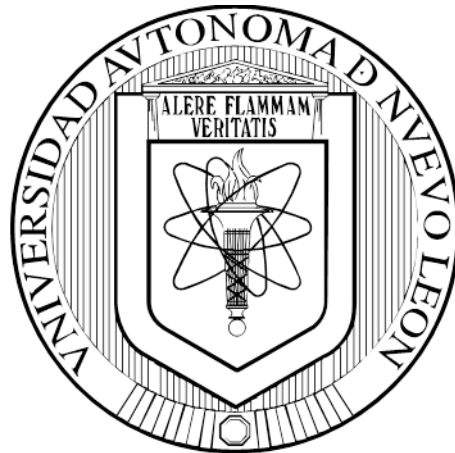


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

POR

MCE. LUCERO FUENTES OCAMPO

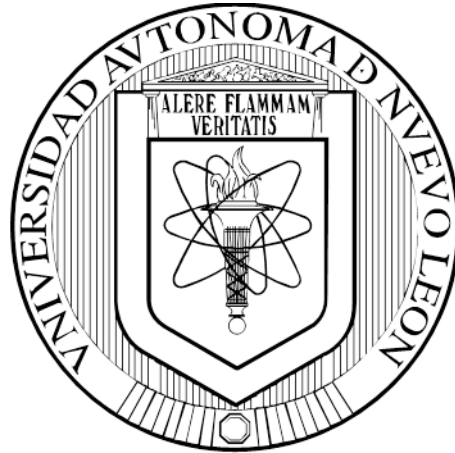
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

POR

MCE. LUCERO FUENTES OCAMPO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

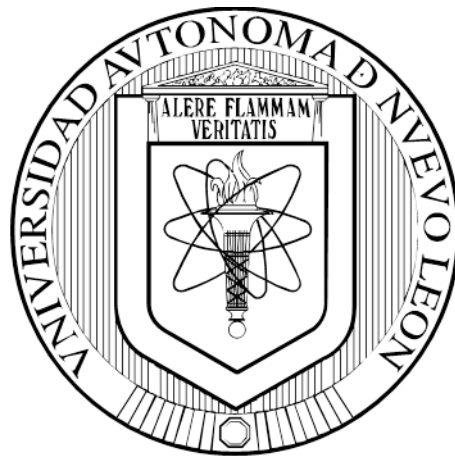
DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

SEPTIEMBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

POR

MCE. LUCERO FUENTES OCAMPO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

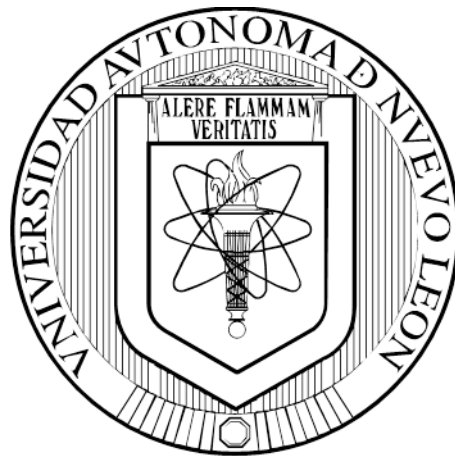
ASESOR EXTERNO INTERNACIONAL
DR. AGUSTIN MOÑIVAS LÁZARO

SEPTIEMBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

POR

MCE. LUCERO FUENTES OCAMPO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD

SEPTIEMBRE, 2018

INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Dr. Javier Álvarez Bermúdez
1er Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
2do Vocal

Dra. Karla Selene López García
3er Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo brindado.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, mi directora de tesis, agradezco de corazón la paciencia que siempre tuvo hacia mi persona y por impulsarme a ser mejor cada día, por enseñarme que con disciplina y estudio todo se puede lograr. Muchas gracias por nunca dejarme caer y siempre apoyarme para seguir adelante. Mi respeto y admiración por siempre. ¡Gracias!

A la Dra. Nora Angélica Armendáriz García, gracias por el apoyo académico, pero sobre todo por la amistad brindada, por esos momentos de plática y el apoyo que siempre me brindo para continuar en esta aventura académica.

A la Dra. Karla Selene López García, gracias por siempre dar un poco de su tiempo para preguntar ¿Cómo estás? dos palabras tan cortas, pero tan significativas.

A la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez, gracias por su ayuda y colaboración en la elaboración de esta tesis.

Al Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, gracias por su amistad y sus consejos, siempre estaré agradecida con usted por el apoyo brindado. Mi gran maestro y amigo.

A Marco Vinicio Gómez Meza, PhD., gracias por los aportes académicos para la elaboración de esta tesis.

Al Dr. Javier Álvarez Bermúdez por su colaboración en la realización de este trabajo académico.

Al profesor Macario Garza Vázquez, gracias por todo el apoyo brindado.

A mis compañeros de clase; Jose Luis, Diana, Maricarmen, Selene, Anel, Diana B., David, Eli, Claudia y Vicente, gracias por la experiencia de vida, aprendí mucho de cada uno de ustedes. Se que el universo estará a nuestro favor para lograr todos nuestros

objetivos. Confiemos y siempre tengamos fe.

A mi amiga Marisol y mi pequeño ahijado, gracias por la amistad que hemos fomentado a lo largo de los años.

A todos los maestros que nos dieron clases, muchas gracias por el conocimiento que compartieron con nosotros, así mismo al personal administrativo y de intendencia. Gracias a todos por su apoyo.

Dedicatoria

A Dios por siempre mostrarme su amor y misericordia a lo largo de mi vida, por la fortalece de cada día. Reafirmo su grande e inmenso amor hacia mi persona. Siempre me coloca en batallas que sabe que voy a ganar. A la Virgen de Guadalupe que en todo momento me hace saber que está a mi lado.

A mi padre Erasto, que siempre me ha dicho que las águilas deben volar y él asegura que soy una de ellas. Gracias por siempre apoyarme y amarme como soy.

A mi madre Nelly, una mujer que ama sin límites y entre más pasa el tiempo más le admiro.

A mis hermanos Berenicet admiro tu forma de ver la vida, siempre tan fuerte, tan sabia, gracias por tu tiempo. Paulina, siempre te he admirado, gracias por siempre estar ahí cuando lo necesito y a ti Juan Jesús, que me muestra que la vida es menos compleja de lo que se presenta.

A mi madrina la Dra. Colette Dugua Changaner, gracias por siempre confiar en mí, por quererme e impulsarme a seguir superándome. No hay palabras para agradecer todo lo que siento, gracias por impulsar este gran sueño.

A Alejandro gracias, porque a pesar de todos los años sigues aquí, cerca o lejos pero aquí conmigo. Te quiero.

A mis tíos Margarito y Soco, así como a mis primos Manuelito y Azucena que siempre me han brindado su apoyo y han orado por mí para que pueda seguir adelante. Gracias Azu por los audios de mi Luisito, los que me levantan el ánimo.

Gracias a todos por su apoyo y amor hacia mi persona, no hay palabras suficientes para expresar lo que siento. Los amo familia.

RESUMEN

MCE. Lucero Fuentes Ocampo
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2018

Título del Estudio: INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

Número de Páginas: 186

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue evaluar la factibilidad y eficacia de una intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol. La intervención estuvo fundamentada en la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (2014) y el concepto de Autoeficacia de Bandura (1999). El diseño fue cuasi-experimental con dos grupos experimental y control con mediciones repetidas (pretest-postest). El tamaño de la muestra fue de $n = 40$ participantes para cada grupo, se estimó con una potencia de 87%, un nivel de confianza de 0.05, y una tasa de abandono del 10%. La intervención estuvo constituida por dos terapéuticas la atención plena basada en el programa de reducción del estrés (REBAP) de Kabat-Zinn (2013) y el consejo breve basado en el programa IDEAS que además incluye el monitoreo telefónico y entregaran de material educativo (CONADIC & SSA, 2007). Este programa tuvo una duración de 10 sesiones, en la primera y última sesión se aplicaron los instrumentos de medición. A los participantes se les entregó un manual y un CD con las prácticas de la atención plena para que las realizaran en casa. Se efectuó seguimiento telefónico mediante el cual se preguntaba sobre las dudas acerca de la atención plena y la consejería breve, se les motivaba a acudir a su próxima sesión. La intervención fue aplicada por profesionales de enfermería previamente capacitados en las terapéuticas de atención plena y consejo breve, además contaban con conocimiento sobre el área de adicciones. Para la recolección de los datos se utilizó; una Cédula de Datos Personales y de Consumo de Alcohol, la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), la Escala de Estrés Percibido (EEP), el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), el Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ-39) y el Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8).

Contribución y Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran una reducción significativa en la disminución del consumo de alcohol (número de copas) y del estrés, al término de la intervención, así como un aumento de la autotrascendencia intrapersonal y la autoeficacia de resistencia.

Respecto a la autotrascendencia intrapersonal se observa diferencia significativa ($U=51.0, p=.001$) al término de la intervención, el grupo experimental reportó en el pretest una media de 50.1 ($Mdn=49.6$) y en el postest de 73.2 ($Mdn=73.7$) mientras el grupo control documentó una media de 52.4 ($Mdn=53.2$) en la medición inicial y en la

medición final disminuyó a 48.8 ($Mdn=48.7$), por ello se observa un aumento de la autotrascendencia intrapersonal en el grupo experimental al término de la intervención. La autoeficacia de resistencia muestra diferencia significativa al término de la intervención ($U=420.5$, $p=.001$), el grupo experimental reporta medias y medianas más altas en las mediciones posttest ($\bar{X}=86.6$, $Mdn=89.7$) en comparación con la medición pretest ($\bar{X}=62.1$, $Mdn=63.5$). El grupo control muestra una media de 69.5 ($Mdn=74.3$) en la medición inicial y en la medición final de 70.0 ($Mdn=72.0$). Se observa diferencia significativa al término de la intervención respecto a la percepción del estrés ($U=43.5$, $p=.001$), el grupo experimental reportó que las medias fueron más altas en el pretest ($\bar{X}=50.2$, $Mdn=51.7$), en comparación al posttest que disminuyó ($\bar{X}=22.5$, $Mdn=21.4$); respecto al grupo control se documentó que las medias fueron más altas en el posttest ($\bar{X}=52.1$, $Mdn=50.8$) en comparación con el pretest ($\bar{X}=43.2$, $Mdn=42.8$), es decir que el grupo experimental reportó menor percepción de estrés al término de la intervención. En lo que respecta a la disminución del consumo de alcohol (número de copas) se reporta diferencia significativa ($U=82.5$, $p=.001$) al finalizar la intervención, se documentó que en las mediciones pretest el grupo experimental reporta una media de 10.1 copas ($Mdn=8.0$) y en las mediciones del posttest de 1.5 copas ($Mdn=1.0$). El grupo control muestra medias y medianas similares en las mediciones pretest ($\bar{X}=6.7$, $Mdn=6.0$) y posttest ($\bar{X}=6.4$, $Mdn=6.0$). Se observa que hubo diferencia significativa en la reducción del número de copas consumidas en un día típico. En lo que respecta a la factibilidad del estudio que fue evaluada mediante el reclutamiento y retención de los participantes y la satisfacción de los mismos, se reportó que la estrategia con mayor índice de reclutamiento fue la entrevista cara a cara. Se documentó una tasa de retención del 70% del grupo experimental y el 76% del grupo control al finalizar la intervención. Por otra parte, la satisfacción de los participantes del grupo experimental con la intervención fue alta ($\bar{X}=96.7$, $DE=6.5$). El 85% de ellos indicaron que la calidad del programa fue excelente, el 90% respondió que el programa les ha ayudado a solucionar casi todos sus problemas derivados del consumo de alcohol y el 92.5% de los participantes indicaron que sí, definitivamente recomendarían este programa a un amigo o familiar si necesitaran ayuda similar. Referente a la cantidad de ayuda que ha recibido, el 92.5% indicó estar muy satisfecho y el 90% indicó que si con seguridad volvería a participar en el programa. Los resultados de este estudio contribuyen al desarrollo de la teoría y práctica de enfermería, lo cual es una oportunidad para poder actuar respecto a la prevención o tratamiento del consumo de alcohol con estrategias útiles y eficaces y con resultados positivos como es la atención plena y el consejo breve.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	10
Re-conceptualización y Definición Operacional de los Conceptos de la Teoría de Rango Medio (TRM)	15
Vulnerabilidad (consumo de alcohol y percepción de estrés)	15
Autotrascendencia Intrapersonal	16
Bienestar Físico	17
Autoeficacia de Resistencia	18
Factores Moderadores y Mediadores Personales y/o Contextuales	19
Puntos de Intervención	20
Estudios Relacionados	26
Definición de Términos	44
Objetivos General	46
Objetivos Específicos	46
Hipótesis	46
Capítulo II	
Metodología	47
Diseño del estudio	47
Población, Muestra y Muestro	48
Criterios de Inclusión	48
Criterios de Exclusión	49
Criterios de Eliminación	49
Mediciones e Instrumentos	49

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Procedimiento de Recolección de Información	54
Fidelidad de la Intervención	55
Selección y Entrenamiento de los Facilitadores	56
Intervención	57
Estructura de las Sesiones de la Intervención	59
Consideraciones Éticas	60
Análisis de los Datos	62
Capítulo III	
Resultados	64
Consistencia Interna de los Instrumentos	64
Estadística Descriptiva	65
Estadística Inferencial	95
Hallazgos Adicionales	119
Capítulo IV	
Discusión	125
Conclusiones	134
Limitaciones	134
Recomendaciones	134
Referencias	136
Apéndices	
A. Escala Evaluación del Cambio (URICA)	165
B. Cédula Filtro	166
C. Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol	167

Tabla de Contenido

Contenido	Página
D. Línea Base Retrospectiva [LIBARE]	168
E. Escala de Estrés Percibido (PSS)	169
F. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	171
G. Cuestionario de identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	173
H. Cuestionario de Confianza Situacional	174
I. Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8)	177
J. Consentimiento Informado (Grupo experimental)	178
K. Consentimiento Informado (Grupo control)	180
L. Manual del Facilitador	183
M. Manual del Participante	184
Ñ. Lista de Cotejo para Evaluar la Fidelidad de la Intervención	186

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Diseño del estudio (dos grupos-dos mediciones)	47
2. Consistencia Interna de los Instrumentos	64
3. Características Sociodemográficas de los participantes	65
4. Frecuencias y proporciones de los indicadores de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT	67
5. Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol dependiente de acuerdo al AUDIT	68
6. Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol dañino de acuerdo al AUDIT	70
7. Frecuencias y proporciones de la Escala de Estrés Percibido	71
8. Preguntas de la Escala de Estrés Percibido	73
9. Frecuencias y proporciones de Five Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	75
10. Preguntas de Five Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	83
11. Frecuencias y proporciones de Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ-39)	85
12. Preguntas del Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ-39)	92
13. Esta Estadística descriptiva de las variables del estudio: estrés percibido, autotranscendencia intrapersonal, autoeficacia de resistencia y número de copas por grupo	94
14. Estadística Descriptiva de las variables continuas y numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors de la muestra total	95
15. Prueba de Wilcoxon para el efecto de las variables de EPS, SCQ, FFMQ, Número de copas	97

Lista de Tablas

Tabla	Página
16. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Satisfacción	101
17. Prevalencia de consumo de alcohol	104
18. Frecuencias y proporciones del tipo de consumo de alcohol según el AUDIT	105
19. Frecuencias y proporciones del consumo excesivo explosivo al menos una vez en el último mes	106
20. Modelo de regresión lineal múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (experimental y control)	107
21. Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) para la reducción del consumo de alcohol (número de copas) con técnica de Backward	108
22. Modelo de Regresión Lineal Simple para la reducción del consumo de alcohol (número de copas) con Bootstrap	108
23. U de Mann-Whitney para la Autotrascendencia Intrapersonal	109
24. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de Observacional del FFMQ	110
25. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala Descriptiva del FFMQ	111
26. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de Actuación Consciente del FFMQ	111

Lista de Tablas

Tabla	Página
27. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de No juzgar del FFMQ	112
28. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de No Reactividad del FFMQ	113
29. U de Mann-Whitney para la Autoeficacia de Resistencia	113
30. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala Intrapersonal	115
31. U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala Interpersonal	115
32. U de Mann-Whitney para el índice de la Escala de Estrés Percibido	116
33. U de Mann-Whitney para número de copas consumidas en un día típico	117
34. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en la reducción de la percepción de estrés	119
35. Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en la reducción de la percepción de estrés con técnica de Backward	120
36. Modelo de Regresión Lineal Simple en la reducción de la percepción de estrés con Bootstrap	120
37. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en el incremento de la autotrascendencia intrapersonal	121

Lista de Tablas

Tabla	Página
38. Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en el incremento de la autotrascendencia intrapersonal con técnica de Backward	122
39. Modelo de Regresión Lineal Simple en el incremento la autotrascendencia intrapersonal con Bootstrap	122
40. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) para el incremento de la autoeficacia de resistencia	123
41. Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en el incremento de la autoeficacia de resistencia con técnica de Backward	124
42. Modelo de Regresión Lineal Simple en la autoeficacia de resistencia con Bootstrap	124

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de la Autotrascendencia, Pamela Reed (2014)	10
2. Conceptos de la Teoría de Pamela Reed (2014) en la Intervención	23
3. Estructura Teórica- Conceptual- Empírica	25
4. Diagrama de Flujo	100
5. Autotrascendencia intrapersonal en el grupo experimental y control	110
6. Autoeficacia de resistencia en el grupo experimental y control	114
7. Estrés percibido en el grupo experimental y control	117
8. Copas consumidas en un día típico en el grupo experimental y control	118

Capítulo I

Introducción

El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública en razón de la magnitud de los daños a la salud y de su impacto negativo en el bienestar de la sociedad. Los datos epidemiológicos muestran que, en el año 2012, fue causa de 3.3 millones de defunciones en el mundo, además es el primer factor de riesgo de morbilidad en los países de desarrollo y el tercero en países desarrollados. Este consumo muestra diferencias significativas por género, ya que el 7.6% de las defunciones corresponden a los varones y el 4.0% ocurrieron en mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). El consumo de alcohol es una amenaza para la vida social, en la medida que genera consecuencias negativas en las esferas: biológica, psicológica y social de quienes lo consumen. Dentro de las principales causas de muerte relacionadas con el consumo de alcohol, se encuentran los accidentes por vehículo de motor en un 20% aproximadamente, el 30% corresponden a cáncer de esófago y de hígado, así como el homicidio, y un 50% es debido a la cirrosis hepática (OMS, 2008,2010; Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2010).

Adicionalmente se puede indicar que este consumo es el principal factor de riesgo para la pérdida de Años de Vida Saludables (AVISAs) y es responsable del aumento de la carga de morbilidad en América Latina (Anderson, Gual, & Colon, 2008; OMS, 2008). En México el abuso de alcohol es la cuarta causa (8.4%) de mortalidad donde se incluyen la cirrosis hepática y otros daños al hígado, diabetes mellitus, diversas neoplasias, enfermedades cardiovasculares y problemas en el sistema nervioso; además, se relaciona con lesiones intencionales (suicidio y violencia) y no intencionales (accidentes de tráfico, caídas, traumatismos, envenenamientos), estos problemas de salud afectan el desarrollo económico de la sociedad y la estabilidad de la familia (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] & Secretaria de Salud [SS],

2012).

Así mismo se reportó que el 71.3% de la población mexicana (12 a 65 años) había consumido alcohol alguna vez en la vida, el 51.4% en el último año y el 31.6% había consumido alcohol en el último mes (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Centro Nacional para la Prevención y Control de Adicciones [CENADIC] & SS, 2016-2017).

En el año 2011 se registra que cerca de 830 mil personas consumidoras de alcohol han acudido a recibir tratamiento; el número de mujeres que ha buscado un tratamiento para dejar de consumir alcohol es muy bajo en comparación con los hombres, este hecho probablemente se explica en razón de la cultura que estigmatiza a las mujeres consumidoras excesivas de alcohol, por lo que en soledad y en ausencia de tratamiento se mantiene muchas veces oculto el consumo de alcohol problemático en las mujeres (INPRFM, INSP, CENADIC & SS, 2011). Aunado a lo anterior, se han registrado en los servicios de urgencias hospitalarias en México más de 17 mil 734 ingresos en 2008, de éstos, el 8.3% de los individuos se encontraban bajo el efecto de al menos una sustancia psicoactiva al momento del ingreso y la sustancia con mayor frecuencia ingerida fue el alcohol (INPRFM, INSP, CENADIC & SS, 2011).

Uno de los factores que se ha asociado con el consumo excesivo de alcohol en adultos jóvenes es el estrés de la vida o eventos de la vida potencialmente estresantes (pérdida de empleo, formar una familia, el embarazo de su pareja entre otros) que generan un grado de reacción como la preocupación, mortificación angustia en el individuo que puede ser afrontado (Arnett, 2003; Bastos, Lasiuk, Barton, Fatima, & Silva, 2017; Huh, Huang, Liao, & Pentz, 2013)

De acuerdo con Reed (1991) los eventos o acontecimientos de la vida que son percibidos como difíciles y estresantes incrementan la vulnerabilidad, en otras palabras, aumenta el sentido de mortalidad o la destrucción del yo interno en los adultos jóvenes lo que podría ser enfrentado por la conducta de consumo de alcohol. El estrés percibido

según Lazarus y Folkman (1986) es el resultado de una transacción entre la persona y el ambiente. Es el producto de la percepción y la interpretación que la persona realiza a partir de los acontecimientos de su vida y las demandas del entorno; lo cual vulnera al individuo y puede incrementar el riesgo del consumir alcohol (Lazarus & Folkman, 1986; OMS, 2004; Pérez & Lucio-Gómez, 2010).

El estrés percibido es además una respuesta humana que provoca sentimientos de angustia y preocupación cuando no se cuenta con los recursos o estrategias emocionales saludables para afrontarlo y puede incrementar la probabilidad del consumo y abuso del alcohol (Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso, C., & Oliva, 2012; Cuenya, 2007; Keyes, Hatzenbuehler, & Hasin, 2011; Kurspahić-Mujčić, Hadžagić-Ćatibušić, Sivić, & Hadžović, 2014). Adicionalmente, los adultos jóvenes pueden consumir alcohol en busca de una recompensa interna; cómo manejar estados emocionales como el estrés percibido, depresión y ansiedad o para buscar recompensas externas como la aceptación en el grupo de iguales o la aprobación social (Lerma-Cabrera et al., 2015; Moberg, Weber, & Curtin, 2011; Ordoñez & Muñoz, 2008; Phun & Dos-Santos, 2010; Zumalde & Gutiérrez, 2009).

El consumo de alcohol excesivo influye en la calidad de vida de los adultos jóvenes ocasionando disminución del interés por las actividades personales, desempleo, actividad sexual de riesgo, alteraciones del sueño, problemas psicológicos, disminución del bienestar además de afectar las relaciones con la familia y los compañeros (Armendáriz et al., 2012; Londoño & Valencia, 2010; Moberg, Weber, & Curtin, 2011; Ordoñez & Muñoz, 2008; OMS, 2004; Tamers et al., 2014).

Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo B y Guzmán (2014) documentaron que el consumir alcohol es una forma de hacer frente a los eventos de la vida potencialmente estresantes, reportando que a mayor estrés percibido mayor consumo de alcohol. Diversas poblaciones como los trabajadores de la salud de un hospital de Tamaulipas (Hinojosa- García, Alonso-Castillo, Castillo-Muraira, &

Pumarejo, 2012), trabajadores industriales de Monterrey (Reyes, Rodríguez, López, Guzmán, & Alonso, 2017) las mujeres adultas (Alonso-Castillo et al., 2011), los estudiantes universitarios de Nuevo León (Armendáriz et al., 2012) y los adultos jóvenes (Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo, & Guzmán, 2014) han documentado que consumen alcohol para disminuir el estrés percibido (Calvete & Estévez, 2008; Cáceres, Salazar, Varela, & Tovar, 2006; Justo, 2010).

Reed (1991) propone que las experiencias difíciles de la vida incrementan la conciencia de situación personal y confronta a las personas con la finitud de la existencia o con su conciencia de mortalidad, lo que puede asociarse con la autotranscendencia la cual permite la expansión de los límites intrapersonalmente, interpersonalmente, y transpersonalmente en las diferentes etapas de la vida. Se ha documentado que la autotranscendencia se relaciona negativamente con la percepción de estrés, y con otros estados emocionales como la depresión, angustia y la ansiedad (Klass, 1998; Walker, 2002) estos factores que pueden asociarse con el consumo de alcohol. Además, se ha referido que la autotranscendencia se relaciona positivamente con el bienestar físico, social y emocional (60% de la varianza), en hombres y mujeres sin hogar (Runquist & Reed, 2007).

En otros estudios se ha reportado que la autotranscendencia se relaciona positivamente con el sentido y orientación para la vida y se ha encontrado que una baja vulnerabilidad se asocia de manera inversa con mayores niveles de autotranscendencia en jóvenes universitarios de Colombia consumidores y no consumidores de alcohol, además la autotranscendencia está presente en personas con abuso de alcohol que se han recuperado o están en proceso de recuperación en grupos que participan en Alcohólicos Anónimos (Coward & Kahn, 2005; Díaz-Heredia & Muñoz-Sánchez, 2013; Ellermann & Reed, 2001; Klass, 1998).

Aunado a lo anterior Reed (1991) y otros colegas (Acton & Wright, 2000; Coward, 1998, 2003; McGee, 2000) han utilizado la Teoría de la Autotranscendencia en

diversas intervenciones, indicando que existen estrategias diseñadas para incrementar la autotranscendencia intrapersonal que permiten al individuo clarificar y expandir el conocimiento sobre sí mismo y encontrar o construir el significado de esa experiencia mediante la atención plena, meditación, y autorreflexión. La autotranscendencia interpersonal coadyuva a mejorar la relación de la persona con otros e incluye la orientación a través de medios formales e informales incluyendo el uso del internet, seguimiento telefónico o mediante grupos de autoayuda.

Finalmente, las estrategias que incrementan la autotranscendencia transpersonal que ayuda a mantener o incrementar la relación de la persona con un ser superior o supremo entre estas intervenciones incluyen ayudar a otros, la religiosidad y la perspectiva espiritual (Acton & Wright, 2000; Coward, 1998, 2003; McGee, 2000).

De acuerdo a lo anterior la terapia de atención plena incrementa la autotranscendencia intrapersonal y además utiliza estrategias cognitivo conductuales; la cual destaca por ser innovadora, de bajo costo y de fácil aplicación. Esta terapéutica tiene su origen en la filosofía oriental, la cual es una práctica de meditación que se caracteriza por un control abierto de experiencias, donde se presta atención al momento presente con una actitud receptiva y sin prejuicios (Li, Howard, Garland, McGovern, & Lazar, 2017). Es decir que la conciencia plena se logra del resultado de centrar la atención en el momento presente mediante una forma activa y reflexiva del mundo interior y exterior de la persona incluyendo los pensamientos, sensaciones, emociones y acciones, aceptándolas tal y como son sin prejuicios, de esta forma incrementa la autotranscendencia intrapersonal (Chiesa, Calati, & Serretti, 2011; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Vallejo, 2008; Whitfield, 2010;).

Esta terapia de atención plena ha sido utilizada para reducir el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y marihuana mostrando ser un tratamiento complementario efectivo para la disminución del consumo de estas drogas, además se ha documentado que esta estrategia puede ser efectiva tanto en la recuperación del paciente que consume

alcohol de forma excesiva, así como en la prevención de recaídas (Amaro, Spear, Vallejo, Conron, & Black, 2014; Clarke, Field, & Rose, 2015; Felker, 2015; Garland, Boettiger, Gaylord, Chanon, & Howard, 2012; Garland, 2011; Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacio, 2010; Moscoso, 2010; Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013).

Mermelstein y Garske (2015) realizaron una intervención de atención plena reportando que el grupo intervención había reportado 2.61 episodios menos de consumo excesivo explosivo (Cohen 0.86) y menos consecuencias del consumo de alcohol (Cohen 0.49), que el grupo control, al término de la intervención. Aunado a lo anterior la literatura indica que la atención plena ha mostrado efectos benéficos en enfermedades como el cáncer, SIDA, hipertensión, asma y fibromialgias. Así mismo en la reducción del estrés, ansiedad, depresión, preocupación, miedo, ira (Bondenlos, Noonan, & Wells, 2013; Christopher, Ramsey, & Antick, 2013; Chiesa & Serretti, 2009; Falfasi & Leopard, 2015; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Nyklicek & Kuijpers, 2008; Quintana & Rincón, 2011). Además, se reportan beneficios en el incremento de la atención enfocada y plena, mejora la regulación de las emociones, incrementa la autotrascendencia intrapersonal, el bienestar, la esperanza y la calidad de vida de las personas (Chiesa & Serreti, 2009; Gaiswinklera & Unterrainer, 2016; Gotink, Chu, Busschbach, Benson, Fricchione, & Hunink, 2015; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Shapiro, Brown, Thoresen, & Plante, 2011).

Otra forma de intervenir en la reducción del consumo de alcohol es mediante la aplicación del consejo breve que incluye un amplio rango de estrategias cognitivo-conductual y consiste en escuchar a los sujetos de manera atenta, crear una discrepancia entre lo que el sujeto experimenta (problema de consumo de alcohol) y lo que pretende lograr en un futuro cercano, evitando la crítica y la discusión centrada en culpas o errores, además de fomentar la autoeficacia para poder resistir la tentación del consumo y de poder interactuar con sus pares sin necesidad de consumir alcohol (Heather & Kaner, 2001; Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez, & Salazar, 2008). La autoeficacia es

una capacidad y habilidad para ejecutar determinada tarea, actividad o conducta, en una situación específica que pretende alcanzar la meta deseada (Bandura, 1982).

La literatura reporta que la autoeficacia se relaciona tanto con las conductas de riesgo como de protección, los individuos que tiene un alto sentido de autoeficacia tienen menos probabilidad de ejecutar conductas de riesgo y los individuos que reportan un sentido bajo de autoeficacia no se sienten capaces de resistir o rechazar conductas que comprometen su salud, reportan mayor probabilidad de consumir alcohol y presentar una alta percepción de estrés (Cuenya, 2007; Hinojosa-García, Alonso-Castillo, Castillo-Muraira, & Pumarejo, 2012; Martínez, Medina, & Rivera, 2004; Mann et al., 2012; Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacío 2010; Melo, & Castanheira, 2010; Olivari, & Medina, 2007; Palacios, 2012). Con el propósito de que el individuo tome decisiones sobre su consumo de alcohol, se han aplicado algunas estrategias basadas en la autoeficacia como la retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol, el planteamiento de metas claras y factibles, mantener la motivación del deseo de cambiar y estrategias que reduzcan la tentación del consumo de alcohol (Ballesteros, Ariño, González, & Pinto-Querejeta, 2003; Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacío, 2010).

El consejo breve en el ámbito de las adicciones se ha utilizado bajo el programa de IDEAS (CONADIC & SSA, 2007) el cual coadyuva a minimizar la resistencia del usuario hacia el cambio, evitando la confrontación y poniendo en práctica una actitud de escucha y apoyo, con el objetivo de que el usuario asuma la responsabilidad de evaluar su propio consumo y fortalezca el compromiso con su meta de reducir el consumo (Ballesteros, Ariño, González, & Pinto-Querejeta, 2003; Melo & Castanheira, 2010). Esta terapia ha mostrado ser efectiva para la disminución del consumo de alcohol en un 22% a 56%, no obstante, se ha observado que a los 6 meses de concluida existe la probabilidad de recaídas si la consejería se otorga de manera única. Por lo anterior se recomienda que estas intervenciones se administren de manera sistemática incorporando algún otro recurso como la retroalimentación, los materiales de apoyo y el seguimiento,

además de adicionar alguna otra terapia cognitiva conductual como la atención plena para incrementar la efectividad (Academic ED SBIRT Research Collaborative, 2010; Ballesteros, Ariño, González-Pinto, & Querejeta, 2003; Heather & Kaner, 2001; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014; Secadas & Fernández, 2001).

En relación con lo anterior la profesión de enfermería se centra en el logro de conductas saludables; por lo cual existe un interés particular por el desarrollo de intervenciones preventivas y de reducción del consumo de alcohol, enfocadas a evitar la dependencia al alcohol, así como ofrecer cuidado en la recuperación de pacientes con problemas de consumo de alcohol, para que logren la abstinencia o la reducción del consumo de alcohol (Díaz- Heredia & Muñoz- Sánchez, 2013). Existe evidencia empírica sobre la aplicación de intervenciones breves por enfermería, para reducir el consumo de alcohol en entornos como atención primaria, centros escolares, entornos laborales y al ingreso de la hospitalización (Díaz & Palucci, 2010; González & Manzano, 2009;).

Así mismo se ha reportado que es el personal de enfermería quienes imparten este tipo intervenciones breves, las cuales se caracterizan por ser de bajo costo y de corta duración, además de que utilizan estrategias particulares como la interacción abierta entre la enfermera y el cliente, promover una relación de igualdad, de reciprocidad, empática y sin juzgar o criticar la conducta del cliente, lo cual le permite comprender la situación actual que experimenta la persona que desea reducir el consumo de alcohol. Una parte fundamental del cuidado de enfermería en las intervenciones breves es el estar abierto a una amplia gama de componentes como: la educación y retroalimentación, la comunicación terapéutica, el fomento de acciones autoayuda y el uso de terapias complementarias. Además, en las intervenciones breves se debe alentar la conciencia de sí mismo, de sus relaciones con otros y con su entorno, la consejería busca devolver el poder y la responsabilidad a los individuos de su propio control del consumo, son elementos que pueden influir en el cambio de conducta hacia la adopción de conductas

saludables (Academic ED SBIRT Research Collaborative, 2010; Hyman, 2006; NIDA, 2014).

Por lo cual este estudio tiene la finalidad de evaluar la efectividad y factibilidad de una Intervención Breve que incluye la Atención Plena (Mindfulness) y el Consejo Breve (Protocolo IDEAS), basadas en los conceptos de la Teoría de Autotrascendencia de Reed (2014) y el concepto de Autoeficacia de Bandura (1977) a fin de incrementar el éxito en la reducción del consumo de alcohol. Estas intervenciones se consideran cada vez más valiosas en los individuos que desean cambiar su conducta de consumo de alcohol (Ballesteros, Ariño, Gonzalez-Pinto, & Querejate, 2003; Heather & Kaner, 2001). Además, facilitan la derivación a tratamiento especializado en los casos de personas con dependencia al alcohol o alcoholismo, por ello estas intervenciones breves no son útiles para personas dependientes del consumo de alcohol (Babor & Higgins, 2001; Heather & Kaner, 2001).

La revisión de literatura indica que son escasos los modelos o teorías de enfermería utilizadas específicamente para explicar los determinantes del consumo de alcohol excesivo, así como el diseño de intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol, por lo que se requiere de la integración de teoría a la práctica, lo cual es fundamental dada la complejidad del fenómeno de estudio. En este sentido la importancia de este estudio radica en varios ámbitos; primero se diseñó un protocolo de la intervención breve con enfoque cognitivo conductual que incluye dos terapias (atención plena y consejo breve) basadas en los conceptos de la Teoría de Autotrascendencia de Reed (2014) y el concepto de Autoeficacia de Bandura (1977). Así mismo tiene la finalidad de evaluar la eficacia (reducir el consumo de alcohol, y la percepción del estrés, aumentar la autoeficacia de resistencia y la autotrascendencia intrapersonal) y factibilidad de la intervención.

Se considera que a futuro esta intervención podría representar una oportunidad de aplicación por el profesional de enfermería que laboren servicios de atención primaria o

en programas de salud universitarios.

Marco Teórico

El marco teórico que sustenta este estudio se construye a partir de la Teoría de la Auto-trascendencia de Reed (2014), que incluye los conceptos: vulnerabilidad, autotrascendencia, bienestar, y factores moderadores-mediadores y puntos de intervención para la promoción de la autotrascendencia (Figura 1). Así mismo se incluyó el concepto de la Autoeficacia de Bandura (1977) específicamente la autoeficacia de resistencia. Estos conceptos antes señalados guiaron la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol: atención plena y consejo breve.

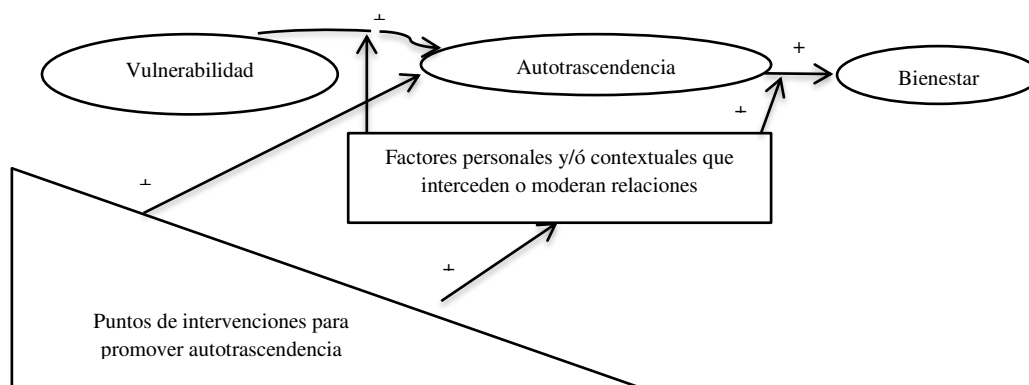


Figura.1 Teoría de la Autotrascendencia

La Teoría de la Autotrascendencia fue propuesta por Pamela G. Reed (1991), a partir del reconocimiento del desarrollo natural de los seres humanos y la relevancia de fenómenos de desarrollo para el bienestar. El término desarrollo se entiende como el cambio constante e innovador que ocurre entre seres humanos en sus particulares contextos. El propósito de esta teoría es comprender, explicar y predecir el bienestar en la edad adulta, en el proceso de crecimiento o en el envejecimiento por ello es consistente con las teorías del desarrollo, además es aplicable a cualquier persona que en su vida incrementa vulnerabilidad y moralidad personal.

El origen de esta teoría fue influenciado por tres fuentes; primero, la nueva conceptualización del desarrollo humano en términos de que es un proceso que sigue después de la adolescencia, la edad adulta, el envejecimiento y la muerte. Segundo, los

postulados sobre la naturaleza del cambio en seres humanos de Martha Rogers (1970) proporciono más inspiración para el desarrollo de la teoría.

El principio de integridad de Rogers sostiene que el desarrollo humano depende de una serie de factores que son tanto humanos como contextuales, se hace hincapié en el papel que desempeña el desequilibrio entre la persona y el entorno como activador del desarrollo. Tercero, la teoría de autotranscendencia fue alentada por experiencias clínicas, en donde se aplicaron teorías de desarrollo, en niños y adolescentes en atención psiquiátrica. Un enfoque de enfermería para fomentar la salud mental y el bienestar requería una comprensión de los procesos de desarrollo de los pacientes. La autotranscendencia facilita la integración de elementos complejos y conflictivos de vivir, envejecer y morir.

La teoría de autotranscendencia se apoya en dos suposiciones mayores; primero, se reconoce que los seres humanos son integrales con su medio ambiente, como la ciencia de seres humanos unitarios de Rogers (1980). Los seres humanos son “pandimensionales” y coextensivo con su medio ambiente y capaces de una conciencia que va más allá de dimensiones físicas y temporales. Esta conciencia puede ser experimentada mediante estados de conciencia alterados, estos son encontrados en la vida diaria de las personas en las prácticas para llegar a lo más profundo dentro de sí mismo y llegar a otras personas, a la naturaleza, a su propio Dios y a otras fuentes de trascendencia. La autotranscendencia abarca la descripción y estudio de la naturaleza humana pandimensional dentro de los contextos diarios de la vida, se enfoca a los campos locales y personales.

La segunda suposición es que la autotranscendencia implica desarrollo, característica humana que exige expresión, como, por ejemplo; el desarrollo del caminar de los niños pequeños, el razonamiento abstracto en adolescentes y las tristezas en aquellos que hayan sufrido una pérdida. La autotranscendencia es integral para el bienestar de la persona y la enfermería tiene como rol fundamental facilitar este proceso.

Inicialmente esta teoría fue construida para entender mejor el rol de la auto-trascendencia al final de la vida y en las crisis vitales. Diversos investigadores han extendido los límites de la teoría más allá experiencias de enfermedades terminales para incluir otras experiencias de vulnerabilidad como algunas crisis vitales como la enfermedad, la muerte de un familiar cercano, problemas en el trabajo y de tipo escolar que potencialmente generen estrés. Por lo tanto, se podría indicar que la autotrascendencia no es un estado final, más bien es un proceso que puede conducir al individuo al bienestar; de esta forma enfermería debe de ser capaz de propiciar y promover este proceso.

Los conceptos claves de esta teoría son tres, la auto-trascendencia, el bienestar y la vulnerabilidad.

La autotrascendencia es una capacidad que se desarrolla a partir de las experiencias a las que se enfrentan las personas y es cuando aumentan su conciencia de mortalidad, en diferentes etapas de la vida y en específico durante sus encuentros con la enfermedad, las crisis vitales, las pérdidas. Esta permite expandir los límites intrapersonalmente (hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños de cada uno), interpersonalmente (para relacionarse con otros y su ambiente), temporal (para integrar el pasado y el futuro en una forma que tenga sentido para el presente) y transpersonalmente (para conectar con dimensiones más allá del típico mundo discernible). Además, la autotrascendencia permite a la persona distanciarse para reflexionar y tomar decisiones, a través de la movilización de recursos personales que logran llevar al individuo a la adopción de medidas de precaución y prevención de las conductas de riesgo.

