UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGÍA WEB

Por

MCE. BENITO ISRAEL JIMÉNEZ PADILLA

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

MAYO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGÍA WEB

Por

MCE. BENITO ISRAEL JIMÉNEZ PADILLA

Director de Tesis

DRA. MARIA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

MAYO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGÍA WEB

Por

MCE. BENITO ISRAEL JIMÉNEZ PADILLA

Asesor Externo Internacional

MARTA LIMA SERRANO, PhD

Profesor Titular, Universidad de Sevilla

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

MAYO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGÍA WEB

Por

MCE. BENITO ISRAEL JIMÉNEZ PADILLA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

MAYO, 2022

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGÍA WEB

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Secretario

Dra. Karla Selene López García

1er Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

2do Vocal

Dra. Marta Lima Serrano

3er Vocal

Dra. Maria Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT] por el apoyo económico brindado para la realización de mi posgrado.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería por la oportunidad brindada para mi estancia en esta facultad.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo Subdirectora de Posgrado e Investigación y mi directora de tesis por todas las facilidades, paciencia, tolerancia, consejos y conocimiento brindado en pro de mi desarrollo.

Al Dr. Francisco Cadena Santos, Presidente de la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería [FEMAFEE] y al Lic. Moisés Padrón por sus consejos y apoyo en todo el proceso de mi Doctorado.

A la Dra. Marta Lima Serrano por recibirme en la Universidad de Sevilla para mi estancia doctoral y por el tiempo dedicado a la distancia durante la realización de la tesis de doctorado y las asesorías con el software de la intervención Alerta Alcohol.

Al Dr. Heins De Vries por las facilidades para utilizar y replicar el software de la intervención Alerta Alcohol.

A La Dra. Karla Selene López García y a la Dra. Nora Angélica Armendáriz García por su tiempo, consejos y dedicación hacia este trabajo y mi persona para culminar mi Doctorado. A los miembros del jurado de examen de grado a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Dra. Marta Lima Serrano, Dra. Karla Selene López García, Dra. Nora Angélica Armendáriz y el Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por sus aportes que enriquecieron la calidad del presente estudio.

A los adolescentes que estudian preparatoria que fueron participantes del estudio, por su tiempo y enseñanzas, así como a los padres de familia, y profesores de la Preparatoria 11 de la UANL; a los expertos del Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones por sus aportes en la adaptación cultural del estudio.

A la directora de la Preparatoria 11 de Cerralvo Nuevo León QCB. Nancy Delia Hernández Rodríguez por todas las facilidades para realizar el estudio.

A la Dra. Luz Veronica Berumen Burciaga y al Dr. Martin Eduardo Sias Casas por el apoyo brindado para mi arribo e instalación en la ciudad de Chihuahua, así como en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la UACH.

Dedicatoria

Le dedico primeramente este logro a Dios por su misericordia y amor, le estoy eternamente agradecido con lo que me ha dado.

A mi mamá Ana y a mi papá Benito por el apoyo incondicional y el amor que me han dado durante la realización de este posgrado, los amo.

A mi esposa Paola, compañera de vida y de posgrado por todo el amor, comprensión, apoyo y tolerancia durante estos tres años de preparación. Por esos momentos difíciles que pasamos juntos, pero sobre todo por todos los momentos de felicidad, gracias.

A mis hermanos Ana y Saúl, porque, aunque no estábamos cerca, sabía que podía contar con ellos en cualquier momento.

A todos y cada uno de mis docentes del doctorado por su paciencia, enseñanzas, consejos y tiempo.

Por último, a mis compañeros del doctorado, en especial a los cognators porque siempre supieron ser el apoyo en esos momentos de estrés, de ansiedad, de cansancio y de desvelos, porque no solo fueron compañeros, fueron amigos y amigas.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco Teórico	9
Modelo de Intención de Cambio (I-Change)	9
Reconceptualización y definición operacional de los Conceptos del Modelo I-Change	19
Estructura Conceptual-Teórico-Empírica	28
Etapas para la adaptación cultural de la intervención	29
Factibilidad y aceptabilidad	32
Estudios relacionados	33
Definición de términos	52
Objetivo general	56
Capítulo II	58
Metodología	58
Primera etapa: adaptación cultural	58
Diseño del estudio	58
Población muestreo y muestra	58
Instrumentos de recolección de datos en grupo gocal	59
Procedimiento de grupo focal para la adaptación	59
Segunda etapa: factibilidad, aceptabilidad y efectividad (piloto) de Alerta Alcohol	62
Diseño del estudio	62
Población, muestreo y muestra	63

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Criterios de inclusión	63
Criterios de exclusión	63
Criterios de eliminación	63
Instrumentación	64
Proceso de selección y capacitación de los facilitadores	68
Proceso de reclutamiento y selección de los participantes para la intervención	68
Intervención Alerta Alcohol	71
Modelo lógico de la intervención	72
Descripción de sesiones (curriculum de la intervención)	73
Consideraciones éticas	78
Plan de análisis estadístico	84
Capítulo III	87
Resultados	87
Fase I: Adaptación cultural	87
Modificaciones alerta alcohol	94
Fase II: Factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar	96
Capítulo IV	140
Discusión	140
Conclusiones	150
Recomendaciones	151

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Limitaciones	151
Referencias	154
Apéndices	173
A. Guía Semiestructurada para la conducción del grupo focal	174
B. Invitación grupo focal	175
C. Consentimiento informado del padre o tutor (grupo focal)	176
D. Consentimiento informado para padres (grupo focal)	178
E. Asentimiento informado del adolescente (grupo focal)	181
F. Consentimiento informado del profesor (grupo focal)	183
G. Consentimiento informado del experto (fase de adaptación)	186
H. Cédula filtro	188
I. Cédula de Datos Personales y de Consumo de Alcohol (CDPYCA)	190
J. Percepción del riesgo al consumo episódico excesivo de alcohol	194
K. Escala de actitud frente al consumo episódico excesivo de alcohol	195
L. Escala norma social consumo episódico excesivo de alcohol	196

Tabla de Contenido

Contenido	Página
M. Escala presión social consumo episódico excesivo de alcohol	198
N. Escala autoeficacia	199
O. Escala de factibilidad y aceptabilidad de la intervención	200
P. Guía de observación de aplicadores de la intervención	202
Q. Autorización de escuela para estudió de intervención	203
R. Consentimiento informado intervención para padres o tutores	204
S. Asentimiento informado intervención	206
T. Curriculum de la intervención alerta alcohol	208
U. Mapeo de la intervención	211

Lista de Tablas

Tabla		Página
1.	Esquema del diseño con medición pre-postest	62
2.	Tiempos aproximados desde el inicio hasta el término de la intervención	69
3.	Actividades por sesión de la intervención alerta alcohol	76
4.	Pruebas estadísticas utilizadas	84
5.	Resultados adaptación cultural (fase I)	89
6.	Adaptaciones del contenido de alerta alcohol	94
7.	Tasas de reclutamiento, retención y abandono de la Intervención “Alerta Alcohol”	96
8.	Frecuencias y proporciones del apartado de factibilidad de la entrega de la intervención	97
9.	Frecuencias del apartado de aceptabilidad del cuestionario de factibilidad y aceptabilidad de la intervención	99
10.	Confiabilidad de los instrumentos pre y postest	100
11.	Datos sociodemográficos de los participantes	101
12.	Descriptivos del cuestionario de percepción de riesgo (GE)	102
13.	Descriptivos del cuestionario de percepción de riesgo (GC)	105
14.	Descriptivos del cuestionario de actitud frente al BD (GE)	108
15.	Descriptivos del cuestionario de actitud frente al BD (GC)	110
16.	Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GE)	113

Lista de Tablas

Tabla	Página
17. Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GC)	117
18. Descriptivos de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol (GE)	121
19. Descriptivos de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol (GC)	122
20. Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GE)	123
21. Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GC)	126
22. Prevalencia global de consumo episódico excesivo de alcohol (BD) en el grupo experimental	128
23. Prevalencia global de consumo episódico excesivo de alcohol (BD) en el grupo control	129
24. Prevalencias de consumo grupo experimental y estimación puntual IC95%	129
25. Prevalencias de consumo grupo control y estimación puntual IC95%	130
26. Prueba de normalidad de las variables continuas en el pretest	131
27. Prueba de normalidad de las variables continuas en el postest	132
28. Cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo episódico excesivo	133

Lista de Tablas

Tabla	Página
29. Prevalencia actual e instantánea por sexo	133
30. Actitudes de los participantes	134
31. Intención de los adolescentes para dejar de consumir alcohol y realizar BD de acuerdo con las etapas de cambio	135
32. Percepción de riesgo del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest	136
33. Autoeficacia del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest	137
34. Actitudes del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest	137
35. Norma Subjetiva del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest	138
36. Consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest	139

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo I-Change	19
2. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica	28
3. Modelo lógico de los componentes de la intervención	72

RESUMEN

Benito Israel Jiménez Padilla Fecha de Graduación: Mayo 2022
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título de Estudio: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGIA WEB

Número de páginas: 214 Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas
Propósito y Método de estudio: Adaptar culturalmente la intervención Alerta Alcohol, creada en Holanda (Jander, Crutzen, Mercken & de Vries, 2014) y traducida y aplicada en España (Lima et al., 2018) con el propósito de disminuir los episodios de consumo excesivo de alcohol y medir la factibilidad y la eficacia preliminar de la misma. Para el proceso de adaptación (primera fase del estudio) se realizó un muestreo por conveniencia para formar los grupos focales, en total, se conformaron cuatro grupos focales, dos de adolescentes (n = 8 por grupo), un grupo de padres de familia (n = 6) y un grupo de expertos en la temática de consumo de sustancias psicoactivas y de intervenciones cognitivo conductuales (n = 5), se empleó una guía semiestructurada para la conducción de grupos focales y para el proceso de adaptación se siguió un modelo de cinco fases (Barrera & Castro, 2006). Para la segunda fase, el diseño fue un estudio piloto cuasiexperimental con grupo experimental y grupo control, la muestra fue de 42 adolescentes de preparatoria, 25 para el grupo experimental y 17 para el grupo control; la intervención Alerta Alcohol fue entregada vía página web (www.alertaalcoholmty.com) y los adolescentes ingresaron desde su domicilio vía ordenador. Los Coeficientes de Confiabilidad para el instrumento de percepción de riesgo al consumo de alcohol fueron de (α = .80) al pretest y (α = .84) al postest; el cuestionario de actitud frente al consumo episódico excesivo de alcohol Puntuó α = .61 al pretest y α = .80 al postest; las puntuaciones para el instrumento de norma social al consumo episódico excesivo de alcohol fueron α = .71 al pretest y α = .69 al postest; el cuestionario de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol fue de α = .85 al pretest y α = .46 al postest; para el cuestionario de autoeficacia al consumo episódicoeExcesivo de alcohol fue de α = .97 al pre y postest. El estudio se apegó a lo establecido por la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SSA, 2014) y contó con la aprobación del Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo

León; se contó con el consentimiento informado para padres /tutores y asentimiento para los adolescentes.

Contribuciones y Conclusiones: En lo que respecta a la primera fase del estudio, de adaptación cultural, factibilidad y aceptabilidad, se entrega una intervención sensible para el contexto cultural mexicano, específicamente en el noreste de México; de acuerdo a lo encontrado, se modificaron aspectos relacionados al lenguaje, palabras de la intervención original para que fuera más entendibles por los adolescentes, se modificaron palabras diferentes y referencias a situaciones de consumo desconocidas en este contexto, se buscó que las modificaciones no cambiaran el sentido de la historia o del contenido. En cuanto a la factibilidad y aceptabilidad, la tasa de reclutamiento de ambos grupos fue de 47.33%; en el grupo experimental, la tasa de retención fue del 54.34% y la de abandono de 45.65%. Para el grupo control, la tasa de retención fue de 68% y la de abandono fue de 32%. En cuanto al contenido de la intervención, el 84% de los participantes encontró útil la intervención para disminuir el consumo de alcohol, mientras que el 88% dijo que la capacidad para resolver su problemática del consumo de alcohol era "suficiente"; el 72% estuvo "muy de acuerdo" con la satisfacción del programa. En base a lo mencionado, se puede indicar que la intervención es factible de ser aplicada a partir del contenido adaptado en la primera fase y fue satisfactoriamente aceptada por los participantes.

Respecto a la eficacia preliminar de la intervención, fue efectiva para la percepción de riesgo ($U = 295.50$, $p < .05$, $d = 1.12$), cantidad de bebida alcohólica consumida por ocasión ($U = 106.50$, $p = .001$, $d = -0.13$) y frecuencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol ($U = 161.50$, $p = .032$, $d = -0.28$), todas comparadas con el grupo control al postest.

Para los objetivos específicos del estudio, en cuanto al consumo de alcohol por sexo, no se encontraron diferencias significativas para la prevalencia actual ($\chi^2 = .323$, $p = .63$), ni para la prevalencia instantánea ($\chi^2 = .264$, $p = .53$); en cuanto a las actitudes de los adolescentes hacia el consumo de alcohol, se observó una media alta de la sumatoria de actitudes ($\bar{X} = 27.92$, DE = 5.56), lo que brinda evidencia de que los adolescentes presentan actitudes desfavorables (contras) hacia el consumo de alcohol. Respecto a la intención de los adolescentes para dejar de consumir, el 28.6% se ubicó en la etapa de precontemplación, un 19% en la etapa de contemplación y un 25.4% en la etapa de preparación.

Para la hipótesis uno del estudio, en la percepción de riesgo se encontraron diferencias significativas ($U = 295.50$, $p = 0.02$, $d = 1.12$) entre las medias del grupo experimental ($\bar{X} = 38.52$, $DE = 2.60$) y el grupo control ($\bar{X} = 33.94$, $DE = 5.16$) mientras que para la autoeficacia no se encontraron diferencias significativas ($U = 174.40$, $p = .319$, $d = -0.23$) entre las medias del grupo experimental ($\bar{X} = 16.00$, $DE = 8.44$) y el control ($\bar{X} = 21.00$, $DE = 12.08$), por lo que se rechazó la hipótesis de estudio.

Para la segunda hipótesis, no se encontraron diferencias (U = 223.50, p = .77, d = -.04) entre el grupo experimental ($\bar{X}$ = 27.72, DE = 7.73) y el control ($\bar{X}$ = 30.71, DE = 6.29), por lo que se rechaza la hipótesis dos.
Para la hipótesis tres, no se encontraron diferencias significativas al postest (U = 155.50, p = .130, d = -0.30) entre el grupo experimental ($\bar{X}$ = 40.56, DE = 5.39) y el control ($\bar{X}$ = 42.59, DE = 7.74), por lo que se rechazó también dicha hipótesis. Para la hipótesis de estudio cuatro, hubo una diferencia entre el grupo experimental y el control al postest para la cantidad de alcohol ingerida por ocasión (U = 106.50, p < .001, d = -0.13); mismo caso para lo que respecta a los episodios de consumo excesivo de alcohol (U = 161.50, p = .032, d = -0.28), sin embargo, no se reportaron prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol en el grupo control, esto pudiera explicar la diferencia entre grupos, por lo que se acepta parcialmente la hipótesis de estudio cuatro.
En conclusión, la intervención Alerta Alcohol es una versión adaptada culturalmente a una región del Noreste de México, fue realizada a partir de la versión al español y aplicada en Sevilla, España, (Lima et al., 2018) misma que fue adaptada de la primera versión y original Alerta Alcohol creada en Holanda (Jander et al., 2014) en idioma neerlandés. Aunque tuvo algunos aspectos efectivos como parte de la eficacia preliminar, se sugiere replicar dicho contenido a gran escala y teniendo en cuenta las experiencias señaladas en esta tesis para lograr una mayor efectividad de la intervención.

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol se ubica dentro de los primeros 20 factores de riesgo para la salud a nivel mundial, mientras que en los países desarrollados se encuentra dentro de los primeros diez (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Se estima que cerca de 3.3 millones de personas mueren anualmente a causa del consumo de alcohol, lo que representa un 5.1% de la carga de morbilidad y lesiones (OMS, 2014).

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol se vinculan con la reducción del autocontrol, lo que causa daños fisiológicos, aumento del riesgo de contraer tuberculosis, enfermedades cardiovasculares y algunas neoplasias (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2010). Las causas de defunción por uso y abuso de alcohol se integran en 20% por accidentes en vehículos de motor, 30% por padecimientos como enfermedades hepáticas, renales, neoplasias y homicidios el restante 50% se debe a cirrosis hepática (UNODC, 2010; OMS, 2014).

El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la pérdida de Años de Vida Saludables [AVISAs], es responsable del aumento de la carga de morbilidad en América Latina (Anderson, Gual, & Colon, 2008; OMS, 2008). En México el consumo excesivo de alcohol es responsable del 6.5% de las muertes prematuras y del 1.5% de años de vida sin salud.

En los adolescentes el consumo de alcohol es preocupante para las autoridades de la mayoría de los países, principalmente por las consecuencias a la salud atribuidas al uso del alcohol. En los últimos 15 años se ha observado con más frecuencia el consumo episódico excesivo de alcohol (Binge Drinking [BD]), definido como la ingesta de 4 o más bebidas alcohólicas en mujeres y 5 o más en hombres en menos de dos horas al menos una vez en los últimos 30 días (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo [NIAAA] por sus siglas en inglés, 2004).

A nivel mundial se estima que entre un 10 y 15% de los adolescentes han consumido alcohol de manera episódica excesiva y estos son consumidores actualmente (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental [SAMHSA], 2014). En México durante el 2016, el 28% de los adolescentes de 12 a 17 años reportaron consumo de alcohol en el último año, mientras que un 16.1% reportó consumo durante el último mes. Las prevalencias del consumo episódico excesivo en el último mes se duplicaron en esta población; en el 2011 fue de 4.3%, mientras que en el 2016 fue de 8.3% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], & Secretaría de Salud [SSA], 2016).

Para el estado de Nuevo León se tienen las cifras reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] en el 2012 (INSP, 2012), donde el 32.9% de los adolescentes de 10 a 19 años consumieron alcohol alguna vez en la vida, mientras que en el 2016 fue de 73.6% de adolescentes que reportaron consumo global en el 2016 en un estudio realizado en adolescentes del estado de Nuevo León (López-Cisneros, Alonso, Méndez & Armendáriz, 2016). En lo que respecta al consumo episódico excesivo en los adolescentes de 12 a 17 años, el 14.3% reportó este tipo de consumo en el último año mientras que la prevalencia en el último mes fue de 8.5% (INSP, 2012; INPRFM, INSP, & SS, 2016).

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2015) indica que el alcohol es considerado como la principal droga de inicio con el 41.4%. En este sentido, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2015) refiere que, aunque la mayoría de las personas que consumen alcohol no llegan a desarrollar dependencia, el inicio temprano de consumo de alcohol aumenta la probabilidad de desarrollar hábitos de consumo peligroso o enfermedades relacionadas a este consumo a mediano y largo plazo.

En los adolescentes, sea cual sea la cantidad de alcohol ingerida representa un consumo de riesgo; además, son los adolescentes una de las poblaciones más vulnerables a la adopción de conductas de consumo de sustancias psicoactivas (Del Pozo & González, 2011; CICAD, 2015). Esta vulnerabilidad se puede entender por la etapa de desarrollo en la que se encuentran, la cual está marcada por complejas transformaciones biológicas y psicológicas, en esta fase de su vida se desenvuelven en un contexto que incentiva y promueve el consumo de alcohol (Barroso, Mendes, & Barbosa, 2009; Maslowsky, Capell, Moberg, & Brown, 2017).

Según la evidencia científica los adolescentes que consumen alcohol aumentan el riesgo de desarrollar problemas en el ámbito escolar, como falta de concentración, bajo rendimiento académico, problemas familiares y sociales, o problemas relacionados a conductas de alto riesgo como accidentes de tránsito, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual (Sá, Rocha, Machado, & Precioso, 2018; Serrano, Espada, Piqueras, Amorós, & García, 2013).

De acuerdo con lo que reporta la literatura en base a los riesgos que representa el consumo de alcohol, se hace necesario diseñar e implementar programas de prevención a través de intervenciones basadas en teoría y en la evidencia científica con la finalidad de lograr efectividad en los resultados (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2016; Melo & Nascimento, 2010).

Las intervenciones preventivas son un conjunto de acciones cuyo objetivo es retrasar o disminuir la aparición de problemas relacionados con conductas de riesgo; en el caso de las intervenciones que aborda el consumo de alcohol, se espera detener, retrasar o disminuir el consumo de este. El sustentar las intervenciones basadas en evidencia científica permite comprender el comportamiento humano frente al consumo de alcohol y de esta manera poder ayudar no solo a disminuir el consumo sino también reducir los daños y riesgos asociados a esta conducta (Becoña, 2001; NIDA, 2004).

Si bien las intervenciones preventivas suelen ser diseñadas para aplicarse en un entorno específico (casa, escuela o comunidad), su uso se puede adaptar a diversos contextos; y su entrega puede ser mediante el uso de la tecnología (Lima, Martínez, Lima, Mercken & De Vries, 2018). Dentro del campo de la prevención y tratamiento del uso y abuso de drogas, se considera a la escuela como el marco idóneo de acción con los adolescentes, ya que la experimentación con las sustancias adictivas más comunes se produce en la etapa escolar y las intervenciones que se llevan a cabo en este ambiente tienen la ventaja de llegar a la mayoría de los adolescentes (González, Manzano, & González, 2009; NIDA, 2004).

Existen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que contribuyen al riesgo del consumo de alcohol, por tal motivo, el NIDA (2016) menciona que las intervenciones selectivas (enfocadas a un grupo con características similares) pueden aportar mejores resultados en comparación con las intervenciones universales (dirigidas a toda la población sin tomar en cuenta factores de riesgo). La mayoría de las intervenciones dirigidas a disminuir el consumo de alcohol en el ámbito escolar se basan en teorías cognitivas conductuales y/o sociales que pretenden evitar o disminuir dichas conductas mediante la eliminación de los factores de riesgo personales, psicológicos, sociales y factores de protección (González, Manzano & González, 2009).

Se ha demostrado mayor efectividad en las intervenciones cuando se combinan diversas estrategias de prevención del consumo, lo que se le conoce como intervenciones multicomponentes; estas brindan información acerca de los riesgos y consecuencias que conlleva el uso de alcohol, así como el desarrollo de habilidades sociales, de rechazo y asertivas. Algunos estudios han demostrado que el integrar sesiones informativas con enfoque participativo en conjunto con materiales educativos impresos o digitales puede aumentar la efectividad de las intervenciones, impactando en la disminución de consumo de bebidas alcohólicas por ocasión, así como retrasar el

inicio de consumo de esta sustancia (Cuijpers, 2002; García, López, García, & Días, 2014; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero & Gómez, 2011).

Además de brindar información durante las sesiones, las intervenciones multicomponentes buscan fortalecer habilidades y capacidades personales e intelectuales, psicológicas, aplicadas en ambientes escolares desde un mínimo de 5 hasta 15 sesiones de duración durante el periodo escolar. Es recomendable una sesión por semana con una duración no mayor a 45 minutos; se deben implementar en conjunto con otras actividades escolares y/o incluirse de ser posible en el currículo escolar (Cuijpers, 2002; NIDA, 2004; Sousa et al., 2017).

Una de las innovaciones en el campo de prevención del consumo de alcohol es la aplicación de las intervenciones mediante el uso de las tecnologías web; se dirigen a adolescentes de 10 a 19 años y consisten en actividades digitales interactivas enfocadas a incrementar el conocimiento acerca del alcohol y sus daños, así como a modificar las actitudes y creencias acerca de la sustancia y reforzar las habilidades sociales de rechazo, asertividad y reducir el consumo (Marsch & Borodovsky, 2016). El amplio acceso y uso de la tecnología entre los jóvenes en la actualidad resalta la oportunidad de entregar intervenciones mediante la utilización de herramientas tecnológicas con las que este grupo poblacional se encuentra muy familiarizado (Marsch & Borodovsky, 2016).

Una de las intervenciones dirigidas a prevenir y/o disminuir el uso de alcohol entre los adolescentes y que utiliza tecnología Web está siendo aplicada en Sevilla, España la intervención titulada Alerta Alcohol, la cual fue adaptada de la intervención original de la Universidad de Masstricht en Holanda (Lima, Martínez, Lima, Mercken & de Vries, 2018). Esta intervención se basa en El Modelo I Change (De Vries et al., 2004;2005) el cual se deriva del Modelo ASE (Actitudes, Influencia Social y Autoeficacia) también de los mismos autores (De Vries et al., 1998) y explica el cambio conductual a través del proceso motivacional.

El Modelo I-Change se puede considerar una integración de la Teoría de la Conducta Planeada de Fishbein y Azjen (1975) debido a que incluye el componente de la Intención del consumo; la Teoría Cognitiva Social de Bandura [TSC] (1989), ya que incorpora el constructo de Autoeficacia; el Modelo Trasnteórico de Prochaska y DiClemente (1982) que considera las etapas de Pre-contemplación, Contemplación y Preparación, así como el balance decisional (pros y contras).

El Modelo I-Change se enfoca en tres factores motivacionales; la actitud hacia ciertos comportamientos (pros y contras), la influencia social experimentada (modelo social; normas y presión social) y las expectativas de autoeficacia, las cuales influyen en la intención de la persona a desarrollar un comportamiento específico (Jander, Mercken, Crutzen, & De Vries, 2013; Lima et al., 2018). Este Modelo (I-Change) se ha utilizado en la Unión Europea como una aproximación de acción en el Marco Europeo de Prevención del Tabaquismo, así como en intervenciones para disminuir el consumo de alcohol (Schulz et al., 2013; Lima et al., 2018).

Recientemente, Lima et al. (2018) realizaron la traducción y validación al español del contenido de la intervención Alerta Alcohol para aplicarse en adolescentes andaluces con el fin de reducir el consumo de alcohol y el consumo episódico excesivo de alcohol. Por ello, en este estudio se realizó una adaptación cultural de los contenidos, el lenguaje, uso de términos locales en Monterrey y en un contexto específico (escuela preparatoria), donde se consideraron las opiniones de los estudiantes, padres de familia, profesores y expertos en esta temática; posteriormente, se realizó una evaluación de la factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar mediante un estudio piloto cuasi experimental.

La adaptación cultural de una intervención es un proceso que incluye planeación, organización, trabajo colaborativo y un tiempo determinado para llevarla a cabo de manera concreta (Bernal, Jiménez, & Domenech, 2009). El objetivo de realizar una adaptación cultural de algún programa basado en evidencia, o de algún protocolo de

intervención es que el contenido y la información de estos sea compatible con el lenguaje, la cultura, el contexto, creencias y valores de los sujetos en los cuales se desea implementar y, que son diferentes a los sujetos del contexto donde se creó originalmente (Bernal, Jiménez, & Domenech, 2009; Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2013).

Dentro de la literatura que aborda la adaptación cultural de programas basados en evidencia, diversos autores han propuesto una serie de modelos o fases para guiar este proceso para que sea efectivo (Barrera & Castro, 2006; Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2013). Uno de los modelos más utilizado es el propuesto por Barrera y Castro (2006), el cual consta de cinco fases (recopilación de información, diseño preliminar de la adaptación, prueba de la adaptación preliminar, refinamiento y ensayo) que brindan las pautas para realizar una adaptación sensible culturalmente que pueda ser aplicada en el contexto deseado.

De acuerdo con la literatura consultada en el ámbito de las intervenciones preventivas del consumo de alcohol en ambientes escolares, estas han utilizado diversas teorías que las fundamentan. El programa de Prevención de las Adicciones a Sustancias en la Escuela [PASE.bcn] utilizó como marco la TSC de Bandura y el Modelo ASE [Actitudes, Influencias Sociales y Autoeficacia] (que es antecedente del Modelo I-Change) logró mantener un número bajo de nuevos fumadores del grupo intervención [GI] (5.1%) a diferencia del grupo control [GC] (9.2%) al seguimiento de 12 meses (Ariza, Juárez, Salut, & Sánchez, 2011).

La autoeficacia (componente fundamental de la TSC) se considera dentro las habilidades indispensables a abordar en las intervenciones preventivas dirigidas a los adolescentes (Bandura, 1989; Cuijpers, 2002; NIDA, 2004). Ya sea con enfoque preventivo (Alonso, et al., 2009; Ariza, Villalbi, Sanchez, & Nebot, 2011; Malmberg, et al., 2014), o dirigido a la disminución o abandono del consumo de alcohol (Schwinn, Schinke, & Di Noia, 2010), se ha demostrado que la autoeficacia resulta un componente

elemental debido a que fortalece la capacidad para resistir satisfactoriamente situaciones de alto riesgo frente al consumo de alcohol (Litt & Kadden, 2015).

En las intervenciones preventivas el NIDA (2004) recomienda incluir tanto elementos de la cognición como de las habilidades sociales que permiten al adolescente ser asertivos y mejorar sus habilidades de negociación y de resolución de problemas cuando se enfrentan a la oferta de consumo de alcohol. Se ha documentado que las habilidades sociales que se adquieren desde la infancia y adolescencia se consideran predictores de ajuste psicológico, social y escolar que actúan como protectores del consumo (Botvin, 1995; Gutiérrez & Villatoro, 2011). La inclusión del entrenamiento de las habilidades sociales como asertividad o el autocontrol, se consideran elementos de la intervenciones cognitivo-conductuales que han mostrado mayor efectividad en la prevención o reducción del consumo de alcohol (Botvin & Griffin, 2007; Gazquez, García & Espada, 2009).

La OMS motiva al personal de salud entre ellos a enfermería a desarrollar estrategias y acciones que no solo abarquen aspectos de tratamiento y rehabilitación, sino que refuercen acciones para evitar el consumo de sustancias psicoactivas (OMS, 2011; Savage, Dyehouse, & Marcus, 2014). En ese sentido, se debe señalar la capacidad y experiencia de los profesionales de enfermería para implementar intervenciones que promuevan el desarrollo de una actitud positiva, responsable y de protección del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes (International Council of Nurses [ICN], 2012; Fandiño, 2016).

El presente estudio se considera una innovación ya que, además de la utilización del Modelo I-Change, la intervención hace uso de la tecnología para su entrega. Cada una de las sesiones utilizó una página Web con inicio desde un dispositivo electrónico (computadora) para lograr el entrenamiento de habilidades sociales y genéricas para disminuir el consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día

típico, frecuencia de consumo episódico excesivo y las prevalencias actual e instantánea).

Con los hallazgos derivados de la presente investigación se aporta a la disciplina de enfermería y de las ciencias afines conocimiento científico a través de la verificación empírica de algunas de las proposiciones del Modelo I-Change. Al operar la intervención Alerta Alcohol, se amplía el conocimiento en el área de la prevención (Fawcett, J., 2005) y se aporta un protocolo y una herramienta tecnológica adaptados a un grupo de adolescentes de una localidad del noreste de México factible de ser aplicada a futuro en áreas escolares.

En base a lo anterior, se determina que el propósito del estudio fue adaptar culturalmente la Intervención Alerta Alcohol con tecnología Web dirigida a reducir el consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día típico, frecuencia de consumo episódico excesivo y las prevalencias actual e instantánea) en adolescentes que estudian preparatoria, así como determinar la factibilidad, aceptabilidad y la eficacia preliminar de la intervención.

Marco Teórico

A continuación, se presenta el Modelo de Intención de Cambio (I-Change Model) el cual fundamentó la presente intervención. El uso de las teorías o modelos para el desarrollo de la investigación ofrece los cimientos sobre los cuales se fundamenta la acción científica y profesional. La utilización de un referente llevado a cabo previamente como lo es el modelo I-Change, facilita contextualizar la situación del problema en los individuos, ya sea de salud o de conducta y la dinámica en cómo estos ocurren (Alonso-Cabrera, 2004).

Modelo de Intención de Cambio (I-Change)

El Modelo I-Change es un modelo integrado ya que incluye componentes de diversas teorías cognitivo-conductuales utilizadas en la modificación de conductas no

saludables o de riesgo, como lo es el consumo de alcohol. La integración de este modelo requirió de un acercamiento crítico y analítico para identificar si los constructos incluidos aportan valor en este nuevo modelo y de qué manera interactúan los constructos (De Vries, 2017). El modelo I-Change asume que los factores que pueden impactar en la realidad del individuo varían dependiendo de la fase motivacional; el enfoque interactivo del modelo aborda una realidad compleja donde múltiples factores tienen una relación reciproca e interaccionista (De Vries, 2017).

El modelo se deriva del modelo ASE [Actitudes, Influencia Social y Autoeficacia] (De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988; De Vries & Mudde, 1998), se integraron algunos conceptos de la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991), la Teoría Cognitivo Social [TSC] de Bandura (1989), el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska (1983) y, el Modelo de Creencias en Salud (Janz & Becker, 1984). El Modelo I-Change busca explicar el cambio de conducta desde el punto de vista motivacional, ya que, de acuerdo con el modelo, los comportamientos de los individuos son determinados por la motivación que surge para desarrollar dicha acción (De Vries, 2005). El modelo I-Change asume que al menos se pueden distinguir tres fases en el proceso del cambio conductual; Pre-motivacional, Motivacional y Post-motivacional o de acción.

Pre-motivacional

En esta fase, la conciencia es el resultado de un conocimiento y de la percepción del riesgo acerca del comportamiento. La interacción del adolescente con el ambiente puede ayudar a través de la observación a ser más consciente del riesgo e identifique la necesidad de adoptar una nueva conducta o modificar algún comportamiento ya instalado.

Motivacional

La fase de motivación al cambio depende de las actitudes, la influencia social y las expectativas de autoeficacia. Lo anterior influye en la intención del individuo para el

cambio de conducta; el resultado final se puede medir mediante las intenciones del individuo al cambio.

Post-motivacional

En la fase post-motivacional se incluye las intenciones que pueden influir en el comportamiento, dentro de la intención se consideran las etapas de cambio (precontemplación, contemplación y preparación). Depende de la intención, es la posibilidad para realizar una conducta.

Según de Vries et al (2003), el comportamiento es el resultado de las intenciones, de los conocimientos y de las habilidades de una persona, ya que estas se pueden cambiar con cierta rapidez para realizar alguna conducta, por ejemplo, pasar de no contemplar una conducta a contemplarla en menos de un mes. Así mismo, los conocimientos y las habilidades de la persona pueden aumentar las probabilidades para realizar dicho comportamiento, entre más preparado se sienta para llevar a cabo alguna actividad, más rápido puede ser el proceso de cambio entre la contemplación y la acción. Estas acciones pueden ser disminuidas o limitadas por las barreras que perciba la persona para alcanzar su objetivo.

Fase Premotivacional

En esta fase se incluyen los factores predisponentes, factores de conciencia y factores de información.

Factores predisponentes

Los factores predisponentes se definen en el Modelo ASE (De Vries & Mudde, 1998), el cual es el antecedente directo del modelo I-Change y hacen referencia a los factores más distales de la conducta (De Vries et al., 2003). Estos factores se refieren al aspecto biológico, psicológico y sociocultural del individuo; son aquellos atributos propios, aprendidos y contextuales que pueden tener algún efecto en el proceso de realización de alguna conducta. Además, tienen una probable influencia directa en la motivación o de manera indirecta a través de los factores de conciencia.

Factores Biológicos

Los factores biológicos son todas aquellas características inherentes de la persona (edad, sexo, herencia genética) de las cuales no se tiene un control y pueden afectar en la percepción de riesgo, en la motivación y en llevar a cabo algún comportamiento (De Vries, 1993).

Factores Psicológicos

Los factores psicológicos son el resultado del juicio realizado por el individuo, ya sea por práctica u observación y puede influir en el proceso de adquisición de una nueva conducta (por ejemplo, la autoestima, la personalidad y el proceso de aprendizaje vicario) (De Vries, 1993).

Factores Socioculturales

Los factores socioculturales son todos aquellos elementos que afectan el desarrollo y la interacción del individuo con los demás, por ejemplo, el clima social y el estatus socioeconómico (De Vries, 1993).

Factores de Información

Los factores de información son todos aquellos elementos que influyen en la efectividad de la intervención conductual a través de los factores de motivación y pueden ser de tres tipos; de mensaje, de canal y de fuente (De Vries, 1993; Petty & Cacioppo, 1986). Los factores de mensaje consideran la calidad y el contenido de información incluido en la intervención, que permite al individuo realizar un juicio entre la información obtenida y el conocimiento o sus opiniones individuales; los factores de canal son aquellos elementos o características de las herramientas utilizadas para la implementación y ejecución de la intervención, que permitan entregar la información de manera adecuada. Los factores de fuente se refieren a la credibilidad de la fuente que brinda esta información; es más creíble la información si la ofrecen personas de instituciones educativas o asociaciones civiles en comparación de personas que se

desconoce su formación o pertenecen a grupos no formales (De Vries, 1993; Petty & Cacioppo, 1986).

Factores de Conciencia

Los factores de conciencia se refieren a la capacidad del individuo para estar alerta y percibir en base al conocimiento de sí mismo y del entorno, situaciones que pueden ser percibidas como amenaza para el comportamiento deseado (Kasten, van Osch, Candel, & De Vries, 2019). De acuerdo con el modelo I-Change, ser consciente implica identificar las amenazas que afecten los resultados del comportamiento, por ello forma parte del proceso de cambio de conducta.

