G. A. (2003). Tabaquismos. Programa para dejar de fumar. España: Edigrafos.

Moreno, D., López, M., Cepeda, M., Alvarado, I. y Plancarte, P. (2008). Diseños de Investigación. Estado de México: UNAM.

Mosquera, J. T., y Menéndez, M. C. (2006). Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(1), 32- 47.

Narro, J. (2012). Plan de Desarrollo de la Universidad 2011–2015. UNAM. Disponible en: unam.mx: www.dgi.unam.mx/rector/informes_pdf.PDI2011-2015.pdf.

- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S. y Muddea, A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16(2), 131-138.
- Nuño, G. B. L, Álvarez, N. J. Velázquez, C. A. y Tapia, C.A. (2008) Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, 31,361-369.
- Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2014). Informe mundial sobre las drogas. Disponible en http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Olivari, M. C. y Barra, A. E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 5-11.
- Olivero, M. B., Morales, M. T., & Yahne, C. E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Monografía tabaco*, 16 (2), 227.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Convenio Marco para el Control del Tabaco. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Plan de medidas MPOWER. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2011a). Riesgos para la salud de los jóvenes. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Organización Mundial de la Salud (2011b). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. EE.UU: Organización Mundial de la Salud.

Organización mundial de la salud (2015a). Alcohol. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización mundial de la salud (2015b). Tabaco. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2001). Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable. E.E.U.U.

Peñafiel, P. E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173

Pérez, C. N., Pérez, C. H. y Fernández, M. E. J. (2007). Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista habanera de ciencias médicas*, 6(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100006&lng=es

Pérez, C. L., y Vinaccia, S. (2014). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249.

Pérez, M. P., Calzada, A. N., Rovira, G.J. y Torrico, L. E. (2012). Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos Adictivos*, 14(2), 44-49.

- Ramírez, R. M. y Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Latino-am Enfermagem*, 13, 813-818.
- Redolat, I. R., Carrasco, P. M. C. y Simón, P. V. M. (1994). Efectos cognitivos de la nicotina y el tabaco en sujetos humanos. *Psicothema*, 6 (1), 5-20.
- Redondo, É. J., Vázquez, R. M., Márquez, P. F. L. y Galán, P. M. D. (2007). Tabaco y salud. En Nerín, P. I. y Jané, C. M. (coords), Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. España: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Guerrero-López, C. M., Lazcano-Ponce E., Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez, R. M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J. P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Salud Pública: México.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Rodríguez-Bolaños, R., Ortega-Ceballos, P., Flores Escartín, M., G., Lazcano-Ponce, E., Hernández-Ávila, M. (2013). Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes. Instituto Nacional de Salud Pública: México.
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2004). Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. EE. UU.: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.

Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones de la psicología de la salud en México. En Urbina, J. (Comp.), *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, R. J. (2003) *Toques para estar en todas. Módulos psicoeducativos para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes*. Costa Rica: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.

Rodríguez-Martos, D. A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones: revista de sociodrogalcohol*, 14 (1), 337-351.

Room, R., Jernigan, D., Carlini, B. H., Gmel, G., O, Mäkela, K., Marshall, M., Medina-Mora, M., E., Monteiro, M., Natera, G., Parry, C., Partanen, J., Real, T., Rehn, J., Riley, L., Saxena, S. y Shield, K (2013) *El alcohol y los países en desarrollo: Una perspectiva de salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.

Saavedra, P. D. e Isorna, F. M. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. España: Editorial Pirámide.

Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México*, 44 (1), S144- S160.

Sánchez, C. A. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Madrid, España. Editorial: ADES

Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J., y Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324.

- Santo-Domingo, C. J. y Rubio, V. G. (2006). Tratamiento de la dependencia de alcohol. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid. Editorial: Medica Panamericana.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28 (1), 29-40.
- Secretaría de Salud (2013). Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones. Reporte Nacional 2012. México: Secretaría de Salud.
- Secretaria de Salud (2014). Ley general de la salud. Disponible en <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2014/10/LEY-GENERAL-DE-SALUD-%C3%9Altima-reforma-publicada-DOF-04-06-2014.pdf>
- Sobell, L. C., y Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back. In *Measuring alcohol consumption Humana Press*. 41-72.
- Soto-Brandt et al. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26 (4), 291-302.
- Taylor, S. E. (2007). Psicología de la salud. México: McGraw- Hill Interamericana Editores.
- Urquieta, J. E., Hernández-Ávila, M. y Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud pública de México*, 48 , 30-40.

Washton, A. M. y Zweben, J.E. (2008) Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica terapéutica. México: Manual Moderno.

World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health-2014. EE. UU: World Health Organization.

Zuzulich, M.S., Cabieses, V. B., Pedrals, G. N, Contreras, E. L., Martínez, A. D., Muñoz, S. M. y Espinoza, S. M. (2010). Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(2), 232-239.