Adicionalmente se indica que la autotrascendencia es una característica de madurez, en términos de una mejor conciencia de sí mismo y del medio ambiente y una orientación hacia amplias perspectivas sobre la vida. Se expresa mediante varios comportamientos como compartir la sabiduría y el conocimiento con otros, el reconocer

los cambios físicos en el proceso de crecimiento, adultez y envejecimiento, aceptación de la muerte como una parte de la vida y encontrar significado espiritual en la vida. Así mismo la autotranscendencia posee cuatro atributos que son esenciales para su desarrollo los cuales son; la sensibilización, la interconexión, la expansión de la conciencia, y la energía creativa.

Un segundo concepto es el bienestar el cual se define como una sensación de plenitud (estar completo en sí mismo) y de salud, según los criterios propios de cada persona. El bienestar se describe como un cambio a través de la complejidad de la vida, en un sentido saludable e integral. Los indicadores de bienestar son diversos como las percepciones humanas, estos dependen de cada individuo algunos ejemplos son; satisfacción de vida, autoconcepto positivo, optimismo, felicidad y un sentido de significado en la vida. Por ello el bienestar se correlaciona y es un resultado de la autotranscendencia.

Otro concepto clave de la teoría es la vulnerabilidad definido como la conciencia que tiene la persona sobre su naturaleza mortal y está asociada con cualquier crisis vital como experimentar difíciles eventos de la vida, la enfermedad, el accidente de tránsito, las pérdidas, entre otros. Es teorizado como una capacidad de desarrollo y como un mecanismo de sobrevivencia, que emerge naturalmente en experiencias de salud como de enfermedad que confronta una persona.

Existe una amplia variedad de factores personales y contextuales, sus interacciones influyen en el proceso de la autotranscendencia y del bienestar. Algunos factores son la edad, el sexo, la habilidad cognitiva, el estado de salud, los eventos de vida significativos y el ambiente socio-político. Como moderadores o mediadores, estos factores incrementan o disminuyen la fortaleza de la relación.

Los puntos de intervención son las intervenciones de enfermería que se enfocan directamente en fortalecer la autotranscendencia o que buscan el modelamiento del efecto de los factores en las relaciones entre autotranscendencia, vulnerabilidad y el bienestar.

Algunos resultados de investigación indican que existen diversas estrategias para promover la autotrascendencia y el bienestar, además de disminuir los resultados negativos. Estas estrategias expanden las fronteras intrapersonales, interpersonales y transpersonales (Diener, 2003).

Autoeficacia de resistencia

La autoeficacia es definida como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras. Las percepciones de autoeficacia ejercen influencia directa sobre la toma de decisiones. La alta autoeficacia permite que los individuos confíen más en sus propias capacidades es decir cuánto más fuerte sea la autoeficacia percibida, mayor será el compromiso con la meta deseada, en cambio las personas con baja eficacia son susceptibles a dudas sobre sus capacidades para llevar a cabo un objetivo (Bandura, 1999).

Por lo tanto, las expectativas de autoeficacia determinan, en gran medida, la elección de las actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales, de tal manera que la autoeficacia puede ser útil para guiar y predecir la conducta del individuo (Bandura, 1999; López-Torrecillas Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002).

En relación a lo anterior se ha documentado que la autoeficacia percibida desempeña un rol importante en el ámbito de las conductas adictivas coadyuva en el proceso de modificación que conlleva al cese o disminución de dicha conducta (Bandura, 1999; López-Torrecillas Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002).

Respecto a la autoeficacia percibida sobre conductas adictivas, se encuentra el enfoque de la autoeficacia de resistencia, que son los juicios sobre la propia capacidad para evitar el consumo previo o la iniciación del hábito, para resistir las tentaciones del consumo, resistir las presiones sociales (amigos, compañeros y personas significativas) para el consumo y la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada ya sea de la abstinencia o la reducción del consumo de alcohol (Bandura, 1999; Castillo,

2009 Marlatt & Donovan, 2005; Marlatt & Gordon, 1980).

Reconceptualización y definición operacional de los conceptos de la Teoría de Rango Medio (TRM)

En este apartado, se describen los conceptos propuestos como guía para esta investigación, los cuales se reconceptualizan de la teoría de la Autotrascendencia de Pamela Reed (2014) y el concepto de autoeficacia de resistencia de Bandura (1999).

Vulnerabilidad (consumo de alcohol y la percepción de estrés)

La vulnerabilidad ha sido definida por Reed (2008) como la conciencia de la mortalidad humana y el experimentar eventos difíciles en la vida incrementa la conciencia de su situación personal y confrontan al individuo con la finitud de su existencia. En el ámbito de enfermería este concepto está relacionado intrínsecamente a la salud, indicando que cada persona tiene una vulnerabilidad que se determina por características personales y también por las condiciones adquiridas en el transcurso de la vida o resultantes del estilo de vida, del desarrollo de estrategias y habilidades para enfrentar traumas y enfermedades (Icumi, Rita, Ferreira, & Aparecida, 2008; Jackson, 2012; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, & Fracolli, 2008; Rodgers, 1997)).

La vulnerabilidad en este estudio es la percepción del estrés por haber experimentado eventos o circunstancias de la vida difíciles y el consumo de alcohol que pueden dañar a la persona incrementando su conciencia mortal. En razón de ello la persona se interesará en iniciar algún tratamiento para reducir el consumo de alcohol, no obstante, es probable que en el pasado haya intentado esta reducción sin éxito es decir tener intentos previos fallidos, lo cual a su vez es un evento difícil que puede incrementar el estrés y su conciencia de enfermar y/o morir.

Algunas investigaciones han documentado que los eventos o las circunstancias de la vida de los adultos jóvenes, pueden ser potencialmente estresantes incrementado la vulnerabilidad. Además, esta percepción de estrés puede determinar el consumo de alcohol, el cual produce alteraciones metabólicas, fisiológicas y de conducta vulnerando

aún más la salud y afectando el bienestar (Moberg, Weber, & Curtin, 2011; OMS, 2014; Tamers, Okechukwu, Bohl, Guéguen, Goldberg, & Zins, 2014)

La vulnerabilidad para este estudio estará representada por el consumo de alcohol y la percepción del estrés; el consumo de alcohol se midió a través del Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso del Alcohol (AUDIT). La percepción de estrés será documentada mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck, y Mermelstein (1983).

Autotrascendencia Intrapersonal

La autotrascendencia se refiere a los niveles más altos e integrales de la conciencia humana. Reed (1991) indica que la autotrascendencia es multidimensional, en donde la persona permite que sus límites se extiendan más allá de sus propios puntos de vista; la cual se expande interpersonal o hacia afuera, intrapersonal o hacia adentro y transpersonalmente en la relación del ser humano con un ser superior.

En este orden de ideas la autotrascendencia permite a la persona distanciarse para reflexionar y tomar decisiones, estas van más allá de un razonamiento o una cuestión mental, es una conexión con el ser dentro de sí mismo, un avance en la optimización de la realización humana, en sus contextos más profundos, como el espiritual (Frankl, 1969; Maslow, 1969). Es decir, es una capacidad evolutiva del individuo, necesaria para que la persona consiga tener una sensación continua de plenitud y de conexión consigo misma y con el entorno (Reed, 1999). Así mismo la autotrascendencia facilita la toma de decisiones, a través de la movilización de recursos personales que logran conducir al individuo en la adopción de medidas de protección y prevención de las conductas de riesgo (Reed, 1999).

Diversos autores han documentado que el aumento de la autotrascendencia se correlaciona positivamente con el bienestar físico, psicológico y social, de igual forma con la fuerza interior, el optimismo, propósito en la vida, la espiritualidad entre otros (Bean & Wagner, 2002; Buchanan, Farran, & Clark, 1995; Coward, 2003, 1998;

DiNapoli, Garcia-Dia, Garcia-Ona, O'Flaherty, & Siller, 2014; Ellerman & Reed, 2001; Haugan & Innstrand, 2012; Haugan, Rannestad, Hammervold, Garasen, & Espnes, 2013; Klaas, 1998; Neill, 2002; Nygren et al., 2005; Stinson & Kirk, 2006).

En este estudio se considera la autotrascendencia intrapersonal la cual es el autoconocimiento de los propios puntos de vista, de la experiencia presente sin juzgar ni reaccionar en automático, el reconocer los sentimientos, pensamientos y percepciones, y la auto-conexión del adulto joven que tiene la intención de cambiar su consumo de alcohol y que recibe el tratamiento o intervención de atención plena y fue medida a través del Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006) el cual evalúa la atención plena es decir la capacidad o disposición de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana.

Bienestar Físico

Teóricamente el concepto de bienestar se basa en dos conceptualizaciones una de tendencia hedónica y otra eudemonía, desde esta perspectiva integradora el concepto abarca componentes como poseer satisfacción con la vida, afecto positivo en el momento presente, la búsqueda del crecimiento personal, el desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida en el presente y en el futuro (Pena-Trapero, 2009; Vielma & Alonso, 2010). El bienestar tiene una dimensión subjetiva, evolutiva y multidimensional, abarcando las condiciones individuales y socioculturales que lo facilitan o dificultan (Cordova-Aicaiáz, Rodrfgtiez-Kuri, & Díaz-Negrete, 2010; González, Garcés, & García, 2011; Ortiz & Castro, 2009;).

En relación a lo anterior el bienestar puede ser entendido como una valoración cognitiva, es decir evaluar la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida (García-Viniegras & González, 2000). Por lo tanto, el bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, así como la forma en que los individuos reaccionan a estas circunstancias (García-Viniegras & González,

2000; González, Garcés, & García, 2011; Ortiz & Castro, 2009; Pena-Trapero 2009; Vielma & Alonso, 2010).

De acuerdo a lo anterior Reed (1991) plantea que el bienestar es un constructo subjetivo, una sensación de plenitud y de salud, según los criterios propios de la persona, incluyendo una amplia gama de fenómenos, reacciones emocionales y juicios globales sobre la satisfacción de la vida (Kozma, Stones, & Stone, 1997; Steel, Schmidt, & Shultz, 2008). Se ha documentado que el individuo que reconoce tener bienestar tiene salud mental, existe un mayor despliegue de sus potencialidades que se ven reflejadas en su conducta (Pérez, Ponce, Hernández, & Márquez, 2010; Rodríguez-Fernández, & Goñi-Grandmontagne, 2011).

Para el presente estudio el bienestar físico fue descrito como la conducta del no consumo de alcohol o reducción del número de copas en un día típico (bebidas estándar) esto como resultado de la intervención breve, lo cual fue evaluado por la pregunta de la cédula de datos personales que indaga sobre la cantidad de copas consumidas en un día típico y sobre el consumo excesivo explosivo (binge drinking). Así mismo mediante el LIBARE (Sobell, Maisito, Sobell, & Cooper, 1979) que indaga sobre la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en un día típico en una semana, esta se aplica a partir del primer contacto con el participante.

Autoeficacia de resistencia

La autoeficacia influye en el pensamiento, motivación y en el comportamiento del individuo, forma parte del su autoconcepto y se desarrolla en interacción con el entorno. En el ámbito de las adicciones se ha documentado que la percepción alta de la autoeficacia se relaciona negativamente con el consumo de sustancias adictivas indicando que cuando el sujeto emite una respuesta de afrontamiento efectivo incrementa su nivel de autoeficacia y disminuye la probabilidad de realizar hábitos no saludables. Por el contrario, si presenta niveles bajos de autoeficacia emite una respuesta de afrontamiento inefectivo lo cual se relaciona con la probabilidad del consumo de

drogas (Marlatt & Donovan, 2005; Marlatt & Witkiewitz, 2004).

Por lo tanto, la percepción de la autoeficacia puede influir en el desarrollo inicial de la conducta adictiva, así como en el proceso de modificación de conducta que lleva al cese de tales hábitos o el mantenimiento de la abstinencia. Este proceso puede darse mediante dos fases; prevención primaria, la cual se centra en la autoeficacia de resistencia y la segunda fase es la prevención secundaria que aborda autoeficacia para la reducción del daño (Bandura, 1999).

En este estudio se considera la autoeficacia percibida de resistencia es decir, el juicio de la capacidad para resistir las tentaciones del consumo, resistir las presiones sociales (amigos, compañeros y personas significativas) para el consumo y la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada en la intervención breve de enfermería ya sea la abstinencia o la reducción del número de copas (bebidas estándar) (Bandura, 1999; Burling, Reilly, Moltzen, Ziff, 1989; Chicharro, Pedrero, & Pérez, 2007; DiClemente, Carbonari, Montgomery, & Hughes, 1994; López-Torrecillas, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002; Marlatt, Bear, & Quigley, 1995). Para medir este concepto se utilizó el Cuestionario de Confianza Situacional (Annis & Grahnam, 1988)

Factores moderadores y mediadores personales y/o contextuales

Los factores moderadores y mediadores personales o contextuales son variables que interactúan entre sí y que pueden influir positiva o negativamente en el proceso de la autotrascendencia y el bienestar, como, por ejemplo, la edad y la edad de inicio al consumo de alcohol, el sexo, religión, estado civil y ocupación (Reed, 1991).

El consumo de alcohol es un proceso multifactorial que está presente en diversas etapas de la vida, en donde por curiosidad y aceptación por el grupo de iguales, se pueden adquirir hábitos de vida no saludables como el consumo excesivo de alcohol (CONADIC & SS, 2012; Cogollo-Milanés et al., 2011; López-García, Esparza-Almanza, Guzmán-Facundo, Alonso-Castillo, & Rodríguez-Aguilar, 2007; López & Lobo da Costa, 2008; Rodríguez, 2015). Algunos factores que se asocian al consumo de

alcohol son; la edad documentándose que a mayor edad mayor consumo de alcohol (Miquel et al., 2015; Restrepo, Agudelo, Giraldo, & Sánchez, 2011; Rodríguez, 2015), el sexo masculino reporta un mayor consumo alcohol, en cantidad y frecuencia a diferencia del sexo femenino (Albarracín & Muñoz, 2008; Martínez, Medina, & Rivera, 2004; Puig-Nolasco, Cortaza-Ramirez, & Pillon, 2011), las personas que profesan una religión son menos vulnerables al consumo de esta sustancia (Acosta, Fernández, & Pillon, 2011; Castaño, García, & Marzo, 2014; Cogollo-Milanés et al., 2011).

Aunado a lo anterior se ha documentado que los jóvenes solteros presentan mayor consumo de alcohol que aquellos que reportan tener un estado civil diferente, además se ha documentado que adultos jóvenes que solo estudian reportan un consumo sensato y los que estudian y trabajan un consumo de riesgo (Cogollo-Milanés et al., 2011; Villacé, Fernández, & Costa, 2013). Estos factores fueron medidos en una Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol.

Puntos de Intervención

La Atención Plena es una terapia que se centra en desarrollar en el individuo la habilidad de estar en el presente, en que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional reconociéndolo y aceptado tal y como es (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Kabat-Zinn (2007) señala que la atención plena consiste en el proceso de observar detenidamente el cuerpo y la mente, así mismo de permitir que las experiencias se vayan desplegando momento a momento y de aceptarlas tal como son; es decir es la consciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, con una actitud de no juzgar dejando fluir la experiencia momento a momento. Lo cual implica no rechazar las ideas ni intentar fijarlas ni suprimirlas, ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención (Kabat-Zinn, 2007; Keng, Smoki & Robins, 2011; White, 2014).

De acuerdo a lo anterior la atención plena es una práctica de la autoconciencia, en la cual se logra el desarrollo de la capacidad de concentración. El aumento de la

concentración trae consigo la serenidad y esta serenidad conduce al individuo a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) lo cual permite contemplar la realidad tal y como es (Whitfield, 2010; White, 2014).

Para este estudio se utilizó el protocolo de Kabat-Zinn (1990) de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) que comprende ocho sesiones una por semana y contiene estrategias básicas: (a) No juzgar; indicando que la atención plena se consigue cuando se tiene una postura de ser testigos imparciales de la propia experiencia siendo conscientes de las experiencias internas y externas. En este sentido solo se debe limitar la persona a observar los pensamientos y dejarlos ir. (b) Paciencia; es estar abierto a cada momento aceptándolo tal y como es, aceptado que las cosas suceden en el tiempo que deben de suceder. (c) Mente de principiante; la atención plena propone que la persona está dispuesta a ver las cosas como si fuera la primera vez, lo cual le permite mantenerse abierto a nuevas formas de ver sus pensamientos y acciones.

(d) La confianza, en sí mismo es un pilar fundamental de la atención plena pues esto le lleva a realizar acciones en busca de su bienestar. En este caso confiar en que puede disminuir o abandonar el consumo de alcohol. (e) no esforzarse; la meditación es el no hacer, es decir que la atención plena no puede forzarse hacia una finalidad, es dejar que fluya el pensamiento libre. (f) aceptación; es ver las cosas como son el presente, mostrarse receptivo de lo que piensa, ve y siente en el momento y, (g) ceder o dejar ir, significa no apegarse. Se debe aceptar la experiencia tal y como es. Sin tratar de modificarla, es soltar los pensamientos, dejarlos ir, sin modificaciones solo aceptando su presencia.

En este sentido diversos autores han documentado que la terapia de atención plena se ha relacionado con el aumento de la autotrascendencia intrapersonal, esta terapia le permite al individuo un estado de relajación, meditación y concentración que propicia un contacto interno, lo que permite enfocarse en su conducta de consumo de alcohol en el momento actual, sin prejuicios, fortalece además el discernimiento, la

sabiduría, la aceptación y la autocompasión para lograr el estado de bienestar, físico, psicológico y social (Brewer et al., 2011; Hölzel et al., 2011; Huppert & Johnson, 2010; Miró, 2007; Vickery & Dorjee, 2015).

Así mismo se ha documentado que la práctica de la atención plena ha mostrado eficacia en la reducción del consumo de alcohol, tabaco y marihuana mediante intervenciones realizadas de 4 sesiones una cada semana y hasta 22 sesiones realizadas con una duración que oscila de diez minutos a dos horas (Carpentier, Romo, Bouthillon-Heitzmann, & Limosin, 2015; Davis, Manley, Goldberg, Stankevitz, & Smith, 2015; Dios, Herman, Britton, Hagerty, Anderson, & Stein, 2012; Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Thornhill, & Brewer, 2013; Mermelstein & Garske, 2015; Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard, & Hojat, 2003; Vinci et al., 2014). Por lo anterior citado la atención plena fue utilizada como estrategia de intervención para aumentar la autotrascendencia intrapersonal y disminuir el estrés y el consumo de alcohol.

Respecto al consejo breve en el área de adicciones su aplicación es mediante el protocolo IDEAS que se fundamenta en la autoeficacia de resistencia y se conforma de cinco pasos: 1) Indagar que incluye identificación mediante cuestionarios del abuso o dependencia a alguna droga, 2) Dialoga, en esta etapa se informa a la persona sobre su nivel de consumo y las consecuencias que ha tenido y puede tener o exacerbar debido al consumo, 3) Establece, metas de esta forma ayuda a la persona a establecer una meta de reducción de consumo o la abstinencia para evitar consecuencias negativas en el corto y largo plazo, 4) Acompañar, significa que en el proceso de cambiar la conducta se debe indagar el nivel de satisfacción que tiene la persona con la asesoría del consejo breve ya que si la satisfacción es alta puede propiciar continuar con el consejo, mientras si es baja la satisfacción, significa que es probable abandone el consejo y no regrese más a la intervención, y 5) Seguimiento coadyuva a detectar los cambios significativos sobre el nivel de consumo y si no han ocurrido cambios en el consumo se deberá canalizar a otro tipo de tratamiento o bien si han ocurrido cambios seguir apoyando el mantenimiento de

la conducta, por ello este concepto se evaluó a través del cuestionario breve de confianza situacional (CONADIC & SS, 2007,2012).

De esta forma el protocolo IDEAS es una guía para el consejo breve y útil para profesionales de la salud que se encuentran en servicios de atención primaria, donde se pretende reforzar la capacidad de autoeficacia de resistencia para evitar el consumo de alcohol o bien si ya es consumidor, se utiliza con fines de ofrecer alternativas de acción mediante la aplicación de una serie de consejos y técnicas agrupadas bajo este acrónimo IDEAS para reducir el consumo o lograr la abstinencia (Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez, & Salazar, 2008; Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacío, 2010; Morales, Martínez, Carrascoza, Caso, & Martínez, 2013; Tavera & Martínez, 2008)

Se ha documentado que el consejo breve es de utilidad para fomentar la autoeficacia de resistencia, ya que este incluye estrategias y acciones cognitivas conductuales como la evaluación de inicio, la implementación de estrategias y acciones que favorezcan el cambio de conducta y una evaluación final (Cuijpers, Riper, & Lemmers, 2004; Liska et al., 2008; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos, & Ayala, 2009; Medina-Mora, 2005).

En la siguiente figura (Figura 2) se observa la relación de los conceptos de la Teoría de Pamela Reed (2014) que se utilizaron en esta intervención.

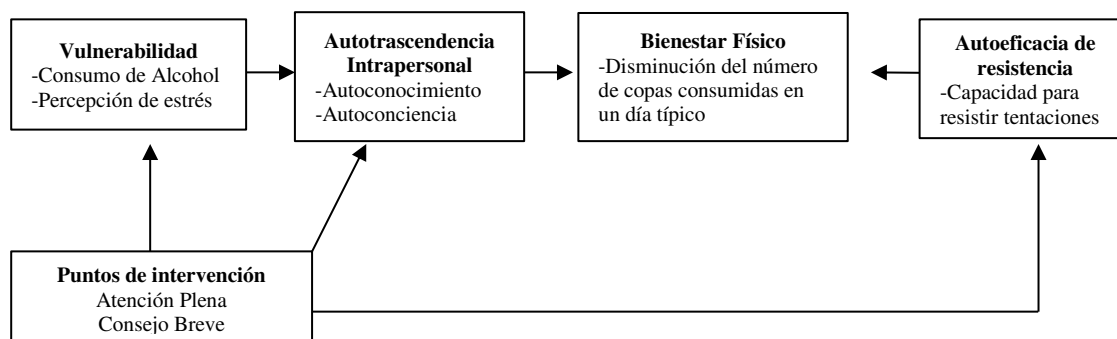
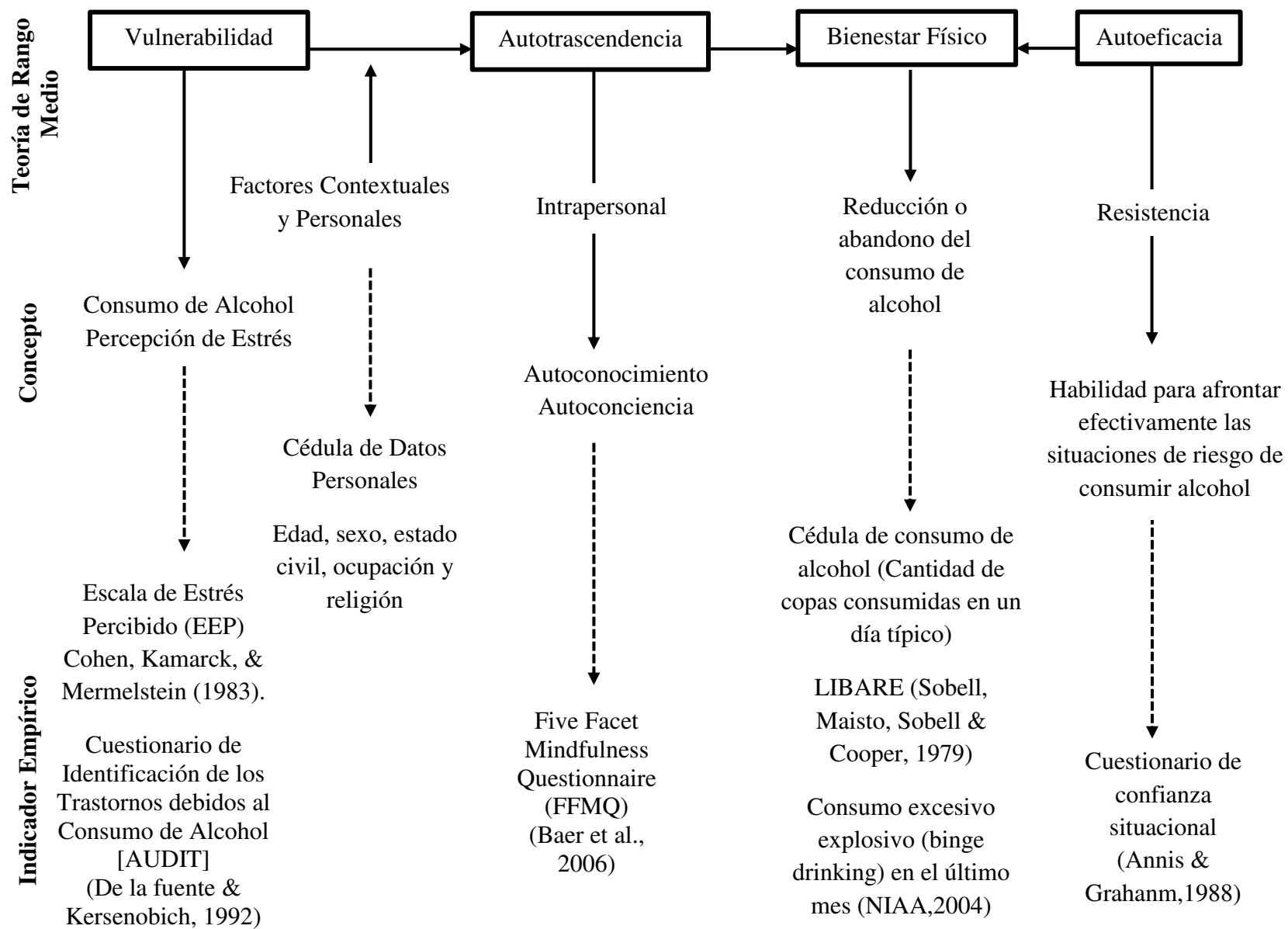


Figura.2 Conceptos de la Teoría Pamela Reed (2014) en la intervención.

Posteriormente a la reconceptualización de los conceptos de la teoría de autotrascendencia y del concepto de autoeficacia se hizo uso de la técnica de

Substracción Conceptual –Teórica-Empírica (C-T-E) descrita por Fawcett (2005), La cual es la construcción de un diagrama de toda la estructura del estudio ordenada jerárquicamente de acuerdo a su nivel de abstracción. Este diagrama de C-T-E permite apreciar gráficamente los conceptos que se sustrajeron de conceptos principales de la Teoría de Autotrascendencia de Reed (2014) y del concepto de Autoeficacia de Bandura (1977), finalmente aparecen los indicadores empíricos utilizados en el estudio (Figura 3).

Figura 3. Estructura Teórica-Conceptual –Empírica



Estudios Relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados que dan sustento a las variables del estudio. Se realizó una revisión de literatura en las diferentes bases de datos; Dialnet, Pubmed, Springer, Academic OnefileJournal@Ovid, MedicLatina (Ebsco), Medline Full Text (Ebsco), Academic Search Complete (Ebsco), Proquest, y Cambridge Journals.

Percepción de Estrés y Consumo de Alcohol

Kurspahić-Mujčić, Hadžagić-Ćatibušić, Sivić y Hadžović en el 2014, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la percepción del estrés en personas en etapa de adulto joven durante los últimos doce meses y la relación entre los niveles de estrés con comportamientos de salud de riesgo.

La muestra fue de 700 participantes los cuales fueron divididos en dos grupos. El primer grupo estaba formado por 350 participantes de 15-27 años, y el segundo grupo formado por 350 adultos mayores de 27 años. Para la recolección de datos utilizaron un cuestionario de preguntas sociodemográficas y de estilo de vida y la escala de estrés de Holmes y Rahe (1967).

En ambos grupos el sexo femenino predominó, la media de edad en el grupo de jóvenes fue de 22.1 años ($DE = 2.3$), en el grupo de los adultos la media de edad fue de 48.2 años ($DE = 11.3$). El grupo de los jóvenes presentó puntajes más altos en la escala de estrés ($p = .001$), pero ambos grupos mostraron correlación significativa positiva de la percepción de estrés y el consumo de alcohol ($p = .03$).

En lo que respecta a la percepción de estrés experimentados mediante eventos estresantes de la vida, identificaron que los Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso, B. y Oliva, 2012 realizaron un estudio sobre la percepción de estrés y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios (adultos jóvenes) de Monterrey, NL. La muestra fue de 270 estudiantes, documentando la percepción de estrés, se muestran con mayor proporción en los eventos sociales (93.6 %) y los eventos familiares (84.1%).

El puntaje de eventos que generan estrés y el consumo de alcohol se relacionan positiva y significativamente en los estudiantes universitarios ($r_s = 0.185$; $p < .05$). Aunado a esto, de manera independiente los eventos estresantes familiares ($r_s = 0.151$; $p < .05$) y de salud ($r_s = 0.293$; $p < .01$) reportaron relaciones positivas y significativas con el consumo de alcohol.

Pérez y Lucio-Gómez (2010) realizaron un estudio para identificar los factores vinculados con el consumo de drogas y alcohol en una población de estudiantes de educación media superior de la Ciudad de México, la muestra se conformó por 1,997 alumnos. El 25% de los participantes fueron detectados en una etapa de riesgo por su consumo de alcohol y alguna otra droga.

Los datos socio demográficos de los adolescentes detectados en riesgo, fueron que el 57.8% son varones y el 42% son mujeres; de ellos el 39% estudia el bachillerato en el turno matutino y el 61% en el vespertino.

Los estudiantes que fueron identificados en riesgo para el consumo de drogas presentan una mayor percepción de estrés en su vida cotidiana que los adolescentes que no se encuentran en riesgo, sobresaliendo la percepción de estrés relacionados con la salud ($\bar{X} = 49.96$; $\bar{X} = 59.47$, $F = 248.02$, $p = .001$), la familia ($\bar{X} = 51.18$, $\bar{X} = 56.16$, $F = 45.56$, $p = .001$) y con el ámbito social ($\bar{X} = 51.03$, $\bar{X} = 55.50$, $F = 56.04$, $p = .001$).

Salcedo, Palacios y Espinosa (2011) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia del consumo de alcohol, del alcoholismo y del riesgo de alcoholismo y establecer el patrón del consumo actual de alcohol, realizaron un estudio en una muestra de 787 adultos jóvenes. Reportaron una prevalencia global de 98% y el 72.7% consume actualmente.

Se documentó que las prevalencias de dependencia al alcohol y consumo de riesgo, era mayor en hombres (58%) que en mujeres (26%) ($p = .001$), asimismo el 39% de los participantes refirieron consumir alcohol con el propósito de buscar un efecto relajante ante la percepción de estrés. Se documentó que existen diferencias

estadísticamente significativas según el sexo, los hombres aproximadamente tienen 8 veces más riesgo de experimentar estrés debido a situaciones difíciles de la vida ($OR = 8.92$, $IC\ 95\% [5.41,14.81]$, $p = .001$) y por lo tanto mayor probabilidad de consumir alcohol.

Staton-Tindall, Duvall, Stevens-Watkins y Oser, en el 2013 realizaron una investigación sobre la de la percepción de estrés de vida y el uso de drogas en mujeres afroamericanas, de un Estado del sur de EU se incluyeron 206 mujeres, con una media de 36.6 años, la mayoría eran solteras (91%), con hijos (78%), el 62% tenía un nivel educativo básico (secundaria). Se documentó que la percepción de estrés que presentaron durante los últimos 12 meses eran por factores como; perder el empleo (83%) seguido por la muerte de un familiar cercano (83%). En relación al consumo de alcohol se reportó un consumo promedio de 1.99 días ($DE = 5.37$) en los últimos 30 días, los resultados de la correlación entre el bienestar y el consumo de alcohol ($r = -.24$, $p < .01$).

Como se puede evidenciar la percepción de estrés está relacionado de manera positiva con el consumo de alcohol, es decir a mayor percepción de estrés mayor consumo. Siendo el sexo masculino quien tiene mayores probabilidades de experimentar mayor percepción de estrés, por lo tanto, mayor probabilidad de consumo de alcohol.

Autoeficacia y Consumo de Alcohol

Hinojosa-García, Alonso-Castillo, Castillo-Muraira y Pumarejo (2012) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la percepción de autoeficacia percibida y el consumo de alcohol por edad, género y categoría laboral en trabajadores de la salud. La muestra estuvo constituida de 167 trabajadores, el 62.9% del total de la muestra eran del sexo femenino. Se realizó la prueba de U de Mann-Whitney para determinar diferencias significativas de la autoeficacia por sexo, reportándose que la autoeficacia es más alta en mujeres ($\bar{X} = 94.16$, $Mdn = 98.97$) que en hombres ($\bar{X} = 83.332$, $Mdn = 92.30$), ($U = 2097$, $p = .001$). Para conocer la relación de la autoeficacia percibida y consumo de

alcohol se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, reportando que la autoeficacia percibida se correlaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol, con frecuencia y cantidad de consumo ($r_s = -.610, p = .001$), con el consumo dependiente ($r_s = -.487, p = .001$) y el consumo dañino ($r_s = -.453, p = .001$), lo que quiere decir que a menor autoeficacia percibida mayor es el consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

Foster, Yeung y Neighbors (2014) examinaron la relación entre la identidad de bebedor auto-reportada y el consumo de alcohol en 1069, adultos jóvenes con una media de edad de 22.9 años ($DE = 6.29$). Se reportaron diferencias significativas por género respecto al número de bebidas consumidas por semana ($r = .12, p < .001$), documentando que los hombres tienen un nivel más alto de consumo de bebidas por semana, además de presentar un alto nivel de identidad de bebedor auto-reportado y más niveles bajos de autoeficacia. Los individuos con mayores niveles de identidad de bebedor se asociaron con un mayor número de bebidas consumidas por semana ($r = .37, p < .001$); las subescalas de alivio emocional, social y oportunista de la escala de autoeficacia se asociaron negativamente con el número de bebidas por semana ($r = -.27, -.40, -.16$, respectivamente, $p < .001$), de tal manera que los niveles más altos de autoeficacia se asocian con la disminución del número de bebidas consumidas por semana.

Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, y Ayala (2008) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto del modelo de intervención breve sobre el patrón de consumo en adolescentes que abusan del alcohol u otras drogas; así como de las variables de autoeficacia y problemas relacionados con el consumo. La muestra estuvo constituida de 25 adolescentes con una media de edad 16 años ($DE = 1.8$). Se documentó que referente a la variable de la autoeficacia se reportó un incremento frente a las situaciones de consumo; emociones desagradables [$F(2,78) = 24.30, p < .001$], emociones agradables [$F(2,78) = 12.47, p < .001$], probando autocontrol

($F [2,78] = 11.34, p < .001$), conflicto con otros ($F [2,78] = 11.02, p < .001$), presión social ($F [2,78] = 16.91, p < .001$) y momentos agradables con otros ($F [2,78] = 25.62, p < .001$). Así mismo se realizó un ANOVA simple intra-sujeto para comparar la ingesta de alcohol en la fase de línea base, tratamiento y seguimiento mostró diferencias significativas ($F [2,48] = 17.691, p < .001$). Las pruebas posthoc de Bonferroni mostraron diferencias en la disminución del consumo de alcohol en la línea base ($\bar{X} = 8.89, DE = 3.55$) y el tratamiento ($\bar{X} = 4.46, DE = 3.27$) y entre la línea base y el seguimiento ($\bar{X} = 3.29, DE = 1.35$).

En síntesis, se puede observar que la autoeficacia se relaciona con la disminución del consumo de alcohol; así mismo coadyuva en enfrentar situaciones de riesgo de consumo.

Bienestar y Consumo de Alcohol

Cordova-Alcaíáz, Rodrgítez-Kuri y Díaz-Negrete (2010) con el propósito de comparar la percepción subjetiva de bienestar y la calidad de vida de jóvenes usuarios y no usuarios de drogas realizaron un estudio transversal comparativo. La muestra fue de 1,056 jóvenes, la cual fue elegida a conveniencia, formada por estudiantes de educación media superior y usuarios de drogas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ). El grupo de usuarios de drogas estuvo constituido por 428 participantes, de los cuales el 67.8% eran del sexo masculino con una media de edad de 17.1 ($DE = 1.96$); mientras que el grupo de no usuarios lo conformaron 628 participantes y predominó el sexo femenino (55.1%) y la media de edad fue de 16.63 ($DE = 1.16$).

Se detectaron diferencias significativas ($p < .01$) en cuanto al uso de sustancias (incluyendo alcohol y tabaco) entre los dos grupos analizados: usuarios y no usuarios de drogas. Existe una mayor presencia de indicadores de depresión en los jóvenes usuarios ($\bar{X} = 2.42, DE = 0.61, p < .01$), mientras que los jóvenes no usuarios de drogas perciben su vida más satisfactoria ($\bar{X} = 3.44, DE = 0.47, p < .01$), construyen un proyecto de vida ($\bar{X} = 3.24, DE = 0.49, p < .01$), se sienten más satisfechos con respecto al uso de su

tiempo libre ($\bar{X} = 3.13$, $DE = 0.51$, $p < .01$), se perciben con un mayor bienestar económico ($\bar{X} = 3.15$, $DE = 0.51$, $p < .01$), tienen mayor autoestima ($\bar{X} = 3.25$, $DE = 0.70$, $p < .01$).

Así mismo se documentó que los no usuarios perciben con mayor frecuencia e intensidad la presencia de afectos como alegría, cariño, satisfacción, felicidad, y tranquilidad ($\bar{X} = 5.58$, $DE = 1.08$, $p < .01$); en tanto que los usuarios de drogas tienen una mayor percepción de afectos como culpa, vergüenza, ansiedad, preocupación, estrés, depresión, envidia y enojo ($\bar{X} = 3.87$, $DE = 1.33$, $p < .01$).

Algunos de los factores de bienestar subjetivo percibido que predicen la utilización de drogas alguna vez en la vida, destaca la interacción de los adolescentes con su grupo de pares ($\beta = 0.873$, $p < .001$), la satisfacción del tiempo libre ($\beta = 0.418$, $p < .007$) y experimentar estadios afectivos negativos ($\beta = 0.185$, $p < .05$). Por el contrario, los factores protectores ante el consumo fueron los estados afectivos positivos ($\beta = -0.192$, $p < .044$), la percepción que tienen los jóvenes acerca de una vida satisfactoria ($\beta = -0.695$, $p < .001$), ver el futuro con esperanza y tener un proyecto de vida ($\beta = -0.363$, $p < .012$). Se puede apreciar que la percepción subjetiva de bienestar es menor en los jóvenes que han consumido drogas que en aquellos que no han consumido sustancias adictivas.

Díaz en el año 2012, realizó un estudio sobre promoción de salud: autotranscendencia y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol en Colombia, la muestra estuvo conformada por 499 adultos emergentes (adultos jóvenes) de los cuales el 27.8% fue clasificado como no consumidores y el 72.2% se clasificó como consumidores moderados (puntaje de 4 para los hombres y tres en las mujeres). Se realizó un Coeficiente de Correlación de Pearson para comprobar la relación entre las variables, autotranscendencia, bienestar psicológico y bienestar social en el grupo de los no consumidores, documentándose la autotranscendencia y bienestar psicológico

($r = .240$, $p = .01$) muestran una correlación, así mismo la autotrascendencia se relaciona positiva y significativamente con el bienestar ($r = .313$, $p = .01$).

Para establecer el efecto de las variables sociodemográficas, vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar psicológico y social sobre el no consumo de alcohol se utilizó un Modelo de Regresión Logística. Los valores significativos de las variables que incrementan la probabilidad de no consumir fueron: ser mujer ($OR = 1.525$, IC 95% [1.027, 2.225], $p = .037$), estar cursando los primeros semestres de la carrera ($OR = 2.468$, IC 95% [1.980, 4.845], $p = .001$) y ser de religión cristiana ($OR = 3.670$, IC 95% [2.079, 6.749], $p = .001$), respecto a la autotrascendencia se encontró que incrementa la probabilidad de no consumir alcohol ($OR = 1.033$, IC 95% [1.004, 1.063], $p = .027$).

Paiva, Souza, Alves, Silva y Lopes, 2013 realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el uso de alcohol y otras drogas en estudiantes de Enfermería e investigar la relación de este consumo con el bienestar. La muestra estuvo conformada por 100 estudiantes de Enfermería. Respecto a los resultados el 87.0% eran del sexo femenino, así mismo el 74% eran de religión católica. El 80% de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, de los cuales el 74% consume de manera ocasional y un 26% presentan características de abuso al consumo de alcohol.

Los resultados de regresión múltiple mostraron que los participantes que presentar bienestar negativo incrementan en 3.3 veces la posibilidad de presentar abuso de alcohol ($OR = 3.325$; IC 95% [1.059, 10.441], $p = .040$) y los estudiantes que no reportaron tener una práctica religiosa incrementan 3.4 veces más la posibilidad del abuso del consumo de alcohol ($OR = 3.392$, IC 95% [1.064, 10.811], $p = .039$). Al realizar el ajuste del Modelo de Regresión este mostró un Coeficiente Determinación $R^2 = 17\%$.

En síntesis, se puede observar que el consumo de alcohol se asocia a estados de bienestar negativos como el estrés, la depresión, el enojo, entre otros. Los participantes

que mostraron mayor bienestar presentan menor probabilidad de consumir alcohol.

Autotrascendencia y Bienestar

Sharpnack, Griffin, Benders y Fitzpatrick (2011) realizaron un estudio descriptivo, correlacional con el objetivo de describir la relación de la autotrascendencia y el bienestar en los adultos de las comunidades Amish en el condado de Geauga, Ohio. Para la recolección de los datos se utilizó el Índice de Bienestar Espiritual (SWB) desarrollada por Daaleman, Frey, Wallace, y Studenski (2002) y la escala de autotrascendencia (STS) desarrollada por Reed (1986).