Conocimiento

El conocimiento se define como la comprensión de una información recibida (de carácter objetivo y subjetivo) con respecto a mantener o cambiar la conducta. El conocimiento implica tomar acciones informadas (Kasten, van Osch, Candel, & De Vries, 2019).

Percepción de Riesgo

La percepción del riesgo permite al sujeto tomar decisiones, puede influir de una manera determinada en la ejecución de una conducta a partir de la ponderación de diversos aspectos intrapersonales y ambientales a favor o en contra de esta; es una evaluación subjetiva de la probabilidad de que algún acontecimiento o conducta ocurra, en la que se toma en cuenta las posibles consecuencias (Sjoberg, Moen & Rundmo, 2004).

La percepción de riesgo se define de acuerdo con lo que plantea Ajzen (2005) en la percepción de control y significa que tan peligroso o dañino es o no una conducta determinada; el enfoque es cognitivo actitudinal y se refiere a la percepción de riesgo como uno de los elementos del inicio del consumo de drogas. Dentro del modelo I-Change, la percepción del riesgo son las creencias sobre el peligro, gravedad y

probabilidad sobre las consecuencias de la conducta de consumo de alcohol y de consumo excesivo de alcohol.

Fase Motivacional

Dentro de la fase motivacional se incluyen únicamente los factores de motivación.

Factores de Motivación

Dentro de la segunda fase del modelo se encuentran los factores de motivación, los cuales toman en cuenta las actitudes, pros y contras, norma social, presión social y autoeficacia. A continuación, se describen cada uno de estos factores

Actitudes

De acuerdo con la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2005) la actitud del individuo ante cualquier comportamiento está compuesta por un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias de una conducta y el valor afectivo que el individuo les atribuye a tales consecuencias. Las actitudes son los juicios positivos o negativos del individuo hacia ciertas conductas (Azjen, 1991).

De acuerdo con De Vries et al. (2003), las actitudes forman parte del componente motivacional y anteceden a la intención; además, en el Modelo I-Change se toman en cuenta los pros y contras como parte de las actitudes y comprende los procesos individuales que se llevan a cabo cuando se piensa efectuar un cambio de comportamiento de diversas conductas negativas de salud o bien, iniciar una conducta saludable. Los pros son los aspectos positivos que surgen en el balance decisional para impulsar el cambio mientras que los contras son los aspectos negativos que inhiben o detienen el cambio de conducta.

En este modelo se representan los aspectos cognitivos y motivacionales de la toma de decisión y la actitud, los autores la transforman en cuatro categorías de pros o beneficios (ganancia instrumental para uno mismo y para los otros y aprobación de uno mismo y de los otros) y cuatro categorías de contras o barreras (contras instrumentales

de uno mismo y de los otros y desaprobación de uno mismo y de los otros (Prochaska, et al., 1994; Morales, 2009; Santos, González, Fons, Forcada, & Zamorano, 2001).

Normas Subjetivas

Las normas subjetivas se derivan de la Teoría de la Conducta Planeada (Azjen, 1991) son de carácter colectivo y social, dado que hace referencia al contexto socio cultural del individuo (Ajzen, 2005). Son un razonamiento que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar la conducta. Las normas subjetivas son el resultado de la evaluación que la persona realiza, sobre sí los otros significativos desean que se realice la conducta y la motivación para complacerlos. Por ello la norma subjetiva está determinada por dos componentes: por la percepción de que otras personas importantes para el sujeto aprueban, piensan, esperan y desean su conducta (creencias normativas) y por la motivación del propio sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas (motivación de ajustarse a las creencias) (Azjen, 1991).

El Modelo I-Change toma en cuenta la percepción del adolescente sobre las creencias del consumo de alcohol del círculo cercano (familia, amigos, pareja) (De Vries et al., 2003). La norma subjetiva para el consumo de alcohol se refiere a la creencia que tiene el adolescente sobre si sus amigos, compañeros y familiares aprueban que el consuma alcohol, así como la percepción del adolescente sobre su aceptación del consumo de alcohol de sus familiares, amigos y compañeros, además de la motivación para ajustarse a dichas creencias.

Presión Social

El concepto de presión social es parte de la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1989) y se define como la influencia que ejercen las demás personas sobre las actitudes, valores, pensamientos y comportamientos; depende del individuo o grupo concreto que ejerza esta influencia o presión social, el resultado será diferente. La importancia de la presión social en la conducta radica en la influencia que tiene sobre la toma de

decisiones del adolescente. Una forma de contrarrestar el efecto de esta presión social sobre la conducta es la resistencia a la presión, que son las capacidades y/o habilidades para decir que "no" ante el ofrecimiento de llevar a cabo una conducta no deseada (Bandura, 1989).

Autoeficacia

La autoeficacia según Bandura (1989) se define como la creencia del individuo sobre sus propias capacidades para llevar a cabo una acción específica. De acuerdo con Marlatt, Baer y Quigley (1999) la autoeficacia es la capacidad de resistencia del individuo para no consumir alcohol. Un individuo con una alta expectativa de autoeficacia es más probable que se sienta capaz de llevar a cabo alguna conducta saludable o modificar la conducta no saludable como el consumo de alcohol y mantener la acción (Bandura, 1989).

Fase Postmotivacional

En esta fase se incluye la intención, barreras, habilidades y la conducta.

Factores posmotivacionales

Dentro de los factores postmotivacionales se toman en cuenta aquellos elementos más proximales a la conducta (intención y estadios de cambio), así como la conducta misma. El autor del modelo menciona que los factores postmotivacionales también se consideran de acción, ya que son el resultado de las influencias de las fases anteriores sobre la conducta del individuo a través de la modificación del estado de intención.

Intención (Etapas de cambio)

La intención es un constructo de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) que se basa en el supuesto de que todos los seres humanos por lo general se comportan de forma sensible, partiendo de la información disponible, así como de las consecuencias de sus acciones; esta información o consecuencias pueden estar implícitas o explicitas. La teoría postula que la intención de una persona para realizar o no un comportamiento es el determinante más cercano a la acción (Ajzen, 2005).

El término de intención, esta puede variar desde la intención para cambiar una conducta a la intención de no hacerlo (De Vries, et al., 2003). La intención se define como la disposición de una persona a llevar a cabo un comportamiento dado; es el antecedente inmediato del comportamiento (Azjen, 1991). Como la conducta se ve afectada por las capacidades personales, poseerlas le permiten al individuo llevar esas intenciones a la práctica, convirtiendo la intención en acciones para alcanzar una meta o realizar la conducta deseada (Chin & Wu, 2018). Debido a lo anterior el modelo I-Change considera las etapas de cambio como la intención.

Las etapas de cambio son un constructo tomado del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1983) en el cual se postula que el cambio de conducta ocurre mediante un proceso que implica un progreso del individuo a través de cinco etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). En el modelo I-Change se incluyen solamente las primeras tres etapas (Precontemplación, contemplación y preparación) las cuales forman parte de la intención, precedido por los factores motivaciones y anteceden a la conducta (De Vries et al., 2003).

En la precontemplación, los individuos no tienen la intención de adoptar medidas en el futuro previsible, no al menos dentro de los próximos seis meses. La contemplación es la etapa donde los individuos tienen la intención de cambiar dentro de los próximos seis meses, en este punto, son más conscientes de las ventajas o desventajas (pros y contras) que le supone el desarrollar alguna conducta en específico. La preparación es la etapa en la que los individuos tiene la intención de tomar mediadas en un periodo inmediato de tiempo (dentro de un mes), en este punto los individuos ya han desarrollado un plan de acción o se han informado utilizando diversas fuentes (consejos de pares, familiares, profesores, expertos en el tema o búsqueda en internet). Esta etapa antecede a la acción y se considera un punto crítico entre la intención y la acción (Prochaska & DiClemente,1982; De Vries et al., 2003).

Habilidades

Las habilidades se refieren a las capacidades individuales de la persona que pueden facilitar o modificar la realización de alguna conducta. Dentro del modelo I-Change, las habilidades son todas aquellas herramientas cognitivas y actitudinales que percibe y utiliza el individuo para pasar de la intención a la acción y por consecuente, llevar a cabo la conducta (De Vries et al., 2003).

Barreras

Las barreras hacen referencia a los obstáculos percibidos que pueden afectar la realización de alguna conducta; se definen como las situaciones y/o elementos reales o imaginarios que imposibilitan o detienen al individuo de realizar alguna acción o conducta (De Vries et al., 2003).

Conducta

La conducta se desprende de la TCP y la define como la respuesta manifiesta y observable; es el resultado final del modelo. En la TCP, la conducta está en función de intenciones y percepciones compatibles del control conductual percibido (Azjen, 1991). En lo que respecta al modelo I-Change, la conducta se define como el resultado en términos de cambio o modificación y, la intención es el factor más proximal para decidir realizar o no algún comportamiento accionando las habilidades necesarias para ejecutar la conducta (De Vries et al., 2003).

Proposiciones del modelo

1. Los factores pre-motivacionales tienen influencia directa sobre los factores motivacionales.
2. Los factores motivacionales (actitudes, pros y contras, normas sociales, presión social y autoeficacia) influyen sobre la intención
3. Los factores pre-motivacionales y motivacionales influyen en la intención
4. La intención influye en la conducta

A continuación, se muestra la figura 1, la cual es la estructura gráfica del Modelo I-Change.

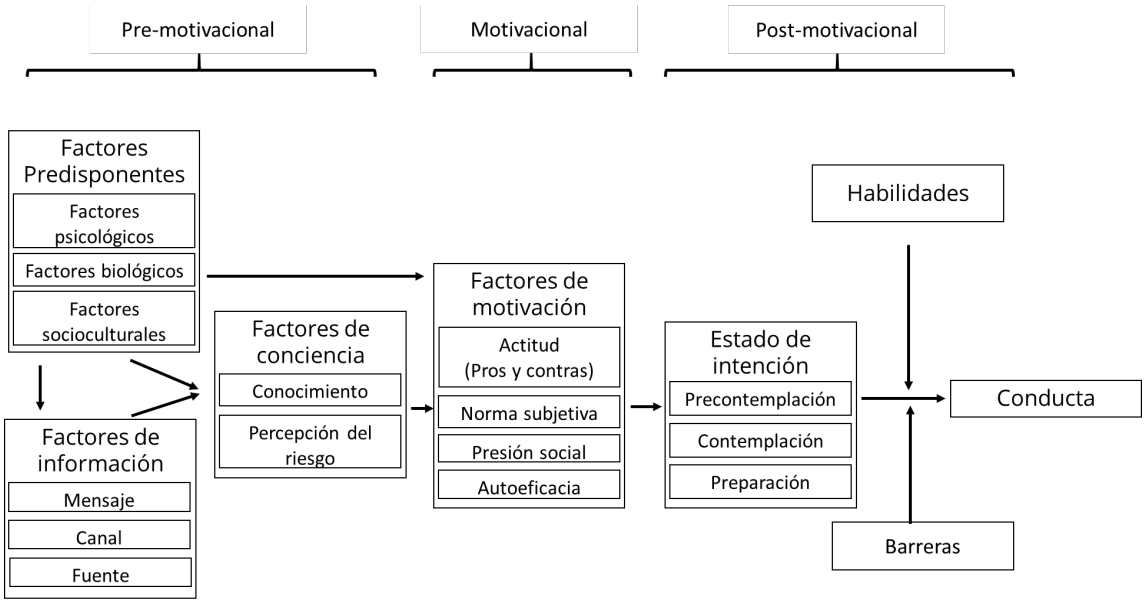


Figura 1. Modelo I-Change

La figura 1 representa el esquema del modelo I-Change con las tres fases, pre-motivacional, motivacional y post-motivacional; se menciona que en cada una de las fases se incluyen factores que tienen un papel determinante. En la fase pre-motivacional los factores predisponentes (psicológicos, biológicos y socioculturales), de información (mensaje, canal y fuente) y de conciencia (percepción del riesgo y conocimiento) pueden influir en los factores motivacionales. Además, los factores predisponentes pueden tener una relación directa con los factores de motivación.

Reconceptualización y definición operacional de los conceptos del Modelo I-Change

En este proceso de la reconceptualización y definición operacional de los conceptos, se reconceptualizan primeramente los conceptos que fueron utilizados. Los conceptos del modelo que se utilizaron fueron: factores predisponentes biológicos (sexo y edad), factores socioculturales (grado escolar), percepción del riesgo, actitudes (pros y contras), normas subjetivas, presión social, autoeficacia, intención y la conducta.

Factores predisponentes

Factores biológicos (sexo y edad)

Los factores biológicos se definen como las características de la persona sobre las cuales no se tiene control y pueden influir para llevar a cabo algún comportamiento (De Vries, 1993); entre estos factores se encuentra el sexo, la edad, herencia genética, por mencionar algunos. En cuanto al sexo, de acuerdo con la evidencia científica los adolescentes hombres suelen presentar un mayor consumo de alcohol a diferencia de las mujeres (Fuentes, Alarcón, García, & Gracia, 2015), por otro lado, Navarro, De Anda, Gámez, Candía y Guzmán (2016) no encontraron diferencias de consumo por sexo en adolescentes de preparatoria del estado de Nuevo León.

La edad también se ha relacionado con la conducta de consumo de alcohol, tal es el caso del estudio realizado por Pérez et al. (2015) donde encontró que, a mayor edad en los adolescentes, mayor es el consumo de alcohol (frecuencia y cantidad). Así mismo, otro estudio reportó que los adolescentes de mayor edad presentaron un mayor consumo de alcohol y consumo episódico excesivo de alcohol ocasional (Alonso, Yáñez & Armendáriz, 2017).

En el presente estudio el sexo se define como la característica biológica de hombre o mujer, mientras que la edad se define como la edad expresada en años cumplidos del adolescente al momento de la intervención; se midió con dos preguntas del apartado personal biológico de la Cedula de Datos Personales y de Consumo de Alcohol [CDPYCA].

Factores Socioculturales (grado escolar)

Los factores socioculturales se definen como los elementos que afectan el desarrollo y la interacción del individuo con los demás dentro de su círculo social (De Vries, 1993). De acuerdo con la evidencia empírica, el grado escolar (semestre) se encuentra ligado a la edad con respecto al consumo de alcohol; los adolescentes de un

grado escolar mayor presentan un mayor consumo de alcohol, medido en frecuencia y cantidad (Alonso, Yáñez, & Armendáriz, 2017; Pérez et al., 2015).

El grado escolar se define como el año o semestre que cursa el adolescente al momento de la intervención, así como el número de años de estudios formales y se midieron con dos preguntas del apartado personal sociocultural de la CDPYCA.

Factores de conciencia

Percepción del riesgo

La percepción del riesgo se define como una evaluación subjetiva de la probabilidad de que algún acontecimiento o conducta ocurra, en la que se toma en cuenta las posibles consecuencias (Sjoberg, Moen & Rundmo, 2004). En el modelo la percepción de riesgo influye en la conducta a través de los factores motivacionales, no obstante, existen estudios en la literatura como los realizados por Méndez et al. (2015; 2018) en adolescentes de bachillerato donde se ha encontrado que la percepción del riesgo se relaciona de manera negativa con el consumo de alcohol: a menor percepción del riesgo por parte de los adolescentes, mayor es el consumo de esta esta sustancia.

Dentro de la literatura que ha utilizado este modelo, existe evidencia que menciona que la percepción del riesgo influye en la conducta a través de los factores motivacionales como la autoeficacia (Janseen, Van Osch, De Vries, & Lechner, 2011; De Vries, Van Osch, Eijmael, Smerecnik, & Candel, 2012). Para el presente estudio la percepción del riesgo se define como las creencias acerca del peligro, gravedad y probabilidad de las consecuencias que percibe el adolescente acerca del consumo excesivo de alcohol y fue medida mediante el cuestionario de percepción de riesgo al consumo episódico excesivo de alcohol (Lima, Martínez, Lima, Mercken & De Vries, 2017).

Factores de motivación

Actitudes (pros y contras)

Se define a las actitudes como los juicios positivos o negativos del individuo hacia ciertas conductas (Ajzen, 1991); las actitudes son moduladoras de la intención del individuo, estas a su vez pueden ser afectadas por la influencia social, creencias normativas y la autoeficacia (Ajzen, 1991; de Vries et al., 2003; Chin & Wu, 2018). En el modelo I-Change las actitudes son medidas a través de los pros y contras, los cuales son parte de la toma de decisiones que surge de realizar el balance decisional entre ganancias o beneficios y pérdidas o barreras; los pros son los aspectos positivos percibidos, mientras que los contras con los aspectos negativos para decidir consumir o no consumir drogas (Prochaska & Di Clemente, 1982).

Las actitudes se encuentran entre los factores motivacionales, teniendo una influencia con el estado de intención (De Vires et al., 2003). De acuerdo con literatura consultada en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas, existe evidencia de la relación entre las actitudes hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en los adolescentes, ya que, tener actitudes positivas hacia el consumo de alcohol, mayor es el consumo de este (De Vargas, 2011; Telumbre, Esparza, Alonso, & Alonso, 2017). Definidas conceptualmente como “pros y contras”, han sido incluidos en el curriculum de las intervenciones dirigidas a disminuir el consumo de alcohol por parte de los usuarios (LaBrie, Cail, Pedersen & Migliuri, 2011; Foster, Neighbors & Pai, 2015).

En el presente estudio, las actitudes se definen como el conjunto de ideas o creencias que tienen los adolescentes acerca de las consecuencias que conlleva el consumir alcohol, estas se midieron a través de los pros y contras, utilizando la escala de actitud frente al consumo episódico de alcohol (Jander, Crutzen, Mercken, & De Vries, 2014).

Normas Subjetivas

Las normas subjetivas son definidas como la percepción los significativos y la forma en que ello puede influir sobre su conducta (Ajzen, 2005). De acuerdo con lo encontrado en la literatura, han sido relacionadas con el consumo de alcohol; a mayor percepción de las normas por parte del adolescente, mayor es el consumo de alcohol (Borsari & Carey, 2003; Alonso et al., 2009). Además, Arbour, Kwan, Lowe, Taman y Faulkner (2010), documentaron que cuando el adolescente cree que son correctas las normas sobre el consumo de alcohol que siguen las personas significativas, aumenta el riesgo de consumir alcohol.

En la presente investigación, las normas subjetivas se definen como la creencia del adolescente acerca de que es apropiado el consumo de alcohol de sus padres (mamá, papá o tutor) y sus iguales (hermanos, amigos y pareja), así como lo que el adolescente percibe acerca de que su conducta de consumo es aprobada por sus padres (mamá, papá o tutor) y sus iguales (hermanos, amigos y pareja) y se midieron con la escala de Norma social alcohol y consumo episódico excesivo de alcohol (Jander, Crutzen, Mercken, & De Vries, 2014).

Presión Social

La presión social es definida como la influencia ejercida de las personas significativas sobre conducta de consumo de alcohol del adolescente; la que depende del significado que el individuo le otorgue, el resultado de la presión social será diferente (Bandura, 1989). Se ha encontrado en la literatura que la presión social se relaciona con el consumo de alcohol (Londoño, 2010); un ambiente donde los pares o figuras de respeto para el adolescente lo persuadan para consumir alcohol y/o la poca capacidad del adolescente de rechazar el ofrecimiento de consumir alcohol, pueden derivar en un mayor consumo de alcohol.

En la presente investigación, la presión social se define como la percepción del adolescente sobre la presión ejercida por sus familiares, compañeros o amigos para

realizar el consumo de alcohol; se utilizó la escala de presión social y consumo episódico excesivo de alcohol (Jander, Crutzen, Mercken, & De Vries, 2014) para su medición.

Autoeficacia

La autoeficacia se define por Bandura como la percepción del individuo sobre sus capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción (Bandura, 1977). El concepto de autoeficacia ha sido ampliamente utilizado para tratar de explicar las conductas de consumo de alcohol y drogas (Marlatt, Baer, & Quigley,1999). En lo que respecta al consumo de alcohol, existe la hipótesis de que un individuo con un alto nivel de autoeficacia es capaz de determinar el curso de acción de su conducta y modificarla. Por tal motivo, este concepto desempeña un rol importante en el área de investigación de las conductas adictivas, debido a que influye tanto en el desarrollo inicial de hábitos de consumo, así como factor protector ya que aporta al proceso de modificación de conductas.

Existe literatura que indica que los adolescentes que se perciben con mayor autoeficacia pueden evitar el consumo de alcohol en situaciones normales o de alto riesgo (Londoño, Forero, Laverde, & Mosquera, 2012; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, & Ayala, 2008). Mientras que, por el contrario, si el individuo se percibe con un bajo nivel de autoeficacia, no tiene la misma capacidad para resistir a situaciones de tentación de consumo (Morales, Díaz, Garrido, & Pascual, 2011).

En el presente estudio la autoeficacia se define como la confianza que tiene el adolescente en su capacidad para resistir el consumo de alcohol, en situaciones de tentación o riesgo. Para medir la autoeficacia de los adolescentes se utilizó la escala de autoeficacia (Jander, Crutzen, Mercken, & De Vries, 2014)

Intención

La intención es definida como la indicación de la disposición de una persona para realizar algún comportamiento (Azjen, 1991). La intención se considera el

antecesor más inmediato a la conducta y esta solo varía en “tener” la intención de realizar alguna conducta, o, “no tener” la intención. En el modelo I-Change la intención forma parte de la fase postmotivacional y, es mediadora de la relación entre los factores motivacionales y la conducta (De Vries et al., 2003).

Debido a que la intención es la parte más proximal a la conducta, en el modelo I-Change la intención está determinada por los factores motivacionales; un individuo con la intención de llevar a cabo una conducta en un tiempo determinado se ubicará en alguna de las fases del modelo del cambio (precontemplación, contemplación y preparación) dependiendo del lapso de tiempo en que deseé llevarla a cabo. En la evidencia empírica, se ha encontrado que la intención explica la conducta de consumo con una varianza desde un 28% hasta un 44% (Spirjkerman, Eijnden, Vitale & Engels, 2004; Synoove & Rise, 2006).

Para el presente estudio, la intención se define como la disposición del adolescente para consumir bebidas alcohólicas, además de ubicarlo en las tres etapas de cambio establecidas por la intervención, esta se midió con dos preguntas del apartado de consumo episódico excesivo de la CDPYCA, incluida por los autores de la intervención (Jander, Crutzen, Mercken, & De Vries, 2014).

Conducta

La conducta es el elemento respuesta del modelo y De Vries et al. (2003) la define como el resultado en términos, cambio o modificación de la conducta de consumo de alcohol accionando las habilidades necesarias para ejecutar dicha conducta. Para la presente investigación la conducta fue definida como la disminución de la cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día típico, la disminución de la frecuencia de consumo episódico excesivo y la disminución en las prevalencias actual (30 días) e instantánea (7 días) por parte del adolescente y se midió con la CDPYCA.

El consumo de alcohol se define como la ingesta de bebida alcohólica en términos de su frecuencia (prevalencia global, lápsica, actual e instantánea) y cantidad

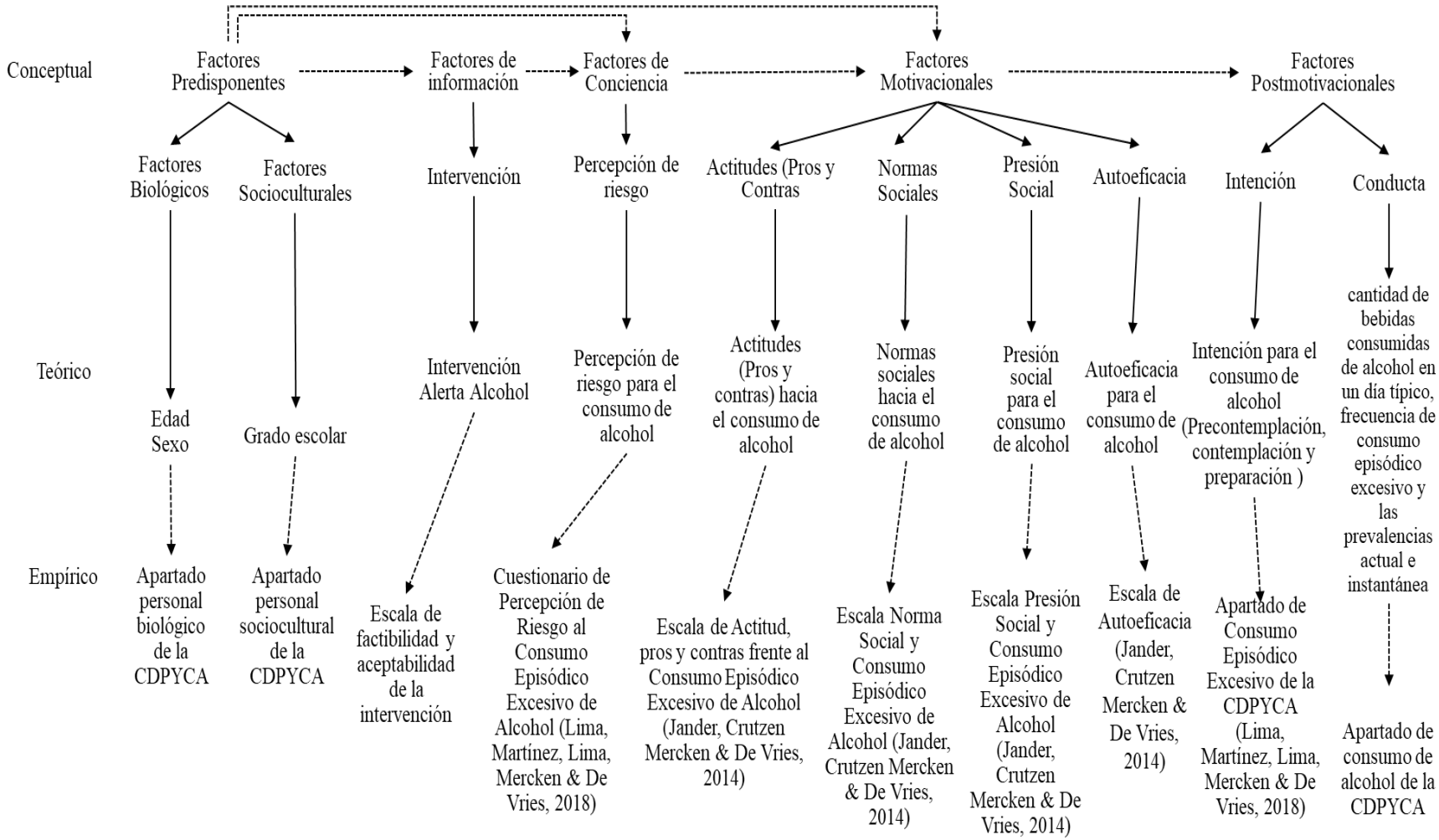
de consumo (número de bebidas alcohólicas); se consideró consumo episódico excesivo en el adolescente cuando refiera haber consumido más de cinco bebidas alcohólicas en hombres y más de cuatro bebidas alcohólicas en mujeres, ambos en un periodo menor a dos horas. Tanto el consumo de alcohol como la prevalencia del consumo episódico excesivo, actual e instantánea se midieron con la CDPYCA. Las prevalencias global y lápsica, se obtuvieron para poder identificar la prevalencia actual e instantánea, también se incluyen en la CDPYCA.

Es importante mencionar que de acuerdo con Kaplan´s (citado por Fawcett, 1999) en el continuum de observabilidad de las variables, los términos pueden ser medidos mediante observación directa, que ocurre cuando un fenómeno es un referente empírico directamente observable por medio de los sentidos. La segunda forma es por medio de la observación indirecta, en este caso los fenómenos son inferidos. En el presente estudio para medir la disminución de consumo de alcohol que es una variable indirectamente observable (número de copas, prevalencia de consumo actual e instantánea y el consumo episódico excesivo) se tomó la información antes y después de aplicar la intervención (así como prevalencia de consumo) mediante la CDPYCA. Otras variables que serán medidas son: la percepción del riesgo, las actitudes, la norma subjetiva, la presión social, la autoeficacia y la intención.

Para mayor claridad, la figura 2 muestra la estructura conceptual- teórico-empírica del presente estudio, para su elaboración se ha seguido las etapas propuestas por Fawcett (1999), que son: la identificación de conceptos, la clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio y la construcción del diagrama. En el primer nivel del diagrama se observan los conceptos teóricos de la teoría madre que es el Modelo I Change que son empleados para el presente estudio, los cuales son: factores biológicos, factores socioculturales, la percepción del riesgo, actitudes (pros y contras), normas subjetivas, presión social, autoeficacia, intención y conducta. En el segundo nivel se

muestran las definiciones operacionales y finalmente el tercer nivel presenta los indicadores empíricos con los que se midieron las variables de estudio.

Figura 2. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica



Etapas para la adaptación cultural de la intervención

La fidelidad y adaptación cultural son elementos esenciales de los programas e intervenciones de prevención, que requieren de un enfoque de planeación, organización y sistematización, cuyo objetivo es lograr una intervención innovadora, efectiva que maximiza su fidelidad y sensible culturalmente a las necesidades específicas del grupo y contexto donde habrá de aplicarse (Barrera & González, 2006; Barrera, Berker & González, 2016).

De acuerdo con lo propuesto por Barrera y González (2006), en cuanto al modelo para la adaptación cultural de intervenciones basadas en evidencia, las cinco fases son: recolección de información, diseño de adaptación preliminar, pruebas de adaptación preliminar, refinamiento de la adaptación y el ensayo de la adaptación cultural.

Fase I: recolección de información

Esta fase es crucial para iniciar el proceso de adaptación de manera efectiva, ya que, en esta se evalúa la necesidad de llevar a cabo dicho proceso. La fase I tiene como propósito justificar por qué es necesario llevar a cabo la adaptación, así como identificar cuáles son los elementos o componentes que requieren ser modificados. Además, la información recolectada ayuda a argumentar las principales diferencias entre el contexto original de la intervención y el contexto al que se desea adaptar mediante la identificación de los diferentes mecanismos que teóricamente intervienen en el proceso de la salud (por ejemplo, autoeficacia, percepción de riesgo, entre otros).

Existen mecanismos culturales específicos de cada grupo poblacional que pueden variar de una región a otra y pueden afectar en la intervención si no se toman en cuenta, por tal motivo conocer estas variaciones justifica y a la vez facilita el proceso de adaptación al nuevo grupo poblacional. Una forma de conocer de manera más amplia estos mecanismos es la utilización de herramientas de tipo cualitativo como los grupos

focales. Estos grupos ayudan no solo a la ampliación del conocimiento en esta fase, sino que son una fuente de retroalimentación durante las siguientes fases.

Fase II: diseño de adaptación preliminar

En esta segunda fase, toda la información recabada durante la primera fase se integra para ayudar a identificar las modificaciones necesarias de la intervención original. Antes de iniciar con las modificaciones, es necesario identificar cada uno de los componentes clave de la intervención, los cuales no deben de ser modificados a menos que en la fase previa se haya identificado la necesidad de hacerlo. Comúnmente, los componentes clave son identificables, sin embargo, de no ser identificados se debe evaluar de manera rigurosa cualquier modificación grande del contenido de la intervención.

Dentro de las modificaciones que usualmente se llevan a cabo, se encuentran las relacionadas con el lenguaje, el nivel de las lecturas, algunas palabras relacionadas con la jerga de la población original o terminologías muy confusas. En el caso de las traducciones, es recomendable utilizar el método de back translation (traducción y re-traducción del contenido traducido), ya que se puede perder cierto contenido por el proceso de traducción. La participación de algunos miembros de la comunidad identificados en los grupos focales puede ayudar a la identificación de algunos componentes cuya inclusión debe ser evaluada.

Fase III: Pruebas de adaptación preliminar

En esta fase se integra el contenido previamente incluido en los pasos anteriores. Es recomendable llevar a cabo pruebas piloto con el fin de obtener retroalimentaciones de manera continua, tanto de los miembros del equipo de la intervención como de los participantes.

Todo el contenido modificado puede ser piloteado en esta fase, ya sean la sesiones o instrumentos de medición, es necesario que cualquier material sea aplicado en una prueba piloto para que este expuesto a modificaciones. Hasta cierto punto, se

pueden aplicar también los instrumentos empleados en las mediciones, lo que permite conocer la eficacia preliminar y compararla con lo encontrado en la versión original. Las entrevistas de salida con los participantes o miembros del equipo son una herramienta valiosa durante esta fase, ya que ayudan a determinar estrategias para mejorar la adaptación.

Fase IV: refinamiento de la adaptación

En esta fase, la penúltima del proceso de adaptación de Barrera y González (2006), se realiza una retroalimentación con lo obtenido de las pruebas piloto llevadas a cabo en la fase III. Es de suma importancia que las decisiones tomadas en esta fase sean juzgadas y consensuadas por un equipo que puede incluir investigadores afines al fenómeno de interés, miembros del equipo de la intervención, un panel de consejeros de la comunidad (por ejemplo, padres o profesores) y miembros del grupo poblacional al cual se está realizando la adaptación. La inclusión de estos miembros en el proceso de refinamiento da como resultado un consenso de opiniones desde diferentes perspectivas, cuyo objetivo es realizar la adaptación cultural de la manera más sensible y cercana al contexto cultural.

Fase V: ensayo de la adaptación cultural

En esta fase se brinda un ensayo empírico de la adaptación cultural, producto de cada una de las fases anteriores. La intervención ya adaptada se aplica con los miembros de grupo poblacional al que está dirigida, inclusive utilizando grupos para realizar comparaciones con respecto a otras intervenciones o el tratamiento tradicional. Aunque no es muy usual, se pueden comparar los resultados de la aplicación de la adaptación cultural con la intervención original.

La aplicación de la intervención adaptada no es solo el objetivo final, también se pueden aplicar algunas otras medidas para ver las fortalezas y debilidades de la adaptación. Dentro de estos análisis se pueden incluir examinar las interacciones entre

las condiciones de la intervención y las características de fondo de los participantes como lo es la aculturación, educación, por mencionar algunos.

Factibilidad y aceptabilidad

El Instituto Nacional de Investigación en Salud [NIHR, por sus siglas en inglés] define a los estudios de factibilidad como aquellos utilizados para estimar parámetros importantes (disponibilidad de los participantes a ser aleatorizados, disponibilidad del reclutamiento, número de participantes elegibles, tasas de respuesta y adherencia, entre otros) los que son necesarios en el diseño de un estudio principal o en un estudio piloto; pueden estar planeados solo para determinar algún parámetro de estimación y/o para derivar en un estudio subsecuente (Whitehead, Sully, & Campbell, 2014).

Los estudios de factibilidad tienen como objetivo asegurarse de las posibles debilidades del diseño, los problemas técnicos y fallas metodológicas para no comprometer los resultados de la intervención (Arain, Campbell, Cooper, & Lancaster, 2010). Así mismo, permiten evaluar el grado de aceptación de los participantes a la intervención, la satisfacción con cada una de las sesiones y de manera global, la aceptabilidad a las diferentes estrategias y materiales implementados para la realización de esta (Almaraz, Alonso, López, Gómez, & Rodríguez, 2018).

La aceptabilidad hacia un tratamiento o procedimiento es definida por Kazdin (1981) como el juicio de las personas, clientes y otras personas como profesionales o facilitadores que aplican la intervención acerca de si los procedimientos propuestos para el tratamiento son apropiados, seguros y razonables para el problema o el cliente. En el caso de las intervenciones cognitivo-conductuales es necesario conocer el grado de aceptabilidad de una metodología implementada, para dar respuesta a un problema de la persona (Finn & Sladeczek, 2001). En el presente estudio la factibilidad y aceptabilidad se midió con el cuestionario de factibilidad y aceptabilidad realizado por el autor principal del estudio a partir del cuestionario de evaluación y satisfacción del participante que toma como base la escala realizada por Varela, Rial y García (2003).

Estudios relacionados

Características sociodemográficas y consumo de alcohol

Tavolacci et al. (2016) describieron la prevalencia del consumo excesivo de alcohol (Bing Drinking [BD]) y comportamientos asociados entre 3,286 estudiantes universitarios en Francia, el rango de edad fue entre 18 y 25 años con una media de edad de 20.8 años (*DE*=2.1) con una relación hombre-mujer de 0.60. La prevalencia del consumo excesivo de alcohol en las categorías nunca ocasional y frecuentemente fue del 34.9%, 51.3% y 13.8% respectivamente.

El BD, fue significativamente más frecuente en estudiantes varones (24.6%) que en mujeres (7.4%). Se observó que pertenecer al sexo masculino incrementa la probabilidad del consumo excesivo de alcohol (*OR*= 4.77, *IC 95%* [3.43, 6.63], $p < .001$).

Fuentes, Alarcón, García y Gracia (2015) llevaron a cabo un estudio con el propósito de conocer los factores de protección y riesgo para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas y los efectos en la familia. La muestra obtenida fue de 628 adolescentes españoles de entre 15 y 17 años ($\bar{X}$ = 16.03), de los cuales, el 58.8% fueron mujeres y el 41.2% hombres.