El 67.9% de los participantes eran del sexo femenino y el 32.1% del sexo masculino, la media de edad fue de 48 años ($DE = 14.5$) con un rango de 23 a 80 años. Se reportó una correlación positiva significativa entre la autotrascendencia y bienestar espiritual ($r = 0.52, p = .01$). De igual manera las subescalas del índice de bienestar espiritual muestran relación significativa con la autotrascendencia; la subescala de autoeficacia y la de autotrascendencia ($r = 0.49, p = .01$) y la subescala esquema de la vida y la autotrascendencia ($r = 0.47, p = .01$).

Matthews y Cook en el 2009 realizaron un estudio correlacional con el objetivo de conocer la relación entre el optimismo, el bienestar emocional (EWB) y la mediación conjunta de esta relación por el apoyo social percibido, el problema de afrontamiento (PFC), y la autotrascendencia en mujeres con cáncer de mama durante la radioterapia. La muestra estuvo conformada por 93 mujeres que recibían tratamiento de radiación para el cáncer de mama en estadio IV que acudían a hospitales de la comunidad en la región media del Atlántico. Los resultados indican que el optimismo predice el positivamente el bienestar ($F = [1.89] = 15.3, p < .001$), así mismo se correlaciona con la autotrascendencia ($r = 0.36, p < .001$) y la autotrascendencia con el bienestar ($r = 0.47, p < .001$).

De igual manera se documentó que la autotrascendencia predijo el bienestar después de controlar el optimismo ($F = [1.88] = 515.6, p < .001$), y tuvo un efecto

indirecto en el optimismo a través de autotranscendencia después de controlar los síntomas de angustia, lo cual fue estadísticamente significativo ($Z = 52.64, p < .008$). El optimismo y la autotranscendencia representaron el 37.6% de la varianza en el bienestar.

Runquist y Reed (2007) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las relaciones entre las variables de espiritualidad y autotranscendencia con el bienestar en adultos sin hogar en Estados Unidos. La muestra estuvo conformada por 61 personas sin hogar pertenecientes a un refugio. Las edades de los participantes oscilaron de los 19 a los 62 años, con una media de edad de 41.88 años ($DE = 11.15$). Se encontraron correlaciones positivas de la perspectiva espiritual ($r = 0.57, p < .001$) y la autotranscendencia ($r = 0.68, p < .001$) con el bienestar. Del mismo modo, el estado de salud se correlacionó positivamente con el bienestar ($r = 0.57, p = .001$).

Adicionalmente la autotranscendencia ($F [1.54] = 48.75, p = .001$, ajustado $R^2 = 0.47$) y el estado de salud ($F [2.53] = 40.43, p = .001$), explicaron el bienestar con un 60% de la varianza.

Nygren et al. (2005) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el sentido de coherencia, propósito en la vida y la autotranscendencia en relación con la salud física y mental en una muestra de adultos mayores de Suecia. La muestra estuvo constituida por 125 adultos mayores de 85 años. Las variables se analizaron mediante un modelo de regresión múltiple en el cual se mostraron relaciones significativas de la autotranscendencia con la resiliencia ($r = .49, p < .01$), con el sentido de coherencia ($r = .33, p < .01$) y el propósito de vida ($r = .58, p < .01$), así mismo la autotranscendencia se relacionó positivamente con la salud mental percibida ($r = .30, p < .01$). Los autores infieren que la autotranscendencia se relaciona positivamente con factores que predicen el bienestar.

En síntesis, se puede observar que la autotranscendencia se relaciona con el bienestar, lo que significa que a mayor autotranscendencia mayor bienestar.

Intervenciones basadas en el Consejo Breve que fortalece la autoeficacia para la reducción del consumo de alcohol

Salazar, Pérez, Ávila y Vacío (2012) realizaron un estudio para evaluar el impacto del Consejo Breve en adultos jóvenes (jóvenes universitarios) consumidores de alcohol. La muestra estuvo constituida por 20 estudiantes. El estudio se realizó en cuatro fases: la primera fase fue la detección de casos, la fase dos fue la evaluación con la aplicación de instrumentos, la tercera fase fue el tratamiento donde se tuvo la sesión de consejo breve de manera individual y se les entregó un folleto en el cual se describía el patrón de consumo, su nivel de riesgo, las consecuencias asociadas, las expectativas y mitos relacionados al consumo de alcohol. La cuarta fase fue de seguimiento, en el que se evaluaron y midieron todas las variables consideradas en la evaluación.

La media de edad de inicio del consumo de alcohol fue a 15 años ($DE = 2.13$). En lo que se refiere a las cantidades de consumo en la evaluación inicial, los participantes consumían un promedio de 11 bebidas estándar por ocasión de consumo y durante el seguimiento de 3 bebidas estándar por ocasión de consumo. El análisis mediante la prueba t de Student determinó un cambio estadístico significativo ($t [19] = 4.900, p < .001$); es decir, los participantes disminuyeron sus tasas de consumo de la línea base a la fase de seguimiento.

López-Marina et al. (2005) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención breve antialcohólica, el estudio fue prospectivo longitudinal de intervención de 1 año de duración. La muestra fue de 44 participantes que tenían edades de 18 a 65 años, a los cuales se les daba un Consejo Breve Antialcohólico apoyado por la autoeficacia con soporte escrito, y se realizaba un seguimiento a los 2 y 12 meses mediante la cuantificación del consumo de alcohol. Los resultados indicaron una prevalencia de consumo de riesgo del 11.5% (IC 95% [8.3,14.7]). Se observó un decremento significativo ($p < .05$) en el consumo de alcohol a los 2 y 12 meses, así como una disminución de los bebedores de riesgo, que a

los 2 meses fue del 57.6% (IC 95% [50.3, 64.9], $p = .01$) y a los 12 meses del 42.4% (IC 95% [35.9, 48.9], $p = .003$). Se puede observar la efectividad del consejo breve antialcohol en la población de estudio.

Fernández et al. (2003) con el objetivo de comprobar la efectividad del consejo breve antialcohólico basado en la autoeficacia, se realizó un estudio cuasi-experimental en un total de 306 participantes, en los cuales se intervino mediante el consejo breve antialcohólico, en su primera sesión se les impartía un consejo breve de 3-5 minutos de duración. Posteriormente, se citaba a una consulta en el próximo mes la cual duraba 20 minutos en la que se aplicaban cuestionarios para evaluar el consumo de alcohol. Respecto a los resultados un 95.1% de los participantes eran del sexo masculino. Al cabo de 2 años el 23.85% se encontraba en abstinencia total y el 15% presentaba un consumo moderado de alcohol, por debajo del límite de riesgo.

Clarke, Field y Rose en el 2015 realizaron un estudio con el objetivo de determinar el efecto de una intervención breve de retroalimentación personalizada (BPI). La muestra fue de 103 adultos jóvenes (estudiantes universitarios), de los cuales 51 eran del sexo femenino y 52 de sexo masculino, la media de edad fue de 23 años ($DE = 3.39$). Los participantes se distribuyeron al azar en los grupos, el control y el de intervención.

El grupo de intervención estuvo constituido por 52 participantes, quienes recibieron 10 minutos retroalimentación personalizada sobre su consumo de alcohol, además de la prueba relacionada con el alcohol. Los resultados indicaron que ambos grupos redujeron significativamente su consumo de alcohol y la frecuencia del consumo, el grupo de intervención reportó una reducción mayor respecto al consumo de alcohol ($p < .001$).

Intervenciones basadas en la Atención Plena en la reducción del consumo de alcohol y el estrés

Chiesa y Serretti (2011) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de conocer la eficacia de la Atención Plena en el tratamiento de uso de drogas. Se realizó

una búsqueda en 4 bases de datos electrónicas (MEDLINE, ISI Web of Science, EMBASE, PsychINFO) en la cual se incluyeron 24 estudios, de los cuales 14 estudios eran ensayos clínicos aleatorizados y 10 ensayos no aleatorizados. La mayoría de los estudios se centró en la eficacia de la atención plena en el consumo de alcohol, seguido del consumo de cigarrillos, opiáceos, la marihuana y las metanfetaminas, se reportó que las intervenciones realizadas a disminuir el consumo de alcohol mostraron diferencias significativas respecto al grupo control y al grupo de intervención (Wald $\chi^2 = 97.72$, $p < .001$).

Bowen et al. en el 2009 realizaron un estudio en 163 personas con edades comprendidas de 18 a 70 años, con el objetivo de evaluar la viabilidad y eficacia inicial de un programa para la reducción del estrés basado en atención plena (REBAP) en comparación con un tratamiento habitual en personas con trastornos por consumo de alcohol y otras drogas.

El programa para el grupo experimental de estuvo constituido de ocho sesiones grupales semanales de atención plena, con una duración de dos horas cada sesión. Se iniciaba con una meditación guiada de 20 a 30 minutos y posterior a esto se indagaba sobre la experiencia vivida. Al término de la primera sesión se le entregó al participante un CD que contenía las grabaciones de la atención plena para que estas fueran practicadas en su casa.

Los participantes reportaron una media de edad de 40.5 ($DE = 10.3$) años, el 63.7% eran del sexo masculino. Se documentó que la sustancia de mayor abuso fue el consumo de alcohol (42.5%), seguida de cocaína o crack (36.2%), metanfetaminas (13.7%) entre otras.

El grupo experimental registro una asistencia del 65% (5.2 sesiones) y respecto a la satisfacción de los participantes calificaron el programa (REBAP) como muy importante e informaron una alta probabilidad de continuar practicando después del programa. El modelo realizado para este estudio mostro diferencias significativas

(Wald $\chi^2 = 97.72$, $p < .001$) respecto al uso de alcohol y otras drogas, el grupo experimental reportó al inicio de la intervención una media de 27 ($DE = 24$) y en la medición posttest de .1 ($DE = .03$) por lo cual se puede observar una disminución en el uso de consumo de alcohol y otras drogas.

Amaro, Spear, Vallejo, Conron, y Black en el 2014 realizaron un estudio de un solo grupo con mediciones repetidas; con el objetivo de evaluar la factibilidad, aceptabilidad y examinar el efecto sobre el uso de sustancias adictivas, el estrés percibido y los síntomas del trauma de una intervención basada en atención plena. El programa estuvo constituido por nueve sesiones semanales con una duración de una hora con cincuenta minutos a dos horas. La muestra estuvo conformada por 118 personas con una media de edad de 33.9 años. Respecto a la satisfacción de los participantes los datos indican que fue alta reportando una media de 3.4 ($DE = 0.3$).

Los participantes que recibieron de 5 a 9 sesiones tuvieron una disminución del consumo de alcohol respecto a la primera medición y la última medición que se realizó a los 12 meses ($\beta = .07$, $p < .05$), esto en comparación a los participantes que asistieron a menos sesiones.

Mermelstein y Garske (2015) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención de atención plena para disminuir el consumo excesivo de alcohol en los estudiantes universitarios. La muestra fue de 76 participantes, los cuales se asignaron de manera aleatoria a los grupos ($n = 38$). El grupo de intervención, en la primera sesión recibió una meditación de atención plena 19 minutos centrada en la observación de la respiración, después una meditación consciente que duró 9 minutos. Al término de esta primera sesión a los participantes se les entregó un folleto con los conceptos generales de la atención plena y un CD con la grabación de los ejercicios de la atención plena para que la practicaran en su casa durante las próximas 4 semanas. Las edades de los participantes oscilaron de 18 a 23 años ($\bar{X} = 19.05$, $DE = 1.19$). En el grupo de intervención se observó un incremento de la conciencia de sí mismo y de

autorreflexión en un 6.55 de promedio, desde el inicio de la intervención hasta las 4 semanas de seguimiento. Las consecuencias del consumo de alcohol disminuyeron a la 4 semana ($t [1.71] = 2.10, p = .04$) reportando 2.61 menos episodios de consumo de alcohol de riesgo.

Vinci et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de examinar si la atención plena disminuye el efecto negativo y los motivos para consumir alcohol, la muestra estuvo constituida de 207 adultos jóvenes. Se realizaron tres grupos para llevar a cabo de intervención, al primer grupo se le dio atención plena, la cual consistía en una meditación guiada de 10 minutos mediante una grabación, el segundo grupo recibía técnicas de relajación mediante una grabación de 10 minutos y el grupo control en el cual no se intervino. La edad promedio de los participantes fue de 20.13 ($DE = 1.89$) y el 76.3% eran del sexo femenino. El grupo de atención plena reportó un aumento en el estado de concentración ($t [66] = -3.62, p = .001$), la relajación ($t [73] = 2.66, p = .01$) y disminuye el afecto negativo ($t [38] = -6.41, p = .001$).

Ostafin, Bauer, y Myxter (2012) realizaron un estudio en 41 adultos jóvenes con el objetivo de analizar el efecto de la atención plena en la moderación de la motivación al consumo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol. La intervención de atención plena se llevó a cabo en 4 sesiones, mediante grabaciones que duraban de 10 minutos hasta 25 minutos, después se les indicaba que prestaran atención a su respiración, sensaciones del cuerpo y se realizaba la meditación de la montaña. Los resultados reportaron que la atención plena no moderó la motivación al consumo de alcohol y el consumo excesivo en la primera sesión ($F [1, 35] = .48, \beta = -0.13, p = .49$) pero sí en la evaluación de seguimiento ($F [1, 35] = 4.2, \beta = -.33, p = .048$). Se puede observar que la práctica de la atención plena muestra resultados de reducción a la motivación al consumo de alcohol a largo plazo.

Bertolín en el 2015 realizó una revisión narrativa sobre la efectividad de la atención plena, realizando una búsqueda en la base de datos de PubMed, al finalizar se

incluyeron 136 estudios que reportaron que la atención plena mostro eficacia en la reducción de trastornos y condiciones médicas como son: el dolor crónico, la ansiedad, el estrés y síntomas depresivos, los cuales han mostrado una disminución hasta dos a 4 meses después de la intervención, solamente el estrés se documentó que puede mantener niveles bajos hasta por más de un año. Así mismo la atención plena mejoró la calidad de sueño, incremento la atención, el bienestar subjetivo, la empatía y esperanza.

Franco (2010) realizó un estudio cuasi-experimental con el objetivo de evaluar la eficacia de la atención plena (mindfulness) sobre los niveles de estrés y ansiedad en un grupo de médicos de atención primaria. La muestra estuvo constituida de 38 médicos (19 grupo experimental y 19 grupo control). La intervención duro 10 sesiones realizadas una sesión cada semana con una duración de hora y media. La técnica fue una meditación denominada fluir que es una adaptación del programa de reducción del estrés Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR).

Los resultados muestran que hubo diferencias significativas en las variables de estrés percibido ($z = -4.62, p = .001$), percepción de estrés en el trabajo ($z = -3.39, p = .008$), percepción de estrés fuera del trabajo ($z = -2.45, p = .039$), estado de ansiedad ($z = -4.81, p < .005$) en la fase posttest como en la de seguimiento. Se realizó una prueba de Wilconxon reportando que el grupo experimental mostró diferencias significativas en las mediciones pretest-posttest y pretest-seguimiento en las variables de estrés percibido ($z = -4.98, p = .005$ - $z = 5.17, p = .005$), percepción de estrés en el trabajo ($z = -3.47, p = .006$ - $z = -3.61, p = .004$) y percepción de estrés fuera del trabajo ($z = -3.41, p = .008, z = -3.32, p = .012$).

De acuerdo a lo establecido por Cohen, los valores superiores a 1.5 indican la presencia de cambios muy importantes, entre 1.5 – 1 importantes, y entre 1 – 0.5 medios. En el grupo experimental, en la fase posttest presentaron cambios importantes en las variables estrés percibido ($d = 1.07$), percepción de estrés en el trabajo ($d = 1.09$), y en el estado de ansiedad ($d = 1.35$) y en la percepción de estrés fuera del trabajo

($d = .87$). En la fase de seguimiento, se observaron cambios importantes en las variables estrés percibido ($d = 1.35$), percepción de estrés en el trabajo ($d = 1.23$), y en el estado de ansiedad ($d = 1.13$), y medios importantes en la percepción de estrés fuera del trabajo ($d = .57$).

Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard y Hojat, en el 2003 realizaron un estudio con el objetivo de documentar la eficacia del Mindfulness-based stress reduction (MBSR) y medir el impacto en el bienestar psicológico en estudiantes de segundo año de psicología. La muestra estuvo conformada por 302 estudiantes, al grupo experimental se le dieron 10 sesiones una cada semana de 90 minutos. La terapia de atención plena consistía en exploración del cuerpo, conciencia de la respiración, consciente de la relajación (Hatha Yoga), meditación comiendo, la meditación caminando y la imaginación guiada (meditaciones de montaña / lago). Así mismo se les entregó un disco para que realizaran la atención plena 6 días a la semana por 20 minutos en su casa. Se observó en el grupo experimental (MBSR) una disminución en el estrés ($d = -0.23$, $p = .009$) y en confusión-desconcierto ($d = -.24$, $p = .009$) después de la intervención. Así mismo un aumento de vigor y actividad ($d = .25$, $p = .006$).

En síntesis, se observa que la terapia de atención plena disminuye significativamente el estrés, así mismo en el consumo de alcohol y la disminución de los episodios de consumo de riesgo, por lo tanto, existe una disminución de las consecuencias de este consumo. Además, existe un aumento de la concentración y el bienestar.

En este sentido la evidencia acumulada hasta el momento indica la existencia de la efectividad de este tipo de intervenciones de tipo cognitivo-conductual.

Intervenciones de enfermería realizadas bajo la teoría de Autotrascendencia de Reed (1991).

Se incluyen intervenciones basadas en la teoría de Reed en diversas poblaciones y bajo diversos enfoques. Coward (2003) realizó un estudio cuasi experimental con el

objetivo de pilotear una intervención para promover la autotranscendencia y el bienestar físico y emocional en 80 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, así como documentar los cambios a través del tiempo en comparación con un grupo control asignado aleatoriamente. La intervención estuvo conformada por ocho sesiones semanales con duración de 90 minutos, las sesiones abarcaban información para el manejo del tratamiento y tratamientos múltiples, entrenamiento en ejercicios de relajación, comunicación asertiva, clarificación de valores, resolución de problemas, componentes educacionales, entrenamiento en pensamiento constructivo, manejo de emociones, planeación de actividades. Las principales variables que utilizó la autora de este estudio fueron, vulnerabilidad (sobrevivencia al cáncer), autotranscendencia y puntos de intervención.

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en ninguna de las variables en la medición post intervención y seguimiento. En cuanto al análisis del coeficiente de correlación se documentaron correlaciones entre la autotranscendencia y el bienestar físico ($r = .63$) y emocional ($r = .79$). La autora indica que con estos resultados las enfermeras pueden tener una idea de qué tipo de actividades pueden ayudar fortalecer la autotranscendencia y sugieren seguir investigando sobre intervenciones que fortalezcan la autotranscendencia.

Milani, Amiri, Vejdani, Salehiniya y Malek-khahi en el 2017 realizaron un ensayo clínico con dos grupos (grupo experimental y un control) el propósito de aumentar el nivel de autotranscendencia en pacientes sometidos a hemodiálisis, el estudio tuvo como sustento teórico la teoría de la autotranscendencia de Pamela Reed (2014). La muestra estuvo conformada por 55 participantes, el grupo experimental estuvo constituido 28 personas y el grupo control de 27 personas, la intervención tuvo una duración de 8 sesiones grupales una cada semana, con una duración de dos horas.

En el grupo experimental se reporta que el 75% eran del sexo femenino y el 81.2% declararon ser solteros. Respecto a la autotranscendencia se observa que existe una

diferencia estadísticamente significativa ($p = .001$) en las mediciones pretest ($\bar{X} = 43.1$, $DE = 5.3$) y posttest ($\bar{X} = 48.6$, $DE = 3.09$), documentándose medias más altas al terminar la intervención.

DiNapoli, Garcia-Dia, Garcia-Ona, O'Flaherty y Siller en el 2014 reportan como la teoría de la Autotrascendencia es un sustento teórico de una intervención de autoayuda medida por computadora en la comunidad LGBT en comparación con tratamientos tradicionales.

Se documenta que el fundamento teórico de esta intervención fue la teoría de la autotrascendencia de Pamela Reed (2014) la cual tiene tres conceptos fundamentales: autotrascendencia, bienestar y vulnerabilidad. La vulnerabilidad sugiere que las personas que experimentan eventos vitales vulnerables, como vivir con VIH, pueden adquirir la capacidad de autotrascendencia, lo que a su vez puede fomentar el bienestar y la calidad de vida. Por lo cual para este estudio se determina que, a través del apoyo social y comunitario, las personas LGBT pueden mejorar su capacidad para enfrentar el VIH, aumentar su sensación de bienestar y mejorar su adherencia a comportamientos saludables y la retención en la atención.

Las actividades de apoyo social del grupo experimental de la intervención (por ejemplo, utilizar listas de correo, grupos de noticias de Internet, foros / foros de debate y salas de chat en vivo) pueden permitir a la comunidad LGBT expandir sus límites personales internamente a través de la introspección, a través de escuchar y preocuparse por los demás y, temporalmente, al reflexionar sobre sus experiencias pasadas y anticipar su futuro, todo lo cual ayuda a construir esperanza para el futuro y a fortalecer su situación actual. Cuando las personas LGBT que logran autotrascendencia pueden aceptar mejor sus diagnósticos y superar sus propios miedos a la muerte y el estigma de la enfermedad.

Para fines de este estudio los autores determinaron que la vulnerabilidad estaría determinada por los problemas psicológicos como la depresión, ideación suicida, miedo

a la muerte y aislamiento social. Los puntos de intervención son las diversas estrategias como los blogs, salas de chat, Skype, sitio web, sesiones de intervención grupal para ampliar el apoyo social y comunitario de las personas LGBT. El uso de computadores y redes sociales permite una comunicación abierta e interacción donde las personas LGBT para encontrar significado y un nuevo propósito en la vida, promoviendo así su autotranscendencia. Respecto al concepto de bienestar este fue conceptualizado como mejorar la salud mental y reducir las conductas de riesgo.

Aunado a lo anterior los autores recomiendan realizar investigación en esta temática apoyado en lo antes descrito.

Definición de Términos

Los términos que a continuación se presentan corresponden a las variables del estudio

Edad. Es el número de años de vida cumplidos y expresados por el adulto joven al momento de la entrevista.

Sexo. Es definido como la característica biológica que identifica al participante como hombre o mujer.

Estado civil. Situación legal del participante clasificado en soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo.

Ocupación. Cualquier actividad remunerada que realice el adulto joven

Religión. La creencia religiosa que reporte el participante; católico, cristiano, mormón, testigo de jehová u otro

La edad, el sexo, estado civil, religión y ocupación fueron medidos a través de una Cédula de Datos Personales.

Vulnerabilidad. Se constituyó para este estudio por la percepción de estrés y consumo de alcohol. La percepción del estrés ocurre de los sucesos, hechos o circunstancias que pueden experimentar los jóvenes universitarios en el último año; la cual provoca mortificación, preocupación, y angustia. Los cuáles fueron reportados en la

Escala de Estrés Percibido (EEP) Cohen, Kamarck, & Mermelstein (1983). El consumo de alcohol es la ingesta de bebidas alcohólicas para el cual se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente & Kersenobich, 1992).

Autotrascendencia Intrapersonal. Es el autoconocimiento de los propios puntos de vista del adulto joven, la experiencia presente sin juzgar ni reaccionar en automático, el reconocer los sentimientos, pensamientos y percepciones, y la auto-conexión que son los componentes clave de la atención plena que refuerza o fortalece la autotrascendencia intrapersonal y que se aplicó como elemento de la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol la cual se evaluó a través de la escala de Five Facet Mindfulness Questionnaire [FFMQ] (Bear et al., 2006).

Autoeficacia de resistencia: Es el juicio sobre la propia capacidad del adulto joven para resistirse la tentación del consumo o resistir las presiones sociales (pares, familiares o personas significativas). Esta se reforzó mediante el consejo breve con el protocolo IDEAS que formó parte de la intervención. Se operacionalizó a través del Cuestionario de Confianza Situacional [SCQ-39] (Annis & Graham, 1988).

Bienestar Físico. Es la conducta de no consumo de alcohol o reducción del número de copas consumidas en un día típico posterior a la aplicación de la intervención breve de enfermería, el cual fue evaluado mediante el LIBARE (Sobell, Maisto, Sobel & Cooper, 1979) y la pregunta que indaga sobre la cantidad de bebidas consumidas en un día típico (cédula de datos y consumo de alcohol). Además de no consumir alcohol de forma excesiva explosiva (binge drinking) que significa el consumo de más de cinco copas en hombres y en mujeres de más de cuatro copas en un periodo de dos horas durante el último mes (NIAA, 2004).

Factibilidad de la intervención. Para este estudio se determinó por los siguientes apartados; reclutamiento y retención de los participantes (70%) y satisfacción del participante (80%) la cual se operacionalizó con el Cuestionario de Satisfacción [CSQ-8]

(Echeburúa & Corral, 1998). Esto según lo propuesto por Gitlin y Czaja (2016).

Objetivo General

Evaluar eficacia de la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol mediante la atención plena y el consejo breve.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la factibilidad de la intervención breve de enfermería a través del reclutamiento y retención de los participantes (70%) así como la satisfacción del participante (80%).

2. Identificar los tipos de prevalencia de consumo, el tipo de consumo y el consumo excesivo explosivo en los participantes del grupo experimental y control.

3. El efecto de la intervención está moderada por la edad, sexo, estado civil, en la reducción del consumo de alcohol.

Hipótesis

1. Los participantes del grupo experimental después de intervención incrementarán la autotranscendencia intrapersonal en comparación con los participantes del grupo control.

2. Los participantes del grupo experimental después de la intervención incrementarán la autoeficacia en comparación con los participantes del grupo control.

3. Los participantes del grupo experimental al término de la intervención reducirán significativamente su percepción de estrés en comparación con el grupo control.

4. Los participantes del grupo experimental al término de la intervención disminuirán su consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas en un día típico) en comparación con los participantes del grupo control.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se muestran los aspectos metodológicos para la realización del presente estudio. Se describe el diseño del estudio, población, muestra-muestreo, criterios de inclusión, exclusión, eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de la información, fidelidad de la intervención, resumen de la intervención, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño de este estudio fue cuasi-experimental, con un grupo experimental y un grupo control con mediciones pretest y postest (Burns & Grove, 2012). La variable independiente es la intervención breve fue la atención plena basada en el programa de reducción del estrés (REBAP) de Kabat-Zinn (2013) y el consejo breve basado en el programa IDEAS que además incluye el monitoreo telefónico y la entrega de material de apoyo (CONADIC & SS, 2007). La intervención tuvo una duración de ocho semanas, se realizaron dos sesiones una antes y otra después para realizar las mediciones. La variable dependiente, fue la disminución del consumo de alcohol y la percepción de estrés. El grupo de comparación recibió una intervención informativa sobre las consecuencias del consumo de alcohol, que corresponde a la intervención que ofrece el sector salud. En la tabla 1 se presenta el diseño y las mediciones.

Tabla 1

Diseño cuasi-experimental, dos grupos, dos mediciones.

Grupo /Tiempo	Tiempo 8 semanas		
	Semana 0 (pretest)	Tratamiento	Semana 00 (postest)
Experimental	O ₁	T _e	O ₁
Control	O ₂	T _c	O ₂

Nota: O= Observaciones, Te= Tratamiento experimental, Tc= Tratamiento control

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por adultos jóvenes que estudian, trabajan o estudian y trabajan en una Universidad del municipio de Monterrey, Nuevo León. Se realizó un muestreo por conveniencia, los sujetos que decidieron participar se asignaron aleatoriamente al grupo experimental o control, para poder asegurar la equivalencia en los participantes.

La muestra se calculó a través del paquete estadístico n Query Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, & Fotheringham, 2000), la cual fue estimada de acuerdo a los siguientes parámetros: una potencia de 87%, un nivel de significancia de 0.05, y una tasa de abandono del 5%, obteniendo una muestra de 40 participantes por cada grupo.

Criterios de Inclusión

Mayores de 18 años, que se encuentren en la etapa de contemplación medido a través de las cinco primeras preguntas de la escala URICA (Prochaska y Diclemente, 1984) (Apéndice A). Este criterio es recomendado por diversos investigadores quienes señalan, que un obstáculo para iniciar un tratamiento para dejar el consumo excesivo de alcohol es la falta de motivación o el no reconocer la necesidad de cambio por lo cual es necesario tomar en cuenta en qué etapa de cambio se encuentra el participante según lo establecido por Prochaska y Diclemente [1984] (Daugherty, Miller, Meyers & Tonigan, 2000; DiClemente, 2003; DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008; McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; McGovern, Wrisley & Drake, 2005; Miller, 2005; 2006; Miller, Yahne & Tonigan, 2003; Mueser, Drake, Turner & McGovern, 2006; Prochaska & Norcross, 2013).

Así mismo el participante debe tener un puntaje en el cuestionario AUDIT menor a 20 puntos. Lo anterior es una recomendación de la OMS que señala que puntuaciones de 8 a 15 en el AUDIT son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Las puntuaciones de 16 a 19 puntos sugieren consejo breve más terapia breve y monitoreo telefónico o de otro tipo. Finalmente, puntuaciones

iguales o mayores a 20 requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol y requieren de tratamiento especializado (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Criterios de Exclusión

Aquellos que consuman drogas ilícitas, que se encuentren en algún tratamiento para dejar de consumir alcohol, además de aquellos que reporten tener diagnóstico de trastorno mental (Cédula Filtro, Apéndice B).

Criterios de eliminación

Se eliminaron para el análisis estadístico aquellos participantes que no cubrieron el 90% de las sesiones, además de aquellos participantes que no asistieron a las sesiones en el tiempo establecido.

Mediciones e Instrumentos

En este apartado se describen los ocho instrumentos de medición que se utilizaron para la recolección de los datos.

El Cuestionario de Evaluación del Cambio [URICA] (Prochaska & Di Clemente, 1984) consta de 31 reactivos de los cuales solo se tomaron en cuenta 5 preguntas las cuales tienen opciones de respuestas dicotómicas. Estas preguntas miden los estadios de cambio; precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Apéndice A).

La Cédula Filtro (Apéndice B) consta de cuatro preguntas las cuales están dirigidas a indagar sobre si el individuo ha sido diagnosticado con algún trastorno mental, o si ha participado en programas de prevención o de reducción del consumo de drogas en los últimos 12 meses, así mismo sobre el consumo de drogas ilícitas en el último mes.

La Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (Apéndice C) la cual está constituida por dos apartados, el primero se enfoca a recabar información sobre los datos personales del participante como edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión y

ocupación; el segundo apartado comprende el consumo de alcohol indaga sobre la edad de inicio, las prevalencias de consumo e intentos fallidos para dejar el consumo de alcohol.

La Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979), es un calendario semanal que tiene como objetivo identificar el tipo de consumo en cuanto a días de consumo y la cantidad consumida en un día típico (Apéndice D). Para obtener el total de copas consumidas se realiza una sumatoria de las copas que el participante consumió en los últimos siete días. Se incluyen además dos preguntas relacionadas con situaciones en las que consume alcohol y en cada sesión se establecieron posibles estrategias para evitar el consumo en las situaciones reportadas por el participante.

La evidencia de la validez de este instrumento se obtuvo mediante su aplicación clínica, en donde se comparó el reporte de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) con registros oficiales, reportando un alto grado de correspondencia en los datos de frecuencia y cantidad de consumo (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1997). Este instrumento se ha utilizado en población mexicana específicamente en jóvenes universitarios con diagnóstico de dependencia al alcohol, reportando confiabilidad y validez al comparar las respuestas de la línea LIBARE con otros autoreportes (Martínez & Pedrosa, 2011; Salazar, Valdez, Martínez, & Pedroza, 2011).

Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (EEP) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), la cual fue diseñada para medir estrés percibido durante el último mes; está constituida por 14 ítems con un formato de respuesta tipo likert de 5 opciones (0 =nunca, 1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a menudo, 4=muy a menudo). Su puntuación global oscila del 0 a 56 puntos, la cual se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (es decir: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando los 14 ítems. La puntuación obtenida indica que a mayor puntuación mayor estrés percibido (Apéndice E).

Esta escala fue diseñada para su utilización en población general y puede usarse también en población específica. Se aplicó por los autores en jóvenes preuniversitarios de la Universidad de Oregón reportando un Alpha de Cronbach de .86 (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) además Pedrero et al. (2015) reportaron una consistencia interna de .89 global de esta escala aplicada en población española. Otros autores han reportado consistencias internas aceptables que oscilan de .81 a .87 (Campo-Arias, Bustos-Leiton, & Romero-Chaparro, 2009; Remor, 2006).

El Five Facets of Mindfulness Questionnaire de Baer et al. (2006) evalúa de forma global, la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana (estado de mindfulness). Esta está constituida de cinco subescalas; observacional, descriptivo, actuación consciente, no juzgar y no reactividad, con un total de 39 ítems y con respuestas de tipo likert; (1) Nunca o muy raramente verdad, (2) Raramente verdad, (3) Algunas veces verdad, (4) A menudo verdad, (5) Muy a menudo o siempre verdad. El instrumento puede ser utilizado en sujetos con o sin experiencia en meditación, la única instrucción para (Apéndice F) responder las preguntas de esta escala es indicarle al participante que debe contestar de acuerdo con lo que "sienten" en lugar de lo que creen que "debe estar sintiendo".

Cebolla et al. en el 2012, realizaron la adaptación de esta escala a población española reportando un Alpha de Cronbach de .88. Así mismo en el 2015 Schmidt y Vinet validaron la escala en una población de estudiantes universitarios de Chile .79.

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) fue desarrollado por la OMS, validado y adaptado para población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992) en 1,900 individuos consumidores de alcohol (Apéndice G). Este cuestionario evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está constituido por 10 reactivos de opción múltiple, divididos en tres dominios. El primer dominio corresponde a los reactivos del 1 al 3 que indican la frecuencia de consumo y determinan el consumo sensato o sin riesgo, los reactivos del 4

al 6 determinan el consumo dependiente o de riesgo, y del 7 al 10 determinan el consumo dañino o perjudicial.

Las preguntas uno a la tres valora la frecuencia de consumo, tiene un patrón de respuesta de: 0= nunca, 1= una o menos veces al mes, 2= de dos o cuatro veces al mes, 3= dos o tres veces por semana y 4= cuatro o más veces por semana. La pregunta dos mide la cantidad de consumo típica con cinco opciones de respuestas; 0=1 ó 2 copas, 1= 3 ó 4 copas, 2= 5 ó 6 copas, 3= 7, 8 ó 9 copas y 4= 10 o más copas. La pregunta tres mide la frecuencia de consumo elevado. Los reactivos del cuatro al seis miden síntomas de dependencia al consumo de alcohol; el reactivo cuatro valora la pérdida de control sobre el consumo, el reactivo cinco mide el aumento de la importancia del consumo y el reactivo seis el consumo matutino.

Los reactivos siete al diez valoran el consumo dañino de alcohol; el reactivo siete mide la presencia de sentimientos de culpa tras el consumo, el reactivo ocho valora la presencia de lagunas de memoria, la pregunta nueve indaga la presencia de lesiones relacionadas al consumo de alcohol y finalmente el reactivo diez valora si otros se preocupan por el consumo de alcohol del participante. Los reactivos del tres al ocho tienen opciones de respuesta de; 0= nunca, 1=menos de una vez al mes, 2=mensualmente, 3 =semanalmente y 4 =a diario o casi a diario. Las preguntas nueve y diez tienen tres opciones de respuesta donde 0= no, 2= sí, pero no en el último año y 4= sí, en el último año.

Este cuestionario tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos; los puntos de corte para la clasificación de consumo son: de 0 a 3 puntos se considera consumo sensato, de 4 a 7 puntos se inicia a tener problemas con el consumo dependiente y de 8 a 40 puntos se considera que existe un riesgo elevado de consumo de alcohol dañino. Los autores de este instrumento reportan una sensibilidad de 80% y una especificidad del 89% (De la Fuente & Kersenobich, 1992). Este instrumento fue utilizado por Seguel, Santander y Alexandre (2013) en estudiantes universitarios

reportando un Alpha de Cronbach de .82.

El Cuestionario de Confianza Situacional [SCQ-39] (Annis & Grahnm,1988; Traducción y adaptación Ayala & Echeverría, 1997) tiene como objetivo medir el concepto de autoeficacia, en relación con la percepción del individuo sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo o de tentación de consumo de alcohol (Apéndice H). Las situaciones medidas por el cuestionario se basan en el trabajo de Marlatt y colaboradores (1978, 1979) quiénes encontraron que las situaciones podrían agruparse en personales o de grupo (Marlatt, 1978; 1979; Marlatt & Gordon, 1980).

Esta constituido de dos subescalas intrapersonal e interpersonal, en total son 39 reactivos, la respuesta a este cuestionario es mediante porcentajes (0% a 100%) que indican la seguridad que percibe el usuario de resistirse a consumir alcohol de manera excesiva, en cada una de las ocho situaciones que contiene el cuestionario. El 0% representa “Nada confiado”, 20% “Poco confiado”, 40% “Moderadamente confiado”, 60% “Confiado”, 80% “Totalmente confiado”, 100% “Muy confiado” esto en relación a que tanta confianza tendría de resistir a tomar una copa o beber en exceso.

Este cuestionario fue adaptado a la población mexicana por Ayala y Echeverría (1997), quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos al español. Realizaron análisis de los reactivos y modificaron algunos de ellos, posteriormente realizaron una prueba piloto en 55 personas que reportaron consumo excesivo de alcohol. Para la adaptación del instrumento primero se realizó una prueba piloto donde se aplicó el Inventario de Confianza Situacional a 55 adolescentes, la cual tenía como objetivo realizar el análisis de contenido de los reactivos, posterior a esto se realizó la aplicación del instrumento en 100 adolescentes con las mismas características de la muestra anterior, donde se obtuvo la consistencia interna del instrumento que fue de .97.

Finalmente se utilizó el Cuestionario de Satisfacción [CSQ-8] (Echeburúa & Corral, 1998) esté instrumento contiene ocho preguntas con escala de tipo Likert que

indagan sobre la calidad del programa, la atención recibida y si recomendaría esta intervención, así mismo cuenta con dos preguntas abiertas. Cada pregunta se evalúa entre 1 y 4 puntos, con un valor mínimo de 8 y máximo de 32 puntos, es decir que a mayor puntaje mayor satisfacción (Apéndice I).

Procedimiento de Recolección de Información

En primera instancia se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Posteriormente se procedió a obtener la autorización de cuatro unidades académicas para el reclutamiento de los participantes. Se entregó un informe a las autoridades sobre la investigación el cual contenía el objetivo del estudio, los instrumentos, la descripción de la intervención con las posibles consecuencias y posibles beneficios de la misma para que conocieran la investigación y facilitaran el reclutamiento de los participantes. Al tener la autorización se procedió a invitar a los posibles sujetos mediante tres actividades específicas; se colocaron flyers en los diversos espacios donde las autoridades de las escuelas nos lo permitieron, instaló un stand en las áreas asignadas por las instituciones para repartir volates y realizar entrevistas cara a cara para brindar una mayor información sobre la intervención. Así mismo procedió a la realización de una página de Facebook, y un correo electrónico exclusivo de la intervención estos medios de difusión contenían los requisitos para participar en la intervención y un número de celular para que se comunicaran y se estableciera la fecha y horario para la primera entrevista.

Los interesados en participar en la intervención fueron citados en el consultorio de salud de la dependencia académica, el cual cuenta con un escritorio, sillas y cuenta con un espacio para la aplicación de la intervención. Se les explicó el estudio sin mencionar que se tendrían dos grupos (experimental y control) así mismo se aplicó la Cédula filtro (Apéndice B), las cinco preguntas del URICA (Apéndice A) y el AUDIT (Apéndice G) para identificar que cubrían los criterios de inclusión. A los que cumplieron con los criterios de inclusión se ubicaron aleatoriamente en grupo

experimental y control a ambos grupos se les entregó el consentimiento informado (Apéndice J-K). Se dio lectura del consentimiento informado en junto con el participante y se solicitó que de estar de acuerdo firmara este formato. Posteriormente se entregó un sobre amarillo con los instrumentos de medición, el sobre tenía un código para la identificación de los participantes que solo conoce el autor principal del estudio, con el fin de que posteriormente se puedan relacionar las mediciones al término de la intervención (pretest-postest).

Se le solicitó al participante que contestara los instrumentos lo más apegado a su realidad indicándole que la información proporcionada es anónima y confidencial. El investigador resolvió las dudas cuando se presentaron, así mismo se les solicitó un número telefónico de casa o celular para poder estar en comunicación y poder llevar un seguimiento telefónico durante la intervención y aclarar dudas que se presenten durante la misma así mismo para recordarles sus próximas citas. Además, el día de la aplicación del pretest se agendó la cita para la primera sesión de la intervención esto en conformidad con el participante donde él indicó el día y horario más apropiado para él. Los horarios para atender a los participantes comprendían de las 07:00 hrs. a las 21:00 hrs. de lunes a domingo según las necesidades del participante. El reclutamiento de los participantes se realizó durante un mes y la aplicación de la intervención fue a la semana de completar las mediciones (pretest), por ello se tuvo un programa y avance de la intervención para cada participante de acuerdo con el tiempo de incorporación del sujeto al estudio. La intervención fue aplicada por profesionales de enfermería previamente capacitados en atención plena y consejo breve.

Fidelidad de la Intervención

El autor principal del estudio se capacitó y tuvo entrenamiento práctico en la terapéutica de Atención Plena, bajo el programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR), así como en mindfulness a profundidad y construcción de competencias en el programa de Experto en Mindfulness en Contextos de Salud, los

cuales se llevaron a cabo en la Universidad Complutense de Madrid. Así mismo la investigadora mediante trabajo en equipo con expertos en mindfulness diseñaron un programa de intervención basado en mindfulness (IMB) para ser aplicado en esa Universidad. Además, se tuvo un entrenamiento en técnicas de mindfulness atendiendo pacientes en el Hospital 12 de octubre y en los centros de atención integral al drogodependiente de la comunidad de Madrid.

Respecto a la terapéutica de Consejo Breve, la autora principal fue capacitada en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León por un periodo de seis meses, en donde se aplicó el Consejo Breve en pacientes.

Con el objetivo de tener un mayor control en la estandarización del desarrollo del contenido de las sesiones de la intervención se elaboraron dos manuales uno para el facilitador y otro para el participante (Apéndice L-M). El manual para el facilitador es la guía para realizar las actividades organizadas en secuencia y tiempo en cada sesión de la intervención. El segundo manual es para el participante en el cual se le explicaron cada una de las ocho sesiones que incluían el consejo breve y las técnicas de la atención plena, además de lecturas complementarias y formatos de auto-registro para la atención plena y el LIBARE. Para la implementación correcta de estos manuales se capacitaron a los facilitadores que aplicaron la intervención breve con el propósito de que existiera una mayor claridad del contenido.

Se diseñó una lista de cotejo de las actividades que se debían realizar en cada sesión y observar el cumplimiento de las acciones y los tiempos establecidos (Apéndice L).

Selección y Entrenamiento de los Facilitadores

El reclutamiento de los facilitadores estuvo a cargo del investigador principal, se tomaron en cuenta características específicas para la selección de los facilitadores como; ser un profesional del área de enfermería, que tuviera experiencia o conocimiento en la

temática del consumo de alcohol y tener habilidad para la comunicación con las personas.

El reclutamiento de los facilitadores se llevó a cabo cuatro semanas antes de la intervención mediante contacto personal por parte del autor principal del estudio. A los profesionales interesados se les entregó un cuestionario con el fin de obtener su perfil y datos de contacto, se seleccionaron los que cubrieron los requisitos antes establecidos. Posterior a esto se realizó una entrevista con cada uno de los seleccionados para enfatizar en el compromiso y las responsabilidades que implica el participar en una intervención, así mismo se hizo hincapié en la importancia de la capacitación previa para lograr la fidelidad de la intervención.

La capacitación de los facilitadores se realizó en cuatro semanas, con una frecuencia de dos sesiones por semana, cada sesión duraba 5 hrs. En estas sesiones se realizaban talleres, donde se les explicó de manera detallada el manual del facilitador y del participante así mismo en las tres primeras semanas de capacitación los profesionales tuvieron el papel de participante, se les asignaban tareas y prácticas de atención plena para que las realizarán en sus casas. En la última semana se llevó a cabo la devolución de los procedimientos, en donde el profesional de enfermería dirigía una sesión bajo los lineamientos previamente establecidos y el autor principal del estudio realizó la retroalimentación durante toda la capacitación así mismo resolvió las dudas que se presentaron.

Intervención

La intervención se diseñó con el objetivo de disminuir el consumo de alcohol y la percepción de estrés en los adultos jóvenes. Para lograr este objetivo se realizó un estudio de intervención con diseño cuasi-experimental (grupo experimental- grupo control) con mediciones repetidas, se implementó una intervención breve de enfermería que tiene dos componentes; la atención plena del programa de Reducción del Estrés (REBAP) de Kabat-Zinn (2013) y el consejo breve (entrega de material de apoyo y

seguimiento telefónico) el cual se realizó bajo el acrónimo de IDEAS (CONADIC & SS, 2007). Esta intervención se deriva de los conceptos de la teoría de la Autotrascendencia de Pamela Reed (2008) y del concepto de la autoeficacia de Bandura (1977).

La intervención breve tuvo una duración de diez sesiones, en la primera sesión se realizaron las mediciones pretest, en las ocho sesiones siguientes una por semana se realizó la terapia de atención plena y el consejo breve, en la última sesión se aplicaron los instrumentos para obtener los datos posttest. Cada sesión tuvo una duración de 60 a 70 minutos; la cual estuvo constituida de dos momentos; uno fue cara a cara mediante la entrevista motivacional individual donde se aplicó el consejo breve y la sesión de atención plena que fue coordinada por el autor principal y aplicada por el facilitador capacitado. En un segundo momento el participante llevó a cabo las tareas señaladas y los ejercicios indicados de la atención plena, se le recomendaba que practicara diariamente en su domicilio, para lo cual se le entregó un CD con las sesiones de atención plena así mismo esta información se le entregaba en una memoria digital y finalmente se le entregó el manual del participante.

El manual del participante contenía todas las sesiones del programa con temáticas que abordaban los distintos temas del consumo de alcohol entre los que se encontraban; los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino), consecuencias del consumo de alcohol, la asertividad y estrategias que se pueden utilizar para resistir la tentación o invitación a consumir alcohol, entre otros.

El seguimiento telefónico se realizó en un horario previamente establecido por el participante, se indagó sobre dudas que se estuvieran presentando respecto a la realización de la atención plena en sus hogares además se indagaba sobre la presencia de algunas dificultades en el cumplimiento de la meta establecida así mismo se les recordaba y motivaba a seguir asistiendo a las sesiones de la intervención haciendo hincapié en los beneficios que significa la reducción de su consumo de alcohol y del estrés percibido.

Estructura de las Sesiones de la Intervención

A continuación, se describe de manera general la estructura de las sesiones del protocolo de la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol; atención plena y consejo breve.

Cabe mencionar que las terapéuticas de esta intervención; la atención plena y el consejo breve se desarrollaron simultáneamente a lo largo de las sesiones (una por semana).

Nombre de la sesión	Contenido	Duración
Sesión Inicial Medición pretest Indaga Introducción al Programa	-Preguntas pre-tratamiento -Motivos para disminuir o dejar el consumo de alcohol -Aplicación de instrumentos -Lectura complementaria (atención plena)	60 minutos
Sesión 1 Indaga/Dialoga/Práctica ¿Qué es la Atención Plena?	-Resultados del AUDIT -Bebida estándar -Establecimiento de meta -Pregunta de evaluación pre-tratamiento -Escáner corporal -Uva pasa	10 minutos 44 minutos 10 minutos
Sesión 2 Dialoga/Establece Consecuencias del consumo de alcohol Beneficios al disminuir el consumo de alcohol	- Áreas del cerebro que se dañan con el abuso del alcohol -Efectos inmediatos al consumo de alcohol -Consecuencias al consumo de alcohol -Beneficios de dejar de consumir alcohol -Establecimiento de meta -Escáner corporal -Atención a la respiración (meditación sentada)	16 minutos 44 minutos 10 minutos
Sesión 3 Establece/Acompaña en el proceso de cambio La comunicación me protege	-Asertividad -Escucha activa -¡Alguien que se quiere se cuida! -Establecimiento de meta -Movimiento consciente de pie	22 minutos 38 minutos

Nombre de la sesión	Contenido	Duración
Sesión 4 Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio Como decir no al consumo de alcohol	-Estrategias que puedo utilizar para el no consumo -Establecimiento de meta. -Actividad complementaria -Movimiento consciente acostado	18 minutos 42 minutos
Sesión 5 Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio Identificando situaciones y síntomas de estrés	-Identificando situaciones y síntomas de estrés Establecimiento de meta Lectura complementaria Atención plena centrada en pensamientos y emociones	39 minutos 21 minutos
Sesión 6 Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio Conociendo el límite de alcohol	-Estrategias para el consumo moderado -Cuidado con el alcohol adulterado -Pregunta milagro -Establecimiento de meta -Meditación sentada (atención a los sonidos) -Caminata consciente	35 minutos 12 minutos 15 minutos
Sesión 7 Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio Mitos y Realidades del Consumo de Alcohol	- Mitos y realidades del consumo de alcohol -Establecimiento de meta -Lectura complementaria Meditación sentada completa (actitud receptiva)	24 minutos 36 minutos
Sesión 8 Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio ¡Diviértete sin alcohol!	-Tips para mantener un consumo de alcohol moderado o mantenerte en abstinencia - Señales de alerta de consumo excesivo -Pregunta de evaluación post- tratamiento -Escáner corporal	16 minutos 44 minutos
Sesión Final Medición Postest Seguimiento Desarrolla tu propia practica	-El futuro de la práctica de atención plena -Sugerencias para practicar día a día -¡Cuidado con las recaídas! -Aplicación de instrumentos	60 minutos

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apejó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987) el cual tiene

especificaciones y normativa para garantizar el bienestar y dignidad de los individuos que forman parte de la investigación.

En el Artículo 13 del Capítulo I, se declara que en la investigación con seres humanos debe prevalecer el respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar, por lo tanto, los datos obtenidos son confidenciales, así mismo se respetó la decisión del sujeto, de participar en el estudio o abandonar la investigación en cualquier momento que él lo deseara, además se otorgó un trato respetuoso y profesional al participante. El Capítulo I, Artículo 16, establece la protección a la privacidad del participante por lo que los cuestionarios no indicaron el nombre del participante, no obstante, se contó con un código especial que solo conoce el autor principal del estudio el cual se resguardo y se utilizó para relacionar los cuestionarios pretest y postest. Los instrumentos y los códigos serán resguardados por el autor principal del estudio por un lapso de doce meses y al vencimiento de este, serán destruidos y los resultados se expondrán únicamente de forma general nunca de forma individual.

El Capítulo I, Artículo 14, Fracción I, V, VII, VIII y Capítulo III, Artículo 36 y Artículo 20 establecen que el estudio se debe ajustar a los principios científicos y éticos; así mismo la participación de los sujetos del estudio fue siempre de forma voluntaria, se entregó el consentimiento informado para que el participante lo firmara destacando con esto su aceptación de participación en el estudio. El estudio se llevó cabo después de contar con el dictamen de aprobación de la Comisión de Investigación y Comisión de Ética para la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la autorización de las dependencias académicas donde se llevó a cabo el estudio.

El Artículo 21 Fracción I, II, III, IV, VI, VII y VIII y el Artículo 22 indican que el consentimiento informado por escrito debe de explicar de manera clara cuales son los objetivos, justificación, procedimiento, beneficios y riesgos de la investigación, así mismo su libre elección de participar, opción de retirar su consentimiento en cualquier

momento que lo decida y de poder preguntar si le surge alguna duda al participante (Apéndice I). Con base en el Artículo 17, Fracción II, se considera que este estudio es de riesgo mínimo, por lo tanto, se tomó en cuenta lo establecido en el Artículo 18, el cual indica que el sujeto puede interrumpir su participación en el estudio y continuar en el momento que él así lo decidiera, o retirarse definitivamente de la investigación.

En el Capítulo V, Artículos 57 y 58 Fracción I, II señala sobre la investigación con grupos subordinados, en este caso los participantes pertenecen a este grupo dado que estudiaban, trabajaban o estudiaban y trabajaban en dependencias académicas, por lo que se cuidó que su participación fuera de manera voluntaria y que no estuviera influenciada por alguna ninguna autoridad, así mismo el sujeto contó con la plena libertad de retirar su participación del estudio en cualquier momento, sin que esto tuviera consecuencias en su calidad de estudiante o trabajador.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows. Se realizó estadística descriptiva (frecuencias y proporciones) e inferencial y se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach.

Al realizar la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors se determinó que los datos no mostraron distribución normal por lo cual se utilizó estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al objetivo general que determina evaluar la eficacia de la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol mediante la atención plena y el consejo breve se realizó la prueba de Wilcoxon para el efecto de las variables de estrés percibido, autoeficacia de resistencia, autotrascendencia intrapersonal y número de copas.

Para dar respuesta al primero y segundo objetivo se realizaron frecuencias y proporciones de las variables de interés.

Para responder el objetivo tres que indica el efecto de la intervención esta moderada por la edad, sexo, estado civil, en la reducción del consumo de alcohol, se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo.

Para responder las cuatro hipótesis planteadas se realizó la prueba U de Mann-Whitney para los índices de las variables de autotranscendencia intrapersonal, autoeficacia de resistencia, percepción de estrés y disminución del consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas en un día típico).

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación en primera instancia se presenta la consistencia interna de los instrumentos, las características sociodemográficas de los participantes del grupo control y grupo experimental y la descripción de los instrumentos utilizados. Finalmente se reporta la estadística descriptiva e inferencial para responder los objetivos e hipótesis planteados.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 2

Consistencia Interna de los Instrumentos AUDIT, EEP, FFMQ, SCQ-39, CSQ-8

Instrumentos/Subescala	<i>n</i>	Ítems	Pretest α	Posttest
Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	80	10	0.83	-
Sensato	80	3	0.66	-
Dependiente	80	3	0.77	-
Dañino	80	4	0.70	-
Escala de Estrés Percibido (EEP)	80	14	0.85	0.93
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	80	39	0.82	0.94
Observacional	80	8	0.77	0.88
Descriptivo	80	8	0.77	0.83
Actuación consciente	80	8	0.87	0.89
No juzgar	80	8	0.88	0.87
No reactividad	80	7	0.70	0.83
Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ-39)	80	39	0.96	0.97
Subescala Intrapersonal	80	28	0.95	0.96
Subescala Interpersonal	80	11	0.92	0.93
Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8)	40 ^b	8	-	0.80

Nota: *n*= muestra total, *n*^b= muestra del grupo control, α = Alpha de Cronbach.

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en este estudio. El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) obtuvo un Alpha de Cronbach de .83, cabe mencionar que este dato solo es de la medición del pretest, debido a que este cuestionario se aplica en personas

que consumieron alcohol en el último año, es decir que contiene preguntas que indagan sobre situaciones ocurridas en el último año, por lo cual al término de la intervención este cuestionario no puede ser aplicado por la característica de evaluación de consumo de alcohol (último año). Respecto a la Escala de Estrés Percibido (EEP) reportó un Alpha de Cronbach de .85 al inicio y al final de la intervención fue de .93.

En cuanto al Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) que mide la autotranscendencia intrapersonal, en la medición pretest reportó una confiabilidad de .82 y en la medición final de .94. Así mismo del Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ-39) se documentaron Alphas de Cronbach aceptables en el pretest de .96 y en el postest .97. Finalmente, el Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8) reportó una confiabilidad de .80, este cuestionario se aplicó solo los participantes del grupo experimental al finalizar la intervención. Se considera que los instrumentos utilizados en este estudio muestran consistencia interna aceptable de acuerdo a Polit y Tatano (2017).

Estadística Descriptiva

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de los participantes del grupo experimental y control, así mismo la estadística descriptiva de las variables de estudio.

Tabla 3
Características Sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, ocupación, religión)

Variable	Experimental <i>n</i> =40		Control <i>n</i> =40	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo				
Femenino	14	35.0	17	42.5
Masculino	26	65.0	23	57.5
Edad				
18-21 años	15	37.5	17	42.5
22-25 años	17	42.5	8	20.0
26-32 años	8	20.0	15	37.5
Estado Civil				
Soltero	38	95.0	35	87.5
Casado	2	5.0	5	12.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 3
Características Sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, ocupación, religión)
(continuación)

Variable	Experimental <i>n</i> =40		Control <i>n</i> =40	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ocupación				
Estudia	28	70.0	20	50.0
Trabaja	1	2.5	10	25.0
Estudia y Trabaja	11	27.5	10	25.0
Religión				
Si	26	65.0	32	80.0
No	14	35.0	8	20.0
¿Cuál religión profesa?				
Ninguno	14	35.0	8	20.0
Católico	23	57.5	29	72.5
Cristiano	3	7.5	3	7.5
Etapa de Cambio				
Contemplación	30	76.0	34	85.0
Preparación	10	24.0	6	15.0
¿Has intentado dejar de consumir alcohol?				
Si	22	55.0	15	37.5
No	18	45.0	25	62.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

Referente a las características sociodemográficas, en la tabla 3 se muestra que predominó el sexo masculino tanto en el grupo experimental (65%) como en el control (57.5%). La edad de los participantes oscilaba de 18 a 32 años, en el grupo experimental el 42.5% de los participantes reportó edades comprendidas de 22 a 25 años y en el grupo control el mayor porcentaje se encontraba en las edades comprendidas de 18 a 21 años (42.5%). En ambos grupos el estado civil que reportó mayor porcentaje fue el ser soltero 95% en el grupo experimental y 87.5% en el grupo control.

En el grupo experimental se documentó que el 70% de los participantes sólo se dedican a estudiar, el 50% de los participantes del grupo control realizan esta actividad. Más de la mitad de los individuos reportan que profesan una religión; el 65% de los participantes en el grupo experimental y el 80% en el grupo control. En ambos grupos la religión con mayor porcentaje fue la católica. Respecto a la etapa de cambio el 76% del grupo experimental se encontraba en etapa de contemplación así mismo el 85% del

grupo control se encontraba en esta etapa.

El 55% de los participantes del grupo experimental indicaron que habían intentado anteriormente dejar de consumir alcohol así mismo el 37.5% del grupo control.

Descripción de los Cuestionarios

Tabla 4

Frecuencias y proporciones de los indicadores de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT

Variable	Experimental $n= 40$		Control $n= 40$	
	Pretest		Pretest	
	f	%	f	%
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas?				
Nunca	-	-	-	-
Una o menos veces al mes	7	17.5	6	15.0
De 2 a 4 veces al mes	21	52.5	28	70.0
De 2 a 3 veces a la semana	9	22.5	3	7.5
4 o más veces a la semana	3	7.5	3	7.5
2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?				
1 o 2	0	0.0	1	2.5
3 o 4	3	7.5	10	25.0
5 o 6	15	37.5	10	25.0
7 a 9	7	17.5	10	25.0
10 o más	15	37.5	9	22.5
3. ¿Qué tan frecuentes tomas 6 o más bebidas por ocasión?				
Nunca	4	10.0	5	12.5
Menos de una vez al mes	10	25.0	13	32.5
Mensualmente	15	37.5	15	37.5
Semanalmente	11	27.5	5	12.5
A diario o casi a diario	0	0.0	2	5.0

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

En la tabla 4 se puede observar la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT, se documenta que más de la mitad de los participantes (52.5%) del grupo experimental reportó consumir de 2 a 4 veces al mes bebidas alcohólicas. Referente a lo anterior el grupo control reportó que el 70% de los participantes consumía de 2 a 4 veces al mes. En la pregunta que indaga sobre la cantidad de bebidas alcohólicas que consumen en un día típico el 37.5% de los individuos del grupo

experimental indicaron consumir de 5 a 6 bebidas por ocasión de consumo y el grupo control en las mediciones pretest el mayor porcentaje se encontró en la respuesta de 5 a 6 copas por ocasión de consumo.

Aunado a lo anterior se reportó que el 37.5% de los participantes del grupo experimental documentaron en las mediciones pretest que mensualmente consumen 6 o más copas por ocasión de consumo. Los participantes del grupo control documentaron que el 37.5% consumía mensualmente 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión de consumo en las mediciones iniciales.

Cabe mencionar que el cuestionario AUDIT se utiliza para personas que han consumido alcohol en los últimos 12 meses, por lo cual para esta intervención solo se han tomado la primera medición de ambos grupos. Dado que este cuestionario tiene la característica de evaluar las situaciones referentes a las situaciones de consumo de alcohol en el último año y la intervención tuvo una duración de dos meses por lo tanto las situaciones antes reportadas pertenecen a la misma categoría de evaluación.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dependiente de acuerdo al AUDIT

Variable	Experimental <i>n</i> = 40		Control <i>n</i> = 40	
	Pretest		Pretest	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4.- Durante el último año ¿Con que frecuencia no pudo parar de beber una vez había empezado?				
Nunca	18	45.0	22	55.0
Menos de una vez al mes	10	25.0	9	22.5
Mensualmente	6	15.0	5	12.5
Semanalmente	6	15.0	4	10.0
5.-Durante el último año ¿Con qué frecuencia dejó de hacer algo que debía haber hecho por beber?				
Nunca	21	52.5	26	65.0
Menos de una vez al mes	11	27.5	10	25.0
Mensualmente	4	10.0	3	7.5
Semanalmente	4	10.0	1	2.5
A diario o casi a diario	0	0.0	0	0.0

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 5
Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dependiente de acuerdo al AUDIT (continuación)

Variable	Experimental n=40		Control n= 40	
	Pretest		Pretest	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
6.-Durante el último año ¿Con qué frecuencia bebió por la mañana después de haber bebido el día anterior?				
Nunca	27	67.5	30	75.0
Menos de una vez al mes	7	17.5	7	17.5
Mensualmente	4	10.0	1	2.5
Semanalmente	2	5.0	2	5.0
A diario o casi a diario	0	0.0	0	0.0

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

En la tabla 5 se observan los indicadores respecto al consumo dependiente de acuerdo al AUDIT, en la pregunta cuatro que indaga sobre; en el último año ¿Con que frecuencia no pudo parar de beber una vez había empezado? El grupo experimental (45%) y control (55%) documentaron su mayor porcentaje en la respuesta de nunca. Así mismo ambos grupos compartieron los puntajes más altos en la respuesta de que nunca han dejado de hacer algo por consumir alcohol; el grupo experimental documentó que el 52.5% de los participantes eligieron esa respuesta y el 65% del grupo control respectivamente, mientras que el 67.5% de los participantes indicaron que nunca han consumido alcohol al otro día de haber bebido esto en los participantes de la intervención y los participantes del control reportó que el 75% nunca consumieron alcohol al otro día de haber bebido.

Tabla 6
Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dañino de acuerdo al AUDIT

Variable	Experimental n= 40		Control n= 40	
	Pretest		Pretest	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7.- Durante el último año ¿Con qué frecuencia sintió remordimiento o se sintió culpable después de haber bebido?				
Nunca	12	30.0	19	47.5
Menos de una vez al mes	14	35.0	17	42.5
Mensualmente	6	15.0	3	7.5
Semanalmente	5	12.5	1	2.5
A diario o casi a diario	3	7.5	0	0.0
8.-Durante el último año ¿Con qué frecuencia no pudo recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estaba bebiendo?				
Nunca	16	40.0	24	60.0
Menos de una vez al mes	13	32.5	12	30.0
Mensualmente	6	15.0	2	5.0
Semanalmente	3	7.5	2	5.0
A diario o casi a diario	2	5.0	0	0.0
9.- ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?				
No	28	70.0	29	72.5
Sí, pero no en el curso del último año	8	20.0	3	7.5
Sí, el último año	4	10.0	8	20.0
10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su forma de beber o le han sugerido que baje su consumo de alcohol?				
No	23	57.5	23	57.5
Sí, pero no en el curso del último año	5	12.5	8	20.0
Sí, el último año	12	30.0	9	22.5

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

En la tabla 6 se muestran los indicadores del consumo dañino, se destaca que el 35% menos de una vez ha sentido remordimiento o culpa después de estar ingiriendo bebidas alcohólicas según lo reportado en el grupo experimental. Respecto al grupo control el 42.5% respondió que menos de una vez al mes ha sentido remordimiento o culpa después de estar ingiriendo bebidas alcohólicas.

En la pregunta ¿Con qué frecuencia no pudo recordar lo que sucedió o algo de lo

que pasó cuando estaba bebiendo? Ambos grupos reportaron que menos de una vez al mes (32.5%, 30%) respectivamente. El 20% de los participantes del grupo experimental indicaron que se han lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol, pero no en el último año y el 20% de los participantes del grupo control indicaron que si, en el último año.

El 30% de los participantes del grupo experimental y el 22.5% del grupo control indicaron que algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su forma de beber o le han sugerido que baje su consumo de alcohol en el último año.

Tabla 7
Frecuencias y proporciones de la Escala de Estrés Percibido

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> =40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	%	<i>f</i>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1...	Nunca	1	2.5	8	20.0	9	22.5	2	5.0
	Casi Nunca	5	12.5	23	57.5	11	27.5	11	27.5
	De vez en cuando	11	27.5	8	20.0	12	30.0	13	32.5
	A menudo	18	45.0	0	0.0	6	15.0	9	22.5
	Muy a menudo	5	12.5	1	2.5	2	5.0	5	12.5
2...	Nunca	2	5.0	9	22.5	7	17.5	3	7.5
	Casi Nunca	9	22.5	26	65.0	14	35.0	8	20.0
	De vez en cuando	12	30.0	4	10.0	13	32.5	16	40.0
	A menudo	13	32.5	1	2.5	5	12.5	9	22.5
	Muy a menudo	4	10.0	0	0.0	1	2.5	4	10.0
3...	Nunca	0	0.0	3	7.5	0	0.0	0	0.0
	Casi Nunca	2	5.0	28	70.0	5	12.5	2	5.0
	De vez en cuando	12	30.0	7	17.5	14	35.0	8	20.0
	A menudo	12	30.0	1	2.5	13	32.5	16	40.0
	Muy a menudo	14	35.0	1	2.5	8	20.0	14	35.0
4...	Nunca	0	0.0	0	0.0	1	2.5	1	2.5
	Casi Nunca	5	12.5	0	0.0	2	5.0	2	5.0
	De vez en cuando	10	25.0	1	2.5	12	30.0	17	42.5
	A menudo	18	45.0	17	42.5	22	55.0	18	45.0
	Muy a menudo	7	17.5	22	55.0	3	7.5	2	5.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 7
Frecuencias y proporciones de la Escala de Estrés Percibido (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> =40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		<i>f</i>	%	%	<i>f</i>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5...	Nunca	1	2.5	0	0.0	1	2.5	1	2.5
	Casi Nunca	4	10.0	0	0.0	5	12.5	5	12.5
	De vez en cuando	15	37.5	1	2.5	14	35.0	18	45.0
	A menudo	14	35.0	15	37.5	17	42.5	12	30.0
	Muy a menudo	6	15.0	24	60.0	3	7.5	4	10.0
6...	Nunca	1	2.5	0	0.0	1	2.5	1	2.5
	Casi Nunca	5	12.5	0	0.0	3	7.5	1	2.5
	De vez en cuando	15	37.5	3	7.5	11	27.5	17	42.5
	A menudo	14	35.0	9	22.5	18	45.0	18	45.0
	Muy a menudo	5	12.5	28	70.0	7	17.5	3	7.5
7...	Nunca	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Casi Nunca	4	10.0	0	0.0	4	10.0	4	10.0
	De vez en cuando	14	35.0	2	5.0	17	42.5	22	55.0
	A menudo	16	40.0	9	22.5	13	32.5	13	32.5
	Muy a menudo	6	15.0	29	72.5	6	15.0	1	2.5
8...	Nunca	1	2.5	7	17.5	4	10.0	1	2.5
	Casi Nunca	13	32.5	22	55.0	12	30.0	5	12.5
	De vez en cuando	10	25.0	10	25.0	19	47.5	21	52.5
	A menudo	11	27.5	1	2.5	3	7.5	11	27.5
	Muy a menudo	5	12.5	0	0.0	2	5.0	2	5.0
9...	Nunca	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Casi Nunca	1	2.5	0	0.0	2	5.0	3	7.5
	De vez en cuando	13	32.5	3	7.5	12	30.0	21	52.5
	A menudo	10	25.0	17	42.5	23	57.5	15	37.5
	Muy a menudo	11	27.5	20	50.0	3	7.5	1	2.5
10...	Nunca	0	0.0	0	0.0	2	5.0	1	2.5
	Casi Nunca	7	17.5	0	0.0	4	10.0	4	10.0
	De vez en cuando	19	47.5	9	22.5	14	35.0	23	57.5
	A menudo	12	30.0	15	37.5	19	47.5	11	27.5
	Muy a menudo	2	5.0	16	40.0	1	2.5	1	2.5
11...	Nunca	1	2.5	7	17.5	3	7.5	1	2.5
	Casi Nunca	7	17.5	18	45.0	12	30.0	4	10.0
	De vez en cuando	10	25.0	11	27.5	12	30.0	12	30.0
	A menudo	13	32.5	4	10.0	10	25.0	14	35.0
	Muy a menudo	9	22.5	0	0.0	3	7.5	9	22.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 7
Frecuencias y proporciones de la Escala de Estrés Percibido (continuación)

Preguntas	Respuestas	Control <i>n</i> =40				Experimental <i>n</i> =40			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
12...	Nunca	0	0.0	1	2.5	2	5.0	0	0.0
	Casi Nunca	1	2.5	7	17.5	1	2.5	1	2.5
	De vez en cuando	7	17.5	16	40.0	14	35.0	14	35.0
	A menudo	13	32.5	11	27.5	10	25.0	9	22.5
	Muy a menudo	19	47.5	5	12.5	13	32.5	16	40.0
13...	Nunca	1	2.5	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Casi Nunca	3	7.5	1	2.5	3	7.5	4	10.0
	De vez en cuando	16	40.0	5	12.5	12	30.0	23	57.5
	A menudo	18	45.0	22	55.0	18	45.0	13	32.5
	Muy a menudo	2	5.0	12	30.0	5	12.5	0	0.0
14...	Nunca	3	7.5	14	35.0	3	7.5	0	0.0
	Casi Nunca	12	30.0	20	50.0	14	35.0	8	20.0
	De vez en cuando	11	27.5	6	15.0	10	25.0	11	27.5
	A menudo	10	25.0	0	0.0	9	22.5	16	40.0
	Muy a menudo	4	10.0	0	0.0	4	10.0	5	12.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

A continuación, se presenta las preguntas de la Escala de Estrés Percibido (EEP)

Tabla 8
Escala de Estrés Percibido (EEP)

Reactivo	Pregunta
1	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?
2	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?
3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?
4	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?
5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?
6	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
7	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?
8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?
9	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?
10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?
11	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

Tabla 8
Escala de Estrés Percibido (EEP) (continua)

12	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?
13	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?
14	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

En la tabla 7 y 8 se observa que el 45% de los participantes del grupo experimental indican que a menudo se ven afectados por algo que ocurre inesperadamente según lo reportado en la medición inicial y respecto a la medición final se documenta que el 57.5% indican que casi nunca se ven afectados por algo que ocurrió inesperadamente. Respecto al grupo control se reporta que el mayor porcentaje de las mediciones pretest y posttest se encuentra en la respuesta de vez en cuando se ven afectados por algo que ocurrió inesperadamente.

En el grupo experimental se documenta que el 35% de los participantes indican que muy a menudo se han sentido nerviosos o estresados esto en la medición pretest y en los resultados posttest se reporta un 70% que casi nunca se han sentido nerviosos o estresados. En el grupo control referente a esta misma pregunta en la medición inicial se reporta que el 35% indica que de vez en cuando se han sentido nerviosos o estresados y el 40% muy a menudo en las mediciones finales.

En la pregunta que indaga sobre la frecuencia con la que ha sentido el individuo que las cosas le van bien, el grupo experimental indicó que a menudo (40%) y en las mediciones pretest muy a menudo (72.5%), el grupo control reportó con mayor porcentaje en la medición inicial (42.5%) y final (55%) que de vez en cuando siente que las cosas le van bien.

El 32.5% de los participantes en las mediciones pretest reportaron que a menudo han estado enfadados por algo que ocurrió y en las mediciones posttest el 45% indicó que casi nunca se han estado enfadados. A sí mismo el grupo control reportó en las mediciones iniciales que el 30% de los participantes de vez en cuando han estado enfadados por algo que ocurrió y en las mediciones finales el 35% indicó que a menudo

han estado enfadados por un evento ocurrido.

El grupo experimental se documenta que la respuesta de casi nunca han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas tiene los mayores porcentajes tanto en las mediciones pretest (30%) y postest (50%). El grupo control reportó que el 35% casi nunca han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas esto en las mediciones pretest y el 40% reportó que a menudo a han sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueden superarlas (postest).

Tabla 9

Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Preguntas	Respuestas	Experimental $n=40$				Control $n=40$			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1...	Nunca o muy raramente verdad	9	22.5	0	0.0	14	35.0	12	30.0
	Raramente verdad	7	17.5	0	0.0	10	25.0	9	22.5
	Algunas veces verdad	11	27.5	2	5.0	7	17.5	11	27.5
	A menudo verdad	9	22.5	13	32.5	5	12.5	5	12.5
	Muy a menudo o siempre verdad	4	10.0	25	62.5	4	10.0	3	7.5
2...	Nunca o muy raramente verdad	1	2.5	0	0.0	5	12.5	1	2.5
	Raramente verdad	12	30.0	1	2.5	5	12.5	14	35.0
	Algunas veces verdad	14	35.0	12	30.0	15	37.5	11	27.5
	A menudo verdad	12	30.0	17	42.5	9	22.5	11	27.5
	Muy a menudo o siempre verdad	1	2.5	10	25.0	6	15.0	3	7.5
3...	Nunca o muy raramente verdad	7	17.5	9	22.5	3	7.5	1	2.5
	Raramente verdad	4	10.0	16	40.0	10	25.0	12	30.0
	Algunas veces verdad	9	22.5	8	20.0	18	45.0	14	35.0
	A menudo verdad	10	25.0	7	17.5	7	17.5	12	30.0
	Muy a menudo o siempre verdad	10	25.0	0	0.0	2	5.0	1	2.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> = 40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	0	0.0	1	2.5	5	12.5
	Raramente verdad	9	22.5	4	10.0	14	35.0	10	25.0
	Algunas veces verdad	17	42.5	8	20.0	15	37.5	15	37.5
	A menudo verdad	7	17.5	22	55.0	7	17.5	8	20.0
	Muy a menudo o siempre verdad	4	10.0	6	15.0	3	7.5	2	5.0
5...	Nunca o muy raramente verdad	1	2.5	5	12.5	4	10.0	4	10.0
	Raramente verdad	6	15.0	24	60.0	10	25.0	8	20.0
	Algunas veces verdad	13	32.5	8	20.0	8	20.0	13	32.5
	A menudo verdad	12	30.0	1	2.5	11	27.5	6	15.0
	Muy a menudo o siempre verdad	8	20.0	2	5.0	7	17.5	9	22.5
6...	Nunca o muy raramente verdad	6	15.0	0	0.0	7	17.5	3	7.5
	Raramente verdad	8	20.0	1	2.5	8	20.0	11	27.5
	Algunas veces verdad	9	22.5	1	2.5	10	25.0	8	20.0
	A menudo verdad	12	30.0	21	52.5	11	27.5	13	32.5
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	17	42.5	4	10.0	5	12.5
7...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Raramente verdad	5	12.5	1	2.5	8	20.0	4	10.0
	Algunas veces verdad	17	42.5	11	27.5	15	37.5	23	57.5
	A menudo verdad	9	22.5	15	37.5	13	32.5	9	22.5
	Muy a menudo o siempre verdad	7	17.5	13	32.5	4	10.0	4	10.0
8...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	13	32.5	9	22.5	4	10.0
	Raramente verdad	10	25.0	19	47.5	7	17.5	11	27.5
	Algunas veces verdad	15	37.5	6	15.0	15	37.5	13	32.5
	A menudo verdad	5	12.5	2	5.0	5	12.5	8	20.0
	Muy a menudo o siempre verdad	7	17.5	0	0.0	4	10.0	4	10.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
 Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire
 (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> = 40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
9...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	0	0.0	6	15.0	3	7.5
	Raramente verdad	9	22.5	4	10.0	13	32.5	8	20.0
	Algunas veces verdad	20	50.0	12	30.0	12	30.0	18	45.0
	A menudo verdad	5	12.5	15	37.5	7	17.5	9	22.5
	Muy a menudo o siempre verdad	3	7.5	9	22.5	2	5.0	2	5.0
10...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	10	25.0	4	10.0	4	10.0
	Raramente verdad	10	25.0	21	52.5	13	32.5	7	17.5
	Algunas veces verdad	16	40.0	6	15.0	11	27.5	17	42.5
	A menudo verdad	7	17.5	2	5.0	8	20.0	9	22.5
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	1	2.5	4	10.0	3	7.5
11...	Nunca o muy raramente verdad	14	35.0	3	7.5	11	27.5	5	12.5
	Raramente verdad	11	27.5	2	5.0	9	22.5	11	27.5
	Algunas veces verdad	6	15.0	11	27.5	11	27.5	17	42.5
	A menudo verdad	7	17.5	14	35.0	6	15.0	5	12.5
	Muy a menudo o siempre verdad	2	5.0	10	25.0	3	7.5	2	5.0
12...	Nunca o muy raramente verdad	4	10.0	9	22.5	7	17.5	4	10.0
	Raramente verdad	11	27.5	17	42.5	15	37.5	11	27.5
	Algunas veces verdad	15	37.5	8	20.0	10	25.0	18	45.0
	A menudo verdad	5	12.5	4	10.0	6	15.0	5	12.5
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	2	5.0	2	5.0	2	5.0
13...	Nunca o muy raramente verdad	1	2.5	10	25.0	6	15.0	2	5.0
	Raramente verdad	9	22.5	21	52.5	6	15.0	7	17.5
	Algunas veces verdad	11	27.5	5	12.5	11	27.5	8	20.0
	A menudo verdad	9	22.5	3	7.5	10	25.0	14	35.0
	Muy a menudo o siempre verdad	10	25.0	1	2.5	7	17.5	9	22.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> = 40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
14...	Nunca o muy raramente verdad	7	17.5	14	35.0	8	20.0	6	15.0
	Raramente verdad	9	22.5	17	42.5	12	30.0	5	12.5
	Algunas veces verdad	13	32.5	8	20.0	13	32.5	20	50.0
	A menudo verdad	5	12.5	1	2.5	3	7.5	8	20.0
	Muy a menudo o siempre verdad	6	15.0	0	0.0	4	10.0	1	2.5
15...	Nunca o muy raramente verdad	8	20.0	0	0.0	12	30.0	5	12.5
	Raramente verdad	15	37.5	0	0.0	12	30.0	11	27.5
	Algunas veces verdad	8	20.0	3	7.5	12	30.0	13	32.5
	A menudo verdad	5	12.5	19	47.5	2	5.0	8	20.0
	Muy a menudo o siempre verdad	4	10.0	18	45.0	2	5.0	3	7.5
16...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	6	15.0	5	12.5	1	2.5
	Raramente verdad	15	37.5	20	50.0	12	30.0	7	17.5
	Algunas veces verdad	16	40.0	11	27.5	19	47.5	24	60.0
	A menudo verdad	5	12.5	3	7.5	2	5.0	7	17.5
	Muy a menudo o siempre verdad	2	5.0	0	0.0	2	5.0	1	2.5
17...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	4	10.0	6	15.0	3	7.5
	Raramente verdad	6	15.0	21	52.5	12	30.0	6	15.0
	Algunas veces verdad	12	30.0	6	15.0	13	32.5	15	37.5
	A menudo verdad	10	25.0	7	17.5	5	12.5	12	30.0
	Muy a menudo o siempre verdad	10	25.0	2	5.0	4	10.0	4	10.0
18...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	8	20.0	8	20.0	3	7.5
	Raramente verdad	13	32.5	21	52.5	9	22.5	10	25.0
	Algunas veces verdad	12	30.0	6	15.0	16	40.0	15	37.5
	A menudo verdad	9	22.5	4	10.0	5	12.5	9	22.5
	Muy a menudo o siempre verdad	3	7.5	1	2.5	2	5.0	3	7.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> = 40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
19...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	2	5.0	6	15.0	4	10.0
	Raramente verdad	3	7.5	0	0.0	13	32.5	9	22.5
	Algunas veces verdad	14	35.0	7	17.5	8	20.0	21	52.5
	A menudo verdad	16	40.0	22	55.0	11	27.5	3	7.5
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	9	22.5	2	5.0	3	7.5
20...	Nunca o muy raramente verdad	4	10.0	0	0.0	12	30.0	8	20.0
	Raramente verdad	10	25.0	1	2.5	6	15.0	7	17.5
	Algunas veces verdad	14	35.0	3	7.5	11	27.5	10	25.0
	A menudo verdad	8	20.0	12	30.0	6	15.0	10	25.0
	Muy a menudo o siempre verdad	4	10.0	24	60.0	5	12.5	5	12.5
21...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	1	2.5	4	10.0	2	5.0
	Raramente verdad	9	22.5	2	5.0	13	32.5	15	37.5
	Algunas veces verdad	17	42.5	11	27.5	16	40.0	16	40.0
	A menudo verdad	9	22.5	19	47.5	6	15.0	6	15.0
	Muy a menudo o siempre verdad	2	5.0	7	17.5	1	2.5	1	2.5
22....	Nunca o muy raramente verdad	7	17.5	11	27.5	8	20.0	4	10.0
	Raramente verdad	9	22.5	18	45.0	14	35.0	9	22.5
	Algunas veces verdad	17	42.5	9	22.5	14	35.0	21	52.5
	A menudo verdad	5	12.5	2	5.0	4	10.0	5	12.5
	Muy a menudo o siempre verdad	2	5.0	0	0.0	0	0.0	1	2.5
23...	Nunca o muy raramente verdad	9	22.5	17	42.5	16	40.0	8	20.0
	Raramente verdad	11	27.5	18	45.0	8	20.0	13	32.5
	Algunas veces verdad	8	20.0	5	12.5	9	22.5	12	30.0
	A menudo verdad	7	17.5	0	0.0	6	15.0	4	10.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	0	0.0	1	2.5	3	7.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> = 40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
24...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	2	5.0	3	7.5	1	2.5
	Raramente verdad	8	20.0	3	7.5	7	17.5	14	35.0
	Algunas veces verdad	12	30.0	8	20.0	16	40.0	18	45.0
	A menudo verdad	14	35.0	18	45.0	11	27.5	7	17.5
	Muy a menudo o siempre verdad	4	10.0	9	22.5	3	7.5	0	0.0
25...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	9	22.5	6	15.0	4	10.0
	Raramente verdad	13	32.5	20	50.0	16	40.0	5	12.5
	Algunas veces verdad	10	25.0	4	10.0	11	27.5	19	47.5
	A menudo verdad	6	15.0	4	10.0	5	12.5	11	27.5
	Muy a menudo o siempre verdad	9	22.5	3	7.5	2	5.0	1	2.5
26...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	0	0.0	3	7.5	2	5.0
	Raramente verdad	8	20.0	2	5.0	7	17.5	4	10.0
	Algunas veces verdad	12	30.0	2	5.0	5	12.5	8	20.0
	A menudo verdad	11	27.5	9	22.5	15	37.5	17	42.5
	Muy a menudo o siempre verdad	7	17.5	27	67.5	10	25.0	9	22.5
27...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	1	2.5	2	5.0	2	5.0
	Raramente verdad	10	25.0	0	0.0	11	27.5	14	35.0
	Algunas veces verdad	12	30.0	16	40.0	11	27.5	16	40.0
	A menudo verdad	10	25.0	15	37.5	12	30.0	8	20.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	8	20.0	4	10.0	0	0.0
28...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	9	22.5	6	15.0	1	2.5
	Raramente verdad	9	22.5	23	57.5	12	30.0	9	22.5
	Algunas veces verdad	16	40.0	6	15.0	12	30.0	14	35.0
	A menudo verdad	10	25.0	2	5.0	7	17.5	10	25.0
	Muy a menudo o siempre verdad	3	7.5	0	0.0	3	7.5	6	15.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
 Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire
 (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental n= 40				Control n=40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
29...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	3	7.5	7	17.5	3	7.5
	Raramente verdad	9	22.5	5	12.5	9	22.5	9	22.5
	Algunas veces verdad	20	50.0	13	32.5	18	45.0	21	52.5
	A menudo verdad	6	15.0	14	35.0	5	12.5	6	15.0
	Muy a menudo o siempre verdad	3	7.5	5	12.5	1	2.5	1	2.5
30...	Nunca o muy raramente verdad	6	15.0	13	32.5	8	20.0	4	10.0
	Raramente verdad	9	22.5	20	50.0	10	25.0	8	20.0
	Algunas veces verdad	13	32.5	5	12.5	15	37.5	19	47.5
	A menudo verdad	7	17.5	2	5.0	5	12.5	8	20.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	0	0.0	2	5.0	1	2.5
31...	Nunca o muy raramente verdad	5	12.5	0	0.0	5	12.5	4	10.0
	Raramente verdad	5	12.5	0	0.0	12	30.0	5	12.5
	Algunas veces verdad	10	25.0	7	17.5	11	27.5	14	35.0
	A menudo verdad	15	37.5	12	30.0	8	20.0	10	25.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	21	52.5	4	10.0	7	17.5
32...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	0	0.0	6	15.0	3	7.5
	Raramente verdad	8	20.0	4	10.0	9	22.5	12	30.0
	Algunas veces verdad	15	37.5	16	40.0	17	42.5	17	42.5
	A menudo verdad	10	25.0	15	37.5	5	12.5	4	10.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	5	12.5	3	7.5	4	10.0
33...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	0	0.0	1	2.5	3	7.5
	Raramente verdad	10	25.0	2	5.0	13	32.5	15	37.5
	Algunas veces verdad	15	37.5	8	20.0	17	42.5	17	42.5
	A menudo verdad	11	27.5	22	55.0	8	20.0	5	12.5
	Muy a menudo o siempre verdad	2	5.0	8	20.0	1	2.5	0	0.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> = 40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
34...	Nunca o muy raramente verdad	6	15.0	10	25.0	8	20.0	6	15.0
	Raramente verdad	6	15.0	23	57.5	13	32.5	8	20.0
	Algunas veces verdad	14	35.0	5	12.5	6	15.0	11	27.5
	A menudo verdad	9	22.5	1	2.5	12	30.0	13	32.5
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	1	2.5	1	2.5	2	5.0
35...	Nunca o muy raramente verdad	3	7.5	9	22.5	8	20.0	4	10.0
	Raramente verdad	12	30.0	17	42.5	18	45.0	7	17.5
	Algunas veces verdad	7	17.5	9	22.5	9	22.5	15	37.5
	A menudo verdad	14	35.0	4	10.0	2	5.0	13	32.5
	Muy a menudo o siempre verdad	4	10.0	1	2.5	3	7.5	1	2.5
36...	Nunca o muy raramente verdad	1	2.5	1	2.5	4	10.0	1	2.5
	Raramente verdad	4	10.0	2	5.0	7	17.5	11	27.5
	Algunas veces verdad	14	35.0	5	12.5	15	37.5	16	40.0
	A menudo verdad	16	40.0	20	50.0	9	22.5	10	25.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	12	30.0	5	12.5	2	5.0
37...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Raramente verdad	7	17.5	1	2.5	8	20.0	15	37.5
	Algunas veces verdad	14	35.0	16	40.0	15	37.5	22	55.0
	A menudo verdad	15	37.5	15	37.5	9	22.5	3	7.5
	Muy a menudo o siempre verdad	2	5.0	8	20.0	5	12.5	0	0.0
38...	Nunca o muy raramente verdad	5	12.5	12	30.0	6	15.0	5	12.5
	Raramente verdad	11	27.5	18	45.0	16	40.0	9	22.5
	Algunas veces verdad	12	30.0	9	22.5	13	32.5	10	25.0
	A menudo verdad	7	17.5	1	2.5	4	10.0	13	32.5
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	0	0.0	1	2.5	3	7.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 9
Frecuencias y proporciones del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)(continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental n=40				Control n=40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
39...	Nunca o muy raramente verdad	2	5.0	11	27.5	5	12.5	2	5.0
	Raramente verdad	13	32.5	24	60.0	12	30.0	8	20.0
	Algunas veces verdad	11	27.5	4	10.0	11	27.5	13	32.5
	A menudo verdad	9	22.5	0	0.0	7	17.5	12	30.0
	Muy a menudo o siempre verdad	5	12.5	1	2.5	5	12.5	5	12.5