Respecto al consumo de alcohol y las diferencias por sexo y edad, se encontró que un efecto sobre el sexo y el consumo de alcohol, ya que los hombres suelen consumir más alcohol que las mujeres ($F = 5.156$, $gl = 4.00$, $p < .001$). Los autores reportaron diferencias por edad consistentes a la literatura ya que, a mayor edad, mayor fue el efecto reportado por los adolescentes del estudio sobre el consumo de alcohol ($F = 3.107$, $gl = 4.00$, $p = .002$).

Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017) realizaron un estudio con diseño descriptivo correlacional en adolescentes mexicanos de entre 12 a 15 años, con el objetivo de identificar la relación entre el la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol. La muestra fue de 362 adolescentes donde más de la mitad fueron mujeres (55.8%) y la

gran mayoría de los adolescentes eran pertenecientes al segundo grado de educación secundaria (40.9%).

En relación con el consumo de alcohol y las diferencias por sexo y edad, los autores reportaron diferencias en cuanto a la proporción de hombres y mujeres que consumen alcohol, no obstante, estas diferencias no fueron significativas ($p > .05$). Los autores si reportaron diferencias respecto a la edad y el consumo de alcohol entre los adolescentes, ya que, se encontraron diferencias significativas con respecto al consumo excesivo ocasional y la edad, donde los adolescentes de 15 años (18.5%) fueron quienes presentaron proporciones más altas de consumo ($\chi 2=31.11$, $p = .001$).

En síntesis, se ha encontrado consistencia con la literatura respecto a los factores sociodemográficos y biológicos; los hombres suelen consumir más alcohol que las mujeres, así como a mayor edad, mayor consumo de alcohol por parte de los individuos, al igual que un mayor grado escolar se asocia a mayor consumo.

Percepción del riesgo y consumo de alcohol

Méndez, Ortiz, Eligio, Yáñez y Villegas (2018) realizaron un estudio de tipo correlacional con el objetivo de determinar la relación entre la percepción del riesgo al consumo de alcohol y el consumo de alcohol en adolescentes en México. La muestra fue de 251 adolescentes con una media de edad de 15.34 (*DE= 0*.5). En cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol de los adolescentes, 58% han consumido alcohol alguna vez en la vida, de estos, solo el 24.3% presentó prevalencia de consumo en el último mes. Dentro de los resultados principales del estudio se encontró que una mayor percepción del riesgo se relacionó con un menor consumo de alcohol en los adolescentes ($r^s = -.235$, $p < .001$).

Uribe, Verdugo y Zacarias (2011) llevaron a cabo un estudio de corte descriptivo correlacional cuyo objetivo fue conocer la relación entre la percepción del riesgo y el consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. La muestra fue de 299 estudiantes con una media de edad de 17 años. En cuanto a los resultados de la investigación, para

el alcohol se encontró en los hombres (n = 150) que una baja percepción se relaciona con una mayor frecuencia de consumo de alcohol (r = -.235, p < .01); en las mujeres (n = 149) la tendencia fue similar (r = -.266, p < .01), ya que aquellos individuos que tenían una menor percepción del riesgo solían consumir con mayor frecuencia en comparación con aquellos que tenían una alta percepción del riesgo.

Méndez, Alonso, Alonso M, Uribe y Armendáriz (2015) realizaron un estudio de diseño descriptivo correlacional con el propósito de conocer la percepción del riesgo hacia el consumo de alcohol y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria del estado de Nuevo León. La muestra fue de 345 adolescentes, de los cuales el 53.6% fueron mujeres y el 46.4% hombres, cuya media de edad fue de 16 años (*DE* = .83). En lo que respecta al consumo de alcohol, el 64.4% de los adolescentes refirió consumo en el último año, mientras que solo el 13.9% reportó consumo en los últimos siete días.

En cuanto a la relación entre la percepción del riesgo por parte de los adolescentes y el consumo de alcohol, se observó una correlación negativa y significativa entre los índices de percepción de riesgo y el consumo de alcohol (el puntaje de la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol) [AUDIT] (r_s = - .418, p < .001). Estos hallazgos indican que, a menor percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, mayor es el consumo de este.

López-Quintero y Neumark (2010) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional con el objetivo de conocer los efectos de la percepción de riesgo hacia el consumo de marihuana sobre el consumo de la marihuana en adolescentes de Colombia. La muestra fue de 2,079 adolescentes estudiantes de secundaria, cuya media de edad fue de 14.7 años (*DE* = 1.2) predominando el sexo masculino (50.9%).

Después de medir la percepción del riesgo en los adolescentes y el efecto que esta tenía sobre el consumo de marihuana se observó que aquellos adolescentes con una baja percepción de riesgo tenían cuatro veces más riesgo de consumir (*OR* = 4.5,

IC 95% [3.3–6.3]) alguna vez en la vida. Así mismo, también se mostró asociación entre la baja percepción de riesgo y la intención de consumo en aquellos adolescentes no consumidores (*OR* = 2.5, *IC* 95% [1.6-3.8]).

En síntesis, se encontró que una baja percepción del riesgo hacia el consumo de alcohol por parte de los adolescentes está relacionada con un mayor consumo de este.

Actitudes y Consumo de alcohol

Telumbre, Esparza, Alonso y Alonso (2017) realizaron un estudio de diseño descriptivo-correlacional con el objetivo de determinar la relación entre las actitudes hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. La muestra estuvo conformada por 166 estudiantes de un programa de licenciatura de la ciudad de Monterrey; del total de participantes, el 68.7% eran mujeres y el 31.3% hombres, las edades de los participantes oscilaban entre los 17 y 21 años.

En cuanto al consumo de alcohol, el 83.1% de los participantes habían consumido alcohol al menos una vez en la vida; predominaron las actitudes negativas, expresado con una media de puntaje de 22.5 (*DE* = 5.3) sobre las actitudes positivas ($\bar{X}$= 13.55, DE = 5.5); se encontró que las actitudes positivas hacia el consumo de alcohol se relacionan positiva y significativamente con el consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT ($r_s = .39$; $p < .01$), con el consumo sensato ($r_s = .40$; $p < .01$), el dependiente ($r_s = .26$; $p = .03$) y el dañino ($r_s = 0.21$; $p = .16$).

López, Villar, Alonso, Alonso y Rodríguez (2013) realizaron un estudio de tipo descriptivo con enfoque explicativo cuyo objetivo fue determinar las diferencias de actitudes hacia el consumo de alcohol en adolescentes consumidores y no consumidores del estado de Nuevo León. La muestra estuvo constituida por 131 adolescentes estudiantes de secundaria cuyas edades se encontraban entre los 14 y 18 años. Del total de los participantes, el 74% reportó consumo alcohol de manera global mientras que el 20.6% refirió consumo en los últimos siete días.

En cuanto a la actitud hacia el consumo, las creencias conductuales hacia el consumo fueron más altas en los adolescentes consumidores vs los no consumidores ($U = 1149.00$, $p < .001$), así mismo, las creencias en sentido positivo hacia el alcohol fueron más altas en los consumidores que en los no consumidores ($U = 1226.00$, $p < .001$).

Moreno (2006) realizó un estudio de tipo correlacional con la finalidad de identificar los predictores potenciales de consumo de alcohol en los adolescentes de educación secundaria en Argentina. La muestra se conformó por 382 alumnos de entre 13 y 17 años, de los cuales, el 52.8% fueron clasificados como bebedores de alcohol. Se realizó un análisis multivariado de varianza para conocer las diferencias de medias de los alumnos consumidores y no consumidores respecto a la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol.

En cuanto a las comparaciones entre los alumnos consumidores y no consumidores, se encontraron diferencias significativas respecto a las actitudes hacia el consumo de alcohol (F (4, 348) = 12,87; $p < .001$), lo anterior indica que los alumnos consumidores promedian mayores medias en las subescalas de permisividad y facilitadores sociales, a diferencia de los no consumidores.

Varela, Marsillas, Isorna y Rial (2013), realizaron un modelo explicativo con el objetivo de conocer el papel de las actitudes hacia el consumo de drogas, las percepciones y el dinero disponible sobre el consumo de estas en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 477 adolescentes españoles de entre 14 y 18 años.

En lo que respecta a la actitud hacia el consumo de drogas y la relación con el consumo de drogas como alcohol, tabaco y marihuana en los adolescentes, se informó una relación positiva y significativa entre ambas variables ($r = .75$, $p < .001$), lo anterior expresa que cuanto más favorable sea la actitud hacia el consumo de drogas, mayor será el consumo de estas por parte de los adolescentes.

En síntesis, se hace evidente la relación que existe entre las actitudes hacia el consumo de alcohol y la prevalencia de consumo de este, entre más positivas sean las actitudes de los adolescentes, mayor será el consumo.

Normas y consumo de alcohol

Arbour, Kwan, Lowe, Taman y Faulkner (2010) llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional con el fin de conocer la relación entre las normas sociales y el consumo episódico excesivo de alcohol entre estudiantes universitarios de Canadá. La muestra fue de 1203 estudiantes, se midió el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, así como la percepción de las normas sociales con respecto al consumo de cada una de las sustancias mencionadas.

La media de edad de los participantes fue de 22 años, el 65.8% de los estudiantes reportaron consumo de alcohol en los últimos 30 días; en cuanto a la percepción del uso de alcohol entre sus compañeros, el 95.6% de los participantes respondieron que el estudiante universitario promedio ha consumido alcohol en el campus alguna vez. En lo que respecta al alcohol, aquellos alumnos que percibían que sus compañeros habían consumido alcohol en el último mes, tenían hasta siete veces más probabilidad de consumir ellos mismos ($B = 1.96$, $OR = 7.12$, $p < .001$). Lo anterior sugiere que, a mayor normalización del consumo de alcohol por parte de los compañeros, más probabilidad existe que se lleve cabo este consumo.

Rimall y Mollen (2013) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar que la norma subjetiva, aprobación social y beneficios percibidos del consumo de alcohol incrementaría la intención de la conducta de consumo. La muestra fue de 719 estudiantes de universidad de Estados Unidos. De las variables que incrementaron la intención para consumir alcohol, aquellos con mayor apoyo social para beber ($\beta = .09$, $p < .01$), mayor norma percibida ($\beta = .10$, $p < .01$) y mayores beneficios percibidos de consumir alcohol ($\beta = .56$, $p < .001$) tuvieron mayores intenciones para consumir bebidas alcohólicas.

Brunelle y Hopley (2017) realizaron un estudio de tipo correlacional cuyo objetivo fue investigar el rol de las normas sociales descriptivas como potencial mediador entre la exposición al alcohol en sitios de redes sociales y el consumo problemático de alcohol en estudiantes universitarios de una institución canadiense. La muestra fue de 175 estudiantes, con un rango de edad de 16 a 15 años; el 72.6% del total de participantes fueron hombres.

Dentro de los resultados, se encontró que el 52.6% de los participantes han publicado fotos de ellos consumiendo bebidas alcohólicas, mientras que un 46.9% ha publicado comentarios acerca de su consumo de alcohol, al menos una vez en el último mes. En cuanto a sus compañeros, el 93.1% de estos han publicado fotos consumiendo bebidas alcohólicas mientras que el 91.4% ha hecho comentarios sobre su propio consumo de alcohol en redes sociales.

Respecto al consumo de alcohol y la exposición de consumo de sus pares, se encontró una correlación positiva entre el consumo de alcohol y la estimación de la norma descriptiva en frecuencia ($r = .16$, $p < .05$) y cantidad ($r = .40$, $p < .01$), lo anterior indica que, a mayor exposición de contenido sobre consumo de alcohol por parte de sus compañeros, mayor consumo por parte de los universitarios.

En síntesis, las normas sociales tanto descriptivas como prescriptivas influyen en el consumo de alcohol, esto indica que, a mayor percepción de las normas sociales por parte del individuo, mayor es el consumo de alcohol.

Presión social y consumo de alcohol

Bisabiramo y Philipos (2016) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la relación entre la presión de los pares y el consumo de alcohol. La muestra fue de 200 alumnos de universidad en Etiopia donde el 64.5% de los estudiantes tenían entre 22 a 24 años de edad. Con respecto al consumo de alcohol y la presión de pares, se correlacionaron positiva y significativamente ($r = .610$, $p < .05$), así

mismo, el coeficiente de determinación entre las dos variables ($r^2 = .37$, $p < .05$) indica que la presión de pares presentó una varianza del 37% para el consumo de alcohol.

Rodríguez, Perozo y Matute (2014) realizaron un estudio de diseño correlacional con el objetivo de evaluar la resistencia a la presión de pares y el consumo de alcohol en adolescentes en Venezuela. La muestra fue de 218 estudiantes de los cuales el 98% presentan altos niveles de habilidad para resistirse a la presión directa, mientras que el 95.4% reportaron una alta resistencia a la presión de grupos indirecta. Se observó una correlación negativa y significativa de la resistencia a la presión y el consumo de alcohol ($r = -.309$, $p < .01$) lo cual indica que, a menor capacidad para resistirse a la presión del grupo, mayor es el consumo de alcohol en los adolescentes.

Londoño y Valencia (2010) llevaron a cabo un estudio con el propósito de describir la asociación entre el manejo de la presión del grupo, las creencias en torno al consumo y el nivel de consumo de alcohol en jóvenes de entre 15 a 25 años. La muestra estuvo conformada por 140 jóvenes de los cuales el 57% fueron mujeres y el 43% hombres.

Del total de la muestra, el 67.9% reportó consumo alguna vez en la vida, mientras que el 7.9% reporto consumo en la última semana. En lo que respecta a la resistencia a la presión de pares y el consumo de alcohol, esta resultó ser un predictor de consumo, ya que, quienes tienen una baja habilidad para resistir a la presión de grupos, tienen mayor riesgo de abusar del consumo de alcohol ($OR = .37$, $B = .208$, $p < .01$).

Makela y Maunu (2016) desarrollaron un estudio de tipo mixto con análisis de datos de forma cuantitativa y cualitativa cuyo propósito fue determinar el efecto que tiene la presión social (grupo) sobre el consumo de alcohol de las personas. La muestra de conformó de 2725 personas mayores de 15 años hasta los 69 en la ciudad de Helsinki, Finlandia.

Del total de las personas que reportaron consumo de alcohol, el 47% mencionó haber sido presionado por su grupo de amigos al menos una vez durante el último año,

de los cuales, el 17% refirió ser presionado para consumir muy seguido. Además, se encontró que aquellos individuos que eran consumidores de alcohol en exceso y los que tenían episodios de intoxicación ocasionales, tenían más riesgo de consumir alcohol (*OR* = 1.46[*IC* 95%=1.05,2.04]; *OR* = 1.40 [*IC* 95%= 1.17,1.68], respectivamente) cuando se les presionaba por parte del grupo, debido a estrategias inefectivas para resistir a la presión.

En síntesis, los estudios sobre la presión social muestran que, aquellos individuos con una capacidad menor para resistir la presión social hacia el consumo de alcohol suelen consumir alcohol en mayor cantidad y frecuencia, a diferencia de aquellos con un alto nivel de resistencia a la presión.

Autoeficacia y Consumo de alcohol

Matley & Davies (2017) realizaron un estudio de diseño descriptivo correlacional con el objetivo de determinar la relación entre las creencias compensatorias especificas del consumo de alcohol y las conductas de salud compensatorias del consumo de alcohol con la autoeficacia hacia el consumo de alcohol. La muestra fue de 249 participantes mayores de 18 años de Oxford, Inglaterra.

En cuanto a los resultados de la relación, se encontró que la autoeficacia al consumo de alcohol se relacionó negativamente con las creencias compensatorias especificas del consumo de alcohol (r_s = - .25, p < .01), así como con las conductas compensatorias del consumo de alcohol (r_s = - .42, p < .01), lo anterior indica que aquellos individuos con mayores creencias y conductas de consumo tienen un menor nivel de autoeficacia.

Jongenelis, Pettigrew y Biangioni (2017) llevaron a cabo un estudio de diseño correlacional con el objetivo de identificar los posibles factores que influyen en la autoeficacia de rechazo al consumo de alcohol en estudiantes de nivel preparatoria en Australia. La muestra fue de 586 estudiantes (70% mujeres), durante sus dos últimos años de preparatoria con edades entre los 16 y 18 años ($\bar{X}$ = 17.42, *DE* = .53).

Los factores asociados con la autoeficacia de rechazo al consumo fueron disponibilidad de otras actividades (β = .53, p < .001, r^2 = .28), disponibilidad de bebidas no alcohólicas (β = .51, p < .001, r^2 = .26), comportamientos de consumo episódico excesivo de alcohol (β = -.42, p < .001, r^2 = .18) y frecuencia de comportamientos de consumo (β =.-.38, p < .001, r^2 = .14). De acuerdo con los datos mencionados, los autores señalan que las relaciones negativas entre la autoeficacia de rechazo al consumo de alcohol y comportamientos de consumo (consumo episódico excesivo y frecuencia de consumo) indican que, a menor autoeficacia de rechazo, mayor es el consumo por parte de los adolescentes.

Frayre, Jordán, López y Telumbre (2018) llevaron a cabo un estudio en México con la finalidad de conocer la relación entre la autoeficacia y el consumo de alcohol en mujeres adolescentes de estudiantes de preparatoria. La muestra fue de 276 adolescentes de entre 15 y 18 años, con una $\bar{X}$ = de 15.9 años, de las cuales, el 57.6% mencionó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, con una media de edad de inicio de consumo de 14.36 años.

Para determinar el consumo de alcohol los autores utilizaron el instrumento AUDIT para el tipo de consumo; de las adolescentes que reportaron consumo de alcohol, más del 70% presentaron consumo sensato (n = 95) mientras que solo ocho participantes mostraron un consumo dañino. Respecto a la autoeficacia, se encontró que aquellas personas que no han consumido alcohol en el último mes y últimos siete días presentaron medias más altas de autoeficacia (U = 1658.00, p < .001 y U = 746.50 p < .030, respectivamente).

En relación con el objetivo de la investigación, se encontró una relación negativa y significativa entre el consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT y la autoeficacia general; a mayor puntuación de autoeficacia, menor consumo de alcohol en las adolescentes (rs = - 387, p < .001).

En síntesis, se encontró que la autoeficacia se relaciona de manera negativa con el consumo de alcohol, debido a que, un alto nivel de autoeficacia por parte del adolescente, le permite resistir la tentación de consumir alcohol y tener un menor consumo de este.

Factibilidad y Aceptabilidad de intervenciones

A continuación, se incluyen estudios de factibilidad de diversas intervenciones enfocadas a disminución de consumo de alcohol y tabaco en diversos grupos poblacionales y otras formas de entrega de las intervenciones, en virtud de los escasos estudios en adolescentes.

Crombie et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la factibilidad de reclutamiento, retención de participante monitorizar el compromiso y la aceptabilidad de una intervención entregada por mensajes de texto a hombre de entre 25 a 44 años, con consumo episódico excesivo de alcohol, en el Reino Unido. Se obtuvieron un total 177 participantes eligibles para la intervención, de los cuales solo 67 decidieron participar y fueron aleatorizados en grupo intervención y grupo control.

Al finalizar la intervención solo se perdieron 3 de los 67 participantes que iniciaron el proceso. En cuanto al envío de mensajes vía teléfono celular, el 95% de estos mensajes fueron entregados a los participantes, de los cuales, el 88% de los participantes los encontraron útiles e interactuaron con el contenido entregado. La tasa de retención de los participantes en el grupo de intervención fue del 91% mientras que para el grupo control fue del 100%.

Cerca del 90% de los participantes mencionaron que si recomendasen la intervención a otros ya que esta misma cantidad sintieron que las actividades de la intervención valieron la pena. Aunque no se llevaron a cabo análisis de la efectividad de la intervención, se observó que algunos participantes redujeron su frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol.

Corder, Brown, Schiff y Van Sluijs (2016), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer la factibilidad del reclutamiento de los participantes para una intervención que promueve la actividad física en adolescentes, así como los procesos de consentimiento y de la implementación de la intervención durante un proceso de nueve años.

En lo que respecta al proceso de reclutamiento y de obtención de consentimiento, el 78.2% de los participantes entregaron el consentimiento y permanecieron en la intervención por un año de curso escolar completo. Solo el 12.4% de las ausencias en tiempo escolar y perdidas de sesiones fueron reportadas debido a enfermedades, ausencia reportada o apatía a participar en la intervención, lo que supone una tasa de pérdida del 10 al 15% de los participantes durante el resto de las sesiones de la intervención.

Los autores de la intervención reportaron que la necesidad de mejorar la comunicación entre el grupo de investigadores y la escuela era esencial para disminuir las pérdidas durante la intervención, además de que esta permite obtener todo lo que se había planteado desde el inicio con las autoridades escolares.

Moore, et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la factibilidad para llevar a cabo una intervención entregada mediante mensajes de texto como herramienta de vigilancia del consumo de alcohol en estudiantes universitarios de una institución en Inglaterra. 248 participantes (51% hombres) fueron los que conformaron la muestra, la media de edad fue de 20.95 años (*DE* = 2.90).

Mediante los mensajes de texto se les invitó a los participantes a registrar su consumo con la herramienta Tamizaje Rápido de Consumo de Alcohol [FAST, por sus siglas en inglés] durante tres ocasiones en total. Durante la primera invitación, solo 82 participantes terminaron su registro; 48 participantes completaron su segundo registro y solo 28 participantes terminaron con el último registro del FAST. Al menos, 84

participantes respondieron una vez los mensajes de texto, solo el 33% de los participantes que contestaron la primera encuesta del FAST, contestaron la última.

En cuanto a la factibilidad de los mensajes de texto, la aceptabilidad por parte de los participantes debido al uso de teléfonos celulares es alta, sin embargo, debido a la alta tasa de pérdidas de los participantes, se considera que puede ser entregada de alguna otra forma. De acuerdo con la primera medición del FAST entre los grupos posterior a los mensajes de texto, aquellos que no respondieron a los mensajes, presentaron medias más bajas del FAST ($\bar{X}$ = 3.697, *DE* = 3.338) a diferencia de los que si respondieron ($\bar{X}$ = 4.57, *DE* = 3.68) los mensajes de texto (t = 1.86, $p < .05$); lo anterior indica que mensajes de texto no fueron efectivos para disminuir los puntajes del FAST.

A manera de síntesis, los estudios de factibilidad permiten cuantificar de forma preliminar si las estrategias de reclutamiento, recolección de datos, instrumentos de medición, entre otros, son adecuados para lograr los objetivos planeados en el estudio.

Adaptación cultural

A continuación, se presentan estudios en diversos problemas en poblaciones diferentes al grupo de adolescentes en virtud de escasos estudios localizados; se espera recuperar la información concerniente al proceso llevado a cabo durante una adaptación cultural con el fin de realizar una síntesis pertinente.

Sánchez, Serna y De la Rosa (2012) realizaron un estudio de valoración con el objetivo de determinar la pertinencia de la adaptación cultural de una intervención para la prevención del VIH en comunidad latina de Estados Unidos. El proceso de adaptación incluyo a 83 participantes de una comunidad de latinos que fueron informantes en los grupos focales.

Se realizó un acercamiento con miembros de la comunidad para identificar a informantes clave y posteriormente formar los grupos mediante el enfoque cualitativo de grupos focales. Estos grupos estuvieron integrados por personas mayores de 18 años, que fueran inmigrantes y que desearan participar en las entrevistas grupales. Cada grupo

estuvo conformado por un máximo de 12 participantes (mínimo seis) y las sesiones duraron entre 120 y 180 minutos.

Este acercamiento permitió conocer las actitudes, percepciones, ideas y valores con respecto al VIH de parte de la comunidad latina, lo que permitió resaltar las características diferentes de esta población, integrando algunos componentes necesarios a la intervención para su correcta comprensión. Posterior a la adaptación, se realizó el estudio con una muestra de 278 participantes divididos en dos grupos con un seguimiento a los tres y seis meses.

Ornelas, Allen, Vaughan, Williams y Negi (2015) llevaron a cabo una adaptación cultural de una intervención breve dirigida a disminuir el consumo no saludable (en exceso) de alcohol entre jornaleros latinos de una comunidad en Seattle, Estados Unidos. Para el proceso de la adaptación recurrieron a los pasos de Barrera y Castro, los cuales fungieron como marco durante todo el proceso; se realizaron entrevistas a 18 jornaleros latinos, así como a 13 proveedores de sustancias psicoactivas que surten a este tipo de usuarios (jornaleros latinos).

En el proceso de la recolección de información, se determinó llegar a una saturación por parte de todos los informantes involucrados en el proceso (jornaleros y vendedores) mediante la utilización de entrevistas semiestructuradas (25 preguntas). Dentro de las características de los participantes, la mayoría tenía un consumo episódico excesivo de alcohol, grandes cantidades diariamente; los conocimientos sobre las consecuencias del consumo de alcohol eran limitados y la bebida alcohólica era relacionada con la disminución de los estresores de un inmigrante.

En cuanto a la adaptación cultural, los participantes preferían recibir la información completamente en español, así como recibirla en ambientes comunitarios designados con los intervencionistas, debido a la inaccesibilidad de estos a los servicios de saludo. Se tomó en cuenta el origen del contexto social de los participantes, esto

debido a que la intervención no abordaba este ni ninguno de los aspectos mencionados anteriormente.

La información proporcionada por los participantes permitió elaborar la intervención breve titulada Vida PURA (Puede Usted Reducir su consumo de Alcohol), incluyendo componentes clave obtenidos por los participantes durante la fase de las entrevistas.

Field, Cabriales, Woolard, Tyroch, Caetano y Castro (2015) realizaron una adaptación cultural de una intervención dirigida a disminuir las consecuencias relacionada al consumo episódico excesivo de alcohol entre hispanos, principalmente de origen mexicano que ingresaban a los servicios hospitalarios posterior a un accidente relacionado con su consumo de alcohol en Estados Unidos. La metodología utilizada para realizar la adaptación fue la propuesta por Barrera y Castro, se realizaron entrevistas a 25 pacientes, posterior al análisis de la información, se culminó con un pilotaje de la adaptación.

La información obtenida por los participantes sirvió para modificar el contenido relacionada con la intervención, esto con la finalidad de que fuera más sensible hacia el contexto de los participantes de origen hispano (mexicanos y México americanos). El objetivo de este tipo de intervenciones es disminuir la disparidad en la atención de los servicios de salud, debido a las diferencias culturales que se presentan y actúan como barreras, como lo puede ser el idioma.

Jacobs, et al. (2016) realizaron un estudio de dos fases; la primera fase fue la adaptación cultural y estudio de factibilidad con el objetivo de determinar el contenido necesario de una intervención dirigida a disminuir el consumo de drogas y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de alto riesgo en Ecuador. La segunda fase del estudio fue un ensayo clínico aleatorizado posterior a la fase de factibilidad y adaptación cultural.

Para el proceso de la adaptación cultural los autores siguieron los pasos de Umana-Taylor y Bamaca (2004) los cuales son utilizados para realizar adaptaciones culturales específicamente en poblaciones latinas. Se formaron grupos focales a los cuales se les aplicó primeramente la intervención traducida, posterior a las sesiones cuatro y ocho, se entrevistaron a los padres que participaron en el estudio de factibilidad; se formaron cuatro grupos con aproximadamente nueve participantes cada uno, las entrevistas fueron grabadas y se les realizaron tres preguntas que guiaron las entrevistas.

Las preguntas fueron: ¿describe tu experiencia sobre la participación en la intervención "familias unidas" ?, ¿Cuál fue tu mayor desafío durante la participación en la intervención? y ¿Qué componentes de la intervención fueron más útiles para ti? Además de la participación de los padres, se incluyeron a los facilitadores, cuya finalidad era extender la discusión en torno al contenido y poder obtener una retroalimentación entre participantes, aplicadores y equipo de investigación.

Como resultado se obtuvieron cambios pertinentes en los manuales de intervención, protocolo de investigación, instrumentos y el modo de entrenamiento de los facilitadores antes de iniciar la fase II (Ensayo clínico aleatorizado). Los investigadores concluyen en que usualmente la traducción del contenido se pudiera considerar suficiente para llevar a cabo cierta intervención, no obstante, es necesario que el contenido sea adaptado a las necesidades de la población, teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan. Este proceso vuelve el contenido más sensible y fácil de ser entendido por los participantes, disminuyendo así el riesgo de sesgo.

En síntesis, la adaptación cultural del contenido de las intervenciones permite que sean más sensibles al contexto en donde se desea replicar, lo que disminuye la perdida de información relevante o de participantes debido a que el contenido no les es familiar.

Intervenciones para reducir el consumo de alcohol

A continuación, se presentan diversas intervenciones de prevención o reducción del consumo de alcohol, tomando en cuenta población adolescente, así como jóvenes universitarios.

Jander, Crutzen, Mercken, Candel y de Vries (2016) llevaron a cabo una intervención en Holanda (Alcohol Alert) con diseño de cluster aleatorizado y controlado para evaluar la reducción del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes holandeses de 15 a 19 años, mediante la utilización de un juego de roles con acceso a través de una computadora. Se aleatorizaron 34 escuelas en las condiciones experimental y control, la cantidad de participantes en el grupo experimental fue de 1622, mientras que para el control fueron 1027.

Al seguimiento de tres meses, solo el 31.1% de los participantes regresaron; de los adolescentes que participaron en las tres sesiones de juego de la intervención, se encontraron resultados significativos por edad, fue efectiva en la reducción de los episodios de consumo episódico excesivo en adolescentes de 15 años (OR = .22, IC 95%= .09 - .54, p = .03) y 16 años (OR = .37, IC 95%= .16 - .87, p = .04). Sin embargo, no fue significativa para los adolescentes mayores de 17 años.

Portelli (2018) realizó un ensayo clínico aleatorizado y controlado con el fin de evaluar la efectividad de una intervención dirigida a prevenir el uso y abuso de alcohol en adolescentes de Malta. La edad de los participantes oscilaba entre los 14 y 16 años y la muestra estuvo conformada por 119 adolescentes de una escuela preparatoria; 53 estuvieron en el grupo de intervención mientras que 66 en el grupo control.

La intervención constó de una sesión de desafío con una duración de tres horas, en las que a los participantes se les brindaba información acerca de las consecuencias del alcohol, así como el desafío para lograr una disminución en los episodios de consumo de alcohol. El grupo control solo recibió información acerca del alcohol. En cuanto a los resultados de la intervención, no se encontraron diferencias significativas

entre el grupo intervención y el control al mes de la intervención ($U = 1558$, $p = 0.18$, $r = 0.09$) ni a los cuatro meses ($U = 1313$, $p = 0.26$, $r = 0.06$.). Por lo tanto, la intervención no fue efectiva para disminuir el consumo de alcohol.

Vallentin, Rasmussen y Stock (2018), realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención escolar basada en las normas sociales (GOOD life) para reducir las percepciones erróneas, el consumo episódico excesivo de alcohol y los problemas relacionada al uso de este en adolescentes es escuelas secundarias en Dinamarca. La edad de los participantes oscilaba entre los 13 y los 17 años; 641 adolescentes fueron incluidos en el grupo intervención y 714 en el grupo control.

La intervención tuvo una duración de ocho semanas con una sesión presencial al inicio e información del consumo de alcohol vía internet desde la computadora o una aplicación en el celular; el seguimiento se dio a los tres meses posteriores a la intervención. En cuanto a los resultados, los adolescentes del grupo intervención fueron menos propensos a presentar consecuencias relacionadas al consumo de alcohol, en comparación con el grupo control (OR= 0.52, [IC 95% = 0.33, 0.83]); no se encontró diferencia estadísticamente significativa respecto al consumo episódico excesivo (OR= 1.06, IC 95%= 0.71 – 1.60).

Ariza, et al. (2008) realizaron una intervención cuyo objetivo era disminuir o retrasar el consumo de tabaco en adolescentes de nivel secundaria utilizando el marco de prevención europeo para el tabaquismo [EFSA, por sus siglas en inglés] el cual utiliza el modelo antecedente al I-Change, el Modelo ASE [Actitudes, Influencia social y Autoeficacia] (De Vries, et al. 2005; 2006). El diseño del estudio fue de tipo cuasiexperimental con grupo control en instituciones educativas de nivel secundaria en Barcelona, España; un total de 1952 estudiantes entre grupo experimental (1080) y grupo control (872) fueron parte del estudio; las edades de los participantes eran de 11 y 13 años.

La intervención se llevó a cabo aplicando 16 sesiones durante tres años, con información acerca de la política libre de tabaco, actividades correspondientes al reforzamiento de autoeficacia y modificación de actitudes hacia el consumo de tabaco, así como club de jóvenes y otras actividades comunitarias dirigidas a disminuir o retrasar el consumo de tabaco.

Al finalizar la intervención se realizaron seguimientos a los 12, 24 y 36 meses, mostrando efectos de la intervención entre grupos a largo plazo utilizando ji cuadrada de Pearson, sin embargo, los autores solo reportan el valor de p. A los 12 meses, 4.5% de los hombres y el 5.6% de las mujeres del grupo experimental eran nuevos fumadores a diferencia del 6.7% de hombres y el 11.7% de mujeres del grupo control ($p < .001$) el seguimiento a 36 meses, el 18.6% de los hombres y el 31.2% de las mujeres del grupo experimental eran nuevos fumadores, en comparación con el 21.6% de los hombres y el 38.3% de las mujeres del grupo control ($p < .001$).

Fleming et al. (2010) llevó a cabo un estudio de diseño experimental con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención basada en consejo breve sobre el consumo de alcohol y daños relacionados en estudiantes universitarios. En el grupo experimental se incluyeron 493 estudiantes, misma cantidad para el grupo control, pertenecientes a cinco universidades de Estados Unidos y Canadá.

La media de edad de los participantes fue de 21 años para el grupo experimental y 20.8 para el grupo control; la intervención constó de dos sesiones de consejería breve en las clínicas de atención universitarias, brindadas por el médico responsable de cada unidad. Se realizó seguimiento al mes de terminada la segunda sesión y al año. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al finalizar la intervención, al seguimiento de 12 meses se encontró una reducción del 27.2% de la prevalencia en el último mes.

Se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental con respecto al consumo de alcohol en el último mes ($\bar{X} = 51.7$, $DE = 40.1$), a diferencia del grupo

control ($\bar{X}$ = 54.7, *DE* = 40.3); lo anterior muestra una diferencia significativa a favor del grupo que recibió la intervención (β = 4.7, *DE* = 2.0, p = .018).

En síntesis, los estudios de diseños experimentales que utilizaron algún dispositivo tecnológico para su implementación no brindaron suficiente evidencia sobre si era o no efectiva su implementación, en cuanto al seguimiento, se observó mayor efectividad en las mujeres que en los hombres y los estudios con participantes más jóvenes, presentaron mayor efectividad.

Definición de términos

A continuación, se presenta la definición de las variables del presente estudio:

Sexo. Se refiere a la condición biológica de la persona en término masculino o femenino que refiere el adolescente y se midió con el apartado personal biológico de la Cedula de Datos Personales y de Consumo de Alcohol [CDPYCA].

Edad. Años de vida cumplidos al momento de la participación del adolescente y se midió con el apartado personal biológico de la CDPYCA.

Grado escolar. Es la declaración del adolescente acerca del año o semestre que cursa al momento de la realización del estudio, se utilizó el apartado personal sociodemográfico de la CDPYCA para su medición. Además, se solicitó la escolaridad como número de años que lleva cursados formalmente hasta este momento con una pregunta en la CDPYCA.

Consumo de alcohol. Es la ingesta de alcohol en cantidad y frecuencia que el adolescente refiere haber consumido.

La cantidad de consumo de alcohol se midió a través del número de copas o bebidas de alcohol estándar ingeridas en un día típico. Para medir la frecuencia se consideró la prevalencia del consumo de alcohol actual (últimos 30 días) e instantánea (últimos siete días), no obstante, para medir estas prevalencias se debe previamente evaluar la prevalencia global (alguna vez en la vida) y lápsica (último año) y se utilizó para medir estas variables la CDPYCA.

Consumo episódico excesivo de alcohol. Es el consumo de alcohol en un periodo corto de 2 horas y se considera en los adolescentes varones es el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas y cuatro o más bebidas en mujeres en un día típico durante un periodo de dos horas o menor a esto, al menos una vez durante el último mes. Este consumo fue medido con la CDPYCA.

Percepción del riesgo para el consumo de alcohol. Son las creencias acerca del peligro, gravedad y probabilidad de las consecuencias del consumo que percibe el adolescente acerca del consumo excesivo de alcohol; se midió con el cuestionario de percepción de riesgo al consumo episódico excesivo de alcohol (Lima, Martínez, Lima, Mercken & De Vries, 2018).

Actitudes hacia el consumo de alcohol. Son el conjunto de ideas o creencias que tienen los adolescentes acerca de las consecuencias que conlleva el consumir alcohol y se representan a través de los pros y contras, se midió con La escala de actitud frente al consumo episódico de alcohol (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014).

Norma subjetiva hacia el consumo de alcohol, son las percepciones del adolescente sobre la opinión de su propio consumo por parte de sus padres e iguales y la de los adolescentes sobre el consumo de padres, amigos y compañeros se midió con la escala de norma social y consumo episódico excesivo de alcohol (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014).