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

A continuación, se presenta las preguntas del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Tabla 10
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Reactivo	Pregunta
1	Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse
2	Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos
3	Me critico a mí mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas
4	Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos
5	Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente
6	Cuando me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo
7	Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas
8	No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo
9	Observo mis sentimientos sin perderme en ellos
10	Me digo a mí mismo/a que no debería sentir lo que siento
11	Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones
12	Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento
13	Me distraigo fácilmente
14	Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así
15	Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara
16	Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento
17	Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos
18	Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente
19	Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape
20	Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan
21	En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente
22	Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas

Tabla 10
Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (continuación)

Reactivo	Pregunta
23	Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago
24	Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo
25	Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso
26	Percibo el olor y el aroma de las cosas
27	Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras
28	Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas
29	Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar
30	Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.
31	Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras
32	Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras
33	Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar
34	Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago
35	Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido
36	Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta
37	Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle
38	Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención
39	Me critico cuando tengo ideas irracionales

En la tabla 9 y 10 se muestran las frecuencias y proporciones de las preguntas del cuestionario de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), se puede observar que el 27.5% de los participantes del grupo experimental indicaron que algunas veces es verdad sentir las sensaciones de su cuerpo al moverse esto reportado en la medición inicial y el 62.5% indicó que muy a menudo o siempre verdad siente estas sensaciones del cuerpo al moverse en la medición final. Respecto al grupo control se observa que el mayor porcentaje en las mediciones pretest (35%) y posttest (30%) se reportó en la respuesta de que casi nunca o muy raramente verdad sentir deliberadamente las sensaciones del cuerpo al moverse.

El 25% de los participantes del grupo experimental indicaron que muy a menudo o siempre verdad se critica a si mismo por tener emociones irracionales o inapropiadas esto reportado en la medición inicial y en la medición final el 40% de los participantes

indicaron que muy raramente verdad. En el grupo control en la medición del pretest (45%) y postest (35%) el mayor porcentaje se concentró en la respuesta algunas veces verdad.

La pregunta que indaga sobre prestar atención a lo que se realiza porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo, en el grupo experimental el mayor porcentaje se encontró en la respuesta de algunas veces (37.5%) en la medición inicial y en la medición final fue en raramente verdad (47.5%) y respecto al grupo control el mayor porcentaje en el pretest (37.5%) y postest (32.5%) fue en la respuesta de algunas veces verdad.

El grupo experimental documento que el 27.5% de sus participantes algunas veces es verdad que se distraen fácilmente y en la medición final el 52.5% raramente verdad. En las mediciones iniciales el grupo control reportó que el 27.5% de los participantes algunas veces verdad se distrae fácilmente y el 35% a menudo verdad en las mediciones finales.

El 30% de los participantes indicó que algunas veces verdad hace juicios sobre sus pensamientos si son buenos o malos en la medición pretest y el 52.5% dijo que raramente verdad en la medición postest. El grupo control respecto a esta pregunta indico que algunas veces verdad hace juicios sobre sus pensamientos si son buenos o malos en las mediciones pretest (32.5%) y postest (37.5%).

Tabla 11

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> =40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	1	2.5	0	0.0
	Poco Confiado	6	15.0	1	2.5	2	5.0	3	7.5
	Moderadamente Confiado	5	12.5	3	7.5	3	7.5	4	10.0
	Confiado	12	30.0	5	12.5	9	22.5	10	25.0
	Totalmente confiado	12	30.0	8	20.0	11	27.5	7	17.5
	Muy confiado	4	10.0	23	57.5	14	35.0	16	40.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental $n = 40$				Control $n = 40$			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
2...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Poco Confiado	4	10.0	0	0.0	1	2.5	4	10.0
	Moderadamente confiado	7	17.5	3	7.5	3	7.5	4	10.0
	Confiado	12	30.0	4	10.0	8	20.0	7	17.5
	Totalmente confiado	10	25.0	13	32.5	7	17.5	10	25.0
	Muy confiado	5	12.5	20	50.0	18	45.0	15	37.5
3...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	4	10.0	1	2.5
	Poco Confiado	4	10.0	1	2.5	2	5.0	1	2.5
	Moderadamente Confiado	8	20.0	2	5.0	2	5.0	0	0.0
	Confiado	8	20.0	2	5.0	8	20.0	10	25.0
	Totalmente confiado	8	20.0	9	22.5	5	12.5	11	27.5
	Muy confiado	11	27.5	26	65.0	19	47.5	17	42.5
4...	Nada Confiado	0	0.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	5	12.5	1	2.5	2	5.0	2	5.0
	Moderadamente Confiado	1	2.5	0	0.0	0	0	3	7.5
	Confiado	9	22.5	1	2.5	8	20.0	8	20.0
	Totalmente confiado	16	40.0	13	32.5	8	20.0	7	17.5
	Muy confiado	9	22.5	25	62.5	20	50.0	20	50.0
5...	Nada Confiado	3	7.5	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Poco Confiado	1	2.5	1	2.5	3	7.5	1	2.5
	Moderadamente Confiado	4	10.0	0	0.0	0	0	4	10.0
	Confiado	6	15.0	4	10.0	3	7.5	5	12.5
	Totalmente confiado	11	27.5	12	30.0	9	22.5	8	20.0
	Muy confiado	15	37.5	23	57.5	22	55.0	22	55.0
6...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	5	12.5	0	0.0	2	5.0	5	12.5
	Moderadamente Confiado	5	12.5	4	10.0	2	5.0	6	15.0
	Confiado	8	20.0	3	7.5	11	27.5	10	25.0
	Totalmente confiado	8	20.0	10	25.0	10	25.0	7	17.5
	Nada Confiado	10	25.0	0	0.0	6	15.0	6	15.0
7...	Poco Confiado	15	37.5	2	5.0	10	25.0	10	25.0
	Moderadamente Confiado	8	20.0	7	17.5	6	15.0	7	17.5
	Confiado	2	5.0	10	25.0	8	20.0	8	20.0
	Totalmente confiado	3	7.5	13	32.5	5	12.5	3	7.5
	Muy confiado	2	5.0	8	20.0	5	12.5	6	15.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

(continua)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental $n = 40$				Control $n = 40$			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
8...	Nada Confiado	8	20.0	0	0.0	5	12.5	8	20.0
	Poco Confiado	11	27.5	4	10.0	10	25.0	7	17.5
	Moderadamente Confiado	11	27.5	6	15.0	9	22.5	7	17.5
	Confiado	3	7.5	5	12.5	7	17.5	8	20.0
	Totalmente confiado	5	12.5	13	32.5	3	7.5	5	12.5
	Muy confiado	2	5.0	12	30.0	6	15.0	5	12.5
9...	Nada Confiado	6	15.0	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Poco Confiado	11	27.5	1	2.5	5	12.5	1	2.5
	Moderadamente Confiado	7	17.5	6	15.0	12	30.0	8	20.0
	Confiado	7	17.5	6	15.0	3	7.5	10	25.0
	Totalmente confiado	5	12.5	12	30.0	7	17.5	12	30.0
	Muy confiado	4	10.0	15	37.5	10	25.0	9	22.5
10...	Nada Confiado	3	7.5	0	0.0	2	5.0	1	2.5
	Poco Confiado	5	12.5	2	5.0	6	15.0	1	2.5
	Moderadamente Confiado	7	17.5	2	5.0	4	10.0	5	12.5
	Confiado	3	7.5	3	7.5	6	15.0	5	12.5
	Totalmente confiado	10	25.0	7	17.5	6	15.0	13	32.5
	Muy confiado	12	30.0	26	65.0	16	40.0	15	37.5
11...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Poco Confiado	3	7.5	1	2.5	2	5.0	4	10.0
	Moderadamente confiado	8	20.0	1	2.5	6	15.0	3	7.5
	Confiado	5	12.5	2	5.0	1	2.5	3	7.5
	Totalmente confiado	13	32.5	11	27.5	8	20.0	15	37.5
	Muy confiado	9	22.5	25	62.5	20	50.0	15	37.5
12...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	3	7.5	1	2.5
	Poco Confiado	2	5.0	0	0.0	3	7.5	3	7.5
	Moderadamente confiado	5	12.5	0	0.0	3	7.5	3	7.5
	Confiado	8	20.0	3	7.5	6	15.0	6	15.0
	Totalmente confiado	13	32.5	11	27.5	6	15.0	10	25.0
	Muy confiado	11	27.5	26	65.0	19	47.5	17	42.5
13...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	3	7.5	0	0.0	2	5.0	1	2.5
	Moderadamente confiado	3	7.5	1	2.5	2	5.0	2	5.0
	Confiado	3	7.5	0	0.0	2	5.0	3	7.5
	Totalmente confiado	6	15.0	6	15.0	7	17.5	12	30.0
	Muy confiado	23	57.5	33	82.5	25	62.5	22	55.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental <i>n</i> =40				Control <i>n</i> =40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
14...	Nada Confiado	0	0.0	0	0.0	3	7.5	1	2.5
	Poco Confiado	2	5.0	0	0.0	2	5.0	3	7.5
	Moderadamente Confiado	4	10.0	0	0.0	3	7.5	5	12.5
	Confiado	9	22.5	3	7.5	3	7.5	4	10.0
	Totalmente confiado	13	32.5	9	22.5	7	17.5	9	22.5
	Muy confiado	12	30.0	28	70.0	22	55.0	18	45.0
15...	Nada Confiado	0	0.0	0	0.0	4	10.0	1	2.5
	Poco Confiado	3	7.5	0	0.0	3	7.5	2	5.0
	Moderadamente Confiado	3	7.5	1	2.5	1	2.5	3	7.5
	Confiado	4	10.0	2	5.0	2	5.0	1	2.5
	Totalmente confiado	8	20.0	6	15.0	7	17.5	13	32.5
	Muy confiado	22	55.0	31	77.5	23	57.5	20	50.0
16...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	6	15.0	1	2.5	2	5.0	3	7.5
	Moderadamente Confiado	1	2.5	2	5.0	6	15.0	4	10.0
	Confiado	7	17.5	1	2.5	7	17.5	5	12.5
	Totalmente confiado	12	30.0	12	30.0	9	22.5	15	37.5
	Muy confiado	13	32.5	24	60.0	14	35.0	13	32.5
17...	Nada Confiado	4	10.0	0	0.0	3	7.5	6	15.0
	Poco Confiado	7	17.5	1	2.5	6	15.0	8	20.0
	Moderadamente Confiado	8	20.0	5	12.5	12	30.0	7	17.5
	Confiado	7	17.5	2	5.0	6	15.0	4	10.0
	Totalmente confiado	11	27.5	18	45.0	5	12.5	4	10.0
	Muy confiado	3	7.5	14	35.0	8	20.0	11	27.5
18...	Nada Confiado	7	17.5	0	0.0	8	20.0	8	20.0
	Poco Confiado	13	32.5	2	5.0	3	7.5	9	22.5
	Moderadamente Confiado	9	22.5	4	10.0	12	30.0	8	20.0
	Confiado	3	7.5	7	17.5	3	7.5	5	12.5
	Totalmente confiado	5	12.5	18	45.0	9	22.5	3	7.5
	Muy confiado	3	7.5	9	22.5	5	12.5	7	17.5
19...	Nada Confiado	0	0.0	0	0.0	1	2.5	0	0.0
	Poco Confiado	1	2.5	0	0.0	1	2.5	4	10.0
	Moderadamente Confiado	5	12.5	0	0.0	6	15.0	5	12.5
	Confiado	6	15.0	1	2.5	4	10.0	1	2.5
	Totalmente confiado	14	35.0	9	22.5	5	12.5	10	25.0
	Muy confiado	14	35.0	30	75.0	23	57.5	20	50.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental $n = 40$				Control $n = 40$			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
20...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	2	5.0	0	0.0	3	7.5	1	2.5
	Moderadamente Confiado	4	10.0	0	0.0	3	7.5	4	10.0
	Confiado	5	12.5	1	2.5	3	7.5	5	12.5
	Totalmente confiado	10	25.0	13	32.5	6	15.0	7	17.5
	Muy confiado	17	42.5	26	65.0	23	57.5	23	57.5
21...	Nada Confiado	3	7.5	0	0.0	3	7.5	3	7.5
	Poco Confiado	6	15.0	1	2.5	6	15.0	9	22.5
	Moderadamente Confiado	8	20.0	2	5.0	3	7.5	2	5.0
	Confiado	5	12.5	4	10.0	5	12.5	4	10.0
	Totalmente confiado	8	20.0	12	30.0	8	20.0	5	12.5
	Muy confiado	10	25.0	21	52.5	15	37.5	17	42.5
22...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	4	10.0	2	5.0
	Poco Confiado	3	7.5	1	2.5	1	2.5	1	2.5
	Moderadamente Confiado	5	12.5	1	2.5	1	2.5	7	17.5
	Confiado	3	7.5	1	2.5	4	10.0	3	7.5
	Totalmente confiado	11	27.5	11	27.5	6	15.0	7	17.5
	Muy confiado	16	40.0	26	65.0	24	60.0	20	50.0
23...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	3	7.5	1	2.5
	Poco Confiado	1	2.5	0	0.0	1	2.5	0	0.0
	Moderadamente Confiado	1	2.5	0	0.0	1	2.5	3	7.5
	Confiado	0	0.0	0	0.0	2	5.0	5	12.5
	Totalmente confiado	10	25.0	6	15.0	5	12.5	6	15.0
	Muy confiado	27	67.5	34	85.0	28	70.0	25	62.5
24...	Nada Confiado	0	0.0	0	0.0	1	2.5	2	5.0
	Poco Confiado	5	12.5	1	2.5	5	12.5	4	10.0
	Moderadamente Confiado	9	22.5	0	0.0	6	15.0	8	20.0
	Confiado	3	7.5	3	7.5	4	10.0	3	7.5
	Totalmente confiado	9	22.5	10	25.0	4	10.0	4	10.0
	Muy confiado	14	35.0	26	65.0	20	50.0	19	47.5
25...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	3	7.5	2	5.0
	Poco Confiado	3	7.5	1	2.5	3	7.5	0	0.0
	Moderadamente Confiado	2	5.0	0	0.0	1	2.5	3	7.5
	Confiado	2	5.0	0	0.0	3	7.5	6	15.0
	Totalmente confiado	15	37.5	6	15.0	6	15.0	8	20.0
	Muy confiado	17	42.5	33	82.5	24	60.0	21	52.5

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental $n = 40$				Control $n = 40$			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
26...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	3	7.5	3	7.5
	Poco Confiado	6	15.0	0	0.0	2	5.0	2	5.0
	Moderadamente Confiado	4	10.0	2	5.0	7	17.5	8	20.0
	Confiado	3	7.5	4	10.0	6	15.0	4	10.0
	Totalmente confiado	12	30.0	7	17.5	11	27.5	8	20.0
	Muy confiado	13	32.5	27	67.5	11	27.5	15	37.5
27...	Nada Confiado	6	15.0	0	0.0	5	12.5	8	20.0
	Poco Confiado	7	17.5	1	2.5	3	7.5	8	20.0
	Moderadamente Confiado	12	30.0	4	10.0	11	27.5	10	25.0
	Confiado	4	10.0	4	10.0	9	22.5	3	7.5
	Totalmente confiado	7	17.5	19	47.5	4	10.0	3	7.5
	Muy confiado	4	10.0	12	30.0	8	20.0	8	20.0
28...	Nada Confiado	6	15.0	0	0.0	3	7.5	5	12.5
	Poco Confiado	14	35.0	2	5.0	11	27.5	10	25.0
	Moderadamente Confiado	4	10.0	2	5.0	10	25.0	11	27.5
	Confiado	6	15.0	6	15.0	4	10.0	1	2.5
	Totalmente confiado	8	20.0	12	30.0	3	7.5	1	2.5
	Muy confiado	2	5.0	18	45.0	9	22.5	12	30.0
29...	Nada Confiado	7	17.5	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Poco Confiado	5	12.5	2	5.0	2	5.0	1	2.5
	Moderadamente Confiado	4	10.0	0	0.0	5	12.5	5	12.5
	Confiado	6	15.0	3	7.5	7	17.5	6	15.0
	Totalmente confiado	14	35.0	13	32.5	7	17.5	8	20.0
	Muy confiado	4	10.0	22	55.0	16	40.0	20	50.0
30...	Nada Confiado	3	7.5	0	0.0	1	2.5	0	0.0
	Poco Confiado	5	12.5	0	0.0	4	10.0	2	5.0
	Moderadamente Confiado	6	15.0	3	7.5	2	5.0	2	5.0
	Confiado	8	20.0	4	10.0	6	15.0	4	10.0
	Totalmente confiado	11	27.5	14	35.0	7	17.5	12	30.0
	Muy confiado	7	17.5	19	47.5	20	50.0	20	50.0
31...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	6	15.0	0	0.0	3	7.5	6	15.0
	Moderadamente Confiado	6	15.0	0	0.0	7	17.5	6	15.0
	Confiado	6	15.0	2	5.0	1	2.5	2	5.0
	Totalmente confiado	9	22.5	13	32.5	8	20.0	10	25.0
	Muy confiado	11	27.5	25	62.5	19	47.5	16	40.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental $n = 40$				Control $n = 40$			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
32...	Nada Confiado	4	10.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	5	12.5	1	2.5	6	15.0	8	20.0
	Moderadamente Confiado	5	12.5	2	5.0	4	10.0	3	7.5
	Confiado	7	17.5	2	5.0	2	5.0	6	15.0
	Totalmente confiado	8	20.0	13	32.5	7	17.5	5	12.5
	Muy confiado	11	27.5	22	55.0	19	47.5	18	45.0
33...	Nada Confiado	2	5.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	5	12.5	0	0.0	4	10.0	4	10.0
	Moderadamente Confiado	1	2.5	1	2.5	3	7.5	2	5.0
	Confiado	4	10.0	0	0.0	2	5.0	1	2.5
	Totalmente confiado	12	30.0	6	15.0	5	12.5	9	22.5
	Muy confiado	16	40.0	33	82.5	24	60.0	24	60.0
34...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	3	7.5	0	0.0
	Poco Confiado	6	15.0	0	0.0	2	5.0	4	10.0
	Moderadamente Confiado	2	5.0	2	5.0	1	2.5	5	12.5
	Confiado	6	15.0	1	2.5	3	7.5	3	7.5
	Totalmente confiado	10	25.0	9	22.5	4	10.0	7	17.5
	Muy confiado	15	37.5	28	70.0	27	67.5	21	52.5
35...	Nada Confiado	1	2.5	0	0.0	2	5.0	2	5.0
	Poco Confiado	5	12.5	1	2.5	3	7.5	3	7.5
	Moderadamente Confiado	4	10.0	1	2.5	4	10.0	4	10.0
	Confiado	4	10.0	1	2.5	1	2.5	4	10.0
	Totalmente confiado	11	27.5	8	20.0	6	15.0	8	20.0
	Muy confiado	15	37.5	29	72.5	24	60.0	19	47.5
36...	Nada Confiado	8	20.0	0	0.0	4	10.0	9	22.5
	Poco Confiado	6	15.0	1	2.5	9	22.5	11	27.5
	Moderadamente Confiado	9	22.5	3	7.5	8	20.0	7	17.5
	Confiado	5	12.5	9	22.5	3	7.5	3	7.5
	Totalmente confiado	8	20.0	11	27.5	9	22.5	2	5.0
	Muy confiado	4	10.0	16	40.0	7	17.5	8	20.0
37...	Nada Confiado	8	20.0	0	0.0	4	10.0	8	20.0
	Poco Confiado	9	22.5	0	0.0	7	17.5	12	30.0
	Moderadamente Confiado	8	20.0	5	12.5	7	17.5	6	15.0
	Confiado	4	10.0	5	12.5	9	22.5	3	7.5
	Totalmente confiado	7	17.5	19	47.5	4	10.0	2	5.0
	Muy confiado	4	10.0	11	27.5	9	22.5	9	22.5

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

(continúa)

Tabla 11
Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Confianza Situacional (continuación)

Preguntas	Respuestas	Experimental n=40				Control n=40			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
38...	Nada Confiado	6	15.0	0	0.0	2	5.0	2	5.0
	Poco Confiado	10	25.0	0	0.0	4	10.0	7	17.5
	Moderadamente Confiado	5	12.5	4	10.0	9	22.5	5	12.5
	Confiado	7	17.5	4	10.0	7	17.5	5	12.5
	Totalmente confiado	8	20.0	15	37.5	7	17.5	10	25.0
	Muy confiado	4	10.0	17	42.5	11	27.5	11	27.5
39...	Nada Confiado	6	15.0	0	0.0	2	5.0	0	0.0
	Poco Confiado	7	17.5	0	0.0	4	10.0	4	10.0
	Moderadamente Confiado	1	2.5	2	5.0	5	12.5	5	12.5
	Confiado	7	17.5	3	7.5	3	7.5	4	10.0
	Totalmente confiado	12	30.0	11	27.5	9	22.5	9	22.5
	Muy confiado	7	17.5	24	60.0	17	42.5	18	45.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = muestra por grupo

A continuación, se presentan los ítems del Cuestionario de Confianza Situacional

Tabla 12
Cuestionario de Confianza Situacional

Reactivo	Pregunta
1	Si sintiera que me he decepcionado a mí mismo
2	Si hubiera peleas en mi casa
3	Si tuviera dificultades para dormir
4	Si tuviera una discusión con un amigo
5	Si me parecerá que no le gusto a otra persona
6	Si me sintiera confiado o relajado
7	Si saliera con un grupo de amigos y quisieran pasar a un bar
8	Si estuviera pasándomela bien en una fiesta y quisiera pasármela mejor
9	Si me acordara que bien sabe una bebida
10	Si me convenciera de que soy una nueva persona y me puedo tomar dos bebidas
11	Si tuviera miedo de que las cosas no me fueran a salir bien
12	Si otras personas intervinieran en mis planes
13	Si me siento somnoliento y quisiera mantenerme alerta
14	Si tuviera problemas con personas del trabajo
15	Si me sintiera incomodo por la presencia de alguien
16	Si en todo me estuviera yendo bien
17	Si estuviera en una fiesta y otra persona estuviera tomando
18	Si quisiera celebrar con un amigo
19	Si pasara por una tienda donde venden bebidas alcohólicas
20	Si me cuestionara sobre mi consumo de alcohol y me sintiera como que puedo beber un trago para ponerme a prueba
21	Si estuviera molesto por cómo están saliendo las cosas
22	Si otra gente me tratara injustamente

Tabla12
Cuestionario de Confianza Situacional

Reactivo	Pregunta
23	Si sintiera nauseas
24	Si aumentara mi presión en mi trabajo por las exigencias de mi supervisor
25	Si alguien me criticara
26	Si me sintiera satisfecho con algo que he hecho
27	Si me sintiera relajado con un amigo y quiera pasar un buen rato
28	Si estuviera en algún restaurante y las personas que están conmigo están tomando
29	Si me encuentro inesperadamente una botella de mi bebida favorita
30	Si comenzara a pensar que una bebida no me hará daño
31	Si me sintiera confundido acerca de lo que debo hacer
32	Si estuviera bajo mucha presión por los integrantes de mi familia en la casa
33	Si sintiera como nudos en el estomago
34	Si no me llevara bien con las demás personas del trabajo
35	Si otra gente a mi alrededor me pusiera tenso
36	Si saliera “con amigos” a dar una vuelta y quiera pasarla mejor
37	Si conozco a alguien y esta persona sugiere consumir bebidas alcohólicas juntos
38	Si de repente siento la necesidad de consumir alcohol
39	Si quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme

En la tabla 11 y 12 se reporta las frecuencias y proporciones de las preguntas del cuestionario breve de confianza situacional, en la pregunta que indaga sobre el nivel de confianza de resistir la urgencia de consumir o tomar en exceso ante la situación de sentirse decepcionado de sí mismo el 30% de los participantes señalaron estar totalmente confiados en la medición inicial el grupo experimental. En la medición posttest el grupo experimental, reporto que el 77.5% de los participantes indicaron (57.5%) estar muy confiado y (20.0%) totalmente confiados de resistir la urgencia de consumir alcohol. El grupo control tanto en la medición inicial (35%) y final (40%) indicaron estar muy confiados ante esta situación para resistir en tomar una copa.

El 30% de los participantes documento estar muy confiado para resistir una copa o tomar en exceso ante la situación de si se sintiera relajado o confiado en las mediciones pretest y en el posttest el 57.5% con esta misma respuesta. Referente al grupo control se observó que está muy confiado en resistir una copa en las mediciones iniciales (32.5%) y finales (30%).

De acuerdo a la pregunta que indaga sobre la confianza que se tiene ante la

situación de “si estuviera pasándomela bien en una fiesta y quisiera pasármela mejor” que tan confiado estaría de resistir a consumir una copa o beber en exceso, el 27.5% del grupo experimental indico que poco confiado en la medición inicial y el 32.5% totalmente confiado en la medición final. En el grupo control se documentó que el 25% está poco confiado (pretest) y en la medición del posttest el 20% está nada confiado.

Tabla 13

Estadística descriptiva de las variables del estudio: estrés percibido, autotrascendencia intrapersonal, autoeficacia de resistencia y número de copas por grupo

Variable	Medición	Experimental n=40			Control n=40		
		\bar{X}	Mnd	DE	\bar{X}	Mnd	DE
Estrés Percibido	Pretest	50.2	51.7	16.3	43.2	42.8	11.5
	Postest	22.5	21.4	9.6	52.1	50.8	11.5
Autotrascendencia Intrapersonal	Pretest	50.1	49.6	10.2	52.4	53.2	10.1
	Postest	73.2	73.7	8.4	48.8	48.7	9.3
Observacional	Pretest	49.1	46.8	18.2	44.4	46.8	19.6
	Postest	82.1	84.3	11.3	50.0	50.0	11.6
Descriptiva	Pretest	54.8	53.1	17.6	56.2	56.2	15.3
	Postest	69.5	67.1	14.3	50.4	50.0	11.6
Actuación Consciente	Pretest	48.5	50.0	15.4	55.5	56.2	16.5
	Postest	74.8	75.0	12.9	48.9	46.8	20.2
No Juzgar	Pretest	47.0	51.5	22.8	58.2	62.5	20.7
	Postest	71.1	75.0	15.4	49.6	46.8	20.2
No Reactividad	Pretest	52.0	51.7	14.3	44.9	48.2	14.9
	Postest	68.0	71.4	13.6	44.6	46.4	14.9
Autoeficacia de resistencia	Pretest	62.1	63.5	17.5	69.5	74.3	23.0
	Postest	86.6	89.7	11.1	70.0	72.0	21.3
Intrapersonal	Pretest	58.0	60.7	18.6	67.0	70.0	22.6
	Postest	85.0	87.8	12.1	67.7	68.2	21.5
Interpersonal	Pretest	72.5	73.6	19.1	75.8	85.0	24.7
	Postest	90.5	92.7	11.0	75.9	80.0	22.1
Número de copas	Pretest	10.1	8.0	7.2	6.7	6.0	2.6
	Postest	1.5	1.0	1.7	6.4	6.0	2.3

Nota: $f = \bar{X}$ = Media, Mnd = Mediana, DE = Desviación estándar.

En la tabla 13 se puede observar que en el grupo experimental respecto al estrés percibido se reportó una media de 50.2 ($DE = 16.3$) al inicio de la intervención y en la medición posttest de 22.5 ($DE = 9.6$) y respecto al grupo control se obtuvo una medición inicial de 43.2 ($DE = 11.5$) y en la medición final de 52.1 ($DE = 11.5$). Así mismo en la autotrascendencia intrapersonal el grupo experimental documentó una media de 50.1

($DE = 10.2$) en la medición pretest y en la medición posttest de 73.2 ($DE = 8.4$). El grupo control respecto a esta variable reportó una media de inicio de 52.4 ($DE = 10.1$) y una de 48.8 ($DE = 9.3$) en la medición posttest.

Respecto a la autoeficacia de resistencia el grupo experimental reportó en la medición inicial una media de 62.1 ($DE = 17.5$) y en la final 86.6 ($DE = 11.1$), mientras que el grupo control en las mediciones pretest indicaron una media de 69.5 ($DE = 23.0$) y en la medición final de 70.0 ($DE = 21.3$).

Respecto al número de copas consumidas en un día típico el grupo experimental reportó una media de 10.1 copas ($DE=7.2$) en la medición inicial y en la medición final fue de 1.5 ($DE = 1.7$). El grupo control reportó en la medición pretest una media de 6.7 ($DE = 2.6$) y en la medición posttest de 6.4 ($DE = 2.3$).

Estadística Inferencial

Tabla 14

Estadística descriptiva de las variables continuas y numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección Lilliefors de la muestra total

Variable	Tiempo	n	\bar{X}	Mdn	DE	Valor Min.	Valor Máx	D^a	p
Edad en años		80 ^a	23.2	23.0	3.6	18	33	.132	.001
Edad de inicio de alcohol		80 ^a	16.3	16.0	2.3	12	25	.120	.006
Cantidad de bebidas consumidas en un día típico	Pretest	80 ^a	8.4	7.0	5.7	3	41	.223	.001
	Posttest	65 ^b	4.9	5.0	2.9	1	12	.132	.007
Índice de Consumo de alcohol	Pretest	80 ^a	31.2	27.5	18.1	5	88	.123	.004
Índice consumo sensato	Pretest	80 ^a	54.1	50.0	18.7	17	100	.135	.001
Índice consumo dependiente	Pretest	80 ^a	16.3	8.3	19.4	0	75	.210	.001
Índice consumo dañino	Pretest	80 ^a	25.2	18.7	24.7	0	88	.216	.001

Nota: n^a = muestra total, n^b = consumidores de alcohol al final de la intervención, \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, *Valor Min.* = Valor mínimo, *Valor Max.* = Valor Máximo, D^a = Estadística de la prueba de normalidad, p = nivel de significancia alcanzado.

(continúa)

Tabla 14

Estadística descriptiva de las variables continuas y numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección Lilliefors de la muestra total (continuación)

Variable	Tiempo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min.	Valor Máx	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Índice de estrés percibido	Pretest	80 ^a	46.7	44.6	14.5	16	77	.069	.200
	Postest	80 ^a	37.3	38.3	18.2	11	84	.113	.014
Índice de autotrascendencia Intrapersonal	Pretest	80 ^a	51.3	50.9	10.2	19	74	.061	.200
	Postest	80 ^a	61.0	61.2	15.1	27	89	.100	.046
Índice observacional	Pretest	80 ^a	46.8	46.8	19.0	3	84	.065	.200
	Postest	80 ^a	66.1	70.3	22.3	3	96	.117	.009
Índice descriptivo	Pretest	80 ^a	55.5	56.2	16.4	16	97	.108	.022
	Postest	80 ^a	60.0	59.3	16.1	21	100	.090	.172
Índice actuación consciente	Pretest	80 ^a	52.0	50.0	16.3	16	84	.066	.200
	Postest	80 ^a	61.8	67.1	21.3	0.0	100	.155	.001
Índice no juzgar	Pretest	80 ^a	52.6	56.2	22.4	0.0	94	.096	.064
	Postest	80 ^a	60.3	59.3	19.4	15.6	100	.098	.053
Índice no reactividad	Pretest	80 ^a	48.4	50.0	15.0	7	82	.071	.200
	Postest	80 ^a	56.3	57.1	18.4	10	96	.093	.084
Índice de autoeficacia de resistencia	Pretest	80 ^a	65.8	70.0	20.6	10	100	.095	.072
	Postest	80 ^a	78.3	83.5	18.9	17	100	.146	.001
Índice intrapersonal	Pretest	80 ^a	62.5	63.5	21.1	12	100	.051	.200
	Postest	80 ^a	76.3	81.0	19.4	17	100	.187	.002
Índice interpersonal	Pretest	80 ^a	74.1	79.0	22.6	5	100	.142	.001
	Postest	80 ^a	83.2	90.9	18.9	16	100	.130	.001

Nota: *n^a* = muestra total, *n^b* = consumidores de alcohol al final de la intervención, \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Valor Min.* = Valor mínimo, *Valor Max.* = Valor Máximo, *D^a* = Estadística de la prueba de normalidad, *p* = nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 14 se pueden observar los datos descriptivos de las variables continuas y numéricas, así como los resultados de la prueba del Coeficiente de Kolmogorov-Smirnov con Corrección Lilliefors de la muestra total del estudio.

Se puede observar que los participantes tenían una media de edad de 23 años (*DE* = 3.6), así mismo la media de edad del inicio del consumo de alcohol fue de 16.3 años (*DE* = 2.3). Respecto a la cantidad de bebidas consumidas en un día típico en la medición inicial la media fue de 8.4 (*DE* = 5.7) y en la medición final fue de 4.9 (*DE* = 2.9). Así mismo el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) presentó una media de 31.2 (*DE* = 18.1) al inicio de la

intervención. Respecto al estrés percibido los participantes reportaron un promedio de 46.7 ($DE = 14.5$) en las mediciones pretest y 37.3 ($DE = 18.2$) en las mediciones posttest.

La media de la autotranscendencia intrapersonal fue de 51.3 ($DE = 10.2$) en la medición inicial y de 61 ($DE = 15.1$) en la medición final. De igual manera la autoeficacia de resistencia reportó una media de 65.8 ($DE = 20.6$) inicialmente y de 78.3 ($DE = 18.9$) como media final.

Con respecto a la normalidad de las variables, se identificó que la distribución de los datos no presentó normalidad ($p < .05$), por lo que se realizaron pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Para dar respuesta al objetivo general que plantea evaluar la eficacia de la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol mediante la atención plena y el consejo breve, se realizó la prueba de Wilcoxon los resultados se pueden observar en la tabla 15.

Tabla 15

Wilcoxon para el efecto de las variables de estrés percibido, autoeficacia de resistencia, autotranscendencia intrapersonal, número de copas

Variable	Tiempo	Experimental				Control			
		\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Estrés Percibido	Pretest	50.2	51.7	-5.30	.001	42.8	43.2	-3.72	.001
Estrés Percibido	Postest	22.5	21.4			52.1	50.8		
Autoeficacia de Resistencia	Pretest	63.5	62.1	-5.51	.001	69.5	74.3	-.039	.969
Autoeficacia de Resistencia	Postest	86.6	89.7			70.0	72.0		
Autotranscendencia Intrapersonal	Pretest	50.1	49.6	-5.49	.001	52.4	53.2	2.83	.005
Autotranscendencia Intrapersonal	Postest	73.2	73.7			48.8	48.7		
Número de copas	Pretest	10.0	8.0	5.52	.001	6.7	6.0	-.37	.071
Número de copas	Postest	1.5	1.0			6.4	6.0		

*Nota= \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *Z*=Wilcoxon, *p*= nivel de significancia alcanzado.*

En la tabla 15 se observa que existe diferencias significativas en el grupo experimental; respecto a la percepción de estrés ($Z = -5.306$, $p = .001$) se observa

significancia entre el pretest ($\bar{X} = 50.2$, $Mdn = 51.79$) y el posttest ($\bar{X} = 22.5$, $Mdn = 21.4$). La autoeficacia de resistencia en el grupo experimental muestra diferencia significativa ($Z = -5.51$, $p = .001$) entre las mediciones iniciales ($\bar{X} = 63.5$, $Mdn = 62.10$) y finales ($\bar{X} = 86.6$, $Mdn = 89.7$), respecto a la autotrascendencia intrapersonal en el grupo experimental se observan cambios significativos ($Z = -5.49$, $p = .001$) en las mediciones pretest ($\bar{X} = 50.1$, $Mdn = 49.6$) y posttest ($\bar{X} = 73.2$, $Mdn = 73.7$). Así mismo se observan en el grupo experimental cambios significativos en el número de copas consumidas en un día típico ($Z = 5.52$, $p = .001$) en las mediciones iniciales ($\bar{X} = 10.0$, $Mdn = 8$) y finales ($\bar{X} = 1.5$, $Mdn = 1$) respectivamente.