Presión social para el consumo de alcohol. Es la percepción del adolescente de la presión ejercida por sus padres e iguales para realizar alguna conducta que desee o no llevar a cabo; se midió a través de la escala de presión social y consumo episódico excesivo de alcohol (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014).

Autoeficacia para el consumo de alcohol. Es la confianza que tiene el adolescente en su capacidad para resistir al consumo de alcohol en situaciones de tentación o riesgo; se utilizó la escala de autoeficacia (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014) para su medición.

Intención para el consumo de alcohol. Es la disposición del adolescente para consumir bebidas alcohólicas y su ubicación en una de las etapas de cambio; se midió con dos preguntas del apartado de consumo episódico excesivo de la CDPYPCA.

Conducta. Se representa mediante el consumo de alcohol en los adolescentes y se mide mediante tres indicadores: a) la reducción de la cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día típico; b) la disminución de la frecuencia del número de ocasiones con consumo episódico excesivo de alcohol y c) disminución de consumo en la prevalencia actual e instantánea. Se midió con la CDPYPCA antes y después de la intervención. La prevalencia global y lápsica se medió como antecedente de la medición de la prevalencia actual e instantánea.

Factibilidad y aceptabilidad de la intervención es la forma en que los procedimientos y componentes de la intervención se implementan en el modo establecido de reclutamiento, de entrega, en la dosis y tiempo recomendado de aplicación. Se evaluó a través de la escala de factibilidad y aceptabilidad de la intervención (diseñada por los autores del estudio en base a la escala sa satisfaccion percibida de Varela, Rial, & Garcia, 2003).

Objetivo general

Realizar la adaptación cultural de la Intervención Alerta Alcohol con tecnología Web dirigida a reducir el consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día típico, la frecuencia de consumo episódico excesivo en adolescentes de preparatoria y la prevalencia actual e instantánea), así como determinar la factibilidad, aceptabilidad y la eficacia preliminar de la intervención.

Objetivos específicos

1. Determinar la cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol y prevalencia actual e instantánea por sexo.
2. Determinar las actitudes (pros y contras) hacia el consumo de alcohol en los participantes.
3. Identificar la intención (etapas de cambio) para el no consumo de alcohol y no episodios de consumo excesivo en los adolescentes del grupo experimental y grupo control.

Hipótesis

1. El puntaje de la percepción del riesgo y la autoeficacia sobre el consumo de alcohol será más alto en el grupo experimental que en el grupo control al finalizar la intervención.
2. El puntaje de las actitudes desfavorables (contras) hacia el consumo de alcohol, será más alto en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención.
3. El puntaje de percepción de las normas sociales será más bajo en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención.
4. Al término de la intervención, los adolescentes del grupo experimental tendrán un menor consumo de alcohol expresado en cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día típico, frecuencia de consumo episódico excesivo y las prevalencias actual e instantánea, a diferencia del grupo control.

Objetivos de la Intervención

1. Adaptar culturalmente la intervención Alerta Alcohol por parte de los padres de familia, adolescentes y expertos en la temática.
2. Evaluar la factibilidad de reclutamiento y retención de los participantes en una intervención para disminuir el consumo de alcohol mediante el uso de tecnología web.
3. Explorar la factibilidad de la entrega de una intervención para disminuir el consumo de alcohol mediante el uso de tecnología web.
4. Explorar la aceptabilidad de una intervención para disminuir el consumo de alcohol mediante el uso de tecnología web desde la perspectiva de los participantes.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología que se utilizó para el desarrollo del estudio. En la primera etapa: adaptación cultural se describe el diseño del estudio, la población, así como el muestro y la muestra; los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Además, se describen los instrumentos de medición, proceso de adaptación cultural, proceso de reclutamiento y selección de los facilitadores, el protocolo o currículo de la intervención, procedimiento de recolección de la información, así como los aspectos éticos y el plan de análisis de datos. En la segunda etapa se llevó a cabo la aplicación de la intervención, así como la evaluación de la factibilidad y el efecto de esta.

Primera etapa: adaptación cultural

Diseño del estudio

Para la primera etapa se utilizó una herramienta de tipo cualitativa como lo son los grupos focales, se incluyeron adolescentes y padres de familia de la institución educativa a la que se tuvo acceso y expertos en prevención de adicciones. La técnica de los grupos focales es útil para explorar los conocimientos y experiencias que permiten examinar la forma en que la persona piensa y por qué piensa de esa manera, en un determinado contexto cultural (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

Población, muestreo y muestra

La población se conformó por adolescentes de nivel preparatoria (15 a 18 años), padres de familia de los adolescentes y expertos en la prevención de consumo de drogas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue de tipo no probabilístico intencional (Burns & Grove, 2009), se integraron cuatro grupos de 5 a 8 personas; dos grupos de adolescentes, un grupo de padres de familia y un grupo de expertos.

Instrumentos de recolección de datos en grupo focal

Para el desarrollo de los grupos focales se contó con un moderador, observador y participantes. El moderador contó con una guía semiestructurada que fue diseñada con preguntas acerca del contenido de la intervención con el fin de guiar las sesiones de grupo focal y lograr recolectar la información de los participantes (Apéndice A). El observador tuvo un diario de campo para registrar todo lo que ocurrió con respecto al comportamiento de los participantes, las acciones y respuestas que brinde, así como cuestiones relevantes durante la interacción de los participantes con el moderador, que este no logró registrar. Además, fue responsable del control del tiempo de la sesión y le indicó esto al moderador mediante una tarjeta a fin de no interrumpir el proceso de discusión.

Procedimiento de grupo focal para la adaptación

Inicialmente en la primera etapa que corresponde a la adaptación cultural de la intervención Alerta Alcohol, el estudio contó con la aprobación por parte del Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL]. Posterior a la aprobación, se acudió a una institución de educación media superior para solicitar acceso a la población estudiantil, docente y padres de familia, así como realizar los trámites necesarios para la autorización para la aplicación de la adaptación cultural de la intervención Alerta Alcohol. En cuanto a los expertos en la temática de consumo de drogas lícitas, se contó con la participación de algunos miembros del Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones de la Facultad de Enfermería de la UANL, previa autorización de los directivos de la institución.

Como primer paso, se realizó una invitación en la institución educativa mediante la entrega a los estudiantes de una tarjeta de invitación para ellos y para los padres de familia; en la tarjeta se indicó una fecha de sesión informativa para comentarle los pormenores del proceso, a los que desearon participar, se les entregó un consentimiento

informado detallando el procedimiento y solicitando su acuerdo a participar firmando el formato de consentimiento. Se entregó un consentimiento informado para los padres (Apéndice C) que asistieron a la sesión informativa y que desearon participar, se les entregó a los adolescentes interesados un consentimiento informado para sus padres o tutores (Apéndice D) y el asentimiento informado de los adolescentes (Apéndice E). A los expertos se les entregó la invitación en la Facultad de Enfermería de la UANL para formar parte del análisis del contenido y adaptación de la intervención, así como el consentimiento informado (Apéndice G), se tomó en cuenta la disponibilidad de día y hora a todos aquellos que desearon participar.

Para la conformación de los grupos de adolescentes se aceptaron a todos los interesados en formar parte de este proceso, hubiera o no consumido alcohol y se acordó lugar, fecha y hora con las autoridades del plantel educativo. De acuerdo con la cantidad de adolescentes interesados se conformaron dos grupos focales, además del grupo de padres. Para el grupo de padres, se tomó en cuenta la disponibilidad de horario de cada uno de los participantes para que pudiera acudir y evitar interrumpir lo menos posible sus actividades.

A partir de la conformación de los grupos, se les entregó de manera impresa el contenido de la intervención 15 días antes de la fecha programada para la sesión y así darles tiempo para que conocieran la intervención y pudieran hacer aportaciones durante la realización del grupo focal. Se contó con un grupo de padres de familia que aportó sugerencias con respecto al contenido de la intervención, fue un grupo mixto de madres y padres de familia de seis participantes.

De acuerdo con el modelo que se utilizó para la adaptación de la intervención Alerta Alcohol (Barrera & González, 2006), se identificó en los grupos focales el contenido sensible a ser modificado, a través de siete preguntas (guía semiestructurada para la conducción del grupo focal) acerca de la utilidad de la intervención, preguntando después sobre aquello que si aplica al contexto local y que no, se abordó la necesidad de

eliminar o agregar algunos contenidos de la intervención y, se solicitaron sugerencias sobre el contenido, el tiempo de duración de la intervención, de los cuestionarios y del uso de la página web.

Todo este proceso fue audio grabado, previa autorización de los participantes para que el autor principal del estudio primero capturó toda la información existente en el audio, para analizar toda aquella información en la que se tuvo duda y consultar las grabaciones para clarificar las respuestas por parte de los participantes. En primer lugar, se solicitó registrar los audios en el consentimiento informado (padres) y en el asentimiento informado (adolescentes), así como al inicio de la sesión del grupo focal. Se les mencionó a los participantes que después de haber capturado los datos, los audios serían eliminados de forma inmediata.

Una vez recabada la información (con notas de campo y la grabación) se procedió a la captura de datos de los diferentes grupos focales, se realizó el análisis por grupo identificando diferencias y similitudes de los aportes vertidos y se elaboran tablas con información para cada grupo, posteriormente se identificaron las sugerencias para cada una de las sesiones de la intervención y se modificaron siempre respetando el contenido substancial establecido por los autores de la intervención Alerta Alcohol. Después de haber realizado los cambios sugeridos por los grupos focales se recurrió con el grupo de expertos en la temática de prevención de consumo de drogas para que evaluaran las modificaciones y realizaran algunas sugerencias.

Finalmente se buscó refinar en lo posible el contenido de la intervención para ser aplicada en el estudio piloto donde se evaluó la factibilidad y efectividad (piloto) en un grupo de adolescentes de una escuela preparatoria de Nuevo León, México.

Análisis de datos de la adaptación cultural

El análisis de los datos se realizó de manera artesanal, una vez que se obtuvieron los audios de la sesión, se transfirió el archivo a un equipo de cómputo en el cual se transcribió en su totalidad a un documento de Microsoft Word para poder contrastar las

respuestas e identificar las principales sugerencias de cambios o aclaraciones sobre los casos por parte de los participantes con respecto a la intervención. Se identificaron las principales dudas de los participantes con respecto al contenido de la intervención y se agruparon en cinco temas diferentes, las palabras, los escenarios de consumo, consecuencias, actividades y bebidas típicas. Al finalizar las sesiones se realizaron preguntas de manera general sobre el contenido, siempre teniendo en cuenta la Guía semiestructurada para la conducción de grupo focal (Apéndice A).

Segunda Etapa: factibilidad, aceptabilidad y efectividad (piloto) de Alerta Alcohol

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue un estudio piloto (Glitin & Czaja, 2016; Burns & Grove, 2009), previamente adaptado a la cultura mexicana (Barrera & González, 2006). Los estudios piloto son muy similares a los ensayos clínicos aleatorizados, sin embargo, estos pueden llevarse a cabo con muestras no tan grandes y cuidando cumplir con la manipulación puesto que se brindó una intervención (Alerta Alcohol) y se contó con un grupo experimental (GE), al cual se le administró la intervención y un grupo de comparación (GC) que se le ofrecieron dos sesiones sobre prevención de conductas de riesgo. Además, los participantes fueron aleatorizados. El esquema del diseño se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Esquema del diseño con medición pre-postest

Grupos	Pretest	Tratamiento	Postest
Experimental	O_1	X	O_2
Control	O_1		O_2

Nota: O = Medición, X = Intervención

Población, muestreo y muestra

La población se conformó por adolescentes de ambos sexos de 15 a 18 años, estudiantes de una institución de educación media superior. El muestreo fue no probabilístico, la invitación se envió vía correo personal asignado por la preparatoria en la que se llevó a cabo el estudio y fue por conveniencia ya que los adolescentes se autoeligieron a participar; una vez que accedieron a participar se sortearon en dos grupos para que cada uno tuviera la oportunidad de formar parte del GE o del GC, de esta manera se respetó el criterio de aleatorización.

La muestra final del estudio fue de 25 para el grupo experimental y 17 para el grupo control, con un total de 42 participantes.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a todos aquellos adolescentes que eran estudiantes de preparatoria y estaban inscritos en una institución educativa y que tuvieran un equipo de cómputo con acceso a internet.

Criterios de exclusión

Todos aquellos adolescentes que llevaban al momento de la intervención algún tratamiento farmacológico o terapia cognitivo conductual, o que formaban o hubieran formado parte de algún otro programa para dejar de consumir alcohol u otras drogas en los últimos seis meses. Así mismo se excluyeron los consumidores de drogas ilícitas, estos criterios se midieron con la Cedula filtro.

Criterios de eliminación

Se eliminaron todos aquellos participantes que no cumplieron con el 95% del total de las sesiones. Si los participantes que no terminaron alguna sesión dentro del tiempo establecido, pero manifestaron su deseo de terminar el programa se reincorporaron, pero no se incluyen en el análisis de datos.

Instrumentación

Los instrumentos fueron las cinco escalas de la intervención Alerta Alcohol (descritas a continuación) además de una Cédula Filtro, una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y una escala de factibilidad y aceptabilidad de la intervención. Para la recolección de los datos, tanto las escalas de la intervención como las cédulas formaron parte de un solo cuestionario separado en siete secciones que corresponden a cada instrumento que mide las variables de estudio, la CDPYPCA y la escala de factibilidad y aceptabilidad de la intervención. En cada cuestionario se describe el propósito y las indicaciones necesarias para contestarlo.

Tanto el cuestionario pretest como el postest se encontraban dentro de la página de la intervención Alerta Alcohol, por lo que no fue necesario para los participantes abrir un enlace externo que lo dirigiera a otra página web.

La *Cédula Filtro* se desarrolló con el objetivo de identificar características o situaciones de los participantes que puedan interferir en los resultados de la presente investigación. Constó de seis preguntas que indagaron acerca del consumo de alcohol, así como de la participación en algún programa para disminución de consumo, si son consumidores de alguna sustancia psicoactiva ilícita, así como si tienen intención manifiesta de modificar o detener su consumo de alcohol (Apéndice H).

La *Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA)* contiene 12 preguntas sobre datos personales del participante como edad, sexo, grado escolar, así como preguntas que evalúan el consumo de alcohol y dos preguntas para evaluar consumo episódico excesivo de alcohol (una para hombres y otra para mujeres), también se midió la prevalencia de consumo de los adolescentes de manera global, lápsica, actual e instantánea (Apéndice I).

El *Cuestionario de percepción de riesgo al consumo episódico excesivo de alcohol* (Lima et al, 2017) (Apéndice J) tiene como objetivo identificar las creencias que perciben los adolescentes sobre el peligro, gravedad y probabilidad de las consecuencias

del consumo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol. El instrumento consta de 8 reactivos compuesto por tres subescalas: peligro a la salud (reactivos 1 y 2), gravedad a la salud (reactivos 3, 4 y 5) y probabilidad de consecuencias a la salud (reactivos 6, 7 y 8) y fue medido mediante el cuestionario de percepción de riesgo al consumo episódico excesivo de alcohol (Lima et al, 2017).

Las opciones de respuesta son de tipo Likert con cinco opciones para la primera subescala que va de menor a mayor, 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = bastante en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = bastante de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo. Para las subescalas de gravedad y probabilidad, las opciones de respuesta también son de tipo Likert, pero con opciones diferentes; 0 = ninguna, 1 = poca, 2 = algo, 3 = bastante y 4 = mucha. Los Coeficientes Alpha de Cronbach reportados para el instrumento global oscilan entre .81 y .83, mientras que para las subescalas van desde .76 hasta .86 (Lima et al, 2017).

La *escala de actitud frente al consumo episódico de alcohol*, creada en Holanda (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014) y validada al español por Lima, et al. 2017 (Apéndice K) se diseñó en base en el modelo I-Change como instrumento de medición para la intervención Alerta Alcohol, tiene como propósito identificar las actitudes de los adolescentes hacia el consumo episódico excesivo de alcohol mediante la percepción de los pros y contras del consumo de alcohol.

Esta escala consta de ocho ítems dividida en dos subescalas: la de pros (1, 2, 3 y 4; ejemplo de reactivo) y la de contras (5, 6, 7 y 8) con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 = totalmente de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = ni de acuerdo ni desacuerdo, 4 = en desacuerdo y 5 = totalmente en desacuerdo. Los Alphas de Cronbach reportados por este instrumento oscilan entre 0.76 y 0.79 (Lima et al., 2017).

Las opciones de respuesta son de tipo Likert, de 1 a 5 en donde 1 = no tengo, 2 = nunca, 3 = casi nunca, 4 = a veces y 5 = a menudo. Esta escala se divide en tres factores o subescalas, la primera es padre/madre (reactivos 1 al 4) con un $\alpha = 0.68$, la

subescala grupo de amigos, incluyendo a la pareja (preguntas 7 a 14) con un α = 0.77 y la tercera subescala hermanos (5 y 6) con un α = 0.88, mientras que de manera global presentó un α = 0.76 (Lima et al., 2017).

Escala de norma social y consumo episódico excesivo de alcohol fue elaborada y aplicada en Holanda (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014),y validada al español por Lima, et al. 2017 (Apéndice L) es una de las 5 escalas utilizadas en la intervención Alerta Alcohol para medir las variables de estudio, forma parte de las escalas creadas para la intervención alerta alcohol, tiene como objetivo medir la percepción que tienen los demás acerca del consumo del adolescente, así como la percepción del adolescente de los que piensan sus amigos y familiares acerca de su consumo.

Consta de 20 reactivos en los que se indaga que piensan los padres (ítem 1 y 2) y que piensan los iguales (ítems 3 al 6) acerca del consumo por parte del adolescente, las opciones de respuesta son tipo Likert, del 1 al 6 donde 1 = que definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2 = que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3 = que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4 = que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5 = que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol y 6 = no tengo.

De la pregunta 7 a la 20 evalúan el consumo y como este puede afectar la precepción del adolescente acerca del consumo de alcohol las preguntas 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 son de tipo Likert de cinco opciones donde 1 = no tengo, 2 = nunca, 3 = casi nunca, 4 = a veces, y 5 = a menudo, solo la pregunta 11 y 12 son de opción abierta ya que preguntan acerca de cantidad de consumo de alcohol de los hermanos/as y cuántos de estos presentan consumo episódico excesivo de alcohol. Esta escala presentó un Coeficiente de Confiabilidad de 0.75 (Lima et al., 2017).

Escala de presión social y consumo episódico excesivo de alcohol diseñada y aplicada en Holanda (Jander, Crutzen, Mercken, & De Vries, 2014) y validada al español por Lima, et al. 2017 (Apéndice M) tiene como objetivo determinar qué tan

presionado se ha sentido el adolescente para consumir bebidas alcohólicas y para consumir alcohol de manera excesiva por parte de sus padres e iguales. La escala consta de seis reactivos que evalúan la presión de los padres en el reactivo 1 y 2, mientras que la presión de los iguales (hermanos, amigos y pareja sentimental) se mide a través del reactivo 3, 4, 5, 6.

Las opciones de respuesta son de tipo Likert que van de 1 a 6, 1 = no tengo, 2 = nunca, 3 = casi nunca, 4 = a veces, 5 = a menudo y 6 = siempre. En la literatura se reportó un $\alpha = 0.69$ en población española (Lima et al., 2017).

Escala de autoeficacia, creada y aplicada en Holanda (Jander, Crutzen, Mercken & De Vries, 2014) y validada al español por Lima, et al. 2017 (Apéndice N), tiene como propósito medir el nivel de autoeficacia de los adolescentes ante situaciones de consumo de alcohol y la frecuencia de consumo episódico excesivo. La escala consta de 10 reactivos divididos en dos subescalas, los factores internos o de introversión que son medidos por los reactivos 1, 2, 3, 4 y 5 y la subescala de factores externos o extroversión, medida por las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10.

Las opciones de respuesta son tipo Likert del 1 al 5, 1 = muy fácil, 2 = bastante fácil, 3 = no es fácil o difícil, 4 = bastante difícil y 5 = muy difícil. A mayor puntuación menor es la percepción de autoeficacia que tiene el adolescente de sí mismo. La escala presentó un Alpha de Cronbach global de 0.90 mientras que para las subescalas se ha reportado $\alpha = 0.85$ y $\alpha = 0.87$ respectivamente (Lima et al., 2017).

La *escala factibilidad y aceptabilidad de la intervención* fue desarrollada por el autor principal, a partir de la escala de aceptabilidad de Fabrizio et al (2003), con la finalidad de evaluar como valoraron la intervención con respecto a la aceptabilidad y que tan factible fue para los participantes esta, así como lo fácil o complicado que fue formar parte de esta. Las preguntas indagan información acerca de que tan apropiadas son la cantidad de sesiones, la frecuencia duración, contenido, así como aspectos de

sesiones de la intervención. Además, evalúa aceptabilidad en cuanto al grado de satisfacción o el nivel de utilidad que le encontraron al programa (Apéndice P).

Proceso de selección y capacitación de los facilitadores.

Para la aplicación de la presente intervención en virtud de la pandemia de COVID 19 y las estrategias sanitarias de aislamiento social no fueron necesarios los facilitadores de la intervención, los cuales ya se habían capacitado, no obstante, se les agradeció su tiempo y se explicó la razón de no poder incluirlos en este proceso. Sin embargo, un grupo de tres personas (dos encargadas de la programación de la página web y el autor principal), estuvieron a cargo de una dirección de correo proporcionada a los participantes en la cual, si existía algún problema, ellos podían enviar correo; si el problema era relacionado con el acceso a la página, las personas de programación le daban respuesta y si era alguna situación respecto al contenido de la intervención, el autor principal atendía dicha solicitud.

Proceso de reclutamiento y selección de los participantes para la intervención (segunda fase).

Una vez que se obtuvo la autorización (Apéndice R) por la institución educativa en la que se realizó el estudio, dichas autoridades entregaron un listado de estudiantes donde se incluía un correo electrónico. A través de este medio se invitó a los estudiantes a participar en el estudio y se puntualizó que su participación era totalmente voluntaria. A todos los que aceptaron formar parte del estudio se les entregó un consentimiento informado (Apéndice S) para sus padres o tutores, así como un asentimiento informado (Apéndice T) para ellos.

A todos los adolescentes se les explicó de forma detallada en qué consistía la intervención Alerta Alcohol, mediante la plataforma MS Teams, para lo cual las autoridades facilitaron esta herramienta y el tiempo para informar del estudio a los adolescentes. Posteriormente, se les explicó la importancia del consentimiento informado de sus padres o tutores y este formato se envió a los correos de los que se

interesaron en participar y se les indicó que lo reenviaran al correo de la intervención si sus padres o tutores aceptaban que estos participaran. Después de obtener los consentimientos informados de sus padres o tutores, se les solicitó su asentimiento por escrito y enviado al mismo correo. Posterior a contar con el total de participantes se conformaron los dos grupos aleatoriamente, es decir, se le otorgó un número a cada participante y se designó a cada grupo mediante un generador de números aleatorios.

Posterior a la conformación de los grupos, se inició la intervención. A los participantes del GE se les brindó la liga de acceso a la página web (http://www.alertaalcoholmty.com) y se les explicó vía correo electrónico como sería el proceso en el sitio web. Las sesiones estaban programadas para irse desbloqueando en un tiempo determinado y se les enviaban recordatorios vía correo electrónico una vez que la siguiente sesión ya estaba lista para ser contestada.

A continuación, se muestran los tiempos aproximados desde la detección de los participantes, hasta la intervención. En los participantes del grupo control se ofrecieron dos sesiones informativas sobre prevención de conductas de riesgo (tabla 2). En el Apéndice (V) se incluye el mapeo de la intervención que permite precisar los elementos clave para la aplicación de esta.

Tabla 2.

Tiempos aproximados desde el inicio hasta el término de la intervención

Procedimiento	Actividades	Tiempo
Detección **Objetivo** Dar a conocer la intervención para interesar a los adolescentes para que decidan ser parte de la intervención	-Invitación a los adolescentes pertenecientes a la institución, presentando la intervención sus objetivos y actividades pertenecientes a la institución.	1 a 2 semanas antes del inicio del reclutamiento.

Tabla 2 (continuación)

Tiempos aproximados desde el inicio hasta el termino de la intervención

Procedimiento	Actividades	Tiempo
Reclutamiento **Objetivo** Obtener los dos grupos de participantes (experimental y control) con autorización de padres o tutores y de ellos mismos	-Reclutamiento de los potenciales participantes -Verificar los criterios de inclusión de los adolescentes interesados en la intervención aleatorizar a los interesados en dos grupos (experimental y control) -Recolección de autorizaciones (consentimientos y asentimientos).	2 semanas
Medición inicial **Objetivo** Obtener información de las variables de estudio antes de aplicar la intervención Alerta Alcohol	-Acceso a la página web de la intervención por parte de los participantes y asistencia en el registro y creación de las cuentas.	Una sesión del programa (pretest)
Intervención **Objetivo** Aplicación de las sesiones para modificar las variables incluidas en el estudio	-Acceso a la página web de la intervención por parte de los participantes	Mes y medio, desde la sesión uno a la sesión cuatro
Medición final **Objetivo** Obtener información de las variables de estudio antes de aplicar la intervención Alerta Alcohol	**-**Recolección de las últimas mediciones posterior a la intervención (sesión final)	1 semana (recolección de los datos para el post-test)

Intervención Alerta Alcohol.

La intervención Alerta Alcohol fue originalmente desarrollada por un grupo de investigadores de la Universidad de Maastritch en Holanda en 2011 para disminuir los episodios de consumo excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria mediante el uso de ordenadores para realizar las actividades de las sesiones. Posteriormente se adaptó al español con el mismo objetivo de reducir el consumo excesivo de alcohol por la Universidad de Sevilla, en España (Lima et al., 2018). Esta intervención consta de mensajes preventivos e información acerca de los beneficios de no consumir alcohol reduciendo las actitudes positivas hacia la bebida alcohólica y reforzando las actitudes negativas y la autoeficacia.

El programa consiste en una pequeña historia donde el personaje principal (adolescente), despierta después de una noche donde tuvo un consumo episódico excesivo de alcohol y no recuerda que sucedió, la historia toma lugar en diferentes escenarios y en cada escenario se realizan preguntas y se ofrece información en forma de mensajes. La intervención se conforma por cuatro sesiones, además de una medición inicial y una medición al final de la aplicación de la intervención (pre y postest). En la sesión inicial, el adolescente se registra en la página de la intervención (http://www.alertaalcoholmty.com) donde crea su usuario y contraseña, así como el llenado del pretest; las sesiones uno y dos son las sesiones con las actividades donde se aborda al adolescente acerca de los escenarios de consumo en los cuales le es más común llegar a realizar consumo episódico excesivo de alcohol.

En la sesión tres, se desarrolla el reto de los adolescentes ante alguna situación de consumo, reforzando lo visto en las sesiones uno y dos, estableciendo estrategias y metas alcanzables; la sesión cuatro es la última de la intervención, en esta sesión se evalúa el reto de los adolescentes de acuerdo con si consumieron o no consumieron alcohol en algún evento o reunión social, así como si llevaron a cabo un consumo

episódico excesivo de alcohol. La sesión final para la aplicación de la medición postest, se aplican los cuestionarios utilizados en la sesión inicial de la intervención.

Modelo lógico de la intervención

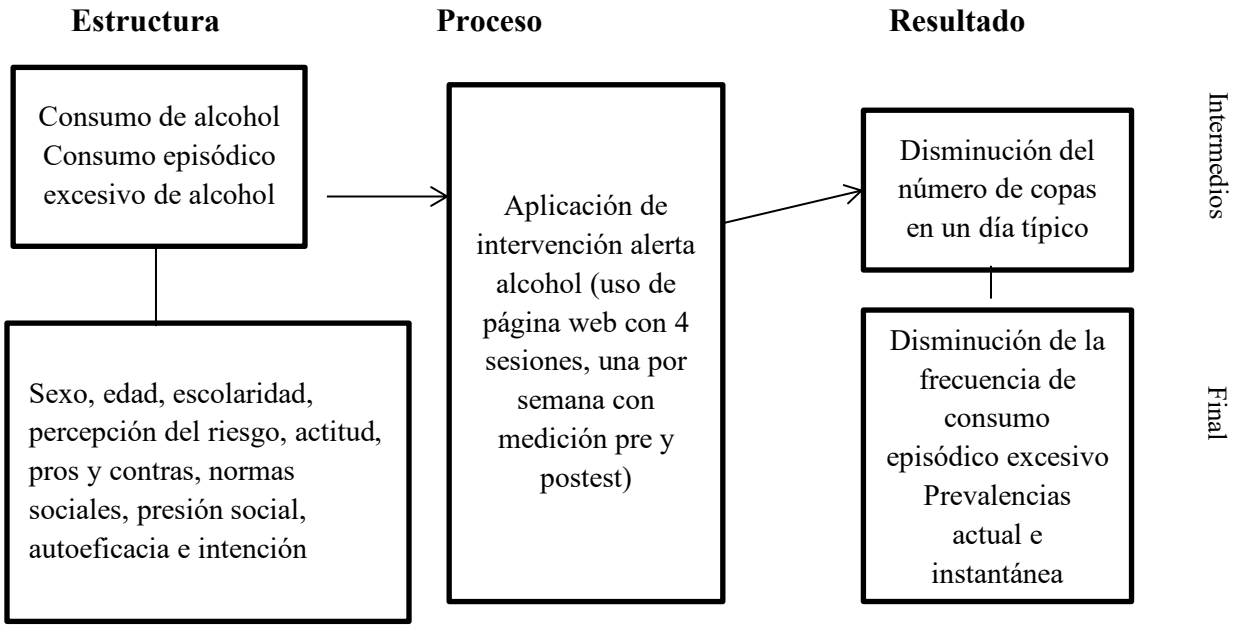


Figura 3. Modelo lógico de los componentes de la intervención

El modelo lógico de la intervención es la forma en la que se llevó a cabo los procesos necesarios durante la intervención, en la estructura corresponde a los elementos de entrada a la intervención y son la conducta que se desea cambiar (consumo de alcohol que es número de bebidas alcohólicas ingeridas al inicio) así como la frecuencia al mes del número de episodios de consumo excesivo explosivo y la prevalencia actual e instantánea, además se incluye, las variables personales del participante (edad, sexo y escolaridad) así como las variables que se consideran modificables mediante la intervención (percepción del riesgo, actitud, pros y contras, normas sociales, presión social, autoeficacia e intención) y que fueron evaluadas antes de iniciar la aplicación de la intervención (pretest). En el proceso se ejecutaron las actividades que forman parte de la intervención Alerta Alcohol que son cuatro sesiones que incluyen materiales y la forma de entrega mediante el uso de computadora y de la página web. En la parte de resultados se establece específicamente lo que se espera lograr al implementar la

intervención, en la figura dos se muestra en resultados no solo la disminución de consumo de alcohol expresado en cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión, así como frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol, de las prevalencias actual e instantánea y el resultado de las variables modificables después de la aplicación de la intervención (postest).

Descripción de sesiones (curriculum de la intervención)

A continuación, se presenta de forma sucinta el curriculum de la intervención Alerta Alcohol, el cual se explica con mayor detalle en el Apéndice U.

En esta primera sesión (0), los adolescentes fueron instruidos por medio de la plataforma MS Teams por el autor principal del estudio acerca del llenado de los datos necesarios para el registro y creación de la cuenta utilizando un correo electrónico, en este punto, se había propuesto que se instalasen en el laboratorio de cómputo de la institución educativa y que se les proveería del acceso al sitio web en el que realizarían dicho procedimiento (http://www.alertaalcoholmty.com). No obstante, en virtud de la pandemia del COVID 19, hubo necesidad de hacer cambios en el procedimiento, por lo que en lugar de que las sesiones siguieran el tiempo determinado semana a semana en la institución educativa bajo supervisión del autor principal, los adolescentes se conectaron desde su domicilio siguiendo en la mejor manera posible las sesiones semana a semana. Por lo que se le enviaban recordatorios semanales vía correo electrónico. Una vez terminado el proceso de creación de la cuenta, se inició el llenado de los cuestionarios que fueron utilizados para medir las variables de la intervención, así como la CDPYPCA. En caso de que los adolescentes olvidasen su cuenta o contraseña, la recuperación fue por vía correo electrónico, a la dirección de correo alertaalcoholmty@hotmail.com y en estos casos les fue enviado a su correo un enlace para reestablecerla.

Sesión 1, en esta sesión a los participantes se les presenta el escenario “en casa” en los cuales se aborda el riesgo de consumir alcohol, el grado de peligro y la seriedad

del consumo episódico excesivo de alcohol, la probabilidad de complicaciones médicas y los pros y contras del consumo episódico excesivo. La retroalimentación en esta sesión se enfoca en brindar información de las consecuencias del consumo de alcohol, así como del consumo episódico excesivo y hacer al adolescente consciente de los aspectos negativos, tratando de lograr un cambio de actitud hacia el abuso de la bebida alcohólica.

Sesión 2, durante esta sesión, se abordan los dos escenarios restantes, el escenario dos son las celebraciones, como los festejos como navidad, bodas u otros festejos en los cuales pueden consumir alcohol. Se les brindan mensajes para manejar su autoeficacia; en este escenario se abordan problemas relacionados al modelado social (normas e influencia social), ayudando al adolescente a elegir lo más apropiado para el motivándolo a que busque apoyo en amigos y familiares que no consuman alcohol, o que lo hagan de manera muy esporádica y sin abusar.

El tercer escenario son los lugares públicos, se abordan situaciones relacionadas con las normas sociales hacia el consumo episódico excesivo de alcohol y la opinión de los demás sobre el consumo; se ayuda a los adolescentes a manejar la percepción de la aprobación por parte de su círculo de amigos y familiares que consumen alcohol. Se motiva a los adolescentes a que elijan o busquen relaciones con sus significativos que lo puedan apoyar a disminuir su consumo de alcohol, así como la frecuencia que realizan un consumo episódico excesivo. En este mismo escenario se le brindan formas de como resistir a la presión para consumir alcohol por parte de sus amigos y familiares.

La sesión 3, esta es al menos una semana después de la presentación del último escenario de consumo, en esta sesión se presenta el “desafío”, que se les propone a los adolescentes para no consumir bebidas alcohólicas o que no lleven a cabo un consumo episódico excesivo de alcohol en eventos o situaciones en las que se les puede ofrecer consumir alcohol (fiestas o reuniones con amigos o familia). A los adolescentes se les pregunta si existía un evento o reunión en los próximos 30 días en los cuales exista el

riesgo de que se les ofrezca alcohol y se les desafía a no hacerlo. La fecha en que ocurrió la situación de consumo se registró, así como el tipo de evento o escenario en el que se presenta el consumo o no consumo.

A los adolescentes se les invitó a realizar su propio plan de acción con estrategias acerca de cómo pueden rechazar el consumo de alcohol o afrontar el consumo episódico excesivo, mientras que se les ofreció una retroalimentación acerca del plan.

Sesión 4, durante esta sesión se les solicitó a los adolescentes que contestaran un cuestionario acerca del cumplimiento del desafío o no, en este incluyen preguntas acerca de la cantidad de consumo de alcohol, así como de si llevó o no a cabo el consumo de manera excesiva, si el adolescente logró cumplir su desafío, se les felicitó y motivó a seguir adelante y continuar con las mismas estrategias. En caso de que no haya logrado el desafío que se planteó, se les ayudó a replantear las estrategias y se les motivó a que tome el desafío nuevamente.

Sesión final, la última sesión de la intervención fue para aplicar los cuestionarios que se aplicaron al inicio (postest), esta sesión forma parte del programa y corresponde a la medición final, además de la escala de factibilidad y aceptabilidad de la intervención.

A continuación, se muestra a manera de tabla el protocolo de la intervención.

Tabla 3.

Actividades por sesión de la intervención Alerta Alcohol

Sesión	Lugar	Actividades	Materiales
Sesión inicial -Evaluación pre-test Objetivo: evaluar inicialmente las variables sujetas a modificación por medio de la intervención y crear los registros de los adolescentes en el programa de la intervención	Domicilio del participante	▪ Registro de usuarios en página web ▪ Presentación del contenido de la intervención (objetivo y actividades) ▪ Aplicación de cuestionarios base (pre-test)	▪ Instrumentos de medición (percepción del riesgo, actitudes, normas sociales, presión social, autoeficacia) ▪ Instructivo para la creación de cuentas
Sesión 1 -Primer escenario (en casa) Que el adolescente conozca las consecuencias y riesgos del consumo de alcohol en adolescentes para ser aplicado en un escenario simulado	Domicilio del participante	▪ Conocimientos y riesgos del uso del alcohol ▪ Consecuencias del consumo episódico excesivo ▪ Simulación de un escenario en el que se existe la oportunidad de consumir alcohol.	▪ Historias y consejos ▪ Computadora (para acceso a página web)

Tabla 3 (continuación)

Actividades por sesion de la intervención Alerta Alcohol

Sesión	Lugar	Actividades	Materiales
Sesión 2 -Escenario dos y tres (celebraciones o fiestas y lugares públicos) Objetivo que el adolescente conozca el papel de la autoeficacia, de la influencia social en el consumo de alcohol para hacer un plan de acción	Domicilio del participante	▪ Ventajas de la autoeficacia ▪ Consumo de alcohol y la influencia social (normas y presión social) Planteamiento de planes de acción	▪ Historias y consejos ▪ Computadora (para acceso a página web)
Sesión 3 -Desafío y plan de acción Que el adolescente diseñe su plan de acción para disminuir el consumo de alcohol con base en posibles desafíos	Domicilio del participante	▪ Registro de consumo ▪ Escenario de desafío ▪ Trazar un plan de acción	▪ Registro de consumo de bebidas alcohólicas Computadora

Tabla 3 (continuación)

Actividades por sesion de la intervención Alerta Alcohol

Sesión	Lugar	Actividades	Materiales
Sesión 4 -Evaluación del desafío Objetivo: Que el adolescente evalúe el resultado de su plan de acción para disminuir el consumo de alcohol y proponga modificaciones	Domicilio del participante	▪ Registro de consumo posterior al desafío ▪ Retroalimentación dependiendo al resultado del desafío Replantea el desafío (si el adolescente accede)	▪ Cuestionario y registro de consumo ▪ Información mediante computadora ▪ Computadora Plan de acción (si se replantea el desafío)
Sesión final -Evaluación post - test Objetivo: evaluar posterior a la intervención las variables sujetas a modificación para observar cambios	Domicilio del participante	▪ Aplicación de los instrumentos sesión inicial (post test)	▪ Instrumentos de medición (percepción del riesgo, actitudes, normas sociales, presión social, autoeficacia)

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de 1987, así como en las modificaciones de realizadas en el 2014 (SSA, 1987) en los artículos que se mencionan a continuación.

Esta investigación tuvo en cuenta lo establecido en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 el cual estipula que en toda investigación donde el ser humano sea el sujeto de estudio, debe prevalecer el respeto a su dignidad, así como la protección de sus derechos y su bienestar; para ello la decisión del adolescente a participar o no en la investigación fue respetada en todo momento, así mismo, se tuvo un trato profesional y respetuoso, cuidando en todo momento la comodidad y la seguridad de este.

Para cumplir con el Artículo 14, que indica que toda investigación que se realice en seres humanos debe considerar: la Fracción I que señala que el estudio se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, por ello estos aspectos son incluidos en este estudio a través de la relevancia científica y social que justifica el estudio, además de respetar las consideraciones éticas. En relación con la Fracción V que indica que se cuente con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud señala; por ello se contó con el consentimiento informado de los representantes de los adolescentes (padres/ tutores), así como el asentimiento informado por parte del adolescente.

Respecto a la Fracción VI que menciona que toda investigación en esta materia debe ser llevado a cabo por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia, así como con los recursos necesarios para garantizar el bienestar y la salud de los participantes, se cuidó que todas las personas implicadas en la presente investigación sean profesionales del área de la salud con estudios de licenciatura y maestría en ciencias, así mismo, tenían experiencia previa clínica y en investigación.

Con relación a la Fracción VII, con respecto a la revisión del estudio por Comités de Ética en Investigación, y de Investigación se contó antes de cualquier procedimiento con los dictámenes favorables del Comité de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. Para cumplir con lo estipulado en la Fracción VIII que solicita que todo estudio se lleve a cabo con previa autorización

de las autoridades pertinentes, se solicitaron los permisos y accesos necesarios con los directivos de la institución educativa en la que se llevó a cabo la investigación.

De conformidad con la Fracción IX que indica que en caso de que la investigación suponga algún riesgo para los participantes, esta debe ser suspendida, por tal motivo y en cumplimiento de dicha Fracción, la participación de los sujetos se realizó siempre bajo la supervisión del equipo de investigación, mencionándole al participante que, si en algún momento se sentía afectado por el procedimiento, podía suspenderlo y estaba en todo su derecho de abandonar el estudio, sin que existiera ninguna suspensión de servicios o deterioro de su aprovechamiento académico; lo anterior previsto no se presentó.

De acuerdo con el Artículo 15, que demanda aleatorización de los participantes cuando el diseño del estudio requiere varios grupos (experimental y control) para que su asignación a cada grupo sea imparcial, se realizó una asignación aleatoria de los participantes a los grupos del estudio (GE y GC), para cumplir con lo estipulado en el presente artículo, se cuidó que cada participante tuviera la misma posibilidad de ser asignado en el grupo control o al grupo experimental, siguiendo el supuesto de aleatorización en estudios de tipo experimentales. Además, el GC recibió una orientación en salud y al terminar el estudio se ofreció la aplicación de la intervención en aquellos que lo soliciten.

Se consideró lo establecido en el Capítulo I, Artículo 16 respecto a la protección de la privacidad del sujeto de estudio, por lo cual, los participantes fueron identificados por medio de un folio que solo el autor principal del estudio conocía, con el propósito único de comparar los datos de inicio y final; la recolección de datos se realizó vía aplicación web, por lo que los adolescentes tuvieron plena libertad de contestar los cuestionarios sin ser observados por autoridades escolares. Además, los cuestionarios se resguardarán por un lapso no mayor a 12 meses por el autor principal del estudio y al término de dicho periodo serán destruidos; se les hizo saber que los resultados de la

investigación no serán compartidos con autoridades escolares o familia y serán presentados únicamente de forma general, en artículos científicos, sin mencionar nombres ni lugares.

Según lo estipulado en el Artículo 17 con respecto al riesgo que puede tener el sujeto por su participación, la presente investigación se considera, de riesgo mínimo ya que se trataron aspectos sensitivos de la conducta y se realizó una Intervención denominada Alerta Alcohol que incluyó el uso de computadora, el propósito fue disminuir el consumo de excesivo de alcohol. Por lo que se estuvo atento a cualquier inquietud del participante, ofreciéndole la posibilidad de retirarse del estudio, lo anterior estuvo previsto y los participantes fueron informados de esta posibilidad; sin embargo, el participante estuvo en todo su derecho de abandonar el estudio sin ninguna repercusión en caso de que lo hubiera considerado necesario, previsión que no se presentó.

Así mismo, se tuvieron en cuenta los Artículos 20 y 21 en sus Fracciones I para la explicación del propósito y objetivo del estudio a los participantes, por ello antes de iniciar los padres de familia y los participantes tuvieron pleno conocimiento de esta información que se incluye en los formatos de consentimiento y asentimiento informado. Respecto a la Fracción II, sobre la explicación de todos los procedimientos en los cuales se podrían ver inmersos al momento de participar, esto también se explicó en detalle en los formatos antes señalados; respecto a la Fracción III, acerca de los posibles riesgos por su participación, se abordó como estudio de riesgo mínimo y se indicó en los formatos de consentimiento y asentimiento informado, por lo que al participante se le explicó de manera detallada las implicaciones que esto conlleva así como sus derechos durante su participación.

En relación con Fracción IV que aborda la explicación del beneficio por formar parte del estudio, en los formatos antes indicados se especificó que no existe un beneficio inmediato para los participantes, el beneficio será a futuro en otros grupos

donde se aplique la intervención. También se tomó en cuenta la Fracción VI sobre el derecho del participante a resolver todas sus dudas sobre la participación en la investigación, para ello, el autor principal del estudio estuvo disponible vía correo electrónico para explicar y orientar en las dudas que tuvieran los participantes antes, durante y posterior a su participación. En cumplimiento de la Fracción VII, que estipula la posibilidad del participante de retirar su consentimiento y cancelar su participación en todo momento que así lo deseara, se le dio a conocer este derecho de manera expresa a los participantes, así como lo descrito en los formatos antes señalados; sin embargo esta situación prevista no se presentó.

Finalmente, y en relación con la Fracción IX que menciona el compromiso de los investigadores con el participante para brindarle información actualizada sobre su participación en caso de que así lo requiera, el autor principal ofreció la información necesaria y aquella solicitada por los participantes durante el proceso de participación, esto quedó establecido en los formatos de consentimiento y asentimiento informado.

Para cumplir con lo que estipula el Articulo 22 en su Fracción I sobre que el consentimiento debe ser realizado cuidadosamente por el autor principal del estudio, por lo que se desarrolló de manera minuciosa, incluyendo todos los requerimientos estipulados en el Artículo 21 y 22; también lo relacionado a la Fracción II, sobre la obligación de que dichos documentos sean revisados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación, por lo que previo a cualquier aplicación de los mismos, se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. En cumplimiento con la Fracción III que solicita que los nombres de los testigos y sus direcciones sean solicitados previo a la participación de los sujetos, así como sus firmas (Fracción IV), hubo en los documentos un espacio para que dichos datos sean solicitados.

De acuerdo con lo estipulado en la Fracción IV, el documento contó la firma del participante y la de los dos testigos, o la impresión de su huella digital en caso de que no

pudiera firmar el sujeto de estudio, por lo que de la misma forma que con los testigos, hubo un espacio designado en el documento en donde se registraron dichos datos. Por último, se cumplió con lo que establece la Fracción V, sobre el derecho a obtener una copia de este (consentimiento) en caso de que así lo deseara, por lo que, se les facilitó dicho documento a las personas que lo solicitaron.

De acuerdo con Capítulo III de la investigación en menores de edad en su Artículo 36 se hace obligatorio la aprobación del padre/madre o quien tenga la patria potestad del adolescente para su participación, por lo cual, se contó con la autorización por escrito del padre o tutor para participar en el estudio, mediante el consentimiento informado; con el asentimiento informado se registró el deseo del adolescente para participar, ambos documentos incluían los objetivos, justificación, procedimientos en la investigación, riesgos, beneficios, la libertad de participar y la opción de retirar su asentimiento en cualquier momento que lo decidiere, esta situación propuesta no se presentó.

Se respetó lo establecido en el Capítulo V Artículos 57 y 58 que señala que los estudiantes son un grupo subordinado en el que el asentimiento y su participación podrían ser influenciados por alguna autoridad. Dado lo expuesto con anterioridad, les fue explicado a los adolescentes que la información recabada es completamente confidencial y que tenían el derecho a retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran, sin repercusión alguna a su situación como estudiante, ya que no se brindó información a la institución en la que se llevó a cabo la investigación, tampoco existe la posibilidad de que sean identificados de manera individual por su participación.

Finalmente, de acuerdo con el Artículo 114 de Título sexto Capítulo Único, la intervención se realizó por profesionales de salud con capacitación específica en la intervención para cuidar la integridad y el bienestar de los participantes, por ello el autor principal es un profesional de la salud, con Maestría en Ciencias de Enfermería, que tiene experiencia clínica y de investigación, fue capacitado por los autores de la

intervención versión en español, esto para cumplir con lo establecido en el Artículo 14, Fracción VI que establece como necesario que los profesionales tengan conocimiento en el área de la salud y actúen como los responsables para poder velar por la salud y el bienestar del participante.

Plan de análisis estadístico

Los datos estadísticos se analizaron mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0 para Windows. Para evaluar los objetivos se utilizó estadística descriptiva e inferencial; en primer lugar, se procedió a obtener la confiabilidad de los instrumentos a utilizar a través del α de Cronbach y posteriormente para las variables numéricas se valorar su normalidad, con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Para dar respuesta a los objetivos, se muestra la tabla 4 en la cual se registran las pruebas utilizadas de estadística no paramétrica.

Tabla 4.

Pruebas estadísticas utilizadas

Objetivo	Nivel de medición	Prueba estadística
Específicos		
Determinar la cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol y prevalencia actual e instantánea por sexo	Categorica	Estadística descriptiva frecuencias y porcentajes Chi Cuadrada de Pearson
Determinar las actitudes (pros y contras) hacia el consumo de alcohol en los participantes.	Ordinal	Estadística descriptiva Frecuencias y porcentajes

Tabla 4. *(continuación)*

Pruebas estadísticas utilizadas

Objetivo	Nivel de medición	Prueba estadística
Identificar la intención (etapas de cambio) para el no consumo de alcohol y no episodios de consumo excesivo en los adolescentes del grupo experimental y grupo control	Categórica	Estadística descriptiva Frecuencias y porcentajes
Hipótesis		
El puntaje de la percepción del riesgo y la autoeficacia sobre el consumo de alcohol será más alto en el grupo experimental que en el grupo control al finalizar la intervención	Ordinal	*U de Mann-Whitney con tamaño de efecto Cohen*
El puntaje de las actitudes desfavorables (contras) hacia el consumo de alcohol, será más alto en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención	Ordinal	*U de Mann-Whitney con tamaño de efecto Cohen*

Tabla 4. *(continuación)*

Pruebas estadísticas utilizadas

Objetivo	Nivel de medición	Prueba estadística
Hipótesis		
El puntaje de percepción de las normas sociales será más bajo en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención	Ordinal	*U de Mann-Whitney con tamaño de efecto Cohen*
Al término de la intervención, los adolescentes del grupo experimental tendrán un menor consumo de alcohol expresado en cantidad de bebidas consumidas de alcohol en un día típico, frecuencia de consumo episódico excesivo y las prevalencias actual e instantánea, a diferencia del grupo control	Ordinal	*U de Mann-Whitney con tamaño de efecto Cohen*

Capítulo III

Resultados

Fase I: Adaptación Cultural

Para dar respuesta al primer al primer objetivo de la intervención que fue adaptar culturalmente la intervención alerta alcohol por parte de los padres de familia, adolescentes y expertos en la temática, se procedió a realizar tres grupos focales y a continuación se presentan los resultados; el análisis partió de los temas que más relevancia se comentaron y emergieron de los discursos de los adolescentes, de los padres de familia y los expertos al momento de la discusión del grupo focal.

Con respecto al lenguaje, las principales frases o palabras que causaron confusión fueron las relacionadas con términos locales utilizados para diversas acciones, bebidas o situaciones, por ejemplo, el término “garrafón” que se refiere a salir a tomar en grupo, o la palabra “hacer el ganso” que es una forma utilizada en Sevilla para decir que alguien paso una vergüenza o que hizo el “oso” (termino local).

Se identificaron una serie de palabras que se modificaron por otras sugeridas por los adolescentes, se buscaron palabras familiares, comprensibles y de la jerga utilizada por los adolescentes en su particular contexto y es al que se adapta la intervención.

Los escenarios de consumo son otra situación encontrada, con los adolescentes, la intervención original aborda tres escenarios de consumo de alcohol, estos son en casa, celebraciones y en lugares públicos. Al describirse estos, se propuso algo similar al escenario de lugares públicos de la intervención (la feria de Sevilla), en este escenario se propicia el consumo entre familiares (primos) ya que es una festividad que dura varios días y muy concurrida por la comunidad en Sevilla. Dado que es necesario manejar al menos tres escenarios de consumo, se propuso una festividad donde los adolescentes tuvieran acceso a las bebidas alcohólicas y se propicie el consumo excesivo de alcohol, este escenario fue la feria Expo Guadalupe que tiene duración de tres semanas y donde

se consume alcohol a diario con un horario ampliado desde el mediodía hasta la madrugada.

Respecto a las consecuencias, entre los adolescentes se reconoció la pertinencia de las consecuencias que refieren los personajes en las historias, no obstante, refirieron que las historias podían ser un poco más fuertes (S3 "*algo de que te peleaste andando borracho(ebrio), se te perdió tu celular y tus papas te regañaron, que chocaron o chocaste cuando ibas a tu casa, que algún chavo vio que estabas muy borracha (ebria) y te quiso hacer algo*"), aunque si el adolescente quiere dejar de consumir, lo logrará con dichas historias (S6 "*algo fuerte puede que asuste más a los que participen, pero pues igual depende de cada quien*").

En cuando a las actividades que se desarrollan en la intervención (lectura de historias, consejos y el reto), los adolescentes encontraron sencillo y fácil el leer las historias y afrontar el reto, S4 "*se me hizo que estaba bien, entendible, cosas muy similares a lo que aquí*", S8 "*todo es entendible y sencillo".* también sugirieron agregar alguna actividad a modo de testimonio, aunque consideraban pertinentes las actividades. S5 "*se podría decir que en un 50% estoy de acuerdo, si están bien las historias, pero creo que no solo deberían de ser historias y preguntas, algo más, como los que te dan testimonios o así, algo de eso*".

En lo que respecta a las bebidas típicas o comunes entre los adolescentes en Nuevo León, encontraron diferencias que consideraron necesarias mencionar con respecto al tipo de bebidas que preferían. Aunque el consumo más común suele ser la cerveza, consumen algo similar a lo que se mencionan en las historias de la intervención, S4 "*¿entonces la cubata es como los litros aquí que vienen preparados con vodka o whisky y les ponen alguna soda o jugo?*", así como otra variedad de bebidas que prefieren por los ingredientes que utilizan, S4 "*hay de todo (tipos de bebidas preparadas), cosas con chile, con chamoy, con gomitas y dulces*".

Además, se resaltó la diferencia entre las bebidas que suelen consumir los hombres y las mujeres., S2 "*he visto a hombres que toman litros pero con el clamato*" (jugo de tomate con almeja y picante), S4 "*mi novio o novia me ha dicho que él o ella prefiere la cerveza o el whisky con agua mineral o Sprite*" (refrescos carbonatados embotellados con burbujas o con sabor a lima) S1 "*yo creo que whisky o tequila es lo que más tomamos nosotros (refiriéndose a los hombres)*".

En base a los hallazgos del grupo focal, se clasificaron las respuestas similares para formar los códigos y el conjunto de estos formaron una categoría la que fue explicada en forma teórica. Lo anterior facilitó el proceso de adaptación cultural mediante una explicación lógica de lo encontrado.

Tabla 5

Resultados adaptación cultural (fase I)

	Categoría Final	Explicación teórica
Adolescentes	*Lenguaje* Las principales frases o palabras que causaron confusión fueron las relacionadas a término locales utilizados para diversas acciones, bebidas o situaciones, por ejemplo, el termino garrafón que se refiere a salir a tomar. Otro ejemplo es el de la pandilla, refiriéndose al grupo de amigos de los adolescentes	El lenguaje refleja las experiencias y formas de ver el mundo; las personas, la cultural y el lenguaje están interrelacionados. Cada localidad tiene un particular modo de ser y estar en la vida. El valor de la palabra la lengua une y relaciona comunidades; la inmigración es un ejemplo (Sano Vanesa, 2015).
Padres	*Lenguaje* Clarificar las palabras, que el contenido sea más entendible ya que, aunque es español, no se pueden utilizar los mismos términos empleados en otro país. Se deben incluir frases comunes utilizadas entre los jóvenes, del contexto en donde se aplicará	
Expertos	*Lenguaje* Es de suma importancia que los adolescentes logren captar el mensaje de la intervención. Al usar palabras comunes en su vocabulario, se evita la perdida de contenido importante.	

Tabla 5 (continuación)

Resultados adaptación cultural (fase I)

	Categoría Final	Explicación teórica
Adolescentes	*Escenarios de consumo* Los escenarios de consumo pueden ser modificados ya que algunos no son tan comunes debido a la forma en la que se lleva a cabo el consumo de alcohol en el contexto local. Principalmente por la prohibición de vender alcohol a menores de edad y porque la expo solo es una temporada al año.	El adaptar una intervención al contexto local permite que aumente la sensibilidad de esta (Barrera & González, 2006), si se tienen en cuenta tradiciones y aspectos culturales arraigados a la comunidad, se pueden esperar resultados similares al contexto donde se creó la intervención original (Okamoto, et al., 2014)
Padres	No se obtuvo información relevante respecto a este tema	
Expertos	*Escenarios de consumo* Se debe tener en cuenta las opiniones de los adolescentes en cuanto a donde suelen llevar a cabo el consumo. La feria no parece algo similar al contexto local	
Adolescentes	*Consecuencias* Las historias utilizadas como parte de las actividades no son tan llamativas, se sugiere agregar situaciones que generen un poco más de consciencia en los adolescentes, que se aborden consecuencias más fuertes o graves que preocupen al adolescente. Se aborda la intensidad de las historias	Existe literatura que menciona que el consumo de alcohol se disminuye si la percepción de riesgo es alta, (Méndez et al. 2018; Verdugo & Zacarias, 2011). Si los adolescentes perciben de forma negativa el consumo de alcohol a través de las consecuencias de las historias, podría impactar de forma positiva en la efectividad de la intervención.
Padres	*Consecuencias* En esta etapa de la adolescencia y la edad de los participantes puede que algunos hayan presentado las consecuencias o las hayan escuchado de alguien más, además, el que los adolescentes estén iniciando con el consumo de alcohol puede ayudar a que generen conciencia de las consecuencias del consumo de alcohol que se mencionan en las historias.	

Tabla 5 (continuación)

Resultados adaptación cultural (fase I)

	Categoría Final	Explicación teórica
Expertos	*Consecuencias* Revisaron las observaciones de los Padres de familia y de los participantes y los contrastaron con lo establecido en la intervención. En las historias coincidieron con los adolescentes de adaptar los avatares a las características locales	
Adolescentes	*Actividades* Se debe tener en cuenta que, aunque las actividades sean apropiadas y cumplan con su objetivo, siempre quedará la decisión de abandono completamente en el participante. Aunque se pueden agregar algunas actividades extras como testimonios, no se debe dejar de lado que el alcohol está muy ligado a las reuniones de los adolescentes.	De acuerdo con el modelo teórico propuesto por Prochaska y DiClemente (1984) el individuo toma una decisión en base a un proceso que los autores lo denominan etapas de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). Si el individuo no se encuentra más cercano a la preparación, será más complicado que lleve a cabo una conducta; en el caso de la intervención, si el adolescente no se encuentra al menos en la primera etapa, el cambio será muy complicado que se dé.
Padres	*Actividades* Dan a conocer los grados de alcohol en las bebidas alcohólicas para que estén informados. Las actividades son apropiadas debido a que se tiene en cuenta la edad de los adolescentes, las historias son sencillas y prácticas, dependiendo del consumo de cada individuo, podrán ayudarlo a que lo disminuya o lo detenga. Aunque se puedan encontrar adolescentes a esta edad con consumo de alcohol, la mayoría está experimentando con el mismo.	
Expertos	*Actividades* Las actividades propuestas en las historias se consideraron apropiadas ya que se ubican en función de la cantidad de alcohol que consumen en una etapa inicial como lo es la adolescencia.	

Tabla 5 (continuación)

Resultados adaptación cultural (fase I)

	Categoría Final	Explicación teórica
Adolescentes	*Bebidas Típicas* Las bebidas más consumidas suelen ser las cervezas que se pueden comprar por cubeta, aunque también se suele consumir bebidas preparadas en presentación de litros, algunas se preparan con refrescos para disminuir el sabor del alcohol, que puede ser vodka tequila o whisky. También se consume clamato (preparado de juego de tomate con almeja y picante) con algunos otros ingredientes que ayudan a que el sabor de la cerveza no esté tan presente. Se puede diferenciar las bebidas más comunes utilizadas por hombres y por mujeres.	En México las bebidas más consumidas en este grupo de edad son las cervezas, seguidas de los destilados y el vino (SSA, 2017). No obstante, los adolescentes mencionan combinar este tipo de bebidas con bebidas carbonatadas para ocultar el sabor, en la literatura se ha abordado el consumo de bebida alcohólica como destilados, diluidos en bebidas carbonatadas para enmascarar el sabor de la bebida alcohólica (Marczinski, 2011).
Padres	Los padres conocen los tipos de bebidas alcohólicas que sus hijos relataron y la más utilizada por ellos es la cerveza	
Expertos	Bebidas típicas Además de tener en cuenta las bebidas de consumo entre los adolescentes, se debe tener en cuenta las bebidas más consumidas culturalmente en el contexto local, ya que, aunque algunos solo consuman algún tipo de bebida, se deben contemplar las más populares en la sociedad, por ejemplo: tequila y mezcal, por mencionar algunos.	

En la tabla 5 se describen las categorías finales formadas con las respuestas de los adolescentes, los padres de familia, y expertos se agruparon en los mismos temas donde fueron similares las respuestas de los grupos focales y las que eran diferentes fueron útiles para formar nuevos códigos y posteriormente categorías. En lo que respecta a bebidas típicas y escenarios de consumo, no se obtuvo mucha información

respecto a estas situaciones ya que los padres comentaron que no estaban totalmente seguros de las situaciones o bebidas que consumían sus hijos: S4 "*yo puedo decir que mi hijo no toma, pero no puedo asegurarlo porque pues él aunque no va a muchas fiestas, se queda a dormir en casa de sus amigos de vez en cuando*", S1 "puede ser que tomen los muchachos, sin embargo no se en donde tomen más o que sea lo que más toman, quizás cerveza, algo así, no puedo decirlo con certeza".

Respecto al lenguaje, tanto los padres, expertos y adolescentes mencionaron que las principales diferencias o dificultades con el contenido tenían que ver con las palabras utilizadas de la jerga coloquial de España, a diferencia de los términos utilizados en México, el vocabulario empleado en el contenido adaptado sirvió para que el adolescente pudiera entender en su totalidad el contenido, cuidando en todo momento que no se perdiera el rumbo de la intervención al modificar palabras o frases. Dentro de las actividades que se abordan en la intervención Alerta Alcohol, las historias propuestas parecieron adecuadas, principalmente por la etapa de consumo en la que se encuentran los adolescentes, que tiene que ver principalmente con la experimentación, por tal motivo, las historias y consecuencias abordadas en el contenido de las sesiones fue pertinente con ligeras modificaciones.

Para cada código final se dio una explicación teórica en la que se sustenten las respuestas de los participantes, así como los posibles cambios que se puedan dar una vez que se termine la totalidad del estudio. Con esta primera parte se realizaron solamente la fase I y II del modelo utilizado para la adaptación (Barrera & Castro, 2006), en la segunda etapa del estudio se termina el proceso. De acuerdo con los hallazgos en los grupos focales, se realizaron una serie de modificaciones al contenido de la intervención, cuidando en todo momento la integridad de esta para evitar que los cambios puedan afectar la efectividad.

Modificaciones alerta alcohol

A continuación, se presentan las modificaciones realizadas al contenido de la intervención Alerta Alcohol, estas se llevaron a cabo tomando en cuenta los resultados encontrados en los grupos focales de adolescentes y padres de familia, así como las observaciones y recomendaciones realizadas en por el grupo de expertos en la temática del consumo de alcohol.

Tabla 6.

Adaptaciones del contenido de Alerta Alcohol

Numero de sesión	Historia	Original	Modificación
1		Los avatares que eligen los participantes (dos para mujeres y dos para hombres)	A un avatar femenino se les modifica el color de cabellos (de rojo a negro). Un avatar masculino se le cambia la patineta por una pelota de futbol. Se añadirán dos opciones más en base a las sugerencias de los adolescentes, que cumplan con características y/o rasgos comunes de los adolescentes del contexto donde se aplicarán.
1	1M	Palabra “pandilla”, “insti” y la bebida alcohólica “ron”.	Se cambia pandilla por grupo de amigos e insti por escuela. La bebida ron se cambia por vodka, brandy o whisky.
	1H	Palabra “mijita alegre” y la bebida cubata	La palabra mijita alegre se cambia por divertido, la bebida cubata se cambia por litro (bebida preparada con alcohol, whisky, brandy o vodka)

Nota: M = mujer, H = hombre

Tabla 6. (continuación)

Adaptaciones del contenido de Alerta Alcohol

Numero de sesión	Historia	Original	Modificación
	2H	"cortado" "puntillo" "saborío" "chupitos"	Se cambia cortado por tímido, puntillo por "desinhibirse", Saborío por aburrido y, chupitos por shots.
	3M	"plasta", "pelin", "ganso"	Se cambia plasta por gorroso, pelin por "un poco" y ganso por oso (referencia a una situación incómoda)
2	1M	"trapo"	Se cambia la palabra trapo por fatal (haciendo alusión a que está muy cansada y/o afectada por haber consumido alcohol)
	2M	"Pasadísimos"	Se cambia la palabra pasadísimos por "pedisimos" (muy ebrios)
	3M	"garrafón"	Se cambia la palabra garrafón por "peda"
	4H	botellona	Se cambia por tomar todos los fines de semana en grupo de amigos hasta llegar a la embriaguez

Nota: M = mujer, H = hombre

Se puede observar en la tabla 6, las modificaciones realizadas sobre el contenido original, señalando específicamente que palabra fue cambiada y cuál fue la opción o modificación sugerida en los grupos focales. Las modificaciones se realizaron principalmente en la sesión uno de las historias y sesión dos, donde se muestra si la historia que se modifico era para mujer o para hombres y cuál fue el cambio realizado. Se modificaron los avatares sugeridos en base a los comentarios de los adolescentes, para buscar se sintieran representados en base al estereotipo de adolescentes mexicanos,

se modificaron palabras en tres historias de la sesión uno y en cuatro historias de la sesión 2. Cada modificación realizada se corroboró en un piloto exclusivo de la intervención para valorar la pertinencia de las modificaciones por los adolescentes, de esta forma, se da respuesta al objetivo de la intervención uno.

Fase II Factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar

Como parte de la segunda parte de esta investigación, se presentan los resultados respecto a la factibilidad, aceptabilidad y el efecto preliminar de la intervención alerta alcohol. A continuación, se presentan los Coeficientes de Confiabilidad de los instrumentos aplicados para la recolección de los datos.

Factibilidad y Aceptabilidad

De acuerdo con el segundo objetivo de la intervención que fue evaluar la factibilidad de reclutamiento y retención de los participantes medir la factibilidad de la intervención se muestra lo siguiente.

Tabla 7

Tasas de reclutamiento, retención y abandono de la Intervención "Alerta Alcohol"

Nombre de Tasas	Datos	Total (%)
Reclutamiento	$71^{1}/150^{2}*100$	47.33
Grupo Experimental		
Retención	$25^{3}/46^{4}*100$	54.34
Abandono	$21^{5}/46^{4}*100$	45.65
Grupo Control		
Retención	17/25*100	68.00
Abandono	8/25*100	32.00

Nota: 1 = Total de Adolescentes que aceptaron participar, 2 = Total de adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, 3 = Total de adolescentes que terminaron la intervención, 4 = Total de adolescentes que iniciaron la intervención, 5 = Total de Adolescentes que no terminaron la intervención.

Respecto a la factibilidad de la intervención Alerta Alcohol, la tasa de reclutamiento del estudio fue de 47.3% de los participantes; la tasa de retención para el grupo experimental fue de 54.34% mientras que para el grupo control fue de 68%. En lo

que respecta a la tasa de abandono de ambos grupos, se obtuvo una tasa de abandono para el grupo experimental de 46.65% mientras que para el grupo control la tasa de abandono fue de 32%. En base a lo anterior, se da respuesta al segundo objetivo de la intervención.

Para responder al objetivo 3 que indica explorar la factibilidad de la entrega de la intervención para disminuir el consumo de alcohol mediante el uso de la tecnología web se presenta la siguiente tabla.

Tabla 8
Frecuencias y proporciones del apartado de factibilidad de la entrega de la intervención.

	Insuficiente		Medianamente suficiente		Suficiente	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
6. El número de sesiones fue…	-	-	8	32	17	68
7. La frecuencia de las sesiones fue…			9	36	16	64
8. La duración de las sesiones fue…	-	-	7	28	18	72
9. La duración de la intervención (todas las sesiones) fue……	-	-	6	24	19	76
10. La capacidad de la intervención para resolver mi situación de consumo fue…	-	-	3	12	22	88
11. Los procedimientos utilizados en la intervención fueron…	-	-	5	20	20	80
12. La utilización de la computadora para completar las actividades fue…	-	-	5	20	20	80
13. El contenido de las sesiones fue…	-	-	6	24	19	76
14. De manera general, el beneficio de la intervención sobre el consumo de alcohol es…	-	-	4	16	21	84

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 25

En lo que respecta a la factibilidad de la entrega de la intervención medida al finalizar el total de las sesiones, el 68% consideró “suficientes” el número de sesiones, el 72% consideró como “suficiente” la duración de las sesiones mientras que un 76% considero “suficiente” la duración de la intervención (todas las sesiones). El 88% de los participantes consideró que la capacidad de la intervención para resolver la situación de consumo es “suficiente”, un 20% consideró que los procedimientos utilizados en la intervención fueron “medianamente suficiente”, el resto lo considero “suficiente” (80%). Respecto a la utilización de la computadora para resolver las actividades, el 80% consideró que era “suficiente” mientras que un 76% consideró que el contenido impartido en las sesiones era “suficiente”. Del total de los participantes un 84% consideró que era “suficiente” el beneficio de la intervención sobre el consumo de alcohol. De esta forma se responde al tercer objetivo de la intervención.

Para responder el cuarto objetivo de la intervención que buscó explorar la aceptabilidad de una intervención para disminuir el consumo de alcohol mediante el uso de tecnología web desde la perspectiva de los participantes, se presentan las preguntas 15 y 16 del instrumento de factibilidad y aceptabilidad de la intervención que no se incluyen en la tabla ya que tenían una opción de respuesta abierta; la pregunta 15 indagaba la calificación que le daban los participantes de manera global a la intervención, el 56% de los participantes la puntuaron con “10”, el 28% con “9” y el 16% restante la puntuó con “8” (8%) y “7” (8%). La pregunta 16 buscaba conocer si le recomendarían la intervención a un amigo y ¿por qué?, 96% de los participantes dijeron que “si” mientras que un 4% no contestó la pregunta; dentro de las razones por las cuales recomendarían la intervención, un participante dijo que “*si, ya que es un problema (consumo episódico excesivo de alcohol) que se ve mucho en la actualidad*”, otro participante dijo “*es un programa muy útil que te recrea historias de la vida reales y te hace reflexionar sobre lo malo de consumir alcohol*”. Otro participante que

respondió que “si” dijo que lo haría porque “se le hizo muy práctica la forma en que se presenta la información”.

A continuación la tabla 9 continua informando sobre la aceptabilidad de la intervención.

Tabla 9
Frecuencias del apartado de aceptabilidad del cuestionario de factibilidad y aceptabilidad de la intervención

	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. Me gusta el programa	1	4.0	-	3.0	3	12.0	8	32.0	13	52.0
2. encuentro útil el programa	-	-	-	-	4	16.0	5	20.0	16	64.0
3. Estoy satisfecho con el programa	-	-	-	-	3	12.0	4	16.0	18	72.0
4. El programa respondió a mis expectativas	-	-	-	-	3	12.0	9	36.0	13	52.0
5. recomendaría este programa a mis amigos	-	-	-	-	1	4.0	8	32.0	16	64.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 25

Respecto a la aceptabilidad de la intervención Alerta Alcohol, se tomaron en cuenta los ítems del 1 al 5 del cuestionario de factibilidad y aceptabilidad de la intervención; estas primeras cinco preguntas evaluaron la aceptabilidad en función de que tan satisfechos estaban con el programa y que utilidad le encontraban. Para la pregunta uno, el 52% estaban “muy de acuerdo” en que les había gustado la intervención Alerta Alcohol, mientras que un 64% estaba “muy de acuerdo” sobre que la intervención era útil, solo un 16% reportó la opción “ni de acuerdo ni en desacuerdo” para la misma pregunta.

El 72% de los adolescentes marcó la opción “muy de acuerdo” en la pregunta 3 sobre si estaban satisfechos con el programa. En el reactivo cuatro que indagaba sobre si el programa había respondido las expectativas de los adolescentes, el 52% marcó la opción “muy de acuerdo”, mientras que el 36% eligió la opción “de acuerdo”, solo un 12% se mostró indeciso (ni de acuerdo ni en desacuerdo). De esta forma se responde el cuarto y último objetivo de la intervención.

A continuación, se presentan los resultados de la confiabilidad de los instrumentos de medición utilizados en el estudio, así como prevalencias de consumo y los resultados descriptivos de los instrumentos aplicados.

Tabla 10

Confiabilidad de los instrumentos pre y postest

Instrumento	Items	Alpha de Cronbach (Pretest)	Alpha de Cronbach (Postest)
Percepción de riesgo al consumo de alcohol	8	.80	.84
Actitud frente al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol	8	.61	.80
Norma Social al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol	20	.71	.69
Presión Social al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol	6	.85	.46
Autoeficacia al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol	10	.97	.97

Nota: n = 42 (Grupo Experimental (n^1 = 25) + Grupo Control (n^2 = 17))

Con respecto a lo reportado en la literatura de acuerdo con los Coeficientes de Confiabilidad aceptables, la mayoría de los instrumentos aplicados en la presente intervención mostraron Alphas de Cronbach por encima de .70, no obstante, el instrumento de Actitud Frente al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol reportó un Alpha de Cronbach de .61 al pretest, aunque este aumento al postest (α = .80). Se encontraron variaciones importantes en la aplicación pretest y postest con el instrumento

de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol, ya que, de haber mostrado un α = .85 al pretest, se reportó un .46 al postest en ambos grupos (GE y GC).