En el grupo control se documenta que existe diferencia significativa en la percepción del estrés ($Z = -3.72$, $p = .001$), en la medición inicial se observa una media de $\bar{X} = 42.8$ ($Mdn = 43.2$) y en la medición final de $\bar{X} = 52.1$ ($Mdn = 50.8$), por lo tanto, se aprecia que los participantes que no recibieron la intervención muestran niveles más altos de estrés en las mediciones finales en comparación con el grupo experimental.

Respecto a la autoeficacia de resistencia se puede observar que no existe diferencia significativa ($Z = -.039$, $p = .969$), se observa que las medias en el pretest ($\bar{X} = 69.5$, $Mdn = 74.3$) y posttest fueron similares ($\bar{X} = 70.0$, $Mdn = 72.0$). Referente a la autotrascendencia intrapersonal se observa que muestra diferencia significativa ($Z = 2.83$, $p = .005$) documentando la media más alta en los datos del pretest ($\bar{X} = 52.4$, $Mdn = 53.2$) y menor en el posttest ($\bar{X} = 48.8$, $Mdn = 48.7$). Finalmente, respecto al número de copas consumidas en un día típico no se muestran diferencias significativas ($Z = -.371$, $p = .071$), las medias y medianas se muestran similares en la evaluación inicial ($\bar{X} = 6.7$, $Mdn = 6.0$) y final ($\bar{X} = 6.4$, $Mdn = 6.0$). De esta manera se responde al objetivo general del estudio. Esto estuvo determinado por las terapéuticas utilizadas en la intervención que fueron la atención plena y el consejo breve.

Para dar respuesta al objetivo específico uno que determina evaluar la factibilidad de la intervención breve de enfermería, para este estudio la factibilidad

estará determinada por los siguientes apartados; el reclutamiento y retención (70%) de los participantes y la satisfacción del participante (80%).

Reclutamiento y retención de los participantes

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo conforme a lo planeado al inicio de la intervención, se realizaron las tres estrategias de reclutamiento a) se colocaron flyers en los diversos espacios donde las autoridades de las escuelas lo indicaron, b) se colocó un stand en las áreas asignadas por las instituciones para repartir volates y realizar entrevistas cara a cara para brindar una mayor información y c) se realizó una la página de Facebook y un correo electrónico.

Conforme a lo anterior el 15.2% de los participantes indicaron que se enteraron del programa mediante los flyers que estaban colocados en los diversos puntos. El 35.5% de los participantes pidieron información mediante las redes sociales y finalmente, el 49.1% se reclutó mediante la estrategia de la entrevista cara a cara (colocación del stand). Como puede observarse la estrategia con un mayor índice de reclutamiento fue la entrevista cara a cara (stand). Respecto a la tasa de retención de los participantes en el grupo experimental se reportó un porcentaje del 70% y el grupo control de 76% al finalizar la intervención. Se reporta que el seguimiento telefónico mediante llamadas, mensaje de texto o de WhatsApp resulta una herramienta factible y eficaz para mantener la motivación de los participantes en seguir en el programa.

Además, este seguimiento telefónico ayudó y fomentó la realización de la práctica de atención plena en casa y fue de gran apoyo para aclarar dudas que se suscitaban en el transcurso de la semana respecto a la práctica.

En el siguiente diagrama de flujo se observa la distribución de los participantes y las pérdidas de los mismos a lo largo de la intervención. Se documentó que 177 personas estuvieron interesadas en participar y solo 127 personas cumplieron los criterios de inclusión. Estos participantes se distribuyeron de manera aleatoria en los dos grupos,

experimental (57 individuos) y control (52 individuos), al finalizar la intervención cada grupo reportó tener 40 participantes (Ver diagrama, Figura 4).

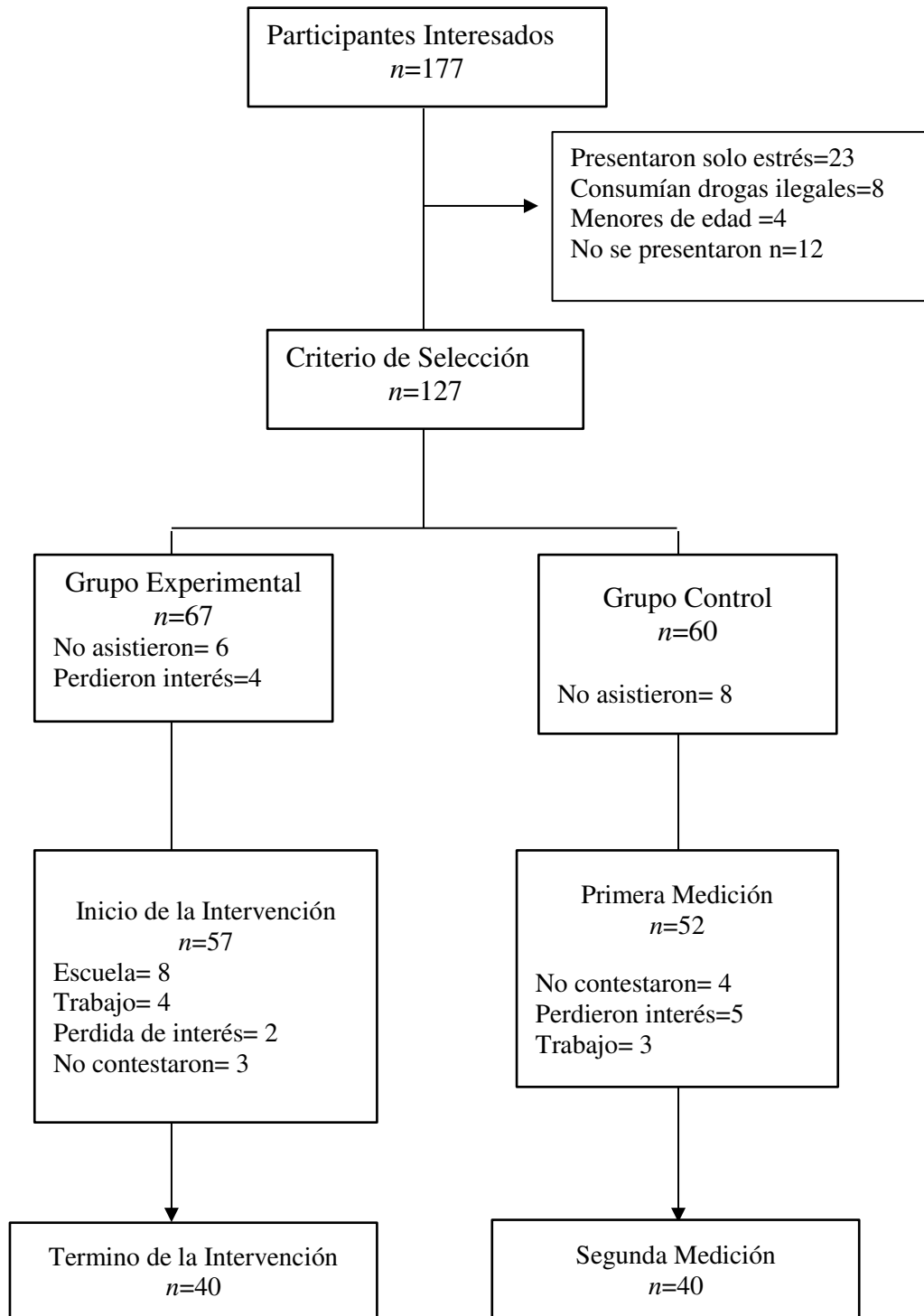


Figura 4.- Diagrama de flujo de la selección y progreso de los participantes

Satisfacción del participante

Respecto a los resultados del cuestionario de satisfacción (CSQ-8) se documentó una media de 96.7 ($DE=6.5$) con el valor mínimo de 75 y máximo de 100. Lo cual se interpreta como un nivel de satisfacción alto por parte del participante en general con el programa, dado que el cuestionario se evalúa a mayor puntaje mayor satisfacción.

En la tabla 16 se muestra las frecuencias y proporciones de las preguntas del cuestionario de satisfacción (CSQ-8) y posterior a esto se realizan las dos preguntas abiertas de este cuestionario.

Tabla 16
Frecuencia y Proporciones del Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8)

Pregunta	Experimental $n = 40$	
	f	%
1. ¿Cómo evaluaría la calidad del programa que ha recibido?		
Excelente	34	85.0
Buena	6	15.0
Regular	-	-
Mala	-	-
2. ¿Recibió la clase de ayuda que usted requería?		
No definitivamente	-	-
En muy pocos casos	-	-
Si en general	4	10.0
Si definitivamente	36	90.0
3. ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?		
En casi todos	36	90.0
En la mayor parte	4	10.0
Solo en algunos	-	-
En ninguno	-	-
4. ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?		
No definitivamente	-	-
No, creo que no	-	-
Si, creo que si	3	7.5
Si definitivamente	37	92.5
5. ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?		
Nada Satisfecho	-	-
Indiferente o moderadamente no satisfecho	-	-
Moderadamente satisfecho	3	7.5
Muy satisfecho	37	92.5

Nota: f = frecuencia, %= proporción.

(continúa)

Tabla 16
Frecuencia y Proporciones del Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8) (continuación)

Pregunta	Experimental $n = 40$	
	f	%
6.¿El programa que ha recibido le ha ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?		
Si me ayudaron mucho	63	90.0
Si me ayudo en algo	4	10.0
No realmente no me ayudo	-	-
No parecían ponerse las cosas peor	-	-
7.¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con el programa que ha recibido?		
Muy satisfecho	37	92.5
Moderadamente satisfecho	3	7.5
Algo insatisfecho	-	-
Muy insatisfecho	-	-
8.¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?		
No definitivamente	-	-
No posiblemente	-	-
Si creo que si	4	10.0
Si con seguridad	36	90.0

Nota: f = frecuencia, %= proporción.

En la tabla 16 se puede observar que el 85% de los participantes indicaron la calidad del programa fue excelente y el 15% indicó que fue buena. Respecto a la pregunta que indaga sobre si recibió la ayuda que el participante requería el 90% indicó si definitivamente y el 10% si en general.

Se reportó que el 90% de los participantes respondió que el programa les ha ayudado a solucionar casi todos sus problemas y el 10% en la mayor parte. El 92.5% de los participantes indicaron que si definitivamente recomendarían este programa a un amigo o familiar si necesitaran ayuda similar y el 7.5% indicó sí, creo que si lo recomendaría.

Así mismo referente a la cantidad de ayuda que ha recibido el 92.5% indicó estar muy satisfecho y el 7.5% reportó estar moderadamente satisfecho. El 90% de los participantes indicaron que el programa les ha ayudado mucho a enfrentarse mejor a sus problemas y el 10% documento que se le ha ayudado algo.

En general el 92.5% de los participantes reportó estar muy satisfecho con el

programa en general y el 7.5% moderadamente satisfecho. Además, el 90% indicó que si con seguridad volvería a participar en el programa y el 10% si creo que si volvería a participar.

En cuanto a la pregunta abierta que indaga sobre qué es lo que más le ha gustado del programa el 80% indicó que fue el contenido de las sesiones indicando que tanto la práctica de la atención plena y la temática del consejo breve son diferentes en cada sesión lo cual mantuvo su interés por la curiosidad y atractivo que sería la siguiente sesión, por lo que las sesiones no se vuelven rutinarias. Además, expresaron que al finalizar cada sesión experimentan una sensación de relajación, bienestar y de autoconocimiento, lo cual los lleva a analizar su conducta de consumo de alcohol. Indican que practicar atención plena es relativamente fácil, una vez aprendida la pueden llevar acabo en diversas actividades de la vida diaria.

Cabe mencionar que los participantes señalaron que las prácticas que más les había gustado, en primer lugar, se destaca el movimiento consciente de pie o acostado, seguida de la práctica de escáner corporal y la de los sonidos.

La pregunta que indaga sobre qué es lo que se debería mejorar del programa, los participantes indicaron que se debería de aumentar la frecuencia de las sesiones es decir realizar más de una sesión por semana y la duración de la sesión indicando que podría ser hasta una hora treinta minutos. Así mismo indican que de ser posible aumentar el número de sesiones. Solo dos personas indicaron que el tiempo de la práctica de atención plena de las primeras sesiones es muy largo, lo cual se vuelve un poco difícil cuando nunca se ha practicado ningún tipo de meditación. Se puede observar que los comentarios en su mayoría fueron positivos para esta intervención. De esta forma se responde al primer objetivo.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico que plantea identificar la prevalencia de consumo de alcohol, tipo de consumo y el consumo excesivo explosivo del grupo experimental y control, se realizaron tablas de frecuencias y proporciones por

grupo.

Tabla 17
Prevalencia de consumo de alcohol

Prevalencia de Consumo	Pretest				IC 95%		Posttest				IC 95%	
	Si		No		LI	LS	Si		No		LI	LS
	f	%	f	%			f	%	f	%		
Experimental (<i>n</i> = 40)												
Alguna vez en la vida	40	100	0	0.0	-	-	40	100	0	0.0	-	-
En el último año	40	100	0	0.0	-	-	40	100	0	0.0	-	-
En el último mes	40	100	0	0.0	-	-	25	62.5	15	37.5	46.8	78.1
En los últimos siete días	33	82.5	7	17.5	70.1	94.8	8	20.0	32	80.0	7.0	32.9
Control (<i>n</i> = 40)												
Alguna vez en la vida	40	100	0	0.0	-	-	40	100	0	0.0	-	-
En el último año	40	100	0	0.0	-	-	40	100	0	0.0	-	-
En el último mes	40	100	0	0.0	-	-	40	100	0	0.0	-	-
En los últimos siete días	29	72.5	11	27.5	58.0	86.9	35	87.5	5	12.5	76.7	98.2

Nota: *n* = muestra por cada grupo, *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC 95%= intervalo de confianza, *LI*=límite inferior, *LS*= límite superior.

En la tabla 17 se observa que en ambos grupos el 100% de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes en las mediciones iniciales. Respecto al consumo en los últimos siete días el 82.5% de los participantes del grupo experimental reportó haber consumido alcohol esto corresponde a la medición inicial y en la medición final se documentó que el 62.5% había consumido alcohol en el último mes y 20% había consumido alcohol en los últimos siete días. En el grupo control se puede observar que en la medición pretest el 72.5% de los participantes habían consumido alcohol en los últimos siete días y el 87.5% en la medición del posttest.

Tabla 18
Frecuencias y proporciones del tipo de consumo de alcohol según el AUDIT

Tipo de Consumo	Pretest		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Experimental <i>n</i> = 40				
Consumo Sensato	2	5.0	2.0	12.0
Consumo Dependiente	7	17.5	5.1	29.8
Consumo Dañino	31	77.5	63.9	91.0
Control <i>n</i> = 40				
Consumo Sensato	2	5.0	2.0	12.0
Consumo Dependiente	11	27.5	13.0	41.9
Consumo Dañino	27	67.5	52.3	82.6

Nota: *n* = muestra por cada grupo, *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC 95%= intervalo de confianza, *LI*=límite inferior, *LS*= límite superior.

En la tabla 18 se pueden observar los tipos de consumo de alcohol al inicio del estudio de acuerdo a lo establecido por el AUDIT, cabe mencionar que estos datos solo son de los resultados del pretest, debido a que este cuestionario se aplica en personas que consumieron alcohol en el último año, el cual contiene preguntas que indagan sobre situaciones ocurridas en el último año.

El grupo experimental reportó que el 5% de los participantes consumen de manera sensata, el 17.5% de manera dañina y el 77.5% de forma dañina. El grupo control reporta que el 5% consume de forma sensata, el 27.5% de forma dependiente y el 67.5% de forma dañina.

En la tabla 19 se observan las frecuencias y proporciones del consumo excesivo explosivo por género y grupo

Tabla 19
Frecuencias y proporciones del consumo excesivo explosivo al menos una vez en el último mes

Variable		Pretest				Posttest			
		Si		No		Si		No	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
En el caso de los hombres ¿En un día típico ha consumido cinco o más bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas? Al menos una vez en último mes									
Experimental	$n^a=26$	26	100	0	0	1	3.8	25	96.2
Control	$n^b=23$	20	87	3	7.5	16	69.6	7	34.4
En el caso de las mujeres ¿En un día típico ha consumido cuatro o más bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas?									
Experimental	$n^a=14$	11	78.5	3	21.4	0	0.0	14	100
Control	$n^b=17$	7	41.2	10	25.0	9	52.9	8	47.1

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, n^a n^b = muestras por sexo y grupo.

En la tabla 19 se observa la frecuencia del tipo de consumo excesivo explosivo respecto al sexo y al grupo que pertenecen. Es importante indicar que el 100% de la muestra del grupo experimental y control al menos una vez en el último mes, previo al inicio de la intervención breve reportaron consumo excesivo explosivo. En el caso de los hombres se puede apreciar que el 100% de ellos indicó consumir cinco o más bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas al menos una vez en el último mes, en la medición pretest del grupo experimental y el 87% del grupo control, posteriormente en la medición posttest el 3.8% de los participantes del grupo experimental reportó un episodio de este tipo de consumo y el 69.6% del grupo control.

Respecto al sexo femenino en el grupo experimental se encontró que el 78.5% de las participantes antes de iniciar la intervención reportaron consumo excesivo explosivo (consumían cuatro o más bebidas alcohólicas en un lapso de dos horas en el último mes) y al finalizar la intervención se reportó que ninguna participante tenía esta forma de consumir alcohol. Referente a lo anterior en el grupo control reportó que en las mediciones iniciales el 41.2% de las mujeres consumían cuatro o más bebidas alcohólicas en un lapso de dos horas y en la medición final el porcentaje había aumentado (52.9%). De esta forma se responde al segundo objetivo.

Respecto al tercer objetivo que señala si el efecto de la intervención esta moderada por la edad, sexo, estado civil religión y pertenecer al grupo (experimental o control) en la reducción del consumo de alcohol (número de copas) se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple, los resultados se muestran de las tablas 20 a la 22.

Tabla 20

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en la reducción del consumo de alcohol (número de copas)

Fuentes de Variación	SC	gl	CM	F	p
Regresión	1496.529	5	299.306	11.12	.001
Residual	1991.271	74	26.909		
Total	348.800	79			

$R^{2a} = 39\%$

Modelo (n=80)	Coeficientes			Significación	
	B	EE	β	t	p
Constante	23.290	4.765		4.887	.001
Edad	-.236	.173	-.130	-1.365	.176
Sexo	.108	1.212	-.008	.089	.929
Estado civil	-.296	2.250	-.13	-1.32	.896
Religión	-.538	1.337	-.36	-4.02	.689
Grupo	-8.186	1.194	-.620	-6.858	.001

Nota: SC= suma de cuadrados, gl= grados libertad, CM= cuadrado medio, F= estadístico F, p= nivel de significancia alcanzado, R^{2a} = coeficiente de determinación ajustado, B= coeficiente de regresión, EE= error de estimación, β = estadístico beta, t= prueba t, n=muestra total.

En la tabla 20 se observa que al introducir las variables edad, sexo, estado civil, religión y grupo (experimental y control) el modelo fue significativo ($F [5,72] = 11.12$, $p = .001$) en la reducción del consumo de alcohol (número de copas). La variable grupo tiene un efecto negativo y significativo en la reducción del consumo de alcohol ($\beta = -6.20$, $p = .001$), con un Coeficiente de Determinación de 39%. Mientras que las variables de edad, sexo, estado civil y religión no muestran significancia ($p > .05$), es decir que estas variables no moderan la reducción del consumo de alcohol.

Tabla 21

Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) para la reducción del consumo de alcohol (número de copas) con técnica de Backward

Variable (n= 80)	Modelo 1 β	Modelo 2 β	Modelo 3 β	Modelo 4 β	Modelo 5 β
Constante	23.290	23.435	23.361	22.588	17.125
Edad	-.236	-.236	-.244	-.245	X
Sexo	.108	X	X	X	X
Estado Civil	-.296	-.284	X	X	X
Religión	-.538	-.520	-.531	X	X
Grupo	-8.186	-8.198	-8.212	-8.291	-8.450
F	11.12	4.08	19.02	28.76	54.07*
gl	(5,74)	(4,75)	(3,76)	(2,77)	(1,78)
R ^{2a}	.390	.399	.406	.416	.402

Nota: R^{2a}=coeficiente de determinación ajustado, F=estadístico F, X= variable excluida, gl= grados de libertad, β = estadístico beta, * $p < .001$.

Se estimaron cinco modelos de Regresión Lineal Múltiple con el método de pasos regresivos (Backward), los resultados se muestran en la tabla 21. En el primer modelo se introdujeron las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo para la predicción de la moderación de estas variables con la disminución del consumo de copas. En el modelo cinco se observa que la variable grupo tiene efecto significativo (F [1,78] = 54.07, $p = .001$) para la reducción del consumo de alcohol (número de copas).

Tabla 22

Modelo de Regresión Lineal Simple para la reducción del consumo de alcohol (número de copas) con Bootstrap

Modelo	B	SE	p	Bootstrap	
				IC 95%	
				LI	LS
Constante	17.125	2.217	.001	13.306	21.884
Grupo	-8.450	1.137	.001	-10.854	-6.435

Nota: B= estadístico beta, SE= Error estándar, p = valor de significancia alcanzado, LI= límite inferior, LS= límite superior.

Los Coeficientes Bootstrap reportan significancia, con lo cual se reafirma que la variable grupo modera la reducción del consumo de alcohol en un primer momento (B = -8.450, $p = .001$). Con lo anterior planteado se da respuesta al tercer objetivo

(Tabla 22).

Para dar respuesta a la primera hipótesis que determina, que los participantes del grupo experimental después de intervención incrementaran la autotrascendencia intrapersonal en comparación con los participantes del grupo control para lo cual se realizó la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 23

U de Mann-Whitney para la el índice de Autotrascendencia Intrapersonal

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	50.1	49.6	664.5	.192	73.2	73.7	51.0	.001
Control	52.4	53.2			48.8	48.7		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>				
Experimental	-23.1	-22.4	68.0	.001				
Control	3.5	3.8						

*Nota= \bar{X} =media, *Mdn*=mediana, *U*=U de Mann-Whitney, *p*= valor de significancia alcanzado.*

La tabla 23 se muestra que, en las mediciones iniciales la autotrascendencia intrapersonal no se presentan diferencia significativa ($U = 664.6, p = .192$) entre los grupos (experimental y control), no obstante, se observan diferencia significativa en la autotrascendencia intrapersonal en la medición final ($U = 51.0, p = .001$). En la medición pretest del grupo experimental se observa que la media fue de 50.1 ($Mdn = 49.6$) y en el postest de 73.2 ($Mdn = 73.7$). Mientras que en el grupo control se observa que la media fue de 52.4 ($Mdn = 53.2$) en la medición inicial y en la medición final disminuyó a 48.8 ($Mdn = 48.7$).

Posteriormente se realizó la prueba de diferencias de medias y medianas de ambos grupos experimental y control obteniendo diferencia significativa entre las diferencias de los grupos ($U = 68.0, p = .001$) siendo mayor la media de la autotrascendencia intrapersonal en el grupo experimental ($\bar{X} = 23.1, Mdn = 22.4$) que en el control ($\bar{X} = 3.5, Mdn = 3.8$).

En la figura 5 se muestran las medias pretest y postest de los grupos (control y experimental) respecto a la autotrascendencia intrapersonal.

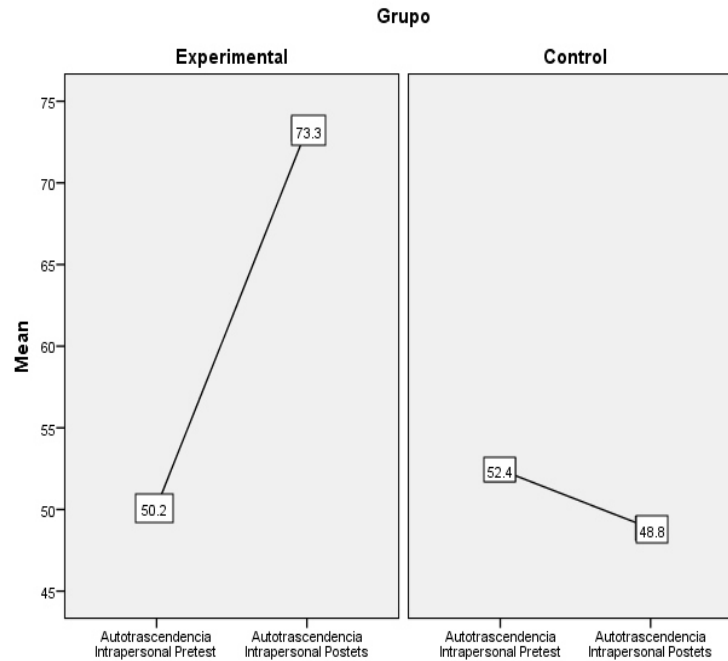


Figura 5. Autotrascendencia intrapersonal en el grupo experimental y control

En las tablas siguientes se muestran las diferencias por subescalas del cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) el cual se utilizó para medir la autotrascendencia intrapersonal.

Tabla 24

U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de Observacional del FFMQ

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	49.1	46.8	699.0	.330	82.1	84.3	111.0	.001
Control	44.4	46.8			50.0	50.0		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	-33.0	-34.3	183.0	.001				
Control	-5.6	-3.1						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 24 se puede apreciar que la subescala observacional fue significativa ($U = 111.0, p = .001$), en el grupo experimental se observa una media de 49.1 ($Mdn = 46.8$) para la medición pretest y de 82.1 ($Mdn = 84.3$) para la medición postest. Respecto al grupo control la media de inicio fue de 44.4 ($Mdn = 46.8$) y la final de 50.0

(*Mdn* = 50.0).

La diferencia de medias y medianas de ambos grupos fue significativa ($U=183.0$, $p = .001$) siendo mayor la media en el grupo experimental ($\bar{X} = 33.0$, $Mdn = 34.3$) que en el control ($\bar{X} = 5.6$, $Mdn = 3.1$).

Tabla 25

U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala Descriptiva del FFMQ

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	54.8	53.1	718.0	.428	69.5	67.1	233.0	.001
Control	56.2	56.2			50.4	50.0		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	-14.6	-12.5	280.0	.001				
Control	5.7	6.2						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 25 muestra que hubo diferencias significativas en la subescala descriptiva del FFMQ ($U = 233.0$, $p = .001$), el grupo experimental tuvo una media inicial de 54.8 ($Mdn = 53.1$) y en la medición final de 69.5 ($Mdn = 67.1$) en donde se puede observar un aumento de medias y medianas en las mediciones finales. El grupo control muestra media y mediana más alta fue para las mediciones del pretest ($\bar{X} = 56.2$, $Mdn = 56.2$) que en el postest ($\bar{X} = 50.4$, $Mdn = 50.0$). De igual manera se observa que existe diferencia significativa entre las diferencias de las medias y medianas de los grupos ($U = 280.0$, $p = .001$) siendo mayor la media y mediana en el grupo experimental ($\bar{X} = 14.6$, $Mdn = 12.5$) que en el grupo control ($\bar{X} = 5.7$, $Mdn = 6.2$).

Tabla 26

U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de Actuación Consciente del FFMQ

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	48.5	50.0	602.5	.057	74.8	75.0	239.0	.001
Control	55.5	56.2			48.9	46.8		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	-26.3	-25.0	102.5	.001				
Control	6.6	4.6						

Nota: \bar{X} =media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

La subescala actuación consciente del FFMQ se muestra en la tabla 26 la cual reporta diferencias significativas ($U = 239.0, p = .001$). En el grupo experimental se documentó una media de 48.5 ($Mdn = 50.0$) en la medición pretest y de 74.8 ($Mdn = 75.0$) en el posttest, observándose un incremento de medianas y medias en los resultados del posttest. El grupo control muestra medias iniciales de 55.5 ($Mdn = 56.2$) y en la medición final disminuye a una media de 48.9 ($Mdn = 46.8$).

Así mismo se observa diferencia significativa en las diferencias de medias y medianas de los grupos ($U = 102.5, p = .001$) siendo mayor la media en el grupo experimental ($\bar{X} = 26.3, Mdn = 25.0$) que en el grupo control ($\bar{X} = 6.6, Mdn = 4.6$).

Tabla 27

U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de No juzgar del FFMQ

Grupo	Pretest				Posttest			
	\bar{X}	Mdn	U	p	\bar{X}	Mdn	U	p
Experimental	47.0	51.5	583.0	.036	71.1	75.0	280.0	.001
Control	58.2	62.5			49.6	46.8		
Diferencias Pretest – Posttest								
Grupo								
Experimental	-24.1	-18.7	166.5	.001				
Control	8.5	9.3						

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, U = U de Mann-Whitney, p = nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 27 se observa que existe diferencia significativa en la subescala de no juzgar del FFMQ ($U = 280.0, p = .001$), respecto al grupo experimental se reportan medias más altas en las mediciones del posttest ($\bar{X} = 70.0, Mdn = 75.0$) que en el pretest ($\bar{X} = 47.0, Mdn = 51.5$). El grupo control reporta una media de 58.2 ($Mdn = 62.5$) en la medición del pretest y disminuye a una media de 49.6 ($Mdn = 46.8$) en la medición final. Así mismo se realizó la prueba de diferencias de medias y medianas de ambos grupos experimental y control obteniendo diferencia significativa entre las diferencias de ambos grupos ($U = 166.5, p = .001$) siendo mayor la media y mediana en el grupo experimental ($\bar{X} = 24.1, Mdn = 18.7$) que en el grupo control ($\bar{X} = 8.5, Mdn = 9.3$).

Tabla 28
U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala de No Reactividad del FFMQ

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	52.0	51.7	599.0	.052	68.0	71.4	204.5	.001
Control	44.9	48.2			44.6	46.4		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	-15.9	-14.2	370.0	.001				
Control	.26	.00						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 28 se documenta la subescala no reactividad, la cual mostró diferencia significativa ($U = 204.5$, $p = .001$), el grupo experimental reporta diferencias en las mediciones del pretest ($\bar{X} = 52.0$, $Mdn = 51.7$) y postest ($\bar{X} = 68.0$, $Mdn = 71.4$) respectivamente. El grupo control reporta medias y medianas similares tanto en el pretest ($\bar{X} = 44.9$, $Mdn = 48.2$) como en el postest ($\bar{X} = 44.6$, $Mdn = 46.4$). Acorde a lo anterior se puede observar que existe diferencia significativa entre las diferencias de las medias y medianas de los grupos ($U = 370.0$, $p = .001$) siendo mayor la media y mediana en el grupo experimental ($\bar{X} = 15.9$, $Mdn = 14.2$) que en el grupo control ($\bar{X} = 0.26$, $Mdn = .00$). De esta forma se aprueba la primera hipótesis de investigación.

Para responder la segunda hipótesis que determina los participantes del grupo experimental después de intervención incrementara la autoeficacia de resistencia en comparación con los participantes del grupo control se realizó U de Mann-Whitney la cual se reporta en la tabla 29

Tabla 29
U de Mann-Whitney para el índice de Autoeficacia de Resistencia

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	62.1	63.5	584.5	.038	86.6	89.7	420.5	.001
Control	69.5	74.3			70.0	72.0		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	-24.5	-21.7	64.0	.001				
Control	.50	.00						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

Se observa en la tabla 29 que la autoeficacia muestra diferencia significativa ($U = 420.5, p = .001$), donde el grupo experimental reporta medias y medianas más altas en las mediciones posttest ($\bar{X} = 86.6, Mdn = 89.7$) en comparación con la medición pretest ($\bar{X} = 62.1, Mdn = 63.5$). El grupo control muestra una media de 69.5 ($Mdn = 74.3$) en la medición inicial y en la medición final de 70.0 ($Mdn = 72.0$). Se puede apreciar que la media y mediana de autoeficacia más altas las reporta el grupo experimental después de la intervención (posttest). Se analizaron las diferencias de medias y medianas de los grupos, lo cual reportó ser significativo ($U = 64.0, p = .001$) siendo más alta la media y mediana en el grupo experimental después de la intervención ($\bar{X} = 24.5, Mdn = 21.7$) que en el grupo control ($\bar{X} = 0.50, Mdn = .001$).

En la figura 6 se observa el aumento de la autoeficacia de resistencia en el grupo experimental al término de la intervención. Así mismo se muestra cómo se comportó la media en el grupo control.

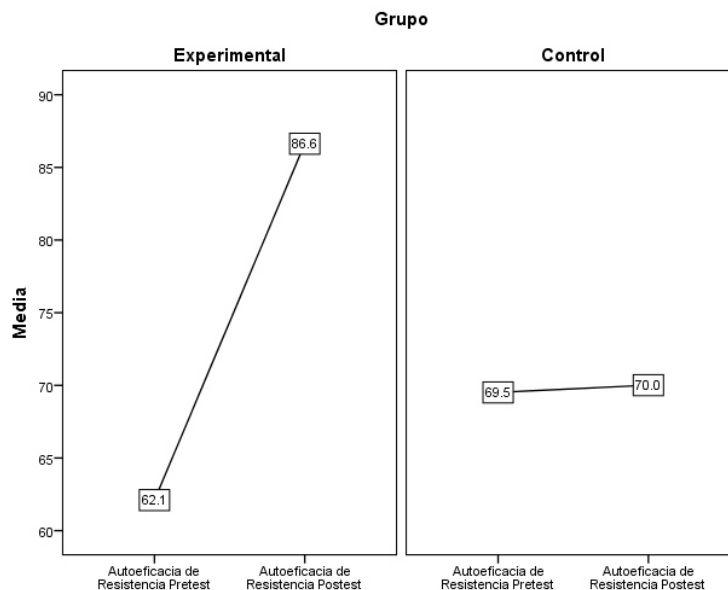


Figura 6. Autoeficacia de resistencia en el grupo experimental y control

Se analiza posteriormente las subescalas del cuestionario de Confianza Situacional mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 30
U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala Intrapersonal

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	58.0	60.7	592.0	.045	85.0	87.8	414.0	.001
Control	67.0	70.0			67.7	68.2		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	-27.0	-25.0	38.5	.001				
Control	.66	.00						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 30 se reporta la subescala intrapersonal del cuestionario de Confianza Situacional donde se observa diferencia significativa ($U = 414.0, p = .001$), el grupo experimental reporta medias y medianas en el pretest de 58.0 ($Mdn = 60.7$) y de 85.0 ($Mdn = 87.8$) en el postest. Respecto al grupo control se observa que las medias y medianas fueron similares en las mediciones pretest ($\bar{X} = 67.0, Mdn = 70.0$) y postest ($\bar{X} = 67.7, Mdn = 68.2$). Como se observa las medias y medianas fueron más altas en el grupo experimental que en el control. Así mismo se reporta que existe diferencia significativa entre las diferencias de las medias y medianas de ambos grupos ($U = 38.5, p = .001$) siendo mayor la media y mediana en el grupo experimental ($\bar{X} = 27.0, Mdn = 25.0$) que en el grupo control ($\bar{X} = 0.66, Mdn = .001$).

Tabla 31
U de Mann-Whitney para el índice de la Subescala Interpersonal

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	72.4	73.6	629.0	.099	90.5	92.7	482.0	.002
Control	75.8	85.0			75.9	80.0		
Diferencias Pretest – Postest								
Grupo								
Experimental	18.1	14.5	251.5	.001				
Control	.09	.00						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

Respecto a la subescala interpersonal del cuestionario de Confianza Situacional

(Tabla 31) se observa que hubo significancia ($U = 482.0, p = .002$), el grupo experimental muestra que las medias y medianas del pretest ($\bar{X} = 72.4, Mdn = 73.6$) fueron menores a las que se reportan en el posttest ($\bar{X} = 90.5, Mdn = 92.7$), así mismo el grupo control reporta ligeros cambios en la medición inicial ($\bar{X} = 75.8, Mdn = 85.0$) y final ($\bar{X} = 75.9, Mdn = 80.0$). Se observa que las puntuaciones más altas las reporta el grupo experimental. Así mismo existe diferencia significativa entre las diferencias de las medias y medianas de los grupos ($U = 251.5, p = .001$) siendo mayor la media en el grupo experimental ($\bar{X} = 18.1, Mdn = 14.5$) que en el grupo control ($\bar{X} = .09, Mdn = .001$). De esta forma se acepta la segunda hipótesis de investigación.

Para responder a la tercera hipótesis que indica que los participantes del grupo experimental al término de la intervención reducirán significativamente su percepción de estrés en comparación con el grupo control, se realizó U de Mann-Whitney.

Tabla 32

U de Mann-Whitney para el índice de la Escala de Estrés Percibido

Grupo	Pretest				Postest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	50.2	51.7	590.5	.044	22.5	21.4	43.5	.001
Control	43.2	42.8			52.1	50.8		
Diferencias Pretest-Postest								
Grupo								
Experimental	27.6	28.5	45.0	.001				
Control	-8.9	-6.2						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *U*= U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 32 se observa que la escala de estrés percibido, reporta diferencia significativa ($U = 43.5, p = .001$). En el grupo experimental se observa que las medias fueron más altas en el pretest ($\bar{X} = 50.2, Mdn = 51.7$), en comparación al posttest que disminuyó ($\bar{X} = 22.5, Mdn = 21.4$); respecto al grupo control se observa que las medias fueron más altas fueron en el posttest ($\bar{X} = 52.1, Mdn = 50.8$) en comparación con el pretest ($\bar{X} = 43.2, Mdn = 42.8$). Se puede indicar que el grupo experimental mostró al final de la intervención niveles más bajos de estrés percibido que el grupo control.

Así mismo se reporta que existe diferencia significativa entre las medias y medianas de los grupos ($U = 45.0, p = .001$) siendo mayor la diferencia de la media negativa en el grupo experimental ($\bar{X} = -27.6, Mdn = -28.5$) que en el grupo control ($\bar{X} = 8.9, Mdn = 6.2$), de esta forma se acepta la tercera hipótesis de investigación.

En la figura 7 se observa el comportamiento de la variable de percepción de estrés en el grupo experimental y control.

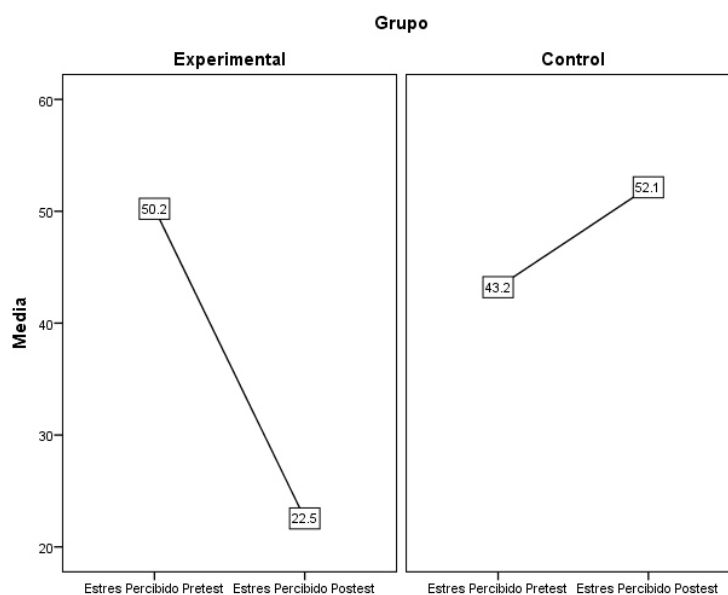


Figura 7. Estrés percibido en el grupo experimental y control

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis que indica, los participantes del grupo experimental al término de la intervención disminuirán su consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas en un día típico) en comparación con los participantes del grupo control, se realizó U de Mann-Whitney, la cual se reporta en la tabla 33.

Tabla 33

U de Mann-Whitney para número de copas consumidas en un día típico

Grupo	Pretest				Posttest			
	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Experimental	10.1	8.0	508.0	.005	1.5	1.0	82.5	.001
Control	6.7	6.0			6.4	6.0		
Diferencias Pretest – Posttest								
Grupo								
Experimental	8.6	6.0	34.50	.001				
Control	.22	.00						

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *U* = U de Mann-Whitney, *p* = nivel de significancia alcanzado.

En la tabla 33 se observa que hubo diferencia significativa respecto a la cantidad de copas consumidas en un día típico en el pretest ($U = 508.0, p = .005$) y en el postest ($U = 82.5, p = .001$); se documentó que en las mediciones pretest el grupo experimental la media fue de 10.1 ($Mdn = 8.0$) y en las mediciones del postest reportó una media de 1.5 ($Mdn = 1.0$). El grupo control muestra medias y medianas similares en las mediciones pretest ($\bar{X} = 6.7, Mdn = 6.0$), y postest ($\bar{X} = 6.4, Mdn = 6.0$). Se observa que existe una disminución de la media y mediana en el grupo experimental, por lo cual se deduce que los participantes disminuyeron el número de bebidas consumidas en un día típico. Se analizaron las diferencias de las medias y medianas de los grupos, reportando diferencia significativa ($U = 34.50, p = .001$) siendo más alta negativamente la media en el grupo experimental ($\bar{X} = -8.6, Mdn = -6.0$) que en el grupo control ($\bar{X} = .22, Mdn = .001$), de esta forma se acepta la cuarta hipótesis.

En la figura 8 se observa la disminución del número de copas en un día típico al término de la intervención.