Tabla 11

Datos sociodemográficos de los participantes

Variable	Grupo Experimental		Grupo Control	
Sexo	*f*	%	*f*	%
Masculino	13	52.0	7	41.2
Femenino	12	48.0	10	58.8
Edad				
15	10	40.0	6	35.3
16	9	36.0	8	47.1
17	6	24.0	3	17.6
Años de escolaridad				
10			1	5.9
11	2	8.0	5	29.4
12	11	44.0	7	41.2
13	11	44.0	4	23.5
14	1	4.0		
Semestre actual				
Segundo	14	56.0	10	58.8
Cuarto	11	44.0	7	41.2

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 42

En la tabla 11 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes tanto del grupo experimental como del grupo control. La gran mayoría de los participantes del GE tenían 15 años al momento de las mediciones (40%), mientras que para el GC fueron los de 16 años (47.1%). Más de la mitad de los participantes refirieron tener entre 11 y 12 años de estudio, mientras que solo el 4% de los participantes dijo tener 14 años. La gran mayoría de los adolescentes se encontraban en segundo semestre (56% en el GE y 58.8% GC), el resto se encontraba en cuarto semestre.

Tabla 12.

Descriptivos del cuestionario de percepción de riesgo (GE)

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Bastante de acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. ¿Crees que beber alcohol es peligroso para la salud										
Pretest	1	4.0	-	-	3	12.0	6	24.0	15	60.0
Postest	-	-	-	-	-	-	3	12.0	22	88.0
2. ¿crees que beber de 4 a 5 o más bebidas o vasos de alcohol es peligroso para la salud?										
Pretest	1	4.0	1	4.0	5	20.0	3	12.0	15	60.0
Postest	-	-	-	-	1	4.0	3	12.0	21	84.0
¿Qué gravedad crees que tienen los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?										
	Ninguna		Poca		Algo		Bastante		Mucha	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
3. Problemas en el hígado										
Pretest	-	-	-	-	3	12	7	28	15	60.0
Postest	-	-	-	-	2	8	2	8	21	84.0
4. Alcoholismo										
Pretest	-	-	1	4.0	3	12.0	5	20.0	16	64.0
Postest	-	-	-	-	*1*	*4.0*	*5*	*20.0*	*19*	*76.0*

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Tabla 12 (continuación)

Descriptivos del cuestionario de percepción de riesgo (GE)

¿Qué gravedad crees que tienen los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?										
	Ninguna		Poca		Algo		Bastante		Mucha	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
5. Accidentes de tráfico										
Pretest	-	-	-	-	1	4.0	6	24.0	18	72.0
Postest	-	-	-	-	-	-	2	8.0	23	92.0
Si se consume alcohol de forma excesiva. ¿con que probabilidad consideras que podrías adquirir los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?										
	Ninguna		Poco		Algo		Bastante		Mucha	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
6. Problemas en el hígado										
Pretest	-	-	-	-	3	12.0	5	20.0	17	68.0
Postest	-	-	-	-	1	4.0	3	12.0	21	84.0
7. Alcoholismo										
Pretest	-	-	-	-	3	12.0	5	20.0	17	68.0
Postest	-	-	-	-	-	-	4	16.0	21	84.0
8. Accidentes de tráfico										
Pretest	-	-	-	-	1	4.0	8	32.0	16	64.0
Postest	-	-	-	-	-	-	5	20.0	20	80.0

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

De acuerdo con lo encontrado en los datos descriptivos del instrumento de percepción de riesgo al consumo de alcohol, tanto en el reactivo 1 y 2 que miden peligro, se encontraron respuestas para las opciones “totalmente en desacuerdo (4%) y “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (12%) al pretest, sin embargo, estas opciones no se

mencionaron al postest, en el que la opción “totalmente en desacuerdo” fue la más elegida con 88%. Las preguntas 3, 4 y 5 que evalúan gravedad que perciben los participantes del consumo de alcohol, en la pregunta 3 marcaron la opción “Mucha” el 60% de los participantes al pretest y el 84% marcaron esta respuesta al postest; para la pregunta 4, la opción más reportada fue “mucha” tanto en el pre (64%) como en el postest (76%); en la pregunta 5 se vio la misma tendencia, ya que un 72% marco la opción “mucha” en el pretest, a diferencia del 92% que marco la misma opción al postest.

Para las preguntas 6, 7 y 8, que indagan probabilidad de que se generen problemas relacionados al consumo, en el reactivo 6, las opciones “bastante” y mucha” fueron las más mencionadas tanto en el pre como en el post con más del 80% de elección; para la pregunta 7, la opción “algo” se mencionó por el 12% de los adolescentes al pretest, mientras que, en el postest, no se obtuvo porcentaje para dicha opción. En el reactivo 8, la opción “algo” fue elegida por el 4% en el pretest, para el postest no se obtuvo porcentaje para dicha opción: el 64% de los participantes marcaron la opción “mucho” vs el 76% de los participantes con la misma opción de respuesta al postest.

Tabla 13

Descriptivos del cuestionario de percepción de riesgo (GC)

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Bastante de acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. ¿Crees que beber alcohol es peligroso para la salud										
Pretest	-	-	-	-	4	23.6	2	11.8	11	64.6
Postest	-	-	-	-	4	23.6	2	11.8	11	64.6
2. ¿crees que beber de 4 a 5 o más bebidas o vasos de alcohol es peligroso para la salud?										
Pretest	-	-	1	5.8	3	17.7	4	23.6	9	52.9
Postest	-	-	-	-	3	17.7	6	35.2	8	47.1
¿Qué gravedad crees que tienen los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?										
	Ninguna		Poca		Algo		Bastante		Mucha	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
3. Problemas en el hígado										
Pretest	-	-	-	-	-	-	8	47.1	9	52.9
Postest	-	-	-	-	1	5.8	8	47.1	8	47.1
4. Alcoholismo										
Pretest	-	-	-	-	1	5.8	7	41.3	9	52.9
Postest	-	-	-	-	1	5.8	6	35.3	10	59.0

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

Tabla 13 (continuación)

Descriptivos del cuestionario de percepción de riesgo (GC)

¿Qué gravedad crees que tienen los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?										
	Ninguna		Poca		Algo		Bastante		Mucha	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
5. Accidentes de tráfico										
Pretest	-	-	-	-	2	11.8	3	17.6	12	70.6
Postest	-	-	1	5.8	2	11.8	2	11.8	12	70.6
Si se consume alcohol de forma excesiva. ¿con que probabilidad consideras que podrías adquirir los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?										
	Ninguna		Poco		Algo		Bastante		Mucha	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
6. Problemas en el hígado										
Pretest	2	11.8	-	-	2	11.8	2	11.8	11	64.6
Postest	2	11.8	-	-	3	17.6	3	17.6	9	53.0
7. Alcoholismo										
Pretest	2	11.8	-	-	4	23.5	3	17.6	8	47.1
Postest	2	11.8	-	-	2	11.8	5	29.3	8	47.1
8. Accidentes de tráfico										
Pretest	2	11.8	1	5.9	4	23.5	3	17.6	7	41.2
Postest	2	11.8	1	5.9	3	17.6	3	17.6	8	47.1

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

En la tabla anterior se muestran los datos descriptivos del instrumento de percepción de riesgo al consumo de alcohol para el GC al pre y postest. En la pregunta número 1 que mide peligro del consumo de alcohol, tanto en el pre y postest se encontraron las mismas respuestas de los participantes, donde la opción más

mencionada por los adolescentes fue “totalmente en desacuerdo” con el 64.7%; en la pregunta 2, el 52.9% de los participantes marcaron la opción “totalmente de acuerdo” en el pretest mientras que esa misma opción fue marcada por el 47.1% de los participantes en la medición postest. En el reactivo 3 el 52.9% eligieron la opción “mucha” al pretest mientras que al postest la opción “bastante” y “mucha” obtuvieron el mismo porcentaje (47.1%).

Para describir la tabla 14, de acuerdo con lo encontrado en los datos descriptivos del instrumento de actitud frente al BD en el GE, se muestran en la tabla 15 los resultados pre y postest. Para la pregunta 1 la opción más elegida fue “totalmente en desacuerdo” con 52% al pre y 64% al postest; la pregunta 2 de igual forma la opción “totalmente en desacuerdo fue la más reportada con más del 60% de elección para ambas mediciones. Lo mismo se repitió en la pregunta 3 y 4, siendo la opción “totalmente de acuerdo” con más de 40% de elección en ambas preguntas para las dos mediciones.

En la pregunta numero 5 la opción “totalmente en desacuerdo” paso de un 12% al pretest a un 24% al postest; en el reactivo 6, la opción totalmente en desacuerdo obtuvo también un 24% al postest, un aumento del 12% del pre al postest. En la pregunta 7, la opción “totalmente de acuerdo” obtuvo un 40% de mención tanto en el pre como en el postest. Para el reactivo 8, la opción “de acuerdo” fue mencionada con un 8% al pretest mientras que al postest no se obtuvo respuesta en dicha opción para ningún participante.

Tabla 14

Descriptivos del cuestionario actitud frente al BD (GE)

Reactivos	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me ayuda a pasarla bien con mis amigos										
Pretest	-	-	2	8.0	7	28.0	3	12.0	13	52.0
Postest	1	4.0	1	4.0	5	20.0	2	8.0	16	64.0
2. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me da más energía y me ayuda a seguir										
Pretest	-	-	-	-	6	24.0	2	8.0	16	64.0
Postest	1	4.0	4	4.0	3	12.0	2	8.0	19	76.0
3. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me ayuda a relacionarme más fácilmente con otras personas										
Pretest	-	-	5	20.0	5	20.0	3	12.0	12	48.0
Postest	1	4.0	1	4.0	4	16.0	4	16.0	15	60.0
4. Sí bebo 4-5 vasos o más de alcohol, ligo más fácilmente										
Pretest	-	-	2	8.0	6	24.0	3	12.0	14	56.0
Postest	1	4.0	2	8.0	4	16.0	2	8.0	16	64.0

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Tabla 14 (continuación)

Descriptivos del cuestionario actitud frente al BD (GE)

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
5. No me gusta como soy cuando bebo 4-5 vasos o más de alcohol										
Pretest	3	12.0	5	20.0	6	24.0	1	4.0	10	40.0
Postest	6	24.0	2	8.0	6	24.0	-	-	11	44.0
6. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me provoca conflictos con otras personas										
Pretest	5	20.0	4	16.0	5	20.0	1	4.0	10	40.0
Postest	6	24.0	2	8.0	4	16.0	2	8.0	11	44.0
7. Sí bebo 4-5 vasos o más de alcohol, tengo la sensación de perder el control										
Pretest	3	12.0	8	32.0	1	4.0	3	12.0	10	40.0
Postest	5	20.0	3	12.0	4	16.0	3	12.0	10	40.0
8. Después de beber 4-5 vasos o más de alcohol, a menudo me siento mal al despertar										
Pretest	2	8.0	5	20.0	5	20.0	2	8.0	11	44.0
Postest	6	24.0	3	12.0	4	16.0	-	-	12	48.0

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Tabla 15

Descriptivos del cuestionario actitud frente al BD (GC)

Reactivos	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me ayuda a pasarla bien con mis amigos										
Pretest	1	5.9	-	-	2	11.9	4	23.5	10	58.7
Postest	1	5.9	-	-	2	11.9	4	23.5	10	58.7
2. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me da más energía y me ayuda a seguir										
Pretest	-	-	-	-	1	5.9	3	17.6	13	76.5
Postest	-	-	-	-	1	5.9	3	17.6	13	76.5
3. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me ayuda a relacionarme más fácilmente con otras personas										
Pretest	-	-	2	11.9	1	5.9	1	5.9	13	76.5
Postest	-	-	2	11.9	1	5.9	1	5.9	13	76.5
4. Sí bebo 4-5 vasos o más de alcohol, ligo más fácilmente										
Pretest	-	-	-	-	1	5.9	1	5.9	15	88.2
Postest	-	-	-	-	1	5.9	1	5.9	15	88.2

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

Tabla 15 (continuación)

Descriptivos del cuestionario actitud frente al BD (GC)

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
5. No me gusta como soy cuando bebo 4-5 vasos o más de alcohol										
Pretest	2	11.8	2	11.8	3	17.6	5	29.4	5	29.4
Postest	2	11.8	2	11.8	3	17.6	5	29.4	5	29.4
6. Beber 4-5 vasos o más de alcohol me provoca conflictos con otras personas										
Pretest	4	23.5	3	17.6	2	11.8	6	35.3	2	11.8
Postest	4	23.5	3	17.6	2	11.8	6	35.3	2	11.8
7. Sí bebo 4-5 vasos o más de alcohol, tengo la sensación de perder el control										
Pretest	5	29.4	2	11.8	1	5.9	5	29.4	4	23.5
Postest	5	29.4	2	11.8	1	5.9	5	29.4	4	23.5
8. Después de beber 4-5 vasos o más de alcohol, a menudo me siento mal al despertar										
Pretest	5	29.4	2	11.8	3	17.6	2	11.8	5	29.4
Postest	5	29.4	2	11.8	3	17.6	2	11.8	5	29.4

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

En el cuestionario de actitud frente al consumo episódico excesivo de alcohol para el GC se obtuvieron exactamente las mismas respuestas tanto en el pretest como en el postest. Para las primeras cuatro preguntas que se puntúan de manera diferente que el resto (5 al 8) el 58.8% menciono la opción “totalmente en desacuerdo” para la pregunta número uno, mientras que para la pregunta 3, esta misma opción fue la más mencionada con un 76.5%.; de igual manera en el ítem 4 esta opción obtuvo el mayor porcentaje (88.2%), todos los datos son para ambas mediciones (pre y postest).

Respecto a las preguntas 5, 6, 7 y 8, la opción más reportada de distribuyó entre las opciones, a diferencia de las primeras cuatro preguntas, en el ítem 5 la opción “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” obtuvieron el mismo porcentaje de respuesta (29.4%); para la pregunta 7 la opción “totalmente en desacuerdo” y “de acuerdo” obtuvieron un 29.4% mientras que en la última pregunta (ocho), las opciones “totalmente en desacuerdo” y “totalmente de acuerdo” se mencionaron en igual porcentaje (29.4%).

Tabla 16

Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GE)

Preguntas	1		2		3		4		5		6	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
¿Qué opinarían otras personas sobre lo que puedes hacer?												
1. mi madre o tutora opina…												
Pretest	20	80.0	5	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Postest	22	88.0	3	12.0	-	-	-	-	-	-	-	-
2. mi padre o tutor opina…												
Pretest	20	80.0	2	8.0	1	4.0	-	-	-	-	2	8.0
Postest	21	84.0	2	8.0	-	-	-	-	-	-	2	8.0
3. mis hermanos/as opinan…												
Pretest	14	56.0	5	20.0	5	20.0	-	-	-	-	1	4.0
Postest	17	68.0	5	20.0	2	8.0	-	-	-	-	1	4.0
4. mis amigos/as opinan…												
Pretest	10	40.0	3	12.0	8	32.0	2	8.0	-	-	2	8.0
Postest	8	32.0	9	36.0	5	20.0	1	4.0	-	-	2	8.0
5. mi mejor amigo/a opina…												
Pretest	9	36.0	4	16.0	4	16.0	2	8.0	-	-	6	24.0
Postest	10	40.0	3	12.0	5	20.0	1	4.0	-	-	6	24.0
6. mi novio/a opina…												
Pretest	7	28.0	1	4.0	2	8.0	-	-	-	-	15	60.0
Postest	8	32.0	3	12.0	1	4.0	-	-	-	-	13	52.0

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25, 1= definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2= que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3= que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4= que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5= que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6= no tengo

Tabla 16 (continuación)

Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GE)

Con que frecuencia	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
7. bebe tu madre o tutora alcohol										
Pretest	-	-	14	56.0	5	20.0	5	20.0	1	4.0
Postest	-	-	13	52.0	7	28.0	5	20.0	-	-
8. bebe tu madre o tutora 4 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	-	-	17	68.0	5	20.0	2	8.0	1	4.0
Postest	-	-	20	80.0	3	12.0	2	8.0	-	-
9. bebe tu padre o tutor alcohol										
Pretest	2	8.0	5	20.0	8	32.0	7	28.0	3	12.0
Postest	2	8.0	7	28.0	2	24.0	8	32.0	2	8.0
10. bebe tu padre o tutor 5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	2	8.0	10	40.0	4	16.0	8	32.0	1	4.0
Postest	2	8.0	14	56.0	4	16.0	3	12.0	2	8.0
13. bebe uno a más de tus hermanos/as alcohol										
Pretest	1	4.0	12	48.0	5	20.0	7	28.0	-	-
Postest	1	4.0	11	44.0	8	32.0	5	20.0	-	-
14. beben uno o más de tus hermanos/as 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	1	4.0	15	60.0	6	24.0	3	12.0	-	-
Postest	1	4.0	16	64.0	6	24.0	2	8.0	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25, 1= definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2= que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3= que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4= que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5= que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6= no tengo

Tabla 16 (continuación)

Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GE)

Con que frecuencia	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
15. bebe tu mejor amigo/a alcohol										
Pretest	7	28.0	9	36.0	7	28.0	2	8.0	-	-
Postest	7	28.0	15	60.0	1	4.0	2	8.0	-	-
16.bebe tu mejor amigo/a 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	6	24.0	11	44.0	4	16.0	3	12.0	1	4.0
Postest	6	24.0	15	60.0	3	12.0	1	4.0	-	-
17. beben tus amigos/as alcohol										
Pretest	2	8.0	6	24.0	6	24.0	10	40.0	1	4.0
Postest	2	8.0	8	32.0	10	40.0	4	16.0	1	4.0
18. beben tus amigos/as 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	3	12.0	6	24.0	8	32.0	7	28.0	1	4.0
Postest	3	12.0	13	52.0	3	12.0	5	20.0	1	4.0
19. bebe tu novio/a alcohol										
Pretest	18	72.0	2	8.0	4	16.0	1	4.0	-	-
Postest	19	76.0	2	8.0	4	16.0	-	-	-	-
20. bebe tu novio/a 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	19	76.0	3	12.0	2	8.0	1	4.0	-	-
Postest	19	76.0	4	16.0	2	8.0	-	-	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25, 1= definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2= que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3= que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4= que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5= que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6= no tengo

En la tabla 16 se presentan los datos descriptivos del cuestionario de Norma Social al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en los adolescentes del GE. De la Pregunta 1 a la 6, las opciones de respuesta son seis diferentes, mientras que, para las opciones 7 a la 20, las opciones de respuesta son solo 5 posibilidades de respuesta.

En la tabla no se incluyen las preguntas 11 y 12 ya que son abiertas y la respuesta se indicaba con un número. Respecto a las respuestas, en el reactivo 1, la opción “definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol” obtuvo más del 80% de respuesta al pre y postest, en la pregunta 2, la opción “no tengo” fue mencionada por al menos el 8% de los adolescentes. Para la pregunta 4, la opción “tal vez no debería o tal vez debería beber 4/5 o más vasos de alcohol” fue mencionada por el 32% de los participantes al pretest y por un 20% al postest; mientras que en el ítem 6 la opción más reportada fue “no tengo” tanto en el pre (60%) como en el postest (25%), dicha pregunta hace referencia al consumo de la pareja (novio/a).

Para la pregunta 8 la opción “nunca” fue la más reportada en el pre y postest con más del 60% de los participantes; en el reactivo 9 la opción “casi nunca” fue la de mayor elección con un 32% al pretest, mientras que la opción “nunca” obtuvo un 28% al postest, dicha respuesta fue la de mayor prevalencia.

La opción “nunca” fue la más mencionada para los ítems 14, 15 y 16, con un 60% pre y 64% postest, 36% pre y 60% postest y 44% pre y 60% postestes, respectivamente. En la pregunta 17 al menos el 4% reporto la opción “ a menudo” tanto en la medición inicial como en la final, en los ítems 19 y 20 que se refieren al consumo de alcohol del novio/a, más del 70% reportaron la opción “no tengo” mientras que para la pregunta 20 acerca del consumo episódico excesivo en la pareja, al menos el 4% eligió la opción “a veces”.

Tabla 17

Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GC)

Preguntas	1		2		3		4		5		6	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
¿Qué opinarían otras personas sobre lo que puedes hacer?												
1. Mi madre o tutora opina…												
Pretest	11	64.7	4	23.5	2	11.8	-	-	-	-	-	-
Postest	12	70.6	3	17.6	2	11.8	-	-	-	-	-	-
2. Mi padre o tutor opina…												
Pretest	8	47.1	5	29.4	1	5.9	-	-	-	-	3	17.6
Postest	10	58.8	4	23.5	1	5.9	-	-	-	-	2	11.8
3. Mis hermanos/as opinan…												
Pretest	9	52.9	6	35.3	1	5.9	-	-	-	-	1	5.9
Postest	9	52.9	5	29.4	2	11.8	-	-	-	-	1	5.9
4. Mis amigos/as opinan…												
Pretest	7	41.2	2	11.7	7	41.2	-	-	-	-	1	5.9
Postest	6	35.3	4	23.5	6	35.3	-	-	-	-	1	5.9
5. Mi mejor amigo/a opina…												
Pretest	6	35.3	6	35.3	4	23.5	-	-	-	-	1	5.9
Postest	7	41.2	6	35.3	3	17.6	-	-	-	-	1	5.9
6. Mi novio/a opina…												
Pretest	4	23.5	3	17.6	-	-	-	-	-	-	10	58.9
Postest	5	29.4	2	11.7	-	-	-	-	-	-	10	58.9
Con que frecuencia	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo			
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%		
7. Bebe tu madre o tutora alcohol												
Pretest	-	-	7	41.2	6	35.3	4	23.5	-	-		
Postest	-	-	7	41.2	5	29.4	5	29.4	-	-		

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17, 1= definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2= que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3= que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4= que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5= que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6= no tengo

Tabla 17 (continuación)

Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GC)

Con que frecuencia	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
8. Bebe tu madre o tutora 4 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	-	-	12	70.6	4	23.5	1	5.9	-	-
Postest	-	-	12	70.6	4	23.5	1	5.9	-	-
9. Bebe tu padre o tutor alcohol										
Pretest	3	17.6	3	17.6	2	11.8	9	53.0	-	-
Postest	3	17.6	3	17.6	2	11.8	8	47.1	1	5.9
10. Bebe tu padre o tutor 5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	3	17.6	5	29.4	5	29.4	4	23.6	-	-
Postest	3	17.6	5	29.4	4	23.6	5	29.4	-	-
13. Bebe uno a más de tus hermanos/as alcohol										
Pretest	1	5.9	9	52.9	3	17.6	4	23.6	-	-
Postest	1	5.9	9	52.9	3	17.6	4	23.6	-	-
14. Beben uno o más de tus hermanos/as 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	1	5.9	11	64.7	2	11.8	3	17.6	-	-
Postest	1	5.9	10	58.8	4	23.5	2	11.8	-	-
15. Bebe tu mejor amigo/a alcohol										
Pretest	2	11.8	8	47.1	3	17.6	4	23.5	-	-
Postest	2	11.8	8	47.1	4	23.5	3	17.6	-	-
16. Bebe tu mejor amigo/a 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	2	11.8	11	64.7	1	5.9	3	17.6	-	-
Postest	2	11.8	10	58.8	3	17.6	2	11.8	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17, 1= definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2= que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3= que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4= que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5= que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6= no tengo

Tabla 17 (continuación)

Descriptivos del cuestionario norma social frente al BD (GC)

Con que frecuencia	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
17. Beben tus amigos/as alcohol										
Pretest	2	11.8	4	23.5	3	17.6	8	47.1	-	-
Postest	1	5.9	5	29.4	3	17.6	8	47.1	-	-
18. Beben tus amigos/as 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	2	11.8	6	35.3	2	11.8	7	41.1	-	-
Postest	1	5.9	6	35.3	4	23.5	6	35.3	-	-
19. Bebe tu novio/a alcohol										
Pretest	13	76.4	2	11.8	-	-	2	11.8	-	-
Postest	13	76.4	2	11.8	1	5.9	1	5.9	-	-
20. Bebe tu novio/a 4/5 vasos o más de alcohol en una ocasión										
Pretest	13	76.4	2	11.8	2	11.8	-	-	-	-
Postest	13	76.4	3	17.7	1	5.9	-	-	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17, 1= definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2= que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3= que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4= que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5= que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6= no tengo

Respecto a los datos descriptivos del GC para el cuestionario de norma social frente al consumo episódico excesivo de alcohol, las preguntas de la 1 a la 6 tienen seis opciones de respuestas mientras que de la 7 a la 20, las opciones de respuesta son solo 5. Las preguntas 11 y 12 no se incluyeron ya que son preguntas abiertas y las respuestas de cada participante variaban. De acuerdo con lo encontrado en las primeras seis preguntas, la opción “definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol fue la que mostró mayor porcentaje de respuestas tanto en el pre como en el postest, sin embargo, en algunos casos la opción de respuesta “no tengo” tuvo mayor cantidad (58%, pregunta 6).

Para la pregunta 7, la opción “nunca” tuvo un 41.2% al pre y postest, la pregunta 9 obtuvo más del 45% de elección por los participantes tanto en el pre como en el postest. En la pregunta 13, la opción “nunca” de nuevo fue la más elegida (52.9% pre y postest) mientras que, “nunca” también fue la opción de mayor porcentaje (47.1%) en el item 15. En las preguntas 19 y 20 que indagan el consumo de la pareja sentimental del participante, el 76.5% reportó no tener novio/a tanto en el pre como en el postest.

Respecto a lo observado en la tabla 18, en la pregunta 1 la opción “nunca” obtuvo más del 95% de elección en el pre y postest; mismo caso para la pregunta 2 con el 96% para la opción “nunca” en ambas mediciones, el 4% restante marco la opción “no tengo”. En la pregunta 3, un 92% de los participantes eligió la opción “nunca” en ambas mediciones, solo un 4% registró la opción “casi nunca”; en el ítem 4 se reportó menor porcentaje en la opción “nunca”, sin embargo, volvió a ser la más mencionada (80% pre y 76% post).

Para la pregunta 5 la opción “no tengo” se mencionó en un 24%, esta se refiere a la presión por parte del mejor amigo/a, mientras que, en la pregunta 6 que se relaciona con la pareja sentimental, la opción “no tengo” obtuvo un 64% de elección en ambas mediciones, el resto marcó la opción “nunca”.

Tabla 18

Descriptivos de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol (GE)

	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo		Siempre	
¿Te has sentido presionado alguna vez por…	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1. Tu madre o tutora para beber 4-5 vasos o más de alcohol												
Pretest	-	-	25	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Postest	-	-	24	96.0	1	4.0	-	-	-	-	-	-
2. Tu padre o tutor para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	1	4.0	24	96.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Postest	1	4.0	24	96.0	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Tu(s) hermano(a)/hermanos/as para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	1	4.0	23	92.0	1	4.0	-	-	-	-	-	-
Postest	1	4.0	23	92.0	1	4.0	-	-	-	-	-	-
4. Tus amigos/as para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	2	8.0	20	80.0	1	4.0	2	8.0	-	-	-	-
Postest	1	4.0	19	76.0	3	12.0	2	8.0	-	-	-	-
5. Tu mejor amigo/a para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	6	24.0	18	72.0	-	-	1	4.0	-	-	-	-
Postest	6	24.0	17	68.0	1	4.0	1	4.0	-	-	-	-
6. Tu novio/a para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	16	64.0	9	36.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Postest	16	64.0	9	36.0	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Tabla 19

Descriptivos de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol (GC)

	No tengo		Nunca		Casi nunca		A veces		A menudo		Siempre	
¿Te has sentido presionado alguna vez por…	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. Tu madre o tutora para beber 4-5 vasos o más de alcohol												
Pretest	-	-	16	94.1	-	-	1	5.9	-	-	-	-
Postest	-	-	16	94.1	-	-	1	5.9	-	-	-	-
2. Tu padre o tutor para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	2	11.8	14	82.3	-	-	1	5.9	-	-	-	-
Postest	1	5.9	15	88.2	1	5.9	-	-	-	-	-	-
3. Tu(s) hermano(a)/hermanos/as para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	1	5.9	15	88.2	-	-	1	5.9	-	-	-	-
Postest	1	5.9	15	88.2	1	5.9	-	-	-	-	-	-
4. Tus amigos/as para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	-	-	15	88.2	1	5.9	1	5.9	-	-	-	-
Postest	1	5.9	14	82.3	1	5.9	-	-	1	5.9	-	-
5. Tu mejor amigo/a para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	-	-	16	94.1	1	5.9	-	-	-	-	-	-
Postest	1	5.9	16	94.1	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Tu novio/a para beber 4-5 vasos o más de alcohol?												
Pretest	9	52.9	7	41.2	-	-	1	5.9	-	-	-	-
Postest	10	58.8	7	41.2	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

En lo que respecta a los datos descriptivos del cuestionario de presión social al consumo episódico excesivo de alcohol en el GC, la opción “nunca” obtuvo el 94.1% (pre y postest) en la pregunta 1, para la pregunta 3, la opción “nunca” de nuevo fue las más mencionada con un 88.2% en ambas mediciones, solo un 5.9% marco la opción “ a veces”. Misma tendencia con la opción “nunca” para las preguntas 4 y 5 con más del 80% de elección en ambas mediciones. En el reactivo 6, la opción “no tengo” fue elegida por más del 50%, este reactivo hace referencia a la presión por parte del/la novio/a.

Tabla 20

Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GE)

Reactivos	Es muy fácil		Es bastante fácil		No es fácil ni difícil		Es bastante difícil		Es muy difícil	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. Si te sientes emocionalmente mal										
Pretest	14	56.0	1	4.0	5	20.0	2	8.0	3	12.0
Postest	17	68.0	2	8.0	5	20.0	1	4.0	-	-
2. Cuando estas en un bar										
Pretest	13	52.0	4	16.0	4	16.0	1	4.0	3	12.0
Postest	16	64.0	4	16.0	4	16.0	1	4.0	-	-
3. Si estas trastornado/a o alterado/a										
Pretest	13	52.0	2	8.0	3	12.0	3	12.0	4	16.0
Postest	18	72.0	2	8.0	3	12.0	2	8.0	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Tabla 20 (continuación)

Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GE)

Reactivos	Es muy fácil		Es bastante fácil		No es fácil ni difícil		Es bastante difícil		Es muy difícil	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
4. Si estas en casa (la tuya o de otros) y los padres también están										
Pretest	11	44.0	4	16.0	3	12.0	2	8.0	5	20.0
Postest	16	64.0	3	12.0	4	16.0	2	8.0	-	-
5. Si estas en casa (la tuya o la de otro) y los padres no están en casa										
Pretest	10	40.0	5	20.0	5	20.0	1	4.0	4	16.0
Postest	15	60.0	5	20.0	5	20.0	-	-	-	-
6. Si otras personas de tu entorno te ofrecen alcohol										
Pretest	9	36.0	5	20.0	7	28.0	1	4.0	3	12.0
Postest	14	56.0	5	20.0	3	12.0	3	12.0	-	-
7. Si te sientes genial/de maravilla										
Pretest	10	40.0	6	24.0	5	20.0	-	-	4	16.0
Postest	16	64.0	4	16.0	4	16.0	1	4.0	-	-
8. Si estas de un humor excelente										
Pretest	11	44.0	4	16.0	7	28.0	-	-	3	12.0
Postest	17	68.0	3	12.0	4	16.0	1	4.0	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Tabla 20 (continuación)

Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GE)

Reactivos	Es muy fácil		Es bastante fácil		No es fácil ni difícil		Es bastante difícil		Es muy difícil	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
9. Cuando estas en una fiesta										
Pretest	11	44.0	6	24.0	4	16.0	2	8.0	2	8.0
Postest	17	68.0	4	16.0	3	12.0	1	4.0	-	-
10. Si las personas a tu alrededor beben 4-5 vasos o más de alcohol										
Pretest	11	44.0	5	20.0	5	20.0	1	4.0	3	12.0
Postest	19	76.0	2	8.0	2	8.0	2	8.0	-	-

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 25

Para describir lo encontrado en el cuestionario de Autoeficacia al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol, se reporta la tabla 20 para el GE. Para la pregunta 1, la opción “es muy fácil” obtuvo un 56% al pretest y un 68% al postest; esta misma opción “es muy fácil” fue la más mencionada para la pregunta 3 (52% y 72% pre y postest respectivamente). La opción “es muy difícil” obtuvo un 12% en el pretest de la pregunta 6, mientras que al postest esta misma opción no obtuvo respuesta; para la pregunta 7 esta misma opción (Muy difícil) fue mencionada por el 16% de los participantes, de igual forma, no se encontró respuesta para esta opción por parte de los adolescentes al postest.

Para la pregunta 8, la opción es “es muy fácil” obtuvo un 44% al pretest y un 68% al postest; en el reactivo 9 al menos un 16% eligió la opción “es bastante difícil” (8%) y “es muy difícil” (8%) en el pretest, no así en la medición final. Respecto a la pregunta 10, más del 40% eligió la opción “es muy fácil”:

Tabla 21

Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GC)

Reactivos	Es muy fácil		Es bastante fácil		No es fácil ni difícil		Es bastante difícil		Es muy difícil	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
1. Si te sientes emocionalmente mal										
Pretest	8	47.1	5	29.4	-	-	-	-	4	23.5
Postest	10	58.8	5	29.4	-	-	-	-	2	11.8
2. Cuando estas en un bar										
Pretest	7	41.2	6	35.3	-	-	-	-	4	23.5
Postest	7	41.2	7	41.2	1	5.8	-	-	2	11.8
3. Si estas trastornado/a o alterado/a										
Pretest	6	35.3	5	29.4	2	11.8	-	-	4	23.5
Postest	5	29.4	7	41.2	3	17.6	-	-	2	11.8
4. Si estas en casa (la tuya o de otros) y los padres también están										
Pretest	8	47.1	2	11.8	2	11.8	-	-	5	29.3
Postest	9	52.9	4	23.5	1	5.9	-	-	3	17.7
5. Si estas en casa (la tuya o la de otro) y los padres no están en casa										
Pretest	7	41.2	5	29.4	1	5.9	-	-	4	23.5
Postest	5	29.4	5	29.4	3	17.6	1	5.9	3	17.7

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

Tabla 21 (continuación)

Descriptivos de autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol (GC)

Reactivos	Es muy fácil		Es bastante fácil		No es fácil ni difícil		Es bastante difícil		Es muy difícil	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
6. Si otras personas de tu entorno te ofrecen alcohol										
Pretest	6	35.3	5	29.4	-	-	4	23.5	2	11.8
Postest	6	35.3	7	41.1	1	5.9	2	11.8	1	5.9
7. Si te sientes genial/de maravilla										
Pretest	6	35.3	2	11.8	3	17.6	2	11.8	4	23.5
Postest	7	41.1	5	29.4	2	11.8	1	5.9	2	11.8
8. Si estas de un humor excelente										
Pretest	6	35.3	4	23.4	1	5.9	3	17.7	3	17.7
Postest	8	47.1	4	23.4	2	11.8	1	5.9	2	11.8
9. Cuando estas en una fiesta										
Pretest	5	29.4	5	29.4	3	17.7	1	5.9	3	17.6
Postest	6	35.3	5	29.4	4	23.5	-	-	2	11.8
10. Si las personas a tu alrededor beben 4-5 vasos o más de alcohol										
Pretest	5	29.4	7	41.2	2	11.8	-	-	3	17.6
Postest	5	29.4	6	35.3	4	23.5	-	-	2	11.8

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n= 17

En la tabla 21 se describen los datos descriptivos del cuestionario de Autoeficacia al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol para el GC. Respecto a las

respuestas de los participantes, para la pregunta 1, la opción “es muy fácil” se mencionó por más del 45% de los participantes en ambas mediciones; mismo caso para la pregunta 2 con la opción “es muy fácil”, sin embargo, la opción “es bastante fácil” también fue mencionada por el 41% de los participantes.

Para la pregunta 4, la opción “es muy difícil” fue mencionada por el 29% mientras que para la pregunta 6, la opción más elegida por los participantes fue “es bastante fácil” con el 41%. En la pregunta 8, 9 y 10 un 17% mencionó la opción “es muy difícil” en la medición pretest y, un 11.8% esta misma opción en el postest, también en las preguntas 8, 9 y 10.

Tabla 22

Prevalencia global de consumo episódico excesivo de alcohol (BD) en el grupo experimental

Prevalencia de BD alguna vez en la vida	Pretest				Postest			
	Si		No		Si		No	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Mujeres	3	25.0	9	75.0	3	25.0	9	75.0
Hombres	2	15.4	11	84.6	2	15.4	11	84.6
Prevalencia de BD en el último mes								
Mujeres	5	41.7	7	58.3	2	16.7	10	83.3
Hombres	2	15.4	11	84.6	1	7.7	12	92.3

Nota: f=frecuenci*a, %*=porcentaj*e, n= 25, BD = Consumo Episódico Excesivo*

La prevalencia global de consumo episódico excesivo de alcohol se muestra en la tabla 22. De acuerdo con lo encontrado en el GE, para la prevalencia de BD alguna vez en la vida, las cifras fueron las mismas al pre y postest para ambos sexos, donde el 25% de las mujeres y el 15.4% de los hombres refirieron este tipo de consumo alguna vez en la vida. Respecto a la prevalencia de BD en el último mes, 41.7% de las mujeres y 15.4% de los hombres mencionaron esta prevalencia al pretest, mientras que al postest en los hombres hubo una disminución de 15.4% a 7.7% en las mujeres solo el 16.7% refirió dicho consumo en el último mes.