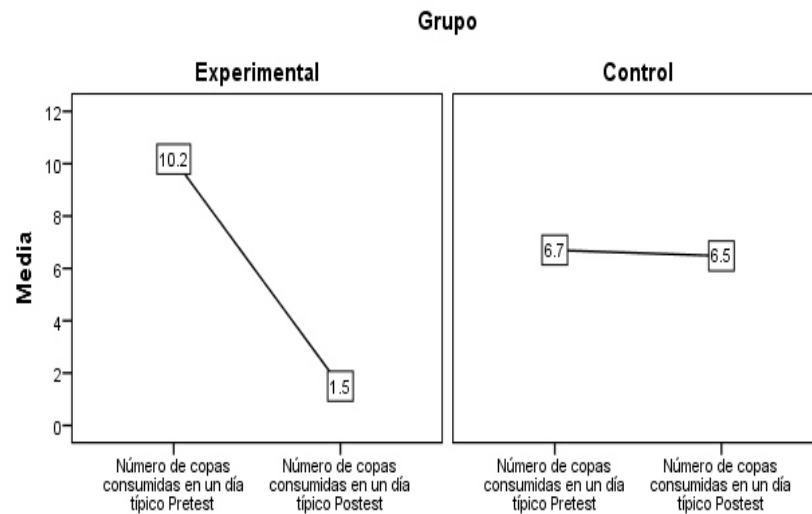


Figura 8. Copas consumidas en un día típico en el grupo experimental y control.

Hallazgos Adicionales

A continuación, se presentan hallazgos adicionales para reafirmar la efectividad de la intervención por ello se reportan los siguientes Modelos de Regresión Lineal Múltiple de las variables; percepción de estrés, autoeficacia de resistencia y autotranscendencia intrapersonal.

Tabla 34

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en la reducción de la percepción de estrés

Fuentes de Variación	SC	gl	CM	F	p
Regresión	27608.024	5	5521.605	24.61	.001
Residual	16597.971	74	224.297		
Total	44205.995	79			

$R^{2a} = 59\%$

Modelo (n=80)	Coeficientes			Significación	
	B	EE	β	t	p
Constante	80.324	13.758		5.83	.001
Edad	-.479	.498	-.074	-.96	.339
Sexo	-4.478	3.499	-.093	-1.28	.205
Estado civil	-2.211	6.496	-.027	-.340	.735
Religión	3.019	3.860	-.057	.782	.437
Grupo	-36.919	3.446	-.785	-10.71	.001

Nota: SC= suma de cuadrados, gl= grados libertad, CM= cuadrado medio, F= estadístico F, p= nivel de significancia alcanzado, R^{2a} = coeficiente de determinación ajustado, B= coeficiente de regresión, EE= error de estimación, β = estadístico beta, t= prueba t, n=muestra total.

En la tabla 34 se observa que al introducir las variables edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) el modelo fue significativo la reducción de la percepción de estrés ($F [5,74] = 24.61, p = .001$). La variable de grupo tiene un efecto negativo y significativo en la reducción de la percepción del estrés ($\beta = -36.919, p = .001$), con un Coeficiente de Determinación de 59%. Mientras que las variables de edad, sexo, estado civil y religión no muestran significancia ($p > .05$), es decir que estas variables no se presentan como moderadoras en la reducción de la percepción del estrés.

Tabla 35

Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en la reducción de la percepción de estrés con técnica de Backward

Variable (n= 80)	Modelo 1 β	Modelo 2 β	Modelo 3 β	Modelo 4 β	Modelo 5 β
Constante	80.324	79.847	83.442	71.630	64.286
Edad	-.479	-.544	-.540	X	X
Sexo	-4.478	-4.548	-4.129	-4.257	X
Estado Civil	-2.211	X	X	X	X
Religión	3.019	2.940	X	X	X
Grupo	-36.919	-37.036	-36.566	-36.926	-36.607
F	24.61	31.11	41.50	61.24	120.11*
gl	(5,74)	(4,75)	(3,76)	(2,77)	(1,78)
R ^{2a}	.599	.604	.606	.604	.601

*Nota: R^{2a}=coeficiente de determinación ajustada, F=estadístico F, X= variable excluida, gl= grados de libertad, β = estadístico beta, * $p < .001$.*

Posteriormente se estimaron cinco modelos de Regresión Lineal Múltiple con el método de pasos regresivos (Backward), en el primer modelo se introdujeron las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo para la predicción de la moderación de estas variables con la disminución del consumo de copas. En el modelo cinco se observa que la variable grupo tiene efecto significativo ($F [1,78] = 120.11$, $p = .001$) para la disminución de la percepción del estrés (Tabla 35).

Tabla 36

Modelo de Regresión Lineal Simple para la reducción de la percepción de estrés con Bootstrap

Modelo	B	SE	Bootstrap p	IC 95%	
				LI	LS
Constante	64.286	5.175	.001	53.932	74.462
Grupo	-36.607	3.314	.001	-43.037	-30.145

Nota: B= estadístico beta, SE= Error estándar, p = nivel de significancia alcanzado, LI= límite inferior, LS= límite superior.

Los coeficientes Bootstrap se muestran en la tabla 36, reportando significancia con lo cual se reafirma que la variable grupo modera la reducción de la percepción del estrés en un primer momento ($B = -36.607$, $p = .001$).

Tabla 37

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en el incremento de la autotrascendencia intrapersonal

Fuentes de Variación	SC	gl	CM	F	p
Regresión	14952.010	5	2990.402	27.31	.001
Residual	8101.060	74	109.474		
Total	23053.070	79			

$R^{2a} = 62\%$

Modelo (n=80)	Coeficientes			Significación	
	B	EE	β	t	p
Constante	-44.359	9.612		-4.615	.001
Edad	-.486	.348	-.105	-1.396	.167
Sexo	4.137	2.444	.119	1.693	.095
Estado civil	4.145	4.538	.069	.913	.364
Religión	-3.857	2.696	-.101	-1.430	.157
Grupo	27.593	4.407	.813	11.462	.001

Nota: SC= suma de cuadrados, gl= grados libertad, CM= cuadrado medio, F= estadístico F, p= nivel de significancia alcanzado, R^{2a} = coeficiente de determinación ajustado, B= coeficiente de regresión, EE= error de estimación, β = estadístico beta, t= prueba t, n=muestra total.

Se observa que al introducir las variables edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) el modelo fue significativo ($F [5,74] = 27.31, p = .001$) para la variable de grupo la cual tiene un efecto positivo y significativo en el aumento de la autotrascendencia intrapersonal ($\beta = 27.593, p = .001$), con un Coeficiente de Determinación de 62%. Mientras que las variables de edad, sexo, estado civil y religión no muestran significancia ($p > .05$), es decir que estas variables no moderan en el incremento de la autotrascendencia intrapersonal (Tabla 37).

Tabla 38

Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en el incremento de la autotrascendencia intrapersonal con técnica de Backward

Variable (n= 80)	Modelo 1 β	Modelo 2 β	Modelo 3 β	Modelo 4 β	Modelo 5 β
Constante	-44.359	-43.466	-51.413	-56.105	-49.808
Edad	-.486	-.365	X	X	X
Sexo	4.137	4.268	4.186	3.651	X
Estado Civil	4.145	X	X	X	X
Religión	-3.857	-3.709	-3.744	X	X
Grupo	27.593	27.813	-27.574	26.973	26.699
F	27.316	34.012	44.749	65.366	126.412*
gl	(5,74)	(4,75)	(3,76)	(2,77)	(1,78)
R ² a	-.625	.626	-.624	.620	.614

Nota: R^{2a}=coeficiente de determinación ajustado, F=coeficiente de regresión, X= variable excluida, gl= grados de libertad, β = estadístico beta, * $p < .001$.

Se estimaron cinco modelos de Regresión Lineal Múltiple con el método de pasos regresivos (Backward), en el primer modelo se introdujeron las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo para la predicción de la moderación de estas variables con la disminución del consumo de copas. En el modelo cinco se observa que la variable grupo tiene efecto significativo (F [1,78] = 126.41, $p = .001$) para el incremento de la autotrascendencia intrapersonal (Tabla 38).

Tabla 39

Modelo de Regresión Lineal Simple en el incremento la autotrascendencia intrapersonal con Bootstrap

Modelo	B	SE	Bootstrap p	IC 95%	
				LI	LS
Constante	-49.808	3.873	.001	-57.485	-42.315
Grupo	26.699	2.378	.001	22.084	31.349

Nota: B= estadístico beta, SE= Error estándar, p = valor de significancia, LI= límite inferior, LS= límite superior.

En la tabla 39 se reportan los Coeficientes Bootstrap reportan significancia con lo cual se reafirma que la variable grupo modera el incremento de la autotrascendencia intrapersonal en un primer momento (B=26.69, $p=.001$).

Tabla 40

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) para el incremento de la autoeficacia de resistencia

Fuentes de Variación	SC	gl	CM	F	p
Regresión	11843.326	5	2368.665	18.15	.001
Residual	9655.478	74	130.479		
Total	21498.803	79			

$R^{2a} = 52\%$

Modelo (n=80)	Coeficientes				Significación	
	B	EE	β	t	p	
Constante	-36.462	10.493		-3.475	.001	
Edad	-.408	.380	-.091	-1.072	.287	
Sexo	.028	2.668	.001	.011	.992	
Estado civil	-2.822	4.954	-.049	-.570	.571	
Religión	-.198	2.944	-.005	-.067	.947	
Grupo	24.534	2.628	.748	9.335	.001	

Nota: SC= suma de cuadrados, gl= grados libertad, CM= cuadrado medio, F= estadístico F, p= nivel de significancia alcanzado, R^{2a} = coeficiente de determinación ajustado, B= coeficiente de regresión, EE= error de estimación, β = estadístico beta, t= prueba t, n=muestra total.

En la tabla 40 se observa que al introducir las variables edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) el modelo fue significativo ($F [5,74] = 18.15$, $p = .001$). La variable de grupo tiene un efecto positivo y significativo en el aumento de la autoeficacia de resistencia ($\beta = 24.534$, $p = .001$), con un Coeficiente de Determinación de 52%. Mientras que las variables de edad, sexo, estado civil y religión no muestran significancia ($p > .05$), es decir que estas variables no moderan el incremento de la autoeficacia de resistencia.

Tabla 41

Resumen del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo (intervención y control) en el incremento de la autoeficacia de resistencia con técnica de Backward

Variable (n= 80)	Modelo 1 β	Modelo 2 β	Modelo 3 β	Modelo 4 β	Modelo 5 β
Constante	-36.462	-36.424	-36.698	-37.605	-48.551
Edad	-.408	-.408	-.407	-.491	X
Sexo	.028	X	X	X	X
Estado Civil	-2.822	-2.819	-2.842	X	X
Religión	-.198	-.193	x	X	X
Grupo	24.534	24.531	24.504	24.345	24.026
F	18.15	22.99	31.07	46.83	90.46*
gl	(5,74)	(4,75)	(3,76)	(2,77)	(1,78)
R ^{2a}	.521	.527	.533	.537	.531

Nota: R^{2a} = coeficiente de determinación ajustada, F= estadístico F, X= variable excluida, gl= grados de libertad, β = estadístico beta, * $p < .001$.

Se estimaron cinco modelos de Regresión Lineal Múltiple con el método de pasos regresivos (Backward), en el primer modelo se introdujeron las variables de edad, sexo, estado civil, religión y grupo para la predicción de la moderación de estas variables con la disminución del consumo de copas. En el modelo cinco se observa que la variable grupo tiene efecto significativo (F [1,78] = 90.46, $p = .001$) para el incremento de la autoeficacia de resistencia (Tabla 41).

Tabla 42

Modelo de Regresión Lineal Simple para en el incremento la autoeficacia de resistencia con Bootstrap

Modelo	B	SE	p	Bootstrap	
				IC 95%	
				LI	LS
Constante	-48.551	4.684	.001	-58.291	-39.758
Grupo	24.026	2.512	.001	19.391	29.167

Nota: B= estadístico beta, SE= Error estándar, p = nivel de significancia alcanzado, LI= límite inferior, LS= límite superior.

En la tabla 42 se reportan los Coeficientes Bootstrap reportan significancia con lo cual se reafirma que la variable grupo modera el incremento de la autoeficacia de resistencia en un primer momento (B = 24.02, $p = .001$).

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica de los conceptos teóricos de la teoría de la Autotrascendencia de Pamela Reed (2014) y del concepto de Autoeficacia de Bandura (1977). Estos fueron la base teoría de la intervención breve de enfermería para disminuir el consumo de alcohol: atención plena y consejo breve. La atención plena se realizó bajo el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) enfocada a fortalecer la autotrascendencia y el consejo breve bajo el protocolo de IDEAS (CONADIC & SS, 2007) que se dirigió a elevar la capacidad de autoeficacia de resistencia en los participantes que recibieron la intervención.

En relación al perfil sociodemográfico de los participantes se observa que la media de edad fue de 23.3 ($DE=3.6$) lo cual es similar a lo reportado por Clarke, Field y Rose (2015) y Kurspahić-Mujčić¹, Hadžagić-Ćatibušić, Sivić y Hadžović (2014) en adultos jóvenes y en estudiantes universitarios. Esto podría explicarse en razón del área donde se llevó acabo el reclutamiento de los participantes, realizada en una zona universitaria lo cual es congruente conforme con las edades de estudiantes, así como de profesores y trabajadores que si bien son de diversas edades confluyen entre estos adultos jóvenes que consumen alcohol y desean reducir su consumo.

Con forme al género el masculino predominó en ambos grupos esto coincide con Clarke, Field y Rose (2015), quizás por el hecho de que el consumo de alcohol es una conducta social y culturalmente más aceptada en los varones y estigmatizada en mujeres, esto se refleja en las Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en México donde las mayores proporciones de consumo es en el género masculino (Emslie, Caza, & Lyons, 2013; INPRFM, INSP, CENADIC, & SS, 2017).

Respecto a la edad de inicio al consumo de alcohol se documentó una media de 16.3 años ($DE=2.3$) estos hallazgos son similares a lo reportado por el ENCODAT (2017) en México (INPRFM, INSP, CENADIC, & SS, 2017) y por Salazar, Pérez, Ávila

y Vacío (2012). El inicio de esta conducta a temprana edad es factor de riesgo para continuar con la conducta en la edad adulta y por consecuencia trae consigo problemas graves de salud, laborales y económicos que son algunas de las razones por las que los participantes de esta intervención breve de enfermería desean reducir o abandonar la conducta del consumo de alcohol (Emslie, Caza, & Lyons, 2013; Strandberg, Trygg, Pitkälä & Strandberg, 2018).

Respecto a la factibilidad de la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol por medio de la atención plena y el consejo breve que se determinó por el reclutamiento, retención de los participantes y satisfacción con la intervención, se documentó que la estrategia que contribuyó a un mayor número de captación de los participantes en el reclutamiento fue la entrevista cara a cara lo cual coincide con lo reportado por Gesell, Katula, Strickland, & Vitolins (2015), los realizaron un estudio de factibilidad y eficacia inicial donde señalan que la entrevista cara a cara es la forma más efectiva de reclutar a posibles interesados en integrarse a una intervención.

En este caso, esto podría estar determinado porque en el primer encuentro con un posible participante el facilitador (profesional de enfermería) hace uso de la entrevista motivacional centrada en el cambio de conducta y desbloquea mitos y la baja percepción de riesgo del consumo de alcohol, además al aplicar el cuestionario AUDIT ellos identifican el nivel de riesgo y su tipo de consumo reflexionan e indican que pensaban que su consumo de alcohol era normal ya que la mayoría de sus amigos consume igual que él y la sociedad lo acepta (Góngora & Leyva, 2005; Iwamoto, Corbin, Lejuez, & MacPherson, 2014). Además de que existe un nivel alto de estigmatización sobre las personas que buscan ayuda para la disminución del consumo de alcohol, lo cual dificulta la búsqueda de un tratamiento o la orientación para esta problemática (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014; Hernández, 2003). Por ello la estrategia de reclutamiento cara a

cara fue la más efectiva ya que mediante la entrevista se les explicaba de manera directa en qué consistía la intervención y se despejaban miedos o dudas.

Referente a la tasa de retención se puede observar que fue del 70% lo que coincide con lo establecido por Vincent, Pasvogel y Barrera en el 2007, cabe mencionar que es diferente a las tasas reportadas en los estudios de Amaro, Spear, Vallejo, Conron y Bowen et al. en el 2009 quienes reportan tasas de retención más bajas (56 % y 63%).

Esto puede explicarse en razón de las estrategias utilizadas en la intervención breve de enfermería, en primer lugar el participante debería tener el deseo inicial de querer cambiar su conducta de consumo de alcohol (etapa de contemplación o de preparación para la acción) es decir ha aceptado que debe hacer cambios, lo anterior es debido a que la persona con problemas de alcohol o de otras sustancias tienden a negar que su consumo se ha problemático y que le ocasione problemas de salud, en su vida familiar y social. Esta conducta en la mayoría de estos individuos es sintomática e indica por si misma ya un problema de adicción o dependencia al alcohol. Además, el deseo inicial de cambio de conducta indica que la persona ha reconocido la necesidad de ayuda y esta es la ventana de oportunidad para la incorporación de la persona a un tratamiento (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Prochaska & Di Clemente, 1984; Prochaska & Norcross, 2013).

La intervención se inició posterior a la primera sesión de entrevista, además las sesiones se programaron en horarios convenientes para el participante, cabe mencionar que existieron sesiones de recuperación o de cambio de cita, pero en la misma semana y dentro de los tiempos establecidos. Una estrategia muy útil en esta intervención fue el seguimiento telefónico mediante llamadas y mensajes, todo esto siguiendo el protocolo previamente establecido, esta estrategia permitió aclarar dudas sobre la sesión, revisar situaciones o inconvenientes para cumplir la meta de disminución del consumo por ellos establecida cada semana, asegurarse de la comprensión sobre la aplicación de la terapia de atención plena en su casa, así como recordar la siguiente cita.

Se reconoce que el seguimiento telefónico coadyuvo al éxito en la aplicación del tratamiento y la retención de participantes. Lo anterior coincide con lo reportado por Vincent, Pasvogel y Barrera en el 2007 que documentan que el seguimiento telefónico que se realizaba cada semana, fue una estrategia que apoyo en la retención de los participantes.

La satisfacción del paciente fue alta lo cual es similar a lo que reporta Wupperman et al. (2012) y Zgierska et al, (2016) en donde se indica que los participantes de la intervención les fue importante y de utilidad para la problemática de interés. Los participantes de esta intervención indican que descubren que la atención plena es una herramienta útil para identificar emociones, manejar el estrés y experimentar sensaciones de relajación y bienestar. La mayoría de los participantes refieren que el programa de la intervención breve de enfermería que incluye el consejo breve y la atención plena es de calidad y utilidad para disminuir el consumo de alcohol y en algunos casos llegar a la abstinencia. Así mismo refieren que es útil para manejar el estrés percibido y aumentar su fortaleza de decir no al consumo de una manera asertiva.

La calidad y utilidad de un servicio es evaluado por los usuarios a partir de su percepción, sensación, vivencia, satisfacción y utilidad de un programa ante su problema de salud. De esta forma se considera que la intervención breve de enfermería es factible de ser aplicada en entornos de atención primaria y se considera de calidad por los usuarios, estas características permitirán a futuro poder poner a prueba el protocolo en otros grupos poblacionales y en entornos laborales o de atención primaria para verificar su validez y en un futuro realizar la transferencia a los sistemas de salud (Agrelo, Sgró, Cappa & Ojeda, 2016; Bowen et al., 2009; Velandia, Ardón, & Navarro, 2007; Villar, Lizán & Soto, 2009). Además, la satisfacción del participante es un predictor para que los pacientes regresen o continúen haciendo uso de los servicios de salud establecidos. Todo esto ha tomado mayor relevancia desde que los pacientes han sido considerados como clientes activos que se empoderan y toman decisiones sobre las metas que desean

alcanzar en el tratamiento y no se consideran simplemente como receptores pasivos de servicios o tratamientos (Bowen et al., 2009; Lora & García, 2007; Pérez de los Cobos et al., 2012; Roussos, Gómez & Olivera, 2017).

Se reporta un incremento de la autotranscendencia intrapersonal al término de la intervención, esta se evaluó mediante el FFMQ lo cual es similar a lo que se reportan en otros estudios como Baer, Carmody y Hunsinger (2012) y Shore, Strauss, Cavanagh, Hayward & Ellett (2018) indicando un incremento en la autotranscendencia intrapersonal en el transcurso de la intervención y al término de la misma, esto en el grupo que recibió el tratamiento. Esto se explica en razón de que la terapéutica de atención plena que se implementó en este estudio como punto de intervención para el aumento de la autotranscendencia intrapersonal, es un entrenamiento mental sistemático que desarrolla la metaconciencia (conciencia de uno mismo), la capacidad de modular eficazmente la conducta (autorregulación) y la relación positiva de sí mismo y con los otros (Vago & Silbersweig, 2012).

Además, este hallazgo concuerda con los planteamientos establecidos por Reed (2014) en su teoría de autotranscendencia y en específico sobre la autotranscendencia intrapersonal. Teixeira en el 2008 documentó que la autotranscendencia intrapersonal puede ser incrementada por técnicas holísticas como la meditación (atención plena). Además, se ha documentado que el incremento de la autotranscendencia en poblaciones vulnerables como es el caso de los individuos que consumen alcohol, a través de intervenciones específicas de enfermería tiene resultados positivos al término de su aplicación pues se reporta por parte de los participantes mayores estados de bienestar y una mejor percepción de la calidad de vida, así mismo como una disminución del consumo de alcohol (Haugan, Moksnes & Løhre, 2016; Haugan, Rannestad, Hammervold, Garasen, & Espnes 2013; Jadid-Milani, Ashktorab, Abed-Saedi & Alavi-Majd, 2014; Lander, Ling, Bowland, Hall & Connelly, 2015).

Respecto a la autoeficacia de resistencia se documenta un incremento significativo en las mediciones posttest de esta intervención, esto estuvo reforzado por el consejo breve, los resultados de esta intervención coinciden con lo reportado por otros estudios donde se reporta un incremento significativo al término de las intervenciones (Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacío, 2010; Morales, Martínez, Carrascoza, Caso, & Martínez, 2013; Salazar, Pérez, Ávila, & Vacío, 2012;). Adicional a esto se reporta que el incremento de la autoeficacia de resistencia se asocia a una disminución del consumo de alcohol y niveles bajos de autoeficacia a un mayor consumo de bebidas alcohólicas (Bandura, 1999; Castillo, 2009; Gaspar & Martínez, 2008).

El National Institute on Drug Abuse (2014) recomienda que en las intervenciones para la disminución del consumo de alcohol se utilice el consejo breve el cual consiste en acompañar a las personas en su proceso de cambio de conducta de consumo de alcohol, creando una discrepancia entre lo que el sujeto experimenta (consecuencias del consumo de alcohol) y lo que pretende lograr en un futuro cercano. Además de que el consejo breve potencializa la motivación y la autoeficacia de resistencia para que reconozcan su problema y busquen las alternativas de cambio (Martínez, Pedroza, Salazar & Vacío, 2010; Salazar, Pérez, Ávila & Vacío, 2012).

En este estudio se emplearon estrategias para el incremento de la autoeficacia de resistencia fundamentada en la teoría de Bandura (1999), se realizó retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol, beneficios del no consumo, como decir no al consumo de forma asertiva entre otros, además se realizó el planteamiento de metas claras y factibles por el participante, mediante las cuales se buscó minimizar la resistencia del usuario hacia el cambio, evitando la confrontación y poniendo en práctica una actitud de escucha y apoyo, con el objetivo de que el sujeto tomara la responsabilidad de evaluar su consumo y realizara un compromiso de cambio consigo mismo (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos, & Ayala, 2009; Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro, & Martínez, 2013).

Las intervenciones que han utilizado la terapéutica de atención plena para la disminución del estrés han reportado datos estadísticamente significativos al término de las intervenciones, es decir que existe una disminución de los niveles de percepción de estrés lo cual coincide con lo que se reporta en este estudio (Baer, Carmody, & Hunsinger, 2012; Cheisa & Serrati, 2009; Dobkin, 2008; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015).

El estrés ejerce un impacto negativo en la salud de los individuos asociándose a estilos de vida no saludables como el consumo de alcohol. Se da documentado que aquellos individuos que presentan una alta percepción de estrés tienen un mayor consumo de alcohol (Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso, B., & Oliva, 2012; Dobkin, 2008; Kurspahić-Mujčić, Hadžagić-Ćatibušić, Sivić & Hadžović, 2014).

La atención plena produce una mayor autorregulación de las emociones y el aumento de la concentración, lo cual trae consigo la serenidad y esta serenidad conduce al individuo a un aumento de la comprensión de la realidad tanto interna como externa lo cual permite contemplar la realidad tal y como es, por lo tanto, tener un mayor control ante las situaciones de estrés (Bodenlos, Noonan, & Wells, 2013; Tang, Hölzel, & Posner, 2015).

Esta intervención ha implementado dos estrategias para la reducción del consumo de alcohol; la atención plena y el consejo breve, las cuales han reportado un cambio estadísticamente significativo en la disminución del número de copas consumidas en un día típico y la disminución del consumo excesivo explosivo (binge drinking).

El NIDA (2014) recomienda la utilización de dos o más programas o tratamientos combinados para la disminución del consumo de alcohol, partiendo de la premisa de que algunas formas terapéuticas pueden potencializarse ofreciendo mejores resultados. Dado que el consumo de alcohol es una conducta multifactorial y no se puede determinar que un solo tratamiento sea eficaz para todos los pacientes. Además,

las terapéuticas utilizadas en este estudio de manera individual han mostrado resultados efectivos en la prevención, disminución del consumo de alcohol y prevención de recaídas (Amaro, Spear, Vallejo, Conron & Black, 2014; Bodenlos, Noonan, & Wells, 2013; Cohen, Wupperman & Tau, 2013; Li, Howard, Garland, McGovern & Lazar, 2017; Vinci et al., 2014).

Los resultados obtenidos se explican en razón a que la atención plena y consejo breve ayudan a desarrollar un afrontamiento positivo, desarrollando habilidades para lidiar el estrés y el consumo de alcohol mediante autoeficacia de resistencia.

La atención plena se centra en el desarrollo de la conciencia y aceptación de las experiencias momento a momento sin juzgar ni criticar la experiencia (Kabat-Zinn, 2013). Por lo tanto, el individuo aumenta su conciencia y bienestar, regulando los pensamientos y emociones, lo cual le permite reaccionar de manera asertiva en situaciones de estrés así mismo en aquellas situaciones que le llevan al consumo de alcohol (Bowen et al., 2009).

Cabe mencionar que no se ha identificado en la literatura alguna intervención o protocolo donde se utilicen estas dos terapéuticas para la disminución del consumo de alcohol. Por ello se considera que este estudio es una innovación para la práctica de enfermería basada en teoría y en evidencia científica y una aportación al conocimiento científico de la disciplina dado que fue posible incrementar la autotrascendencia (Reed, 2014) mediante los puntos de intervención (atención plena y consejo breve) que plantea la autora en su teoría y es una base para que en el futuro se pueda aplicar en diversos grupos poblacionales y en entornos de atención primaria.

Conclusiones

Se puede observar en base a los resultados que existe factibilidad de aplicación de esta intervención y tiene un efecto estadísticamente significativo en las variables de estrés, autoeficacia de resistencia, autotrascendencia intrapersonal y consumo de alcohol.

La mayoría de los participantes se encontraban en etapa de contemplación y preparación para la acción. El sexo que predominó fue el masculino que solo estudiaban.

Se observó que la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol: atención plena y consejo breve, fue factible reportándose un 70% de retención de los participantes y una satisfacción general del 96%.

Al finalizar la intervención se observaron cambios en el consumo excesivo explosivo por sexo; el grupo experimental reportó que el 3.8% de los hombres tenía este consumo y en el grupo control el 69.6% de los participantes consumían con este patrón. Respecto al sexo femenino solo el grupo control reportó participantes con consumo excesivo explosivo al término de la intervención.

El efecto de la intervención breve no es moderado por la edad, sexo, estado civil y religión. La pertenencia al grupo ya sea experimental o control es lo que predice el efecto de la intervención para reducir el consumo de alcohol.

Se documentaron resultados estadísticamente significativos al término de la intervención en el incremento de la autotrascendencia intrapersonal medida por el Five Facet Mindfulness Questionnaire y en la autoeficacia de resistencia medida por el Cuestionario de Confianza Situacional. Respecto a la percepción del estrés que se evaluó con la Escala de Estrés Percibido y el consumo de alcohol (disminución del número de copas en un día típico) se observaron disminuciones significativas al término de la intervención.

La importancia de este estudio radica principalmente en la innovación de haber integrado dos terapéuticas (atención plena y consejo breve) en una intervención breve para la reducción del consumo de alcohol. No existe evidencia científica que reporte la integración de estas dos terapéuticas por lo cual esta intervención fue diseñada e implementada por los responsables del estudio. Se considera que es de fácil aplicación cuando se capacitan previamente a los facilitadores (profesional de enfermería) y se controla la fiabilidad.

Además, se considera que la intervención breve de enfermería es efectiva conforme a los datos documentados. Se adicionalmente se indica que la atención plena es una terapéutica que puede seguir siendo utilizada e integrada a su vida diaria, lo cual puede prolongar los efectos de la intervención apoyándole a seguir controlando o disminuyendo su consumo de alcohol y aumentando su bienestar general como ellos lo describen en el cuestionario de satisfacción.

El presente estudio contribuye a reafirmar la teoría de la Autotrascendencia de Pamela Reed (2008) y al concepto de Autoeficacia de Bandura (1999), descubriendo que la atención plena y consejo breve coadyuvan a incrementar la autotrascendencia y la autoeficacia de resistencias.

La intervención fue aplicada por profesionales de enfermería capacitados en el área de adicciones, atención plena y consejo breve. Lo cual es una oportunidad para que estos profesionales actúen en el primer nivel de atención con intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol mediante atención plena y el consejo breve.

Referente a los instrumentos se reportan consistencias internas aceptables en las mediciones pretest y postest.

Limitaciones

Una de las limitaciones del presente estudio fue que no se llevaron a cabo mediciones de seguimiento, debido a la limitante del tiempo para la recolección de los datos.

Recomendaciones

Replicar la intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol atención plena y consejo breve en otros grupos de edad y en diversos escenarios de atención a la salud; para identificar si los resultados obtenidos en este estudio se mantienen.

Se recomienda realizar este estudio en muestras mayores y con al menos dos seguimientos para identificar si los resultados se mantienen a través del tiempo y

propiciar la transferencia de conocimiento a la práctica de enfermería en atención primaria.

Se sugiere que se realicen estudios de factibilidad para reducir el consumo de tabaco y otras drogas psicoactivas, basados en el modelo utilizado en esta intervención breve de enfermería para la reducción del consumo de alcohol: atención plena y consejo breve que tiene fundamento en la teoría de autotrascendencia de Pamela Reed (2008) y el concepto de autoeficacia de Bandura (1999).

Dada la importancia de la prevención y tratamiento del consumo de alcohol es necesario incorporar tratamientos efectivos y factibles a diversos escenarios para promover estilos de vida saludable, por lo que se sugiere diseminar la intervención breve mediante capacitaciones y talleres interactivos entre los profesionales de la salud en específico con profesionales de enfermería dado que son el primer contacto de atención a la salud para la población.

Se sugiere incluir en la formación académica del profesional de enfermería la terapia de atención plena y consejo breve para que puedan implementarlo en el área laboral donde se desarrollen.

Utilizar en el futuro aplicaciones tecnológicas o incluir la utilización de redes sociales con la terapéutica de atención plena para el desarrollo de la intervención.

Se sugiere la utilización de mediciones bioquímicas para la reafirmación de los resultados.

Continuar utilizando los instrumentos utilizados en este estudio dada la evidencia de confiabilidad obtenida.

Referencias

- Academic ED SBIRT Research Collaborative. (2010). The Impact of Screening, Brief Intervention and Referral for Treatment in Emergency Department Patients' Alcohol Use: A 3-, 6- and 12-month Follow-up. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 45(6), 514–519.
- Acosta, L. D., Fernández, A. R., & Pillon, S. C. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 771-781.
- Agrelo, A., Sgró, J., Cappa, H., & Ojeda, J. (2016). La percepción de los usuarios de un programa de tratamiento ambulatorio en adicciones. una exploración focalizada en la satisfacción con el tratamiento. *Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 275-288.
- Albarracín, O. M., & Muñoz, O. L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *LIBERABIT*, 14, 49-61.
- Alonso, C. M. M., Álvarez, B. J., López, G. K. S., Rodríguez, A.L., Alonso, C. M. T., & Armendáriz, N. A. (2011). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(1), 97-114.
- Amaro, H., Spear, S., Vallejo, Z., Conron, K., & Black, D. S. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention intervention for culturally-diverse, low-income women in substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 547-559.
doi:10.3109/10826084.2013.852587
- Anderson, P., Gual, A., & Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de Salud, Washington, DC.

- Annis, H., & Graham, J. (1988). Situational Confidence Questionnaire Addiction. Research Foundation. Toronto, Canada.
- Armendáriz, G. N. A., Villar, L. M. A., Alonso, C. M. M., Alonso, C. B. A. & Oliva, R. N. N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2), 97-112.
- Arnett, J. J., (2003) Conceptions of the transition to adulthood among emerging adults in American ethnic groups. *New Directions for Child and Adolescent*, 63-75.
- Ayala, H. V. & Echeverría, I. (1997). Autocontrol dirigido: intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología* 14(1), 113-127.
- Ayala, H. V., Echeverría, L., Sobell, M., & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana Psicología*, 14, 113-127.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001) Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. *World Health Organization*, Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva.
- Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology*, 68(7), 755–765. doi: 10.1002/jclp.21865
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13 (1)27-45.
- Ballesteros, J., Ariño, J., González-Pinto, A., & Querejeta, I. (2003). Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Meta-análisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 116-122.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. Desclee de Brouwer. Spain.
- Bastos, T. C. A., Lasiuk, G., Barton, S., Fatima F. M., & Silva, E. C. (2017). Una exploración de la adicción en adultos que han sufrido estrés durante los primeros años de su vida: una metasíntesis. *Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 29-39.
- Bean, K. B. & Wagner, K. (2002). Self-transcendence, illness distress, and quality of life among liver transplant recipients. *Journal of Theory Construction & Testing*, 10(2), 47-53.
- Bertolín G. J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 289-307. doi: 10.4321/S0211-57352015000200005
- Bodenlos, J. S., Noonan, M., & Wells, S. Y. (2013). Mindfulness and alcohol problems in college students: the mediating effects of stress. *Journal Of American College Health*, 61(6), 371-378. doi:10.1080/07448481.2013.805714
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C ,... & Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage i pilot study. *Substance*

Abuse: Official Publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse, 30(4), 306–317.

- Buchanan, D., Farran, C., & Clarck, D. (1995). Suicidal thought and self-transcendence in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(10), 31–34.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O., & Ziff, D. C. (1989). Autoeficacia y recaída entre los consumidores de drogas y alcohol: un pronosticador del resultado. *Revista de Estudios sobre el Alcohol*, 50 (4), 354-360.
- Burns, N., Grove, S., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed.)*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G., & Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichán*, 9(3), 271-280.
- Carpentier, D., Romo, L., Bouthillon-Heitzmann, P., & Limosin, F. (2015). Mindfulness-based-relapse prevention (MBRP): Evaluation of the impact of a group of mindfulness therapy in alcohol relapse prevention for alcohol use disorders. *L'encephale*, 41(6), 521-526. doi: 10.1016/j.encep.2015.05.003.
- Castaño, P. G., García, C. J., & Marzo, C. J. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 47-54.

- Castaño-Perez, G. A., & Calderon-Vallejo, G. A. (2014). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 739-746.
- Castillo, A. C. (2009). Autoeficacia al Rechazo del Alcohol en Estudiantes de Recién Ingreso a una Preparatoria Privada. *Psicología Iberoamericana*, 17 (1), 65-73.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26, 118-126.
- Chicharro, R. J., Pedrero, P. E., & Pérez, L. M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-151.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600. doi: 10.1089/acm.2008.0495
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, 31(3), 449-464.
- Christopher, M., Ramsey, M., & Antick, J. (2013). The role of dispositional mindfulness in mitigating the impact of stress and impulsivity on alcohol-related problems. *Addiction Research & Theory*, 21(5), 429-434. doi:10.3109/16066359.2012.737873
- Clarke, N. C., Field, M., & Rose, A. K. (2015). Evaluation of a Brief Personalised Intervention for Alcohol Consumption in College Students. *PLoS ONE*, 10(6). doi.org/10.1371/journal.pone.0131229

- Cogollo-Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K.M., Blanco-Bayuelo, S., Ramos-Martínez, L., Zapata, K., & Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública, 13*,470–9.
- Cohen, G. M., Wupperman, P. & Tau, G. (2013). Mindfulness in the Treatment of Adolescents with Problem Substance Use. *Adolescent Psychiatry, 3*(2),173.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] & Secretaria de Salud [SS]. (2012). Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011- 2012
- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC); K. Martínez, M. Salazar, & E. Legaspi (2007). Consejo para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Guía para el orientador. México.
- Cordova-Alcaíáz, A. J., Rodríguez-Kuri, S. E., & Díaz-Negrete, D. B. (2010). Bienestar subjetivo en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2*(2), 117-162.
- Coward, D. D. (1998). Facilitation of Self-Transcendence in a Breast Cancer Support Group:. *Oncology Nursing Forum, 25*,75-84.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of Self-Transcendence in a Breast Cancer Support Group: II. *Oncology Nursing Forum, 30*(2), 291.
- Coward, D.D., & Kahn, D.L. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing, 23*(3), 264-83.
- Cuenya, L. (2007). Estresores ocupacionales, soporte social y consumo de alcohol en jóvenes. *Anuario de investigaciones, 14*.
- Cuijpers, P., Riper, H., & Lemmers, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction, 99*(7), 839-45.

- Daaleman, P., Frey, B. B., Wallace, D., & Studenski, S. (2002). The spirituality index of well-being: development and testing of a new measure. *Journal of Family Practice, 51*, (11).
- Daugherty, M., Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (2000). Taking more steps: Change in motivation before alcohol treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*, 383.
- Davis, J. M., Manley, A. R., Goldberg, S. B., Stankevitz, K. A., & Smith, S. S. (2015). Mindfulness training for smokers via web-based video instruction with phone support: a prospective observational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 15*, 95.
- De Dios, M. A., Herman, D. S., Britton, W. B., Hagerty, C. E., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2012). Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(1).
- De la Fuente J., & Kersenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 35*(2), 47-51.
- Díaz, H. L. (2012). Promoción de salud: autotrascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol. *Tesis Doctoral*. Universidad Nacional De Colombia.
- Díaz, H. L. P., & Palucci M. P. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 573-81.
- Díaz-Heredia, L. P., & Muñoz-Sánchez. A. I. (2013). Spirituality and low-risk consumption of alcohol in young adults. *Investigación y Educación en Enfermería, 31*(2), 287-294.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.

- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. G., & Hughes, S. O. (1994). An alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55,141–148.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35.
- Diener, J. E. S. (2003). Personal narrative as an intervention to enhance self - transcendence in women with chronic illness. Tesis Maestría. de la base de datos proQuest Dissertations & Theses Global. (305267147). doi: 10.1590/1518-8345.2026.2939
- DiNapoli, J. M. S., Garcia-Diaz, M., Garcia-Ona, L., O’Flaherty, D., & Siller, J. (2014). A theory-based computer mediated communication intervention to promote mental health and reduce high-risk behaviors in the LGBT population. *Applied Nursing Research* 27(1), 91-93.
- Dobkin, P. L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work?. *Complementary therapies in clinical practice*, 14(1), 8-16.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). Cuestionario de Satisfacción Client Satisfacción (CSQ-8); Personas usuarias y familiares. *Manual de violencia familiar*, 50-51.
- Elashoff, J. Dixon, J.W. Crede, K. M., & Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor (programa de computadora). Boston MA. Release G. J. C. & Rodríguez F. M.A.
- Ellerman, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middleage adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698–713.
- Elwafi, H. M., Witkiewitz, K., Mallik, S., Thornhill, T. A., & Brewer, J. A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(0), 222–229.

- Emslie, C., Caza, K., & Lyons, A. (2013). The role of alcohol in forging and maintaining friendships amongst Scottish men in midlife. *Health Psychol*, 32(1), 33-41. doi: 10.1037/a0029874
- Falsafi, N., & Leopard, L. (2015). Use of mindfulness, self-compassion, and yoga practices with low-income and/or uninsured patients with depression and/or anxiety. *Journal of Holistic Nursing*, 33(4), 289-297
- Fawcett, J. (2005). Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichán*, 5(1), 32-43.
- Felker, S. E. (2011). Dissertation - protective factors against alcohol abuse in college students: spirituality, wisdom and self transcendence. Department of psychology. Colorado state university. Fort Collins. Colorado. USA.
- Fernández, G. J, Ruiz, M. R., Pérula, T., Campos, S. L., Lora, C. N., & Martínez, I. J. (2003). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 31(3), 146-55.
- Foster, D. W., Yeung, N., & Neighbors, C. (2014). I think I can't: Drink refusal self-efficacy as a mediator of the relationship between self-reported drinking identify and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 39,461-468.
- Franco, C. J. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atención primaria*, 42(11), 564-570
- Frankl, V. E. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.
- Gaiswinklera, L, & Unterrainer, H. F. (2016). The relationship between yoga involvement, mindfulness and psychological well-being. *Complementary Therapies in Medicine*, 26,123-7. doi: 10.1016/j.ctim.2016.03.011

- García-Viniegras, C.V., & González, B. I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-92
- Garland, E. L. (2011). Trait mindfulness predicts attentional and autonomic regulation of alcohol cue-reactivity. *Journal of Psychophysiology*, 25(4), 180–189.
- Garland, E., Boettiger, C., Gaylord, S., Chanon, V., & Howard, M. (2012). Mindfulness is inversely associated with alcohol attentional bias among recovering alcohol-dependent adults. *Cognitive Therapy & Research*, 36(5), 441-450. doi:10.1007/s10608-011-9378-7.
- Gaspar, S. C., & Martínez, M. K. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *Investigación y Ciencia*, 16 (41), 47-52.
- Gesell, S., Katula, J., Strickland, C., & Vitolins, M. (2015). Feasibility and initial efficacy evaluation of a community-based cognitive-behavioral lifestyle intervention to prevent excessive weight gain during pregnancy in latina women. *Maternal & Child Health Journal*, 19(8), 1842-1852. doi:10.1007/s10995-015-1698-x
- Gitlin, L.N., & Czaja, S. J. (2016). Behavioral intervention research: designing, evaluating, and implementing. *Springer Publishing Company, LLC*. New York, NY.
- Góngora, S. J., & Leyva, P. M. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano*, 132, 84-91.
- González, F. M.M., & Manzano, G. M. (2009). The role of nurses in alcohol prevention programmes for teenagers: bringing awareness to classrooms is effective?. *Revista de enfermería CyL*, 1 (1)

- González, J., Garcés, F. E., & García, C. A. (2011). Percepción de bienestar psicológico y fomento de la práctica de actividad física en población adolescente. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 21 (2), 55-71.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of rcts. *PLoS ONE*, 10(4),
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (1), 35- 43.
- Haugan G., Rannestad T., Hammervold R., Gara Sen H. & Espnes G.A. (2013) Self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients: a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing* 69(5), 1147–1160. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06106.x
- Haugan, G., & Innstrand, S. T. (2012). The effect of self-transcendence on depression in cognitively intact nursing home patients. *ISRN Psychiatry*, 3, 1-10. doi:10.5402/2012/301325.
- Haugan, G., Moksnes, U. K., & Løhre, A. (2016) Intrapersonal self-transcendence, meaning-in life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4):790-801. doi: 10.1111/scs.12307
- Heather, N., & Kaner, E. (2001) Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*. 13 (4), 463-474.
- Hernández, D. I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. *Osasunaz*. 5, 177-190
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M.M., Castillo-Muraira, Y., & Pumarejo, A. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 20(1), 19-25.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research, 191*(1), 36–43.

[doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.006](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.006)

Huh, J., Huang, Z., Liao, Y., & Pentz, M., 2013. Transitional life events and trajectories of cigarette and alcohol use during emerging adulthood: latent class analysis and growth mixture modeling. *Journal of studies on alcohol and drugs, (74)*, 726-735.

Huppert, F. A., & Johnson, D. M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools; the importance of practice for an impact on well-being. *Journal of Positive Psychology, 5*, 264–274.

Hyman, Z. (2006). Brief interventions for high-risk drinkers. *Journal of clinical nursing, 15*(11), 1383-1396.

Icumi, N. L. Y., Rita, M. B., Ferreira, T. K., & Aparecida, L. F. (2008). La utilización del concepto "vulnerabilidad" por enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(5), 923-928.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez J.A, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes J.P., Castro-Tinoco M., Hernández-Ávila M., Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa Cruz V. México DF, México: INPRFM; Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez J.A, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes J.P.,

Castro-Tinoco M., Hernández-Ávila M., Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa Cruz V. México DF, México: INPRFM; Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.

- Iwamoto, DK, Corbin, W., Lejuez, C., & MacPherson, L. (2014). College Men and Alcohol Use: Positive Alcohol Expectancies as a Mediator Between Distinct Masculine Norms and Alcohol Use. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 29–39. <http://doi.org/10.1037/a0031594>
- Jackson, C. (2012). The role of healing modalities (complementary/alternative medicine) in holistic nursing practice. *Holistic nursing practice*, 26(1), 3-5.
- Jadid-Milani, M., Ashktorab, T., Abed-Saeedi, Z., & Alavi-Majd, H. (2014). Promotion of self-transcendence in a multiple sclerosis peer support groups. *Zahedan Journal Of Research In Medical Sciences*, 16(5), 73-78.
- Justo, C. F. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de atención primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atención primaria*, 42(11), 564-570.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva Your. Delacorte
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós (Orig. 2005).
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós (Orig. 1990).
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for

- four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1–17.
doi:10.1007/s00213-011-2236-1
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-28. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
- Klass, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4(2), 452–462.
- Kozman, A., Stones, M. J., & Stone, S. (1997). Los enfoques de top-down y Bottom-up del bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention*, 6(1), 77-90.
- Kurspahić-Mujić, A., Hadžagić-Ćatibušić, F., Sivić, S., & Hadžović, E. (2014). Association between high levels of stress and risky health behavior. *Medical Association of Zenica*, 11(2), 367-372.
- Lander, M. V., Ling, J., Bowland, S., Hall, L., & Connelly, J. (2015). Promoting self-transcendence and well-being in community-dwelling older adults: A pilot study of a psychoeducational intervention. *Geriatric Nursing*, 36(6):431-7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.06.007
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lerma-Cabrera, J. M., Steinebach, P., Carvajal, F., Ulloa, V., Cid-Parra, C., & Langer, Á. I. (2015). Factores de riesgo asociados al consumo problemático de alcohol en la adolescencia: El rol preventivo de mindfulness. *Psychology, Society and Education*, 1 (7),57-69.
- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96. doi: 10.1016/j.jsat.2017.01.008
- Liska, H., Miller, P., Nemeth, L., Jenkins, R., Nietert, P., Wessell, A., & Ornstein, S. (2008). Alcohol screening and brief counseling in a primary care hypertensive

- population: a qualitative improvement intervention. *Addiction*, 103(8), 1271-1280. doi: 10.1111/J. 1360-0443.2008.02199.x
- Londoño, P. C., & Valencia L. C.S. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de psicología*, 26 (1), 27-33.
- López, G. K. S., & Lobo da Costa. J. M. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16(2), 299-305.
- López-García, K. S, Esparza-Almanza, S., Guzmán-Facundo, F. R., Alonso-Castillo, M. M., & Rodríguez-Aguilar, L. (2007). Expectativas del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolares. *Revista científica electrónica de psicología*. (7).
- López-Marina, V., Pizarro, R. G., Alcolea, G. R., Fernández, B., Galindo, E., & Montanéa, J. N. (2005). Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(5), 261-8. doi: 10.1157/13079148
- López-Torrecillas F, Salvador, M. M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y Drogas: Una Revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2(1), 33-51.
- Lora, J. F., & Garcia, S. M. A. (2007). La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el servicio provincial de drogodependencias de Cádiz. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 132-46.
- Mann, R. E., Ialomiteanu, A. R., Chan, V., Cheung, J. W., Stoduto, G., Ala-Leppilampi, K., & ... Rehm, J. (2012). Relationships of alcohol use and alcohol problems to probable anxiety and mood disorder. *Contemporary Drug Problems*, 39(2), 247-263.
- Marlatt, G. A. (1978). *Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis*. In P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (eds),

Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York: Plenum Press.

- Marlatt, G. A. (1979). *Alcohol use and problema drinking: A cognitive-behavioral analysis*. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (eds), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 1, 410–452.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G., & Ayala, H. (2008). Resultados prelimares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 3, 119-127.
- Martínez, M. K. I., Pedroza C. F. J., Salazar G, M. L., & Vacío M. M. Á. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 36(3), 35-53.
- Martínez, M. K. I., Pedroza, C. F. J., Salazar, G. M. L., & Vacío, M. M. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 36(3), 35-53.
- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M., Barrientos, C. V., & Ayala, V. H. (2009). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta. *Consejo nacional*

contra las adicciones, CONADIC. [versión electrónica]. Recuperado el 2 de Noviembre de 2016, de:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/intervencion_breve.pdf

- Martínez, M. K., & Pedroza, C. F. (2011). Factores asociados al proceso de recaída en adolescentes consumidores de alcohol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 215-224.
- Martínez, M. K., Pedroza, C.F., Vacío, M. M., Jiménez, P.A., & Salazar, G. M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 34*(2), 247-264.
- Martínez, P., Medina, M. E., & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental, 27*(6), 17-27.
- Maslow, A. H. (1969). Various meanings of transcendence. *Journal of transpersonal Psychology, 1*, 56-66.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 18*(7), 716–726.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20*(3), 368-375.
- McGee, E. M. (2000). Alcoholics Anonymous and nursing. *Journal of Holistic Nursing, 18* (1), 58-65.
- McGovern, M. P., Wrisley, B. R., & Drake, R. E. (2005). Relapse of substance abuse disorder and its prevention among people with cooccurring disorders. *Psychiatric Services, 56*, 1270-1273.
- Medina-Mora, M. (2005) Las contribuciones del doctor Ramón de la Fuente en el campo de las adicciones. *Salud Mental, 28*(6), 1-8.

- Melo H. D. S., & Castanheira, N.L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 655-662. doi: /10.1590/S0104-11692010000700024
- Mermelstein, L. C., & Garske, J. P. (2015). A brief mindfulness intervention for college student binge drinkers: A pilot study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 259-269.
- Milani, M., Amiri, P., Vejdani, M., Salehiniya, H., & Malek-khahi, A. (2017). The effect of peer support group on self-transcendence in patients undergoing haemodialysis. *Biomedical Research and Therapy*, 4(3), 1198-1209.
- Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction*, 100, 421.
- Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. En W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it* (pp. 134-152). Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.
- Miquel, L., Rodamilans, M., Giménez, R., Cambras, T., Canudas, A., & Gual, A. (2015). Evaluación del consumo de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia. *Adicciones*, 27(3), 190-197.
- Miró, M., T. (2007). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(3), 1-15.
- Moberg, C. A., Weber, S. M., & Curtin, J. J. (2011). Alcohol dose effects on stress response to cued threat vary by threat intensity. *Psychopharmacology*, 218(1), 217-227.

- Morales, C. S., Martínez, M. K., Carrascoza, V. C., Caso, L. C., & Martínez, R. M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Salud y drogas, 13*(2), 109-116.
- Moscoso, M. (2010). El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona, (13)* 11-29.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Turner, W. & McGovern, M. (2006). Comorbid Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. En W. R. Miller y K. M. Carroll (eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it.* (pp. 115-133). Nueva York: Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2014). Treatment Approaches for Drug Addiction. Recuperada de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. NIAAA Newsletter, No. 3. Recuperada de: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf
- Neill, J. (2002). Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *Advances in Nursing Science, 24*(4), 27–47.
- Nichiata, L.Y., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R.F., & Fracolli, L.A. (2008). The use of the "vulnerability" concept in the nursing área. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(5), 923-928.
- Nygren, B. L., Aléx, E., Jonsén, Y., Gustafson, A., Norberg, & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9*(4), 354-362. doi: 10.1080/1360500114415

Nyklicek, I., & Kuijpers, K. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behavior Medicine*, 35(3), 331-340.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] Programa Conjunto sobre el tratamiento y atención de la drogodependencia, (2010). Páginas 1-6 Artículo recuperado en septiembre de 2016. Disponible en.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_spanish.pdf

Olivari, M., & Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.

Ordoñez, M. A., & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *LIBERABIT*, 14, 49-61.

Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2014). Global status report on alcohol and health. ISBN 9789240692763.

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado/un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept de Salud Mundial y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra Suiza

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). La Organización del trabajo y el estrés. Recuperado el 10 de septiembre 2016, de,
http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Recuperado el 21 noviembre, 2016, de <http://www.who.int/whr/2004/es/>
- Ortiz A. J. B., & Castro S. M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, *15*(1), 25-31.
- Ostafin, B. D., Bauer, C., & Myxter, P. (2012). Mindfulness decouples the relation between automatic alcohol motivation and drinking behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *31*(7), 729-745. doi:10.1521/jscp.2012.31.7.729
- Paiva, S. R., Souza, P., Alvez, N., D., Silva, M. D., & Lopes, C. E. (2013). Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *62*(3), 191-198.
- Palacios Delgado, J. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, *20*(1), 29-39.
- Pedrero, P. E. J., Ruiz, S., Lozoya, D. M. Rojo, M. G., Llanero, L. M., & Puerta, G. C. (2015). La “Escala de Estrés Percibido”: Estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Psicología Conductual*, *23*(2), 305-324.
- Pena-Trapero, B. (2009). La medición del bienestar social: una revisión crítica. *Estudios de Economía Aplicada*, *27*(2), 299-324.
- Pérez de los Cobos, J., Valderrama, J. C., Valeroc, S., Sánchez, N., Giche, I., & Trujol, J. (2012). Encuesta sobre la satisfacción de los pacientes dependientes de heroína de la Comunidad de Valencia con los centros de tratamiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, *14*(3), 66-72.
- Pérez, P. M. L., Ponce, A. R., Hernández, J. C., & Márquez, M. B. A. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la región altos norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*, *14*.

- Pérez, R. M., & Lucio-Gómez, M. E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Salud y drogas, 10*(1), 79-96
- Phun, E. T., & Dos Santos, C. B. (2010). El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 496-503.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, O. J., & Norcross, C. J. (2013). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, Eighth Edition. Cengage Learning.
- Puig-Nolasco, A., Cortaza-Ramirez, L., & Pillon, C. S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*, 714-721.
- Quintana, M., & Rincón F. M. E., (2011). Efficacy of mindfulness training for fibromyalgia patients. *Clínica y Salud, 22*(1), 51-67.
- Reed, P. G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research and Practice, 6*(35), 368-374.
- Reed, P.G. (2014). Theory of self-transcendence. in: M.J. Smith, P.R. Liehr (Eds.) *Middle Range Theory for Nursing*. 3rd ed. Springer Publishing Company, New York, NY;
- Reed, P.G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science, 13*(4), 64-77.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology, 9*, 86-93.
- Restrepo, L. M., Agudelo, A. M., Giraldo., T. T., & Sánchez, D. L. (2011). Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista*

- CES Salud Pública*, 2(2), 136-147.
- Reyes, C. A., Rodríguez, A. L., López, G. K., Guzmán, F. R. & Alonso, C.M.M. (2017). Estrés laboral, resiliencia y consumo de alcohol en trabajadores de la industria del acero de Nuevo León, México. *Health and Addictions; Salud y Drogas*, 18(1) 29-37
- Rodgers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advance Nursing*, 26(1), 65-73.
- Rodríguez, J. A. (2015). Un análisis de la relación entre grupo de amigos, edad y conducta antisocial: Delimitando diferencias de género. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, 14(7), 3-4.
- Rodríguez-Fernández, A., & Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología*, 27(2), 327-332.
- Rogers, M. E. (1970). *Introduccion to the theoretical bassic of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Rogers, M. E. (1980). *A scencie of unitary man. Conceptual modes for nunrsing practice*. In J. P. Riehl & C. Roy. New York: Appleton-Century- Crofts, 329-337.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teach Learn Med*, 15(2), 88-92.
- Roussos, A. J., Gómez, P.J. M., & Olivera, R. J. (2017). Satisfacción de los pacientes en tratamientos por abuso de sustancias y su relación con variables de las instituciones asistenciales. *Interdisciplinaria*, 34(1), 193-210.
- Runquist, J., & Reed, P. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing*, 25(1),5-13.

- Salazar, G. M. L., Pérez C. J. L., Ávila, H. P., & Vacío, M. M.A. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22(8), 247-256.
- Salazar, G. M., Valdez, R. J., Martínez, M. K., & Pedroza, C. F. (2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 803-815.
- Salcedo, M.A., Palacios, E., & Espinosa, Á. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 77-97.
- Schmidt, C., & Vinet, E. V. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 33(2), 93-102.
- Secades, V. R., & Fernández, H. J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3) 365-380.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. México. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Seguel, P. F., Santander, M. G., & Alexandre, B. O. (2013). Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. *Ciencia y enfermería*, 19(1), 23-35.
- Shapiro, S., Brown, K., Thoresen, C., & Plante, T. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinic Psychology*, 67(2), 67-77.

- Sharpnack, P. A., Griffin, M. T. Q., Benders, A. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Self-transcendence and spiritual well-being in the amish. *Journal of Holistic Nursing*, 29(2), 91-7. doi: 10.1177/0898010110378043.
- Shore, R., Strauss, C., Cavanagh, K., Hayward, M., & Ellett, L. (2018). Un ensayo controlado aleatorizado de una breve intervención en línea basada en la atención plena sobre la paranoia en una muestra no clínica. *Mindfulness*, 9(1), 294-302.
- Sobell L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., & Cooper, A. M. (1979) Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 17(2), 157-160.
- Staton-Tindall, M., Duvall, J., Stevens-Watkins, D., & Oser, C. B. (2013). The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health, and drug use among African American women from one southern state. *Substance use & misuse*, 48(12), 1246-1257.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134(1), 138–161. doi: 10.1037/00332909.134.1.138
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208-218.
- Strandberg, A., Trygg, T., Pitkälä, K., & Strandberg, T. (2018). Consumo de alcohol en la mediana edad y la vejez y riesgo de fragilidad: paradoja del alcohol en un estudio de seguimiento de 30 años. *Age & Aging*, 47(2), 248-254.
- Tamers, S. L., Okechukwu, C., Bohl, A. A., Guéguen, A., Goldberg, M. & Zins, M. (2014). The impact of stressful events on excessive alcohol consumption in the French population: findings from the GAZEL cohort study. *Plos One*, 9(1).
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-25. doi: 10.1038/nrn3916

- Tavera, R. S., & Martínez, R. M. J. (2008). Guía para promotores Nueva vida.
- Teixeira, E. M. (2008). Self-transcendence: a concept analysis for nursing praxis. *Holistic Nursing Practice*, 22(1), 25–31.
- Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 296.
- Vallejo, M., A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación en la terapia. En F.J. Labrador (Dir.). *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid: Bd. Pirámide, 225-241.
- Velandia, S., Ardón, C. F., & Navarro, J. M. (2007). Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 139-168.
- Vickery, C. E., & Dorjee, D. (2015). Mindfulness training in primary schools decreases negative affect and increases meta-cognition in children. *Frontiers in Psychology*, 6, 20-25.
- Vielma, R. J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14, 265-275
- Villace, M. B., Fernández, A. R., & Costa, J. M., (2013). Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1144-1150.
- Villar, L. J., Lizán, T. L., & Soto, A. J. (2009). La satisfacción con el tratamiento. *Atención Primaria*, 41(11), 637–645. doi:10.1016/j.aprim.2008.10.021
- Villegas-Pantoja, M. Á., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. A., & Guzmán, F. F. R. (2014). Eventos Estresantes y la Relación con el Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 35-46.
- Vincent, D., Pasvogel, A., & Barrera, L. (2007). A Feasibility Study of a Culturally Tailored Diabetes Intervention for Mexican Americans. *Biological Research For*

- Nursing*, 9(2), 130-41.
- Vinci, C., Peltier, M. R., Shah, S., Kinsaul, J., Waldo, K., McVay, M. A., & Copeland, A. L. (2014). Effects of a brief mindfulness intervention on negative affect and urge to drink among college student drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 82-93. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.012
- Walker, C. A. (2002). Transformative aging: how mature adults respond to growing older. *The Journal of Theory Construction y Testing*, 6(2), 109-116
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282-94. doi: 10.1111/jan.12182
- Whitfield, H. J. (2010). Hacia las aplicaciones caso-específicas de las terapias cognitivo-conductuales basadas en mindfulness: Una terapia racional emotiva conductual basada en el mindfulness. *RET: revista de toxicomanías*, (60), 16-26.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S.H. (2013). Prevención de recaídas basadas en la atención plena para el anhelo de sustancias. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N., & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal Of Clinical Psychology*, 68(1), 50-66. doi:10.1002/jclp.20830
- Zgierska, A. E., Burzinski, C. A., Cox, J., Kloke, J., Singles, J., Mirgain, S., & ... Bačkonja, M. (2016). Mindfulness Meditation-Based Intervention Is Feasible, Acceptable, and Safe for Chronic Low Back Pain Requiring Long-Term Daily Opioid Therapy. *Journal Of Alternative & Complementary Medicine*, 22(8), 610-620. doi:10.1089/acm.2015.0314

Zumalde, E. C., & Gutiérrez, A. E. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 21(1), 49-56.

Apéndices

Apéndice A
Escala de Evaluación del Cambio (URICA)
(Prochaska & DiClemente, 1984)

Instrucciones: Contesta solo afirmativamente una de las siguientes preguntas en función de cómo *te sientes ahora mismo* y no en función de cómo te sentiste en el pasado o como te gustaría sentirte en el futuro.

- | | |
|--|---|
| 1.- Nunca he pensado en tener un problema con el consumo de alcohol, por eso nunca he considerado que debería buscar un tratamiento. | Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) |
| 2.-Creo que tengo un problema con el consumo de alcohol y pienso que debería iniciar un tratamiento | Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) |
| 3.-Estoy preparándome para iniciar un tratamiento para reducir o dejar el consumir alcohol. | Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) |
| 4.-Estoy en un programa o tratamiento para reducir o dejar el consumo de alcohol | Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) |
| 5.-He concluido un programa para dejar de consumir alcohol, pero continúo realizando las actividades para mantenerme en el cambio y puedo buscar ayudada si lo necesito. | Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) |

Apéndice B

Cédula Filtro

Instrucciones: Conteste las preguntas lo más apegado a su realidad, recuerde que la información que proporcione es anónima y confidencial.

1.- ¿En el último año usted ha sido diagnosticado con algún trastorno mental?

Si () No ()

2.- ¿Actualmente se encuentra tomando algún tratamiento de cualquier índole para la reducción del consumo de alcohol?

Si () No ()

3.- ¿En los últimos 12 meses ha participado en algún programa de reducción de consumo de drogas licitas e ilícitas?

Si () No ()

4.- ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido en el último mes?

Sustancia	Si	No
Mariguana		
Cocaína		
Éxtasis		
Inhalables (pegamento, tiner, gasolina)		
Anfetaminas		
Hongos/ Peyote		
Toma medicamentos sin prescripción médica		

Apéndice C

Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol

Instrucciones: La información que se proporcione en el siguiente cuestionario será completamente confidencial y anónima por lo cual se le solicita lo conteste lo más apegado a su realidad.

I.-Datos Personales

- 1.-Edad: _____ años 2.- Sexo F [] M []
 3.-Semestre que cursa actualmente: _____
 4.-Estado civil: Soltero: [] Casado: [] Divorciado: [] Otro: _____
 5.- Ocupación: Estudio [] Trabajo [] Estudio y trabajo []
 6.-En que trabaja: _____
 7.-Profesa alguna religión: Si [] No []
 8.-¿Cuál? Religión: Católico [] Cristiano [] Testigos de Jehová [] Otro: _____

II.-Consumo de Alcohol

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste lo que se solicita. Recuerde que la información que se proporcione confidencial y anónima.

9.- ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? <div style="text-align: center;">Si [<input type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>]</div>	10.-¿A qué edad inicio su consumo? <div style="text-align: center;">_____</div>
11.- ¿Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses? <div style="text-align: center;">Si [<input type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>]</div>	12.-¿Cuántas copas consume en un día típico ? <div style="text-align: center;">_____</div>
13.- ¿Ha consumo alcohol en el último mes? <div style="text-align: center;">Si [<input type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>]</div>	14.-¿Ha consumido alcohol en los últimos siete días ? <div style="text-align: center;">Si [<input type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>]</div>

- 15.-En el caso de los hombres ¿En un día típico ha consumido cinco o más bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas, en el último mes? Si [] No []
 16.- Si eres mujer ¿En un día típico ha consumido cuatro o más bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas, en el último mes? Si [] No []

Intentos fallidos para dejar el consumo de alcohol

- 17.-¿Ha intentado dejar de consumir alcohol alguna vez en la vida? Si [] No []
 18.-¿Cuántas veces lo ha intentado a lo largo de su vida? _____
 19.-¿Hace cuantos meses fue el último intento? _____
 20.-¿Cuántos días lograste no consumir alcohol, durante el último intento? _____
 21.-¿Ha considerado que necesita ayuda para disminuir su consumir alcohol?

Si [] No []

 22.-¿Has participado en algún programa o intervención que aborde la prevención o reducción del consumo de alcohol en los últimos 12 meses? Si [] No []

Apéndice D

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979)

Código: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Meta semanal: _____ Semana No. _____

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumí? []
¿Situaciones en las que consumí alcohol?	¿Situaciones en las que consumí alcohol?	¿Situaciones en las que consumí alcohol?	¿Situaciones en las que consumí alcohol?	¿Situaciones en las que consumí alcohol?	¿Situaciones en las que consumí alcohol?	¿Situaciones en las que consumí alcohol?
Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol	Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol	Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol	Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol	Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol	Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol	Estrategias o acciones para evitar consumir alcohol
				Total, de copas consumidas		

Apéndice E

Escala de Estrés Percibido

(EEP, Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)

Instrucciones: Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**, encierre en un círculo la respuesta que más se apegue a su realidad.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4

Preguntas	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Apéndice F

Five Facet Mindfulness Questionnaire

([FFMQ] Baer et al., 2006)

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada enunciado y elija la respuesta que más se

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad
1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse			1	2 3 4 5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.			1	2 3 4 5
3. Me critico a mí mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.			1	2 3 4 5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.			1	2 3 4 5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente			1	2 3 4 5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.			1	2 3 4 5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.			1	2 3 4 5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.			1	2 3 4 5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.			1	2 3 4 5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.			1	2 3 4 5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.			1	2 3 4 5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.			1	2 3 4 5
13. Me distraigo fácilmente			1	2 3 4 5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.			1	2 3 4 5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.			1	2 3 4 5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento			1	2 3 4 5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.			1	2 3 4 5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.			1	2 3 4 5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.			1	2 3 4 5

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

Apéndice G

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol ([AUDIT], De la Fuente & Kersenobich, 1992)

Instrucciones: Toda la información que marques es confidencial, subraya la opción que se apegue más a tu realidad.

<p>1.-¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. -Durante el último año ¿Con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.-¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más</p>	<p>7.- Durante el último año ¿Con qué frecuencia tuviste remordimiento o te sentiste culpable después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.-¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8.- Durante el último año ¿Con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que paso cuando estabas bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.- Durante el último año ¿Con que frecuencia no pudiste para de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingesta de alcohol? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5.- Durante el último año ¿Con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su forma de beber o le han sugerido que baje su consumo de alcohol? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p>

Apéndice H
Cuestionario de Confianza Situacional
 ([SCQ-39] Annis & Graham, 1988)

A continuación, hay una serie de sucesos o situaciones que algunas personas experimentan que son un detonante para tomar en exceso. Imagínese que ahora mismo usted se encuentra en una de esas situaciones e indique en la escala que se le proporciona, que *tan confiado se sentiría usted en su capacidad de resistir* la urgencia de consumir alguna bebida alcohólica si tuviera cualquiera de estas situaciones.

Tendría la confianza de resistir a tomar una copa o tomar en exceso:

	Nada confiado	Poco confiado	Moderadamente confiado	Confiado	Totalmente confiado	Muy confiado
1.-Si sintiera que me he decepcionado a mí mismo	0	20	40	60	80	100
2.-Si hubiera peleas en mi casa	0	20	40	60	80	100
3.-Si tuviera dificultades para dormir	0	20	40	60	80	100
4.-Si tuviera una discusión con un amigo	0	20	40	60	80	100
5.-Si me parecerá que no le gusto a otra persona	0	20	40	60	80	100
6.-Si me sintiera confiado o relajado	0	20	40	60	80	100
7.-Si saliera con un grupo de amigos y quisieran pasar a un bar	0	20	40	60	80	100
8.-Si estuviera pasándomela bien en una fiesta y quisiera pasármela mejor	0	20	40	60	80	100
9.-Si me acordara que bien sabe una bebida	0	20	40	60	80	100
10.-si me convenciera de que soy una nueva persona y me puedo tomar dos bebidas	0	20	40	60	80	100
11.-Si tuviera miedo de que las cosas no me fueran a salir bien	0	20	40	60	80	100
12.-Si otras personas intervinieran en mis planes	0	20	40	60	80	100
13.-Si me siento somnoliento y quisiera mantenerme alerta	0	20	40	60	80	100

Tendría la confianza de resistir a tomar una copa o tomar en exceso:

	Nada confiado	Poco confiado	Moderadamente confiado	Confiado	Totalmente confiado	Muy confiado
14.-Si tuviera problemas con personas del trabajo	0	20	40	60	80	100
15.-Si me sintiera incomodo por la presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
16.-Si en todo me estuviera yendo bien	0	20	40	60	80	100
17.-Si estuviera en una fiesta y otra persona estuviera tomando	0	20	40	60	80	100
18.-Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
19.-Si pasara por una tienda donde venden bebidas alcohólicas	0	20	40	60	80	100
20.-Si me cuestionara sobre mi consumo de alcohol y me sintiera como que puedo beber un trago para ponerme a prueba	0	20	40	60	80	100
21.-Si estuviera molesto por cómo están saliendo las cosas	0	20	40	60	80	100
22.-Si otra gente me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
23.-Si sintiera nauseas	0	20	40	60	80	100
24.-Si aumentara mi presión en mi trabajo por las exigencias de mi supervisor	0	20	40	60	80	100
25.-Si alguien me criticara	0	20	40	60	80	100
26.-Si me sintiera satisfecho con algo que he hecho	0	20	40	60	80	100
27.-Si me sintiera relajado con un amigo y quiera pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
28.-Si estuviera en algún restaurante y las personas que están conmigo están tomando	0	20	40	60	80	100
29.-Si me encuentro inesperadamente una botella de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100

Tendría la confianza de resistir a tomar una copa o tomar en exceso:

	Nada confiado	Poco confiado	Moderadamente confiado	Confiado	Totalmente confiado	Muy confiado
30.-Si comenzara a pensar que una bebida no me hará daño	0	20	40	60	80	100
31.- Si me sintiera confundido acerca de lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
32.-Si estuviera bajo mucha presión por los integrantes de mi familia en la casa	0	20	40	60	80	100
33.-Si sintiera como nudos en el estomago	0	20	40	60	80	100
34.-Si no me llevara bien con las demás personas del trabajo	0	20	40	60	80	100
35.-Si otra gente a mi alrededor me pusiera tenso	0	20	40	60	80	100
36.-Si saliera “con amigos” a dar una vuelta y quiera pasarla mejor	0	20	40	60	80	100
37.-Si conozco a alguien y esta persona sugiere consumir bebidas alcohólicas juntos	0	20	40	60	80	100
38.-Si de repente siento la necesidad de consumir alcohol	0	20	40	60	80	100
39.-Si quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	0	20	40	60	80	100

Apéndice I

Cuestionario de Satisfacción ([CSQ-8] Roberts, 1983)

Instrucciones: Nos interesa conocer su opinión para mejorar el programa por lo cual le solicitamos que responda a los cuestionamientos que le planteamos.

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de la intervención que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de ayuda que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestra intervención a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No, creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho	Indiferente o moderadamente no satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho

6.- ¿La intervención que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudó mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían ponerse las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con la intervención que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho	Algo insatisfecho	Muy insatisfecho

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

II: Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

Apéndice J

Consentimiento Informado (Grupo Experimental)

Título del proyecto: Intervención Breve de Enfermería para la Reducción del Consumo de Alcohol En Jóvenes Universitarios: Atención Plena y Consejo Breve.

Investigador Responsable: MCE. Lucero Fuentes Ocampo

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Propósito. El propósito del estudio es diseñar y evaluar la factibilidad de una intervención breve de enfermería para la disminución del consumo de alcohol mediante la aplicación de dos terapias; atención plena y consejo breve. Por lo cual le invitamos a participar en este estudio, cabe señalar que es una actividad académica dado que yo soy estudiante del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por ello esta investigación tiene fines científicos.

Descripción del procedimiento.

Si acepta participar en esta investigación se le entregará un sobre que contendrá los instrumentos de medición con un tiempo aproximado de respuesta de 20 minutos. Al término del llenado de los cuestionarios se establecerá los días y horarios para llevar acabo las sesiones de atención plena y consejo breve, esta intervención está conformada por 11 sesiones, una sesión cada semana con una duración de 60 minutos.

Las sesiones de la intervención breve incluyen estrategias del consejo breve, entrega de materiales y llamadas telefónicas de acuerdo con lo señalado en un programa llamado IDEAS (CONADIC & SSA, 2007) además de la aplicación de la atención plena donde se enseñará a meditar y a relajarse este es un programa de Reducción del Estrés de ([REBAP] Kabat-Zinn, 1978). El material que se utilizará en esta investigación será proporcionado por el investigador principal.

Confidencialidad: La información que proporcione será totalmente anónima y confidencial, la cual será resguardada solo el investigador principal, en ningún momento se le identificara por su nombre pues será sustituido por un número o código de referencia que servirá para que al finalizar la intervención los datos se puedan relacionar los datos previos y finales a la intervención. Los datos que se obtengan de la investigación, serán presentados de forma global y no de manera individual.

Riesgos. No existen riesgos serios con su participación de este estudio, si se llegara a sentir cansado o incomodo durante las sesiones o no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que usted así lo decida.

Beneficios. Los beneficios de este estudio radican que mediante la atención plena y el consejo breve es posible que Usted disminuya su consumo de alcohol y su percepción de estrés. Además de aprender la terapia de atención plena que ha mostrado efectos benéficos en el incremento de estados de ánimo positivos, la cual puede seguir

practicando al término de la intervención con ayuda del material que se le entregara en este estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación.

Las únicas personas que conocerán de su participación en este estudio serán usted y los investigadores responsables del estudio. La información proporcionada por usted en el transcurso de la investigación no será proporcionada a otras personas (maestros, padres, compañeros) esta información será resguardada por los investigadores del estudio en un lugar seguro y bajo llave. Los resultados finales de la investigación serán presentados de forma global y anónima mediante el empleo de códigos y estos pueden ser utilizados para ser publicados en artículos de investigación.

Preguntas.

Si usted llegara a tener una duda o aclaración puede comunicarse el responsable principal de la investigación al número celular 8121757132 o bien a la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), al teléfono 83 48 18 47 o en la dirección: Av. Gonzalitos # 1500, Colonia Mitras Centro, CP 64460, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información anterior en donde se me explica sobre el estudio que se realizara, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en cualquier momento que así lo desee.

Firma de la participante

Firma del investigador

Firma del primer testigo

Firma del segundo testigo

Fecha: a los _____ días del mes de _____ de 2017

Apéndice K

Consentimiento Informado (Grupo Control)

Título del proyecto: Intervención Breve de Enfermería para la disminución del Consumo de Alcohol En Jóvenes Universitarios: Atención Plena y Consejo Breve.

Investigador Responsable: MCE. Lucero Fuentes Ocampo

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Propósito. El propósito del estudio es diseñar y evaluar la factibilidad de una intervención breve de enfermería para la disminución del consumo de alcohol mediante la aplicación de dos terapias; atención plena y consejo breve. Por lo cual le invitamos a participar en este estudio, cabe señalar que es una actividad académica dado que yo soy estudiante del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por ello esta investigación tiene fines científicos.

Descripción del procedimiento.

Si acepta participar en esta investigación se le entregará un sobre que contendrá los instrumentos de medición con un tiempo aproximado de respuesta de 20 minutos. Usted tendrá que contestar los cuestionarios lo más apegado a su realidad, posterior a esto le entregaremos y explicaremos mediante un tríptico el consumo de alcohol, consecuencias del consumo, beneficios al dejar de consumir y como decir de manera asertiva no al consumo excesivo.

Además, le solicitamos nos proporcione datos de contacto como su número de celular, correo electrónico o una red social (Facebook o Instagram) para poder comunicarnos con usted, esto con el fin de poder agendar una cita en un lapso de dos meses para volver a aplicar las encuestas.

Confidencialidad: La información que proporcione será totalmente anónima y confidencial, la cual será resguardada solo el investigador principal, en ningún momento se le identificara por su nombre pues será sustituido por un número o código de referencia que servirá para que al finalizar la intervención los datos se puedan relacionar y analizar. Los datos que se obtengan de la investigación, serán presentados de forma global y no de manera individual.

Riesgos. No existen riesgos serios con su participación en este estudio, si se llegara a sentir cansado o incomodo o no desea seguir participando, podrá retirar en el momento que usted así lo decida.

Beneficios. No existe un beneficio personal por su participación en este estudio, pero en un futuro los resultados obtenidos propiciarán diseñar programas e intervenciones para la reducción del consumo de alcohol y otras drogas.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación.

Las únicas personas que conocerán de su participación en este estudio serán usted y los investigadores responsables del estudio. La información proporcionada por

usted en el trascurso de la investigación no será proporcionada a otras personas (maestros, padres, compañeros) esta información será resguardada por los investigadores del estudio en un lugar seguro y bajo llave. Los resultados finales de la investigación serán presentados de forma global y anónima mediante el empleo de códigos y estos pueden ser utilizados para ser publicados en artículos de investigación.

Preguntas.

Si usted llegara a tener una duda o aclaración puede comunicarse el responsable principal de la investigación al número celular 8121757132 o bien a la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), al teléfono 83 48 18 47 o en la dirección: Av. Gonzalitos # 1500, Colonia Mitras Centro, CP 64460, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información anterior en donde se me explica sobre el estudio que se realizara, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en cualquier momento que así lo desee.

Firma de la participante

Firma del investigador

Firma del primer testigo

Firma del segundo testigo

Fecha: a los _____ días del mes de _____ de 2017



Apéndice L



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Manual del Facilitador

Intervención Breve de Enfermería para la reducción del Consumo de Alcohol: Atención
Plena y Consejo Breve

Por

MCE. Lucero Fuentes Ocampo
Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Dra. Karla Selene López García

Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo

Cuerpo Académico Prevención de Adicciones

Tabla de Contenido

Introducción	4
Objetivo del manual	4
Población Objetivo:	5
Instrumentos	5
Puntos a tomar en cuenta para la implementación de la intervención	6
Terapéuticas de la Intervención	
Consejo Breve	9
Atención Plena	11
Estructura de las sesiones	17
Sesión 0	19
Indaga	
Inducción al Programa	
Sesión 1	25
Indaga/Dialoga/Práctica	
¿Qué es la Atención Plena?	
Sesión 2:	35
Dialoga/Establece	
Consecuencias del consumo de alcohol	
Beneficios al disminuir el consumo de alcohol	
Sesión 3	47
Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
La comunicación me protege	
Sesión 4	55
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Como decir no al consumo de alcohol	
Sesión 5	62
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Identificando situaciones y síntomas de estrés	
Sesión 6	67
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Conociendo el límite del consumo de alcohol	
Sesión 7	75
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Mitos y Realidades del Consumo de Alcohol	
Sesión 8	80
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
¡Diviértete sin alcohol!	
Sesión 00	86
Seguimiento	
Desarrolla tu propia práctica	
Referencias	90



Apéndice M

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Manual del Participante

Intervención Breve de Enfermería para la reducción del Consumo de Alcohol: Atención
Plena y Consejo Breve

Por

MCE. Lucero Fuentes Ocampo Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Dra. Nora Angélica Armendáriz García Dra. Karla Selene López García
Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo

Cuerpo Académico Prevención de Adicciones

Tabla de Contenido

Introducción	4
Sesión 0	5
Indaga	
Inducción al Programa	
Sesión 1	9
Indaga/Dialoga/Práctica	
¿Qué es la Atención Plena?	
Sesión 2:	20
Dialoga/Establece	
Consecuencias del consumo de alcohol	
Beneficios al disminuir el consumo de alcohol	
Sesión 3	31
Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
La comunicación me protege	
Sesión 4	40
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Como decir no al consumo de alcohol	
Sesión 5	49
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Identificando situaciones y síntomas de estrés	
No eres tú pensamiento	
Sesión 6	55
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Conociendo el límite del consumo de alcohol	
Sesión 7	62
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
Mitos y Realidades del Consumo de Alcohol	
Sesión 8	67
Dialoga/Establece/Acompaña en el proceso de cambio	
¡Diviértete sin alcohol!	
Sesión 00	72
Seguimiento	
Desarrolla tu propia practica	
Referencias	76

Apéndice Ñ

Evaluación de la Fidelidad de la Intervención

Nombre del facilitador: _____ Fecha: _____

Número de la sesión: _____ Hora de inicio: _____ Hora de termino: _____

Número de participantes: _____

Criterios de Observación	Si	No	Observaciones
1.-Inicia a tiempo la sesión			
2.- Se realizaron las actividades en el orden indicado en el manual del facilitador			
3.- Las actividades se llevaron a cabo en el tiempo establecido			
4.-Se realizaron todas las actividades programadas			
5.-El material para cada sesión estaba completo			
6.- Presenta el tema teórico de la sesión de manera clara y concisa			
7.-Aclara dudas a los participantes			
8.- Se explica las actividades a realizar para la próxima sesión			
9.-Revisan las actividades pendientes (tareas)			

Nota: (Puntos que se trataron en la sesión que no estaban establecidos en la intervención)

Resumen Autobiográfico

MCE. Lucero Fuentes Ocampo

Candidata para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: INTERVENCIÓN BREVE DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL: ATENCIÓN PLENA Y CONSEJO BREVE

Número de Página: 186

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacida en Acapulco de Juárez, Guerrero el 20 de Julio de 1988. Hija de Sr. Erasto Fuentes Castro y la Sra. Manuela Ocampo Martínez.

Educación: Egresada de la Unidad Académica de Enfermería No. 1, de la Universidad Autónoma de Guerrero, como Licenciada en Enfermería en el año del 2011. Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León como Maestra en Ciencias de Enfermería en el año 2014. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Experiencia profesional: Coordinadora del Área de Voluntariado de la Cruz Roja Mexicana Delegación Chilapa de Álvarez del 2009 al 2011. Coordinadora del Área de Juventud de la Cruz Roja Mexicana Delegación Chilapa de Álvarez desde el 2010 al 2012. Enfermera en el Hospital General “Raymundo Abarca Alarcón” en Chilpancingo de los Bravo, Guerrero del 1 enero al 30 Julio del 2012. Profesor de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Baja California en el año 2014-2015. Miembro de la Sociedad de Honor en Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Alpha desde 2014.

E-mail: lucerofuentes0720@gmail.com