Tabla 23

Prevalencia global de consumo episódico excesivo de alcohol (BD) en el grupo control

Prevalencia de BD Alguna vez en la vida	Pretest				Postest			
	Si		No		Si		No	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Mujeres	-	-	10	100	-	-	10	100
Hombres	-	-	7	0	-	-	7	100
Prevalencia de BD en el último mes								
Mujeres	-	-	10	100	-	-	10	100
Hombres	-	-	7	100	-	-	7	100

Nota: f=frecuenci*a, %*=porcentaj*e, n= 25, BD = Consumo Episódico Excesivo*

Referente a la prevalencia global de consumo episódico excesivo de alcohol en el GC, no se encontró prevalencia entre los participantes.

Estadística Inferencial

Tabla 24

Prevalencias de consumo grupo experimental y estimación puntual IC95%

Prevalencia	Pretest				IC 95%	
	Si		No		***LI***	***LS***
	f	*%*	*f*	*%*		
Global	17	68	8	32	48	88
Lápsica	14	56	11	44	35	75
Actual	10	40	15	60	19	61
Instantánea	2	8	23	92	0	19
	Postest					
	Si		No		**LI**	**LS**
	f	*%*	*f*	*%*		
Global	17	68	8	32	48	88
Lápsica	14	56	11	44	35	75
Actual	5	20	20	80	3	37
Instantánea	1	4	24	96	0	12

Nota: f=frecuenci*a, %*=porcentaj*e, IC*=Intervalo de Confianza para el *%* de respuestas afirmativas, *LI*=Límite Inferior, *LS*=Límite Superior *n= 25*

En lo que respecta a la prevalencia de consumo de alcohol por parte de los adolescentes del GE, las prevalencias global y lápsica no se vieron modificadas en ambas mediciones. Sin embargo, en la prevalencia actual al pretest el 40% (IC del 95%

[19,61]) de los adolescentes refirieron dicho consumo mientras que al postest solo se presentó prevalencia actual en el 20% (IC 95% [3,37]). A diferencia de la prevalencia instantánea, solo 8% (IC 95% [0,19]) mencionaron consumo en el último mes mientras que al postest esta prevalencia se presentó solo en un 4% (IC 95% [0,12]).

Tabla 25

Prevalencias de consumo grupo control y estimación puntual IC95%

Prevalencia	Pretest				IC 95%	
	Si		No			
	f	*%*	*f*	*%*	*LI*	*LS*
Global	8	47.1	9	52.9	21	74
Lápsica	5	29.4	12	70.6	5	54
Actual	3	17.6	14	82.4	0	38
Instantánea	1	5.9	16	94.1	0	20
	Postest					
	Si		No			
	f	*%*	*f*	*%*	*LI*	*LI*
Global	8	47.1	9	52.9	21	74
Lápsica	6	35.3	11	64.7	10	61
Actual	5	29.4	12	70.6	5	54
Instantánea	1	5.9	16	94.1	0	18

Nota: f=frecuenci*a, %*=porcentaj*e, IC*=Intervalo de Confianza para el *%* de respuestas afirmativas, *LI*=Límite Inferior, *LS*=Límite Superior *n= 17*

Con respecto a la prevalencia de consumo de alcohol en el GC las variaciones entre en pre y postest fueron muy pocas. La prevalencia “alguna vez en la vida” fue del 47.1% (*IC* 95% [21,74]) en ambas mediciones, para el consumo de alcohol en el último año y en el último mes también se observaron variaciones; 17.6% (*IC* 95% [0,38]) al pre y 29.4% (*IC* 95% [5,54]) al post para la prevalencia actual. Para la prevalencia de consumo instantánea las cifras de consumo fueron de 5.9% (*IC* 95% [0,18]) en ambas mediciones.

Para decidir qué tipo de estadística utilizar (estadística paramétrica o no paramétrica), se realizó la prueba Kolmogorv-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer el supuesto de normalidad de las variables ($p > .05$) al pre y postest.

Tabla 26

Prueba de normalidad de las variables continuas en el pretest

Variable	$\bar{X}$	DE	Mdn	Valor Mín.	Valor Máx.	D^a	Valor de p
Edad	15.83	0.76	16.00	15.00	17.00	.244	.001
Cantidad de alcohol día típico	1.74	2.09	1.00	0.00	7.00	.278	.001
Frecuencia BD	0.24	0.65	0.00	0.00	3.00	.499	.001
Cantidad de alcohol BD	1.29	2.38	0.00	0.00	8.00	.420	.001
Hermanos que consumen alcohol	0.69	0.84	0.00	0.00	3.00	.318	.001
Hermanos que realizan BD	0.48	0.83	0.00	0.00	3.00	.407	.001
Actitudes	27.92	5.56	27.00	18.00	40.00	.185	.008
Presión	11.59	2.20	11.00	9.00	24.00	.356	.001
Percepción de riesgo	35.11	4.83	36.00	22.00	40.00	.356	.001
Normas	43.54	7.54	44.00	30.00	60.00	.103	.161
Autoeficacia	23.35	13.41	20.00	10.00	50.00	.160	.001

Nota: n = 42 total de observaciones, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx.* = máximo D^a = Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, *Valor de p* = significancia

La media de edad de todos los participantes fue de 15.83(*DE* =0.76), la cantidad de alcohol consumida en un día típico fue de 1.74 (*DE*= 2.09), la media de la frecuencia de BD fue de 0.24 (*DE* = 0.65). Respecto a la sumatoria de las variables continuas medidas en las intervención, las actitudes ($\bar{X}$ = 27.92, *DE* =5.56), presión social ($\bar{X}$ = 11.59, *DE* = 2.20), percepción de riesgo ($\bar{X}$ = 35.11, *DE* = 4.83) y autoeficacia ($\bar{X}$ = 23.35, *DE* = 13.41) no se distribuyeron normalmente. Los resultados de la Prueba KS en el pretest mostraron que a excepción de la variable continua de la sumatoria de norma social (D^a = .103, p = .161) todas las demás variables continuas no mostraron distribución normal ($p < .05$).

Tabla 27

Prueba de normalidad de las variables continuas en el postest

Variable	$\bar{X}$	DE	Mdn	Valor Mín.	Valor Máx.	D^a	Valor de p
Edad	15.87	0.81	16.00	15.00	17.00	.248	.001
Cantidad de alcohol día típico	1.22	1.80	0.00	0.00	7.00	.315	.001
Frecuencia BD	0.04	0.20	0.00	0.00	1.00	.539	.001
Cantidad de alcohol BD	0.35	0.93	0.00	0.00	3.00	.515	.001
Hermanos que consumen alcohol	0.74	0.81	1.00	0.00	2.00	.298	.001
Hermanos que realizan BD	0.35	0.57	0.00	0.00	2.00	.424	.001
Actitudes	26.65	7.09	24.00	8.00	40.00	.189	.041
Presión	11.65	1.26	11.00	10.00	15.00	.219	.023
Percepción de riesgo	38.39	2.67	40.00	32.00	40.00	.378	.001
Normas	40.82	5.06	41.00	31.00	48.00	.134	.228
Autoeficacia	15.91	8.10	11.00	10.00	36.00	.250	.001

Nota: n = 42 total de observaciones, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx.* = máximo D^a = Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, *Valor de p* = significancia

Respecto a la prueba KS con las variables continuas del postest, la edad mostró una media de 15.87 (*DE* = 0.81), la cantidad de alcohol en día típico ($\bar{X}$ = 1.22, *DE* = 1.80), así como la cantidad de alcohol cuando consumen de manera excesiva ($\bar{X}$ = 0.35, *DE* = 0.93) y las variables de la intervención actitudes ($\bar{X}$ = 26.65, *DE* = 7.09), presión Social ($\bar{X}$ = 11.65, *DE* = 1.26), percepción de riesgo ($\bar{X}$ = 38.39, *DE* = 2.20) y autoeficacia ($\bar{X}$ = 15.91, *DE* = 8.10) no se distribuyeron de manera normal. Solo la variable de la sumatoria de norma social fue $p > .05$, por lo que se procedió a dar respuesta a los objetivos con estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al objetivo específico uno que busca determinar la cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol, así como la prevalencia actual e instantánea por sexo se muestran las siguientes tablas.

Tabla 28

Cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo episódico excesivo

Sexo	$\bar{X}$	DE	Mdn	Valor Min	Valor Max
Cantidad de Alcohol					
Mujer	1.91	1.92	1.50	0.00	5.00
Hombre	1.55	2.21	0.00	0.00	7.00
Frecuencia BD					
Mujer	0.32	0.78	0.00	0.00	3.00
Hombre	0.15	0.48	0.00	0.00	2.00

Nota: n = 42 total de observaciones, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx*. = máximo, BD = Consumo Episódico Excesivo

En la tabla 28 se muestra la cantidad de consumo de alcohol en un día típico y la frecuencia de consumo episódico excesivo por sexo; se observa que, las medias de consumo son más altas en las mujeres tanto en la cantidad ($\bar{X}$ = 1.91, *DE* = 1.92) como en la frecuencia de episodios de consumo excesivo ($\bar{X}$ = 0.32, *DE* = 0.78), sin embargo, la desviación estándar en los hombres fue mayor que las mujeres para la cantidad de alcohol ($\bar{X}$ = 1.55, *DE* = 2.21).

Tabla 29

Prevalencia actual e instantánea por sexo

Variable	Masculino				Femenino					
Prevalencia	Si		No		Si		No		χ^2	*p*
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%		
Actual	5	25.0	15	75.0	8	36.4	14	63.6	.323	.633
Instantánea	1	5.0	19	95.0	2	9.1	20	90.9	.264	.537

Nota: n = 42 total de observaciones, *f = frecuencia, % = porcentaje,* χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson, *p* = significancia

Con la tabla 29 se contesta el objetivo específico uno, ya que se muestran las diferencias por sexo del consumo de alcohol en las prevalencias actual e instantánea; no se encontraron diferencias significativas entre el sexo de los participantes con la

prevalencia actual (χ^2 = .323, p = .633), ni con la prevalencia instantánea (χ^2 = .264, p = .537),

Para dar respuesta al segundo objetivo específico que busca determinar las actitudes (pros y contras) hacia el consumo de alcohol en los participantes, se muestran los puntajes de las medias del instrumento de actitudes hacia el consumo episódico excesivo de alcohol.

Tabla 30

Actitudes de los participantes

Variable	$\bar{X}$	DE	Valor Min	Valor Max
Suma Actitudes	27.92	5.56	18.00	40.00
Suma Pros	17.19	3.48	8.00	20.00
Suma Contras	13.19	5.40	4.00	20.00

Nota: n = 42 total de observaciones, $\bar{X}$ = media, DE = Desviación Estándar, Mín. = mínimo, Máx. = máximo

En la tabla anterior se muestran los puntajes expresados en medias del cuestionario de actitudes hacia el consumo episódico excesivo de alcohol de los participantes, tanto de la suma general como separado por los puntajes de los pros y contras. Se observa de manera general una media de 27.92(DE = 5.56) para las actitudes mientras que para los contra, la media fue de 13.19 (DE = 5.40). la interpretación del instrumento es que, a mayor puntuación del cuestionario mayor son los contras de los participantes hacia el consumo de alcohol, por lo que se puede inferir que los participantes presentan actitudes desfavorables (contras) hacia el consumo episódico excesivo de alcohol. De esta manera se contesta el objetivo específico dos.

Para dar respuesta el tercer objetivo específico, identificar la intención (etapas de cambio) para el no consumo de alcohol y no episodios de consumo excesivo en los adolescentes del grupo experimental y grupo control se presentan las siguientes

prevalencias, de acuerdo con las etapas del Modelo Transteórico del cambio (Prochaska & DiClemente, 1984).

Tabla 31

Intención de los adolescentes para dejar de consumir alcohol y realizar BD de acuerdo con las etapas de cambio

Variable	Consumo de Alcohol		BD	
	f	%	*f*	%
Precontemplación	11	28.6	11	26.2
Contemplación	8	19.0	5	11.9
Preparación	22	52.4	26	61.9

Nota: n = 42, f = frecuencia, % = porcentaje

Respecto a la tabla de intención de los adolescentes para dejar de consumir alcohol y dejar de realizar consumo episódico excesivo de alcohol se midieron con dos preguntas que buscaban la respuesta en función de un periodo de tiempo determinado, respecto a la etapa de precontemplación, un 28.6% tenía intención de dejar de consumir alcohol y un 26.6% de dejar o de no consumir alcohol de manera excesiva dentro de al menos seis meses; un 19% se ubicó en la etapa de contemplación para el consumo de alcohol y un 11.9% para dejar o no consumir alcohol de manera excesiva en al menos 3 meses o menos. En cuanto a la etapa de la preparación, un 25.4% y un 61.9% refirieron encontrarse en dicha etapa para no consumir alcohol y dejar o no consumir alcohol de manera excesiva respectivamente. A través de la tabla 31 se da respuesta al tercer objetivo específico.

Comprobación de Hipótesis

Para la comprobación de las hipótesis del estudio se compararon las variables del estudio entre los grupos experimental y control respecto al pre y postest; para dicho análisis se obtuvieron las sumatorias de las variables de interés, así como las diferencias entre las mediciones de los grupos y se realizaron pruebas U de Mann-Whitney. Se utilizaron los puntos de corte recomendados por Cohen (1992) para el tamaño de efecto: *d* = 0 -.19 efecto trivial, d = .20 - .49 efecto pequeño (1/5 de una *DE*), *d* = .50 - .79

efecto mediano (1/2 de una *DE*), *d* = .80 efecto grande (8/10 de *DE*) y *d* = 1.10 efecto muy grande. Los resultados se describen en el orden en el que se propusieron las hipótesis de estudio.

Para dar respuesta a la primera hipótesis que establece que la percepción de riesgo y la autoeficacia sobre el consumo de alcohol y el BD sería más alta en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención. Se presentan las siguientes tablas.

Tabla 32

Percepción de riesgo del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest

Variable/Grupo	$\bar{X}$	*DE*	*Mdn*	*Valor Mín.*	*Valor Máx.*	*U*	*p*	*d*
Percepción de riesgo								
Experimental	38.52	2.60	40.00	32.00	40.00	295.50	0.029	1.12
Control	33.94	5.16	35.00	22.00	40.00			

Nota: a= n = 25, b= n =17, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx*. = máximo, *U* = U de Mann Whitney, *p* = significancia, *d* = Efecto Cohen

Al comparar la percepción del riesgo del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas (*U* = 295.50, *p* = 0.029, *d* = 1.12), por lo cual se acepta la hipótesis de investigación, donde se indica que el grupo experimental presenta mayor percepción de riesgo en comparación con el grupo control en la medición postest.

Tabla 33

Autoeficacia del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest

Variable/Grupo	$\bar{X}$	*DE*	*Mdn*	*Valor Mín.*	*Valor Máx.*	*U*	*p*	*d*
Autoeficacia								
Experimental[a]	16.00	8.44	11.00	10.00	36.00	174.50	.319	-0.23
Control[b]	21.00	12.08	20.00	10.00	50.00			

Nota: a= n = 25, b= n =17, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx*. = máximo, *U* = U de Mann Whitney, *p* = significancia, *d* = Efecto Cohen

Al realizar la comparación de la autoeficacia al consumo episódico excesivo de alcohol entre los grupos experimental y control, se observa que las diferencias no fueron significativas ($p < .05$) por lo que se rechaza la hipótesis de investigación que dice que la autoeficacia al consumo episódico excesivo será más alta en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención. De esta forma se da respuesta a la hipótesis uno.

Para contestar la hipótesis de investigación dos, que dice que el puntaje de las actitudes desfavorables (contras) serán más altas en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención se muestra la siguiente tabla.

Tabla 34

Actitudes del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest

Variable/Grupo	$\bar{X}$	*DE*	*Mdn*	*Valor Mín.*	*Valor Máx.*	*U*	*p*	*d*
Actitudes								
Experimental	27.72	7.73	25.00	8.00	40.00	223.50	.772	-.042
Control	30.71	6.29	29.00	21.00	40.00			

Nota: a= n = 25, b= n =17, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx*. = máximo, *U* = U de Mann Whitney, *p* = significancia, *d* = Efecto Cohen

Al analizar y comparar las diferencias entre los grupos respecto a las actitudes hacia el consumo episódico excesivo de alcohol, no se encontraron datos significativos para dicha variable ($U = 223.50$, $p = .772$, $d = -.042$), dado que no existe evidencia de

que las actitudes sean más en el grupo experimental que en el control, se rechaza la hipótesis de investigación dos. En base a la tabla anterior se contesta la segunda hipótesis de la presente investigación.

Para contestar la tercera hipótesis del estudio que menciona que le puntaje de las normas sociales será más bajo en el grupo experimental que en el grupo control al finalizar la intervención, se muestra la siguiente tabla.

Tabla 35

Norma Subjetiva del consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest

Variable/Grupo	$\bar{X}$	*DE*	*Mdn*	*Valor Mín.*	*Valor Máx.*	*U*	*p*	*d*
Norma Social								
Experimental[a]	40.56	5.39	41.00	30.00	48.00	155.50	.130	-0.30
Control[b]	42.59	7.74	42.00	33.00	60.00			

Nota: a= n = 25, b= n =17, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx*. = máximo, *U* = U de Mann Whitney, *p* = significancia, *d* = Efecto Cohen

En base a lo analizado en la comparación de las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control para la variable de norma social ante el consumo episódico excesivo de alcohol, no se encontraron diferencias significativas al postest (U = 155.50, p = .130, d = -0.30). Por tal motivo y al no encontrarse evidencia que apoyara a la hipótesis del estudio, se rechaza. Con la table 33 se da respuesta a la tercera hipótesis de estudio.

Para contestar cuarta y última hipótesis del estudio que menciona que, al finalizar la intervención, los adolescentes del grupo experimental tendrán un menor consumo de alcohol expresado en cantidad de bebidas consumidas en un día típico y menor frecuencia de episodios de consumo excesivo y las prevalencias actual e instantánea, a diferencia del grupo control.

Tabla 36

Consumo de alcohol y BD entre los grupos experimental y control en el postest

Variable/Grupo	$\bar{X}$	*DE*	*Mdn*	*Valor Mín.*	*Valor Máx.*	*U*	*p*	*d*
Consumo de alcohol								
Experimental	1.16	1.74	0.00	0.00	7.00	106.50	.001	-0.13
Control	1.41	2.09	0.00	0.00	6.00			
Frecuencia de BD								
Experimental	0.04	0.20	0.00	0.00	1.00	161.50	.032	0.28
Control	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			

Nota: a= n = 25, b= n =17, $\bar{X}$ = media, *DE* = Desviación Estándar, *Mdn* = mediana, *Mín.* = mínimo, *Máx*. = máximo, *U* = U de Mann Whitney, *p* = significancia, *d* = Efecto Cohen

De acuerdo con lo analizado respecto al consumo de alcohol (número de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión) y la frecuencia de episodios de consumo excesivo, se encontró que para la cantidad de alcohol por ocasión entre grupos si hubo una diferencia entre el grupo experimental y el control al postest (U = 106.50, p = .001, d = -0.13). Mismo caso para lo que respecta a los episodios de consumo excesivo de alcohol (U = 161.50, p = .032, d = -0.28), sin embargo, en lo que respecta al consumo excesivo de alcohol, no se reportó prevalencia para el grupo control, lo que pudiera hacer que se tuviera un efecto por esa diferencia en los datos. En la tabla 24 y 25 se muestran las prevalencias actual e instantánea del consumo de alcohol, sin embargo, no se observó reducción en el porcentaje de adolescentes que consumían alcohol de manera significativa. De esta forma se contesta la hipótesis de estudio

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo, se discute en primer lugar lo encontrado en la primera fase de la adaptación cultural de la intervención Alerta Alcohol (Jander et al., 2014) adaptada al español por Lima et al. (2018) que tiene como base el Modelo I Change (De Vries, 2017), dirigida a disminuir los episodios de consumo excesivo de alcohol, posteriormente lo respectivo a la fase dos sobre la factibilidad aceptabilidad y eficacia preliminar a través de un estudio piloto.

Adaptación Cultural

El desarrollo de la adaptación cultural se realizó siguiendo lo recomendado por Barrera y Castro (2006); para ello se obtuvieron por medio de grupos focales datos cualitativos que permitieran identificar y analizar la pertinencia de las adaptaciones de cualquier contenido, acorde al contexto cultural y población de interés. Existe literatura que concluye casi de forma sistemática que el adaptar culturalmente las intervenciones conductuales las convierte en más efectivas y evita la pérdida de contenido clave por cuestiones relacionadas al lenguaje, cultura o valores (Barrera & González, 2006; Sánchez, Serna & De La Rosa, 2012). En los hallazgos del presente estudio se señalan modificaciones realizadas debido a diferencias culturales relacionadas con festividades locales, en las que suelen surgir situaciones de consumo que no son ajenas a los participantes, dado que, al plantearlas en el contexto original, parecen extrañas y no se identifican con las mismas.

Otro hallazgo importante en el presente estudio fue en relación con el lenguaje y términos de la jerga coloquial empleada en el contexto original y el contexto local de aplicación. Este hallazgo fue encontrado en los estudios de Ornelas et al. (2015) y Field et al. (2015) en las que bajo el propósito de construir más sensible culturalmente el contenido conforme a la población objetivo, se realizaron diversas modificaciones referentes al lenguaje y términos locales utilizados.

En cualquier contenido adaptado de una población o contexto a otro, surgirán términos desconocidos que destacarán la necesidad de modificarlos y esto es debido a que el lenguaje refleja las experiencias de las personas, su cultura y su forma de ver el mundo, cada localidad tiene un modo particular de ser y el uso de la lengua no es la excepción, las palabras empleadas y el valor de estas en una comunidad representan la unidad cultural; además a través del lenguaje es posible ir construyendo la identidad cultural de las localidades y países, la forma en que se relacionan las personas entre sí y comprender al otro y dialogar con respecto al otro (Sano Vanessa, 2015).

Otra modificación realizada referente a los escenarios en los cuales se realiza el consumo surge debido a que la población de interés sentía la necesidad de que tanto las situaciones como los escenarios fueran lo más cercanos a su realidad, por lo que dentro de los cambios realizados como resultado de los grupos focales se mencionan los escenarios de consumo de la intervención original.

Lo anterior es importante debido a que no se pueden dejar de lado en la cultura , los escenarios, valores y conductas de una población, similar a lo que se mencionó respecto al lenguaje, Barrera y González hacen hincapié en que la sensibilidad de una adaptación radica en una gran gama de aspectos dentro de los que se destacan las tradiciones, así mismo, si se toman en cuenta aspectos tan arraigados a un contexto como lo son las tradiciones, los resultados esperados al momento de aplicar el contenido modificado, pueden ser muy similares a los del contenido original (Okamoto et al., 2014). Respecto al contexto, este representa el área o punto de encuentro con el otro, la identificación y diferenciación entre ellos propicia la desinhibición, relajación, diversión y ampliación de lazos sociales, premisas socioculturales presentes en la experiencia de consumo, por ello es diferente hablar de escenarios universitarios, que de bares o expendios de alcohol o lugares de esparcimiento común, porque lo esperado en cada escenario es comprender y respetar las normas sociales al ejercer la conducta (Calderón Romero & Cáliz Romero, 2015)

Otro aspecto de las modificaciones realizadas fue el de que las bebidas alcohólicas no solo fueran las equivalentes al contexto original, sino que fueran realmente bebidas consumidas por los adolescentes a quienes se dirige la intervención, por lo que se tomaron en cuenta las bebidas alcohólicas típicas más consumidas mencionadas en los grupos focales. Si bien es cierto que los adolescentes refirieron consumir algunas bebidas alcohólicas, lo anterior fue similar a lo reportado por la ENCODAT (SSA, 2016) respecto al tipo de bebidas consumidas entre los adolescentes, las que en primer lugar se encuentra la cerveza seguida de bebidas preparadas.

Lo anterior es similar a lo reportado por Jacobs et al (2016) respecto a la modificación de contenido para una intervención, como resultado de grupos focales, en esta los adolescentes reportaron diferencias entre las drogas que consumían y las que abordaba la intervención, no todo fue completamente diferente, pero si se tomaron en cuenta sustancias comunes en ese contexto. De nuevo se resalta el aspecto de cultura, conducta, usos y costumbres y tradiciones de un contexto, lo cual es determinante al momento de realizar las modificaciones al contenido original.

Para los resultados obtenido en el piloto de la intervención, se siguió la secuencia lógica del modelo propuesto por Barrera y Castro (2006), ya que se les entregó el contenido en base a las modificaciones sugeridas no solo por los adolescentes sino por el grupo de padres y expertos en la temática, este paso se considera la última fase del modelo de adaptación cultural (fase V: ensayo de la adaptación cultural). La intervención adaptada fue entregada como resultado final del proceso de adaptación a la población de interés, aunque no es un ensayo clínico a gran escala, se respetó el proceso de cinco fases en todo momento, con el objetivo de lograr una intervención Alerta Alcohol lo más familiar y sensible al contexto donde se pretende aplicar.

Factibilidad y Aceptabilidad

Respecto al objetivo de la intervención que propuso evaluar la factibilidad de reclutamiento y retención de los participantes de la intervención Alerta Alcohol, se

obtuvo para el presente estudio una tasa de reclutamiento del 45.3%, así mismo, se obtuvo una tasa de retención del 54.3% para el grupo experimental y un 68% para el grupo control. Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten identificar dificultades y buscar posibles soluciones para futuros trabajos de investigación, dichos hallazgos permitirán incrementar la factibilidad en estudio futuro de Alerta Alcohol (Sidani & Braden, 2011).

Respecto a los hallazgos referentes a la tasa de reclutamiento y retención, tasas fijadas menores al 80% se consideran bajas (Glitin & Czaja, 2016), por lo que los resultados aquí expresados son diferentes a los referidos en la literatura, tal es el caso de Crombie et al. (2017) donde obtuvieron una tasa de retención del 90% para el grupo intervención y del 100% para el control, caso similar con una tasa cercana al 80% de retención fue la reportada por Corder et al (2016) donde reportaron un 78.2% de tasa de reclutamiento.

La diferencia de dichos hallazgos en la literatura con los encontrados en el presente estudio se pudiera atribuir a la situación actual en la que se vive en el mundo, la Pandemia SARS CoV 2 envió a todos los alumnos desde nivel básico hasta superior a trabajar vía online desde casa, situación que agudizó la deserción escolar en países como México donde la brecha digital ha sido un reto para superar. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], cerca de 5.2 millones de estudiantes (de 3 a 29 años) se dieron de baja para el ciclo escolar 2020-2021, lo que supone un 10 a 15 % del total de estudiantes inscritos a nivel nacional.

Dicha situación pudiera haber influido en los resultados de la factibilidad en razón de que varios de los comentarios de los participantes fue estar cansado y agotados por las largas jornadas frente a una computadora o pantalla móvil, así como la dificultad para tener acceso a una computadora o dispositivo móvil e inclusive una conexión a internet segura, esto probablemente afecto para que los estudiantes se mostraran

interesados en participar y/o decidieran mantenerse durante el tiempo que duraba la intervención Alerta Alcohol.

En cuanto a la aceptabilidad de la intervención alerta alcohol, se midió en función de que tanto les gustó el programa, si lo encontraron útil o no, hasta qué punto estaban satisfechos con el programa, si este respondió sus expectativas y si recomendarían el programa a algún amigo. Mas del 85% de los participantes respondieron positivamente a cada una de las interrogantes sobre la aceptabilidad de la intervención.

Aunque no existe un consenso respecto a si existe un concepto de aceptabilidad, algunos autores mencionan que se pueden medir mediante tasas de abandono, o interrupción de tratamiento; algunos mencionan que se puede medir mediante algunos indicadores como la efectividad o los efectos secundarios del tratamiento, inclusive se incluyen definiciones de aceptabilidad como "de que manera lo percibe el cliente y cómo reacciona a dicho contenido (Sekhon, Cartwright, & Francis, 2017).

En el caso del presente estudio, se tomó en cuenta la aceptabilidad como el grado de satisfacción y la percepción del participante a la intervención. Los resultados de esta investigación son similares a lo reportado por Crombie et al. (2017) donde el 90% de los participantes recomendaría la intervención a algún amigo u familiar y esa misma proporción de participantes sintió que las actividades valían la pena y estaban contentos con la intervención. La investigación de Moore et al. (2013) midió la aceptabilidad de los participantes al uso de celular como herramienta de la intervención, más del 80% consideraron buena la utilización de dicho dispositivo.

Objetivos específicos

Respecto al primer objetivo que fue determinar la cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol y la prevalencia actual e instantánea por sexo, se encontró que las mujeres presentaron medias de consumo más altas que los hombres, así como frecuencia de episodios de consumo excesivo de

alcohol, respecto a las prevalencias no se presentaron diferencias significativas ya que la proporción de hombres y mujeres que consumen eran muy similares.

Los resultados del presente estudio son congruentes con lo que se ha reportado en la literatura respecto al consumo de alcohol y las diferencias por sexo (Alonso et al., 2017; Telumbre et al., 2017), suele ser cada vez más común que la prevalencia de consumo entre hombres y mujeres este a la par y las diferencias que se presente entre un sexo y otro no sean significativas; aunque esta tendencia no es siempre igual tal como lo reporta Tovolacci et al. (2016) donde la proporción de hombres que consumían alcohol era mayor que las mujeres y se presentaron diferencias significativas.

En este mismo estudio, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol fue de 13.8%, más alta que la presentada en este estudio, pero baja si se tiene en cuenta lo mencionado por la ENCODAT (INPRFM, INSP, & SS, 2016), donde reporta que los adolescentes de Nuevo León son los que reportaron la prevalencia más alta de consumo excesivo de alcohol a nivel nacional.

Respecto a la diferencia por sexo, cada vez es más común que las mujeres tengan un consumo igual o mayor que los hombres y esto pudiera ser por el eco que han generado los movimientos y políticas de equidad de género en pro de la igualdad de género, dando a las mujeres mayor confianza para poder expresarse libremente, sobre todo si se tiene en cuenta el contexto mexicano, que culturalmente sigue siendo machista. Sin embargo, en lo que respecta al consumo de alcohol y las bajas prevalencias reportadas una de las principales causas para esta disminución en el consumo de los adolescentes se le puede atribuir al distanciamiento social generado por la pandemia COVID-19, se han mantenido los adolescentes lejos de las aulas y de la escuela, la cual es un ambiente propicio para el consumo por la interacción que tiene con sus pares.

En respuesta al segundo objetivo específico que busca determinar las actitudes (pros y contras) hacia el consumo de alcohol en los adolescentes, se encontraron medias

altas de dicha variable, lo que se interpreta como que los adolescentes tienen más actitudes desfavorables hacia el consumo (contras) que actitudes favorables (pros). Los resultados encontrados son similares a lo reportado por Telumbre et al. (2017), donde las medias que expresaba las actitudes negativas hacia el consumo de alcohol fueron más altas a diferencias de las medias que expresaban actitudes positivas hacia el consumo.

El estudio de López et al. (2013) también reportó actitudes positivas hacia el consumo de alcohol en adolescentes que eran consumidores habituales, contra los que no consumen habitualmente, los cuales presentaron más actitudes negativas hacia el consumo de alcohol. Esto se pudiera atribuir a la edad de los participantes ya que la media fue de 15.87 y los participantes de mayor edad eran relativamente pocos, se ha encontrado en la literatura que a mayor edad, mayor consumo de alcohol por parte de los adolescentes (Fuentes et al, 2015; Méndez et al., 2018) por lo que puede ser atribuible una mayor prevalencia de contras hacia el consumo por parte de los adolescentes si aún no han iniciado su consumo o si no son consumidores habituales.

Para el objetivo específico tres, que busca identificar la intención para el no consumo de alcohol y no episodios de consumo excesivo en los adolescentes, más de la mitad de los adolescentes se ubicaron en la etapa de preparación para dejar de tomar y disminuir los episodios de consumo excesivo de alcohol, sin embargo el 100% dijo que tenía intenciones de dejar de consumir alcohol.

Una alta intención para el “no” consumo por parte de los adolescentes se puede atribuir a una baja prevalencia de consumo de alcohol así como de consumo episódico excesivo, si bien es cierto que los adolescentes en esta etapa es cuando inician su consumo de alcohol ya que la media nacional es de aproximadamente 14 años para la edad de inicio (INPRFM, INSP, & SS, 2016), el hecho de no interactuar de forma presencial con sus compañeros o de no salir del ambiente familiar, principalmente por la

situación de la cuarentena debido a la pandemia COVID-19, puede disminuir su deseo o ánimo por tomar alcohol, lo que le puede facilitar el hecho de decidir ya no tomar.

Eficacia preliminar

Para medir la eficacia preliminar de la intervención Alerta Alcohol, se comprobaron las hipótesis con respecto a las variables de la intervención, que surgen a partir del Modelo I-Change, sustento teórico de Alerta Alcohol. Se comprueban las variables de percepción de riesgo, actitudes, norma social, autoeficacia, disminución de consumo de alcohol por cantidad en un día típico y frecuencia del consumo episódico excesivo de alcohol por parte de los adolescentes.

Respecto a la primera hipótesis de estudio que menciona que el puntaje de la percepción de riesgo y la autoeficacia sobre el consumo de alcohol será más alto en el grupo experimental que en el grupo control al finalizar la intervención. Para la percepción de riesgo se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos, lo que permitió rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del estudio; esto es similar a lo reportado en 2016 por Bajac et al. donde los adolescentes aumentaron sus medias de percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol al pre y postest. Esta disminución en la percepción del riesgo al consumo de alcohol se podría explicar debido a que los adolescentes estaban menos expuesto al consumo de alcohol por el confinamiento, se ha hipotetizado que una disminución de consumo puede aumentar la percepción de riesgo al consumo de alcohol (Bajac et al, 2016).

En cuanto a las diferencias encontradas en las medias de la autoeficacia entre los grupos, se encontraron diferencias en los puntajes, sin embargo, estas no fueron significativas por lo que se rechaza la hipótesis de estudio. Estos resultados son diferentes a lo encontrado por Villalobos (2018), ya que la autoeficacia de los adolescentes hacia el consumo aumentó posterior a la intervención en el postest. Estos hallazgos se podrían explicar debido a la similitud del nivel de autoeficacia en los grupos al pretest y la poca exposición al consumo durante la intervención, lo que arrojó

muy poca diferencia entre grupos al postest. De nuevo el poco consumo de alcohol entre los grupos pudo afectar en las medias de autoeficacia.

Para la hipótesis de investigación dos que establece que el puntaje de las actitudes desfavorables (contras) será más alto en el grupo experimental que en el control al finalizar la intervención. al analizar las diferencias entre los grupos no se encontró evidencia suficiente para aceptar la hipótesis nula ya que las diferencias de puntaje entre los grupos no fueron significativas, lo que nos llevó a rechazar la hipótesis del estudio. Aunque las actitudes desfavorables presentaron medias mas altas vs las actitudes favorables, el hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas pudiera explicarse debido al poco o nulo consumo de los adolescentes durante el tiempo que se aplicó la intervención. Si bien es cierto que existió un pequeño aumento en las medias al pre y postest respecto a las actitudes desfavorables de consumo, el hecho de no hayan sido expuestos a alguna consecuencia del consumo de alcohol pudiera influenciar en su percepción y, por consecuente, en mayores actitudes favorables.

En cuanto a la hipótesis de investigación tres, que refiere que el puntaje de las normas sociales será más bajo en el grupo experimental vs el control al finalizar la intervención, las diferencias encontradas no fueron significativas, por lo que se rechaza la hipótesis del estudio. Dentro del modelo I-Change (De Vries et al., 2003), las normas son elemento de la influencia social por lo que estas se ven modificadas principalmente por la interacción, por lo que los hallazgos en esta tercera hipotesis pudiera ser explicada por la poca interacción con sus pares y su entorno debido al aislamiento durante la pandemia SARS Cov 2.

Para la última hipótesis de investigación que menciona que, al finalizar la intervención, los adolescentes del grupo experimental tendrán un menor consumo de alcohol, expresado en cantidad de bebidas consumidas en un día típico y una menor frecuencia de episodios de consumo excesivo de alcohol. Tanto para el consumo por cantidad de bebidas como para la frecuencia de los episodios de consumo excesivo se

encontraron diferencias significativas entre los grupos, no obstante, la diferencia expresada para la frecuencia de consumo episódico excesivo no permite atribuirle el efecto completamente a la intervención, ya que en el grupo control no se encontró prevalencia de consumo episódico excesivo (BD).

La intervención Alerta Alcohol es una versión adaptada al contexto mexicano del idioma español de España, específicamente de la región de Andalucía en Sevilla (Lima et al., 2018), dicha versión fue traducida al español del idioma neerlandés de donde fue creada (Jander et al., 2014) y aplicada inicialmente por lo que existen dos versiones previas aplicadas y evaluadas de la intervención. En base a esto, se toman como principal referente los resultados de la intervención en sus dos versiones anteriores para hacer señalamientos en base es este documento.

El primer lugar, tanto la versión aplicada en Holanda, como la aplicada en España, fueron significativas para reducir el consumo episódico excesivo de alcohol dentro de los adolescentes, no obstante, en Holanda (Jander et al., 2016) fue significativa solo para adolescentes de 15 años, mientras que para adolescentes de 16 años fue efectiva siempre y cuando participaran en al menos dos sesiones. Para aquellos alumnos mayores de 17 años no se encontraron efectos significativos.

Con respecto a los resultados del presente estudio, la disminución atribuible a la intervención fue la disminución de la cantidad de bebidas por ocasión, sin embargo, a diferencia del estudio de Jander et al., (2014) los adolescentes que fueron incluidos aquí fueron en su mayoría de 15 y 16 años, solo un 24% de grupo experimental y un 17.6% del grupo control tenían 17años al momento de ingresar a la intervención; no se tuvieron participantes menores de 15 años ni mayores de 17.

A diferencia de la Versión de España (Martínez-Montilla et al., 2020), donde los autores reportaron que se obtuvo una disminución del consumo episódico excesivo, expresado en un mayor riesgo (nueve veces más) de realizar este consumo los participantes del grupo control, a diferencia de los del grupo experimental. En este caso,

no se encontraron diferencias estadísticas para ningún tipo de consumo (consumo semanal o cualquier consumo de alcohol), fuera de lo mencionado anteriormente.

Una de las posibles explicaciones para esta disminución de consumo se le puede atribuir al contexto actual global, el hecho de estar trabajando y tomando clase desde casa, específicamente en personas menores de edad, les quita la posibilidad de consumir. Se ha documentado que durante la adolescencia la presión de los pares juega un papel importante para que los adolescentes terminen consumiendo alcohol, como ya se mencionó anteriormente, el hecho de no acudir a la escuela, no convivir con tu iguales y no propiciar situaciones de consumo como en una reunión con amigos o en una fiesta, disminuye las oportunidades de los adolescentes para tomar alcohol.

Si bien es cierto que el contexto mexicano es muy diferente al europeo, específicamente en España donde existe una mayor permisividad a realizar este consumo, en México aún está muy arraigado culturalmente el hecho de tomar hasta ser mayor de edad delante de tus padres. Si se toma en cuenta dicha situación y se relaciona con que las probabilidades para consumir se disminuyen porque se está más tiempo en casa, esto podría explicar el porqué del efecto de la intervención sobre la cantidad de bebidas consumidas por ocasión.

Conclusiones

La intervención Alerta Alcohol es aceptable, suficiente y sensible culturalmente.

El proceso de adaptación cultural realizado con el contenido de la intervención Alerta Alcohol permitió identificar áreas que requirieron ser modificadas para que los adolescentes se sintieran familiarizados con las situaciones, palabras y contexto de la intervención. Dicho proceso de adaptación permitió que los resultados de la intervención fueran atribuibles al contenido de esta, manteniendo la fidelidad del contenido.

La intervención Alerta Alcohol es factible de ser aplicada en la misma modalidad, de acuerdo con lo encontrado en la investigación, los participantes consideraron que la cantidad de sesiones, modalidad, contenido y duración era

adecuada, sin embargo, la tasa de retención de los participantes fue baja, por lo que algunas estrategias para que los participantes no abandonen deberían ser tomadas en cuenta.

La aceptabilidad de la Intervención Alerta Alcohol es adecuada, un alto nivel de satisfacción de los participantes fue encontrada en el presente trabajo, no obstante, se deben considerar algunos aspectos para lograr que se alcance un mayor porcentaje de satisfacción referente al programa, contenido y utilidad.

La intervención demostró mediante la eficacia preliminar que fue significativa para aumentar la percepción de riesgo en el grupo experimental, la cual es una de las variables medidas en este estudio piloto. También demostró ser efectiva para disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas por ocasión. Sin embargo, la efectividad mostrada con respecto a la frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol, no se le puede atribuir al efecto de la intervención dado que en el grupo control no se encontró prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol.

Recomendaciones

Se sugiere retomar los hallazgos del presente estudio para replicar el estudio de la intervención Alerta Alcohol, en una muestra más amplia y en un escenario diferente, dado que ha demostrado ser efectiva con muestras más grandes, por lo que se sugiere a futuros investigadores que deseen extender conocimiento dentro de esta intervención se aplique cuando esté controlada la situación de la pandemia por SARS-CoV 2 (Covid-19).

Se debe señalar la necesidad de adaptar el contenido que no haya sido diseñado para el contexto específico en el que se desea aplicar; existen aspectos culturales y sociales que deben ser tomados en cuenta para que el contenido sea sensible, entendible y no se afecte la efectividad de la información.

Se debe tener en cuenta la realidad digital del entorno para aplicar intervenciones que utilicen tecnología y que la brecha digital no sea un impedimento para lograr el efecto deseado.

La utilización de intervenciones que se fundamenten en teoría debe de ser prioridad para la elaboración de futuros trabajos de investigación con diseños de tipo experimentales.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones del presente estudio surge a partir de la pandemia vivida a inicios del 2020 por el virus SARS-CoV 2 (Covid-19). Esto afecto indirectamente la obtención del acceso a las instituciones educativas para la aplicación de la intervención, el hecho de que la intervención suponía que los estudiantes dedicaran al menos 20 minutos una vez a la semana durante aproximadamente mes y medio complicó el acceso a la población estudiantil.

Otra limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, aunque los estudios piloto buscan aplicar todas las características de un cuasiexperimento o un experimento en una muestra pequeña, el tener una muestra total de 42 adolescentes impide hacer una generalización de los hallazgos derivados de la presente investigación. Apartir del poco tamaño de muestra, se puede entender otra limitación de estudio, que es la falta de analisis estadisticos mas robustos, como lo seria un analisis multivariante, que pudiera explicar con mas detalles los hallazgos de este estudio.

Otra de las limitaciones es la realización de un seguimiento a los participantes posterior al postest; de acuerdo con la literatura con respecto a las intervenciones, es importante realizar una medición en un tiempo determinado al finalizar la intervención, ya que de esta manera se le puede dar un mayor peso a los resultados encontrados al comparar las mediciones pre y postest entre los grupos. Dado lo anterior, se recomienda tomar con cautela los hallazgos del presente estudio.

Una de las principales limitaciones del estudio radica en que no se encontró prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol en el grupo control, lo que impide hacer comparación y atribuir realmente el efecto de la intervención al comprarlo con el grupo control.

Referencias

Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias [SAMHSA] (2014). National Survey on Drug and Health. Disponible en: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs2014/NSDUH-DetTabs2014.pdf

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179–211. doi:10.1016/07495978(91)90020

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior.* New York, NY: Open University

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting*

Almaraz, D. & Alonso, M. (2018). Consejo Breve y Atención Plena para dejar de fumar: un estudio de caso

Alonso, C., G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3), 184-188

Alonso, M., Del Bosque, J., Gómez, M., Rodríguez, L., Esparza, S., & Alonso, B. (2009). Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anuario de Investigación en Adicciones,* 10*(1).*

Alonso, M., Yáñez, B., & Armendáriz, M. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Health and Addictions, 17(1); 87-96.

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., & Grahanm, J. (1987). Situational Condifence Questionnaire Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.

Arain, M., Campbell, M. J., Cooper, C. L., & Lancaster, G. A. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. BMC Medical Research Methodology, 10(1), 67. doi:10.1186/1471-2288-10-67

Arbour-Nicitopoulos, K., Kwan, Y., Lowe, D., Taman, S., & Faulkner, G. (2010). Social Norms of alcohol, smoking and marijuana use within a canadian university setting. Journal of American College Health, 59(3).

Ariza, C., Nebot, M., Tomas, Z., Gimenez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V., & De Vries, H. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. The European Journal of Public Health, 18(5), 491–497. doi:10.1093/eurpub/ckn050

Ariza, C., Villalbí, J. R., Sánchez-Martínez, F., & Nebot, M. (2011). La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: Experiencias de programas en el medio escolarProcess evaluation in relation to effectiveness assessment: experiences with school-based programs. *Gaceta sanitaria*, 25(1), 32–39. doi:10.1016/S0213-9111(11)70006-1

Bajac, H., Feliu-Soler, A., Meerhoff, D., Latorre, L., & Elices, M. (2016). Iudicium: Una intervención educativa para abordar la percepción de riesgo del consumo problemático de alcohol en adolescentes. Adicciones, 28(1), 41-47. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.789

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.

Barrera, M., Jr, Berkel, C., & Castro, F. G. (2017). Directions for the advancement of culturally adapted preventive interventions: Local adaptations, engagement, and sustainability. Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 18(6), 640–648. doi:10.1007/s11121-016-0705-9

Barrera, M., Jr, Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: a progress report. Journal of

consulting and clinical psychology, 81(2), 196–205. https://doi.org/10.1037/a0027085

Barrera, M., Jr. and Castro, F.G. (2006), A Heuristic Framework for the Cultural Adaptation of Interventions. Clinical Psychology: Science and Practice, 13: 311-316. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x

Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2009). Análisis del fenómeno del consumo dealcohol entre adolescentes: estudio realizado con adolescentes del 3º. ciclo de escuelas públicas. *Revista Latino Americana*, 17(3), 1-8

Becoña, E. (2001). Bases teoricas que sustentan los programas de prevención de Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. España.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. Professional Psychology: Research and Practice, 40(4), 361–368. https://doi.org/10.1037/a0016401

Borsari B, Carey KB. (2003) Descriptive and Injunctive Norms in College Drinking: A MetaAnalytic Integration. J Stud Alcohol 2003; (64): 331-341.

Botvin, G, J., & Griffin, K, W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*. *19*(6), 607-605.

Brunelle, C., & Hopley, A. A. B. (2017). The role of drinking norms and social networking sites on alcohol consumption in university students. Journal of Substance Use, 22(6), 574–580. doi:10.1080/14659891.2016.1271035

Burns, N., & Grove, S. (2009). The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.

Calderón-Romero, E., & Cáliz-Romero, N. (2015). Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. Revista Gerencia y Políticas de Salud,

14(28),123-141. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540401010

Chih Lee, Yi & Wu, Wei-Li. (2018). Factors in cyber bullying: The attitude-social influence-efficacy model. *Anales de Psicología*, 34:324-331.

Comisión Interamericana para el control y Abuso de Drogas. (2015). Informe sobre uso de drogas en las Américas. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsoDrogasAmericas_SPA_web.pdf

Corder, K., Brown, H. E., Schiff, A., & van Sluijs, E. M. (2016). Feasibility study and pilot cluster-randomised controlled trial of the GoActive intervention aiming to promote physical activity among adolescents: outcomes and lessons learnt. BMJ open, 6(11), e012335.

Crombie, I. K., Irvine, L., Falconer, D. W., Williams, B., Ricketts, I. W., Jones, C., … Rice, P. (2017). Alcohol and disadvantaged men: A feasibility trial of an intervention delivered by mobile phone: Text message alcohol intervention. Drug and Alcohol Review, 36(4), 468–476. doi:10.1111/dar.12455

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*, *27*(6), 1009–1023. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00295-2

De Vargas D. (2011). Attitudes of nursing students facing questions re-lated to alcohol, alcoholism and the alcoholic. *Acta Paulista de Enfermagem*; 24(5):638-44.

De Vries, H. (1993). Determinanten van gedrag. *Gezondheidsvoorlichtin en gedradsverandering Eds*. Pp. 109-132

De Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior; The I-change model as an example. Psychology and behavioral science international journal, 2(2). doi:10.19080/pbsij.2017.02.555585

De Vries, H., & Mudde, A. N. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. Psychology and Health, 13(2), 369-385.

De Vries, H., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. Health Education Research, 3, 273–282.

De Vries, H., Mudde, A., Leijs, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., Clemente, M. P., Storm, H., González Navarro, A., Nebot, M., Prins, T., & Kremers, S. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. Health education research, 18(5), 611–626. https://doi.org/10.1093/her/cyg031

De Vries, H., van Osch, L., Eijmael, K., Smerecnik, C., & Candel, M. (2012) The role of risk perception in explaining parental sunscreen use. *Psychology Health*, 27(11):1342–58.

Del Pozo-Irribaria, J., & Gonzalez-Izquierdo, A. (2011). Habla con ellos del alcohol. 3ra Ed. Gobierno de la Rioja, España.

Fandiño, Isabel. (2016). Enfermería y educación para la salud en las drogodependencias (Tesis de Maestría). Recuperado de: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002063.pdf

Fawcett, J. (2005). Middle rango nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. Aquichán, 5(1), 32-43.

Field, C. A., Cabriales, J. A., Woolard, R. H., Tyroch, A. H., Caetano, R., & Castro, Y. (2015). Cultural adaptation of a brief motivational intervention for heavy drinking among Hispanics in a medical setting. BMC public health, 15, 724. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1984-y

Finn, C. A., & Sladeczek, I. E. (2001). Assessing the social validity of behavioral interventions: A review of treatment acceptability measures. School Psychology Quarterly, 16(2), 176–206. https://doi.org/10.1521/scpq.16.2.176.18703

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fleming, M. F., Balousek, S. L., Grossberg, P. M., Mundt, M. P., Brown, D., Wiegel, J. R., Zakletskaia, L. I., & Saewyc, E. M. (2010). Brief physician advice for heavy drinking college students: a randomized controlled trial in college health clinics. Journal of studies on alcohol and drugs, 71(1), 23–31. https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.23

Foster, D. W., Neighbors, C., & Pai, A. (2015). Decisional Balance: Alcohol Decisional Balance Intervention for Heavy Drinking Undergraduates. *Substance use & misuse,* 50(13), 1717–1727. https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1036883

Frayre, A., Jordán, M., Lopez, M., & Telumbre, J. (2018). Autoeficacia y consume de alcohol en mujeres adolescents. *Nure investigación, 15(95).* https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1405/840

Fuentes, L., Alonso, M., & Moñivas, A. (2018). Reducción del consumo de alcohol mediante mindfulness y consejo breve

Fuentes, M., Alarcón, A., García, F., & Gracia, E. (2015). Use of alcohol, tobacco, cannabis and other drugs in adolescence: effects of family and neighborhood. *Anales de Psicología*, *31*(3), 1000-1007. https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.183491

García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., & García del Castillo-López, Á., & Dias, P., C. (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. Salud y drogas, 14(1),5-14. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83931686001

Gázquez, M., García del Castillo, J., & Espada, J. (2009). CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EFICACES PARA LA PREVENCIÓN ESCOLAR DEL CONSUMO DE DROGAS. Salud y drogas, 9(2),185-208. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912988004

Glitin, L., N., & Czaja, S., J. (2016). Behavioral intervention research. Designing, evaluating and implementing. NY: Springer.

González-Fernández, M. M., Manzano-García, M., González-Fernández, M. (2009). El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar? *Revista de Enfermería de Castilla y León*. *1*(1).

Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. Investigación en educación médica, 2(5), 55-60. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009.

Henao, J. (2005). La prevención temprana de la violencia: Una revisión de programas y modalidades de intervención. *Universitas Psychologicas*. *4*(2), 161-177. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740205

Hernández, R, E. (2015). Evaluación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para la infancia. *Health and Addictions*. *15*(1), 67-78. Recuperado de:

Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo [NIAAA] (2004). Alcohol facts and statistics. Disponible en: https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholFacts&Stats/AlcoholFacts&Stats.htm

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2061: Reporte de alcohol. México, D.F. Recuperado de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf.

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados por Entidad Federativa, Nuevo León. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/informes/NuevoLeon-OCT.pdf

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. (2004). Como prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Salud [NIH]. https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. (2016). Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood A Research-Based Guide (In Brief). Recuperado de: https://www.drugabuse.gov/publications/principles-substance-abuse-prevention-early-childhood-research-based-guide-in-brief/principles-substance-abuse-prevention-early-childhood

International Council of Nursing [ICN] (2012). Consumo de tabaco y salud, declaración de posición. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A18_Tabaquismo_salud_Sp.pdf

Jacobs, P., Estrada, Y. A., Tapia, M. I., Quevedo Terán, A. M., Condo Tamayo, C., Albán García, M., … Prado, G. (2016). Familias Unidas for high risk adolescents: Study design of a cultural adaptation and randomized controlled trial of a U.S. drug and sexual risk behavior intervention in Ecuador. Contemporary Clinical Trials, 47, 244–253. doi:10.1016/j.cct.2016.01.014

Jander A, Mercken L, Crutzen R, de Vries H. (2013) Determinants of binge drinking in a permissive environment: focus group interviews with Dutch adolescents and parents. BMC Public Health. 2013;13(882) https://doi.org/10. 1186/1471-2458-13-882.

Jander, A., Crutzen, R., Mercken, L., & de Vries, H. (2014). A Web-based computer-tailored game to reduce binge drinking among 16 to 18 year old Dutch adolescents: development and study protocol. BMC public health, 14, 1054. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1054

Jander, A., Crutzen, R., Mercken, L., Candel, M., & de Vries, H. (2016). Effects of a Web-Based Computer-Tailored Game to Reduce Binge Drinking Among Dutch Adolescents: A Cluster Randomized Controlled Trial. Journal of medical Internet research, 18(2), e29. https://doi.org/10.2196/jmir.4708

Janssen, E., van Osch, L., de Vries, H., & Lechner, L. (2011) Measuring risk perceptions of skin cancer: reliability and validity of different operationalizations. *Br Journal Health Psychology*, 16(1):92–112.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1–47. https://doi.org/10.1177/109019818401100101

Jongenelis, M. I., Pettigrew, S., & Biagioni, N. (2017). Drinking Refusal Self-Efficacy and Intended Alcohol Consumption During a Mass-Attended Youth Event. Substance Use & Misuse, 53(5), 744–754. doi:10.1080/10826084.2017.1363239

Kamish, S., & Öz, F. (2011). Evaluation of a smoking cessation psychoeducational program for nurses. *Journal of Addictions Nursing*, *22*(3), 117–123.

Kasten, S., van Osch, L., Candel, M., & De Vries, H. (2019). The influence of pre-motivational factors on behavior via motivational factors: a test of the I-Change model. *BMC Psychology*, 7:7

Klimenko, O., Plaza, D., García, J., Sánchez, N. (2018). Estrategias preventivas en relación con las conductas adictivas en adolescentes. *Revista PISCOESPACIOS*. *12*(20). Disponible en:

LaBrie, J. W., Cail, J., Pedersen, E. R., & Migliuri, S. (2011). Reducing alcohol risk in adjudicated male college students: Further validation of a group motivational

enhancement intervention. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 20(1), 82–98. https://doi.org/10.1080/1067828X.2011.534369

Lima-Serrano M., Vargas-Martínez A, M., Gil-García E., Martínez-Montilla J. M., Lima-Rodríguez J. S., & De Vries, H. (2017). Adaptación y validación al español de cinco escalas para evaluar los determinantes de consumo de alcohol en adolescentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 40*(2), 221-236. https://dx.doi.org/10.23938/assn.0028

Lima-Serrano, M., Martínez-Montilla, J., Lima-Rodriguez, J., Mercken, L., & De Vries, H. (2018). Design, implementation and evaluation of a web-based computer-tailored intervention to prevent binge drinking in adolescents: study protocol. *BMC Public Health. 18:*449. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5346-4.

Litt, M. D., & Kadden, R. M. (2015). Willpower versus "skillpower": Examining how self-efficacy works in treatment for marijuana dependence. Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 29(3), 532–540. https://doi.org/10.1037/adb0000085

Londoño Perez, C., & Valencia Lara, 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. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758004

Londoño Pérez, Constanza. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitario. *Anales de psicología, 26*(1): 27-33.

Londoño, P. C., Forero, L. P., Laverde, R. M., & Mosquer, P. A. (2012). Construcción de un modelo cognitivo-social integrado por etapas para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos. Psicología y salud, 22(2), 235-245.

López-Cisneros, M., Alonso, M., Méndez, D., & Armendáriz, N. (2016). Descripción del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de complementos urbanos del estado de Nuevo León, México. *Health and Addictions. 16*(2), 127-134.

López-Cisneros, M., Villar, M., & Alonso-Castillo, M, M., Alonso-Castillo, M, T., & Rodríguez-Aguilar, L. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(4),815-821. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033327007

Lopez-Quintero, C., & Neumark, Y. (2010). Effects of risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia. Drug and Alcohol Dependence, 109(1–3), 65–72. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.12.011

Maddock, J.E. (1997). Developmente and validation of decisional balance and process of change inventories for heavy episodic drinking. Tesis de Maestria no pblicada, University of Rhode Island, E.E. U.U.

Mäkelä, P., & Maunu, A. (2016). Come on, have a drink: The prevalence and cultural logic of social pressure to drink more. *Drugs*, 23(4), 312–321. doi:10.1080/09687637.2016.1179718

Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., … Engels, R. C. M. E. (2014). Effectiveness of the “Healthy School and Drugs” prevention programme on adolescents’ substance use: a randomized clustered trial: Prevention of substance use in early adolescence. Addiction (Abingdon, England), 109(6), 1031–1040. doi:10.1111/add.12526

Malowsky, J., Capell, J., Moberg D, & Brown, R. (2017) Universal School-Based Implementation of Screening Brief Intervention and Referral to Treatment to Reduce and Prevent Alcohol, Marijuana, Tobacco, and Other Drug Use: Process and Feasibility. *Substance Abuse: Research and Treatment. 11*, 1-10. Recuperado de:

Marczinski, C. (2011). Alcohol mixed with energy drinks: consumption patterns and motivations for use in U.S. college students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 8, (8), 3232–3245.

Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En Bandura, A. *Autoeficacia cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 245-267). España: Descleé De Brouwer.

Marsch, L., & Borodovsky, J. T. (2016). Technology-based Interventions for Preventing and Treating Substance Use Among Youth. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 25(4), 755–768. doi:10.1016/j.chc.2016.06.005

Martínez, M. K., Salazar, G. M., Pedroza, C. F., Ruiz, T. G., & Ayala, V. H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Salud Mental, 31(2).

Matley, F. A. I., & Davies, E. L. (2017). Resisting temptation: alcohol specific self-efficacy mediates the impacts of compensatory health beliefs and behaviours on alcohol consumption. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 259–269. doi:10.1080/13548506.2017.1363395

Melo Hurtado, D. S., & Nascimento, L. C. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 655-662.

Mendez-Ruiz, M., Alonso-Castillo, M, T., Alonso-Castillo, M, M., Uribe-Alvarado, J., & Armendáriz-García, N. (2015). RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, 11(3),161-167. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80342807007

Méndez, M., Ortiz, G., Eligio, I., Yáñez, B., & Villegas, M. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*. 18(4), 438-448.

Moore, S. C., Crompton, K., van Goozen, S., van den Bree, M., Bunney, J., & Lydall, E. (2013). A feasibility study of short message service text messaging as a surveillance tool for alcohol consumption and vehicle for interventions in university students. BMC Public Health, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-1011

Morales, D. Z(2009) Evaluacion de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del modelo transteórico del cambio. Memoria para optar al grado de doctora. Universidad de Huelva. ISBN: 978-84-92679-91-1.

Morales, Z., Díaz-Batanero, C., Garrido, M. & Pascual, L.M. (2011). Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. Apuntes de Psicología, 29, 459-470.

Moreno, José (2006). Valores, actitudes hacia el alcohol yconsumo en adolescentes varones. Límite. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 1(13),195-211.[fecha de Consulta 28 de Marzo de 2022]. ISSN: 0718-1361. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601310

Navarro, E., De Anda, P., Gámez, M., Candía, J., & Guzmán, F. (2016). Exposición a contenidos de uso de alcohol en Facebook y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista de Enfermería Herediana 9(1):* 43-49.

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 1-6Artículo recuperado en septiembre de 2015. Disponible en. http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_spanish.pdf

Okamoto, S. K., Kulis, S., Marsiglia, F. F., Steiker, L. K. H., & Dustman, P. (2014). A continuum of approaches toward developing culturally focused prevention interventions: from adaptation to grounding. The Journal of Primary Prevention, 35(2), 103–112. doi:10.1007/s10935-013-0334-z

Organización Mundial de la Salud (2000). *The world health report 2000. Health systems: improving performance.* Geneve: WHO.

Organización Mundial de la Salud (2008). Estado de salud en el mundo: nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Global status report on alcohol and health 2011. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud.* Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Global Status report on non communicable diseases.* Geneve: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en-pdf

Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública (MX). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública, 2010. Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, 2010.

Ornelas, I. J., Allen, C., Vaughan, C., Williams, E. C., & Negi, N. (2015). Vida PURA: A Cultural Adaptation of Screening and Brief Intervention to Reduce Unhealthy Drinking Among Latino Day Laborers. Substance abuse, 36(3), 264–271. https://doi.org/10.1080/08897077.2014.955900

Pbert, L., Osganian, S. K., Gorak, D., Druker, S., Reed, G., O'Neill, K. M., & Sheetz, A. (2006). A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, *43*(4), 312-320. doi:10.1016/j.ypmed.2006.04.006.

Pérez, M., Gázquez, J., Mar, M., Cardila, F., Martos, A., Barragán, A., Garzón, A., Carrión, J., Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en

adolescentes. *European Journal of investigation in health, psychology and education, 5(3): 371-382.*

Petty, RE. and Cacioppo, J.T. (1986) The elaboration likelihood model of persuasion. In Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in experimental Social Psychology*, Vol. 19. London: Academic Press.

Portelli, P. (2018). A clustered randomized controlled trial for the prevention of alcohol misuse among Maltese teenagers. International Journal of Emotional Education, 10 (1), 112-132.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol, 51(3), 390-395.

Prochaska, J., Di Clemente,C.(1982) Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psichoterapy: theory, research and practice*, 19:276-288.

Prochaska, J., Velicer,W., Rossi,J., et al.,(1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors.Health Psychology. Vol. 13: 39-46.

Prochaska, J.& Di Clemente, C.(1984) The transtheoretical approach. New York: Dow Jones.

Rimal, R. N., & Mollen, S. (2013). The role of issue familiarity and social norms: findings on new college students' alcohol use intentions. Journal of public health research, 2(1), 31.

Rodriguez-Alvarado, M., Perozo-Sánchez, C., & Matute-Lopez, J. (2014). Resistencia de la presión de grupo y consumo de alcohol en adolescentes. Revista de Psicologia Universidad de Antioquia, 6(1), 25–40. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4947507

Rodríguez, S., Díaz, D., Gracia, S, Guerrero, J. & Gómez, E. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*, *34*, 27-35.

Sá, C., Rocha, V., Machado, J. C., & Precioso, J. (2018). Preventing alcohol use among adolescents: Assessment of the "alcohol-free" programme. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, *18*(2), 133–141. https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.386

Sánchez, J., Serna, C. A., & de La Rosa, M. (2012). Project Salud: Using community-based participatory research to culturally adapt an HIV prevention intervention in the Latino migrant worker community. International public health journal, 4(3), 301–308.

Santos Diez P, González Martínez G, Fons Brines M.R, Forcada Chapa R.& Zamorano García, C.(2001) Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. Rev Adicciones Vol. 13(2):147-152.

Savage, C., Dyehouse, J., & Marcus, M. (2014). Alcohol and Health Content in Nursing Baccalaureate Degree Curricula. *Journal of Addictions Nursing.* 25(1), 28-34.

Schulz, D., Candel, M., Kremers, S., Reinwand, D., Jander, A., & De Vries, H. (2013) Effects of a web-based tailored intervention to reduce alcohol consumption in adults: randomized controlled trial. Journal Medicine Internet Researhc 15(9): e206. doi: https://doi.org/10.2196/jmir.2568.

Schwinn, T. M., Schinke, S. P., & Di Noia, J. (2010). Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention. Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research, 11(1), 24. http://doi.org/10.1007/s11121-009-0146-9

Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la Salud. México. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Services Research, 17(1), 88. doi:10.1186/s12913-017-

2031-8

Serrano, O. H., Espada Sánchez, J. P., Piqueras Rodríguez, J. A., Amorós, M. O., & García Fernández, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas saluda: Evaluación de una nueva versión en adolescentes Españoles. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, *13*(2), 135–144. https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.210

Sidani, S., & Braden, C. (2011) Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions, Chichester: John Wiley & Sons

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] (2015). Informe Nacional de Adicciones. Recuperado de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2015.pdf

Sjöberg, L., Moen, B., & Rundmo, T. (2004) Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. Rotunde, N° 84

Sobell, L., & Sobell, M. (1996). Timeline Followback user´s guide. Toronto, Ontario: Addictions Research Foundation. *social behavior.* Englewood Cliffs, N. J: Printice Hall.

Sousa, I., Precioso, J., Machado, J., Reis, M. F., Sousa, C., Samorinha, C., & Antunes, A. (2017). Assessing the effectiveness of a tobacco use prevention programme based on the school curriculum. *Conexão Ciência*, 12,45-51.

Spijkerman, R., Eijnden, R., Vitale, S. & Engels, R. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behavior: the concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behavior. Addictive Behaviors, 29(2004), 1615-1622.

Synnove, M. & Rise, J. (2006). Predicting smoking reduction among adolescents using an extended versión of the theory of planned behaviour. Psychology and Health, 21(6): 717-738.

Telumbre Terrero, J., Esparza Almanza, S., Alonso Castillo, B., & Alonso Castillo, M. (2017). Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 19(2), 69-82. https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.ahca

Tovolacci, M. P., Boerg, E., Richard, L., Meyrignac, G., Dechelotte, P., & Ladner, J. (2016). Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *Public Health*, *16*(178), 1-9. DOI 10.1186/s12889-016-2863-x

Uribe, J., Verdugo, J. & Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1): 47-55.

Vallentin-Holbech, L., Rasmussen, B. M., & Stock, C. (2018). Effects of the social norms intervention The GOOD Life on norm perceptions, binge drinking and alcohol-related harms: A cluster-randomised controlled trial. Preventive medicine reports, 12, 304–311. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.019

Varela, J., & Marsillas, S., Isorna F., & Rial, A. (2013). EL PAPEL DE LAS ACTITUDES, LAS PERCEPCIONES Y EL DINERO DISPONIBLE EN EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES. Salud y drogas, 13(1),67-78. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83928046008

Varela, J., Rial, A., y García-Cueto, E. (2003). Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psico-thema*, 15, 656-661.

Vazquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodriguez, M., & Rogriguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y

otras conductas de riesgo relacionadas. *Revista pediatría en atención primaria*. 16;125-134.

Villalobos, N. (2018) Intervención educativa de enfermería para reducir el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria [Tesis de maestría, Universidad Veracruzana]. Repositorio digital de la Universidad Veracruzana, https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49135/VillalobosElbortNancyIrais.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Whitehead, A. L., Sully, B. G. O., & Campbell, M. J. (2014). Pilot and feasibility studies: Is there a difference from each other and from a randomised controlled trial? Contemporary Clinical Trials, 38(1), 130–133. doi:10.1016/j.cct.2014.04.001

Apéndices

Apéndice A

Guía semiestructurada para la conducción del grupo focal

1.- ¿De qué manera considera que puede afectar el consumo episódico excesivo de alcohol puede afectar la salud de los adolescentes?

2.- ¿Qué opinión tiene acerca de la intervención Alerta Alcohol?

3.- Desde su perspectiva, ¿Qué aspectos considera relevante de la intervención?

4.- Con respecto a la intervención Alerta Alcohol ¿Qué fue lo que más te gusto y lo que menos te gusto?

5.- Mencione qué aspectos o temas considera que no aplican en nuestra comunidad y, ¿Por qué?

6.- En base a lo revisado en el programa, ¿Qué otros temas consideras que deberían ser agregados?

7.- En cuanto al contenido de la intervención, ¿Qué palabras o frases no han sido claras y de que formas podríamos hacerlas más entendibles?

Apéndice B

Invitación grupo focal

Te queremos invitar a formar parte del proyecto de adaptación de la intervención Alerta Alcohol

La intervención Alerta Alcohol fue diseñada e implementada en adolescentes de nivel preparatoria de Holanda para más tarde ser aplicada en adolescentes de España.

El propósito de esta intervención es disminuir el consumo de alcohol en adolescentes en cantidad de bebidas alcohólicas, así como los episodios de consumo episódico excesivo de alcohol.

En México se desea implementar la misma intervención, pero adaptada a la población adolescente en cuanto al contenido y los términos que fueron empleados en España.

Si deseas participar en el proceso de adaptación de la intervención…

acude a la sesión informativa que se llevará a cabo el día _____ del mes de _____ del 2020 a las _____ horas en la escuela donde estudia su hijo (a).

Apéndice C

Consentimiento informado del padre o tutor (grupo focal)

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web (fase de adaptación)"*
Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Introducción: estamos interesados en adaptar al contexto mexicano, específicamente en adolescentes del estado de Nuevo León un programa dirigido a disminuir el consumo de alcohol y el número de días que consumen de forma excesiva los adolescentes.
Propósito del estudio: realizar una adaptación cultural de una intervención para disminuir el consumo excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.
Descripción del estudio/procedimiento: si usted acepta a participar en la presente investigación, se le pedirá que realice lo siguiente:

- Conocer el contenido de la intervención Alerta Alcohol, se le hará entrega del contenido dos semanas antes de la realización del grupo de discusión
- Formar parte de un grupo de discusión en el que se compartirán ideas y experiencias con respecto a la temática del consumo de alcohol, teniendo en cuenta el contenido de la intervención Alerta Alcohol.
- Se realizaran preguntas de por parte de un moderador el cual guiara los comentarios y aportes de los participantes para dar secuencia a la sesión
- Además del moderador, por parte del grupo de investigadores estarán entre dos y tres personas que apoyaran al moderador, tomaran notas y audio grabaran la sesión
- Los grupos de discusión tendrán una duración de 45 minutos y serán llevados a cabo en aulas de la institución educativa donde estudia su hijo.

Riesgos: el presente estudio no presenta ningún riesgo a su salud o integridad física, sin embargo, si se llegara a sentir indispuesto o no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que usted así lo decida.
Beneficios esperados: en el presente estudio no hay ningún beneficio personal por la participación, sin embargo, el contenido adaptado formará parte de la segunda etapa del estudio en la que será aplicada la intervención Alerta Alcohol en adolescentes como su

hijo, con la finalidad de disminuir el consumo de alcohol y la frecuencia del consumo excesivo de alcohol.

Confidencialidad y uso de la información para la investigación: la decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si decide participar los únicos que conocerán la información serán usted y los responsables del estudio. La información proporcionada formará parte de la intervención Alerta Alcohol que será aplicada en adolescentes de nivel preparatoria, se hace de su conocimiento que todo el contenido audio grabado será destruido una vez que el investigador haya extraído los datos.

Preguntas: si llega a tener alguna pregunta acerca de sus derechos como participante en este estudio, puede comunicarse a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente participar en el grupo de discusión de esta investigación, tengo el conocimiento de que las sesiones serán audio grabadas y que la información será utilizada como parte del estudio de investigación que se llevará a cabo posterior a mi participación. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando en participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee.

_____	_____
Firma del Participante	Firma del Investigador
_____	_____
Firma del Testigo	Firma del Testigo

Apéndice D

Consentimiento informado para padres (grupo focal)

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web (fase de adaptación)"*

Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: estamos interesados en adaptar al contexto mexicano, específicamente en adolescentes del estado de Nuevo León una intervención dirigida a disminuir el consumo de alcohol, así como la frecuencia de consumo excesivo en lo adolescentes.

Propósito del estudio: realizar una adaptación cultural de una intervención para disminuir el consumo excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Descripción del estudio/procedimiento: se está invitando a su hijo a formar parte de un grupo de discusión conformado por adolescentes como el, si usted acepta a que su hijo participe en la presente investigación, realizara lo siguiente:

- Conocerá el contenido de la intervención Alerta Alcohol, esta se le entregará a su hijo dos semanas antes de la realización del grupo de discusión para que pueda revisarlo detenidamente.
- Formará parte de un grupo de discusión en el que se compartirán ideas y experiencias con respecto a la temática del consumo de alcohol, teniendo en cuenta el contenido de la intervención Alerta Alcohol.
- Se le realizaran preguntas de parte de un moderador el cual guiará los comentarios y aportes de los participantes para dar secuencia a la sesión
- Además del moderador, por parte del grupo de investigadores estarán entre dos y tres personas que apoyaran al moderador, tomaran notas y audio grabaran la sesión.
- Los grupos de discusión tendrán una duración de 45 minutos y serán llevados a cabo en aulas de la institución educativa de su hijo.

Riesgos: el presente estudio no presenta ningún riesgo a su salud o integridad física de su hijo, sin embargo, si usted llegara a decidir interrumpir la participación de su hijo, podrá retirarlo en el momento que usted así lo decida sin ninguna repercusión académica o administrativa.

Beneficios esperados: en el presente estudio no hay ningún beneficio personal por la participación, sin embargo, el contenido adaptado formará parte de la segunda etapa del estudio en la que será aplicada la intervención Alerta Alcohol en adolescentes como su hijo, con la finalidad de disminuir el consumo de alcohol y la frecuencia del consumo excesivo de alcohol.

Confidencialidad y uso de la información para la investigación: la decisión de que su hijo participe en este estudio es totalmente voluntaria, si accede a que participe, los únicos que conocerán la información será su hijo y los responsables del estudio. La información proporcionada formará parte de la intervención Alerta Alcohol que será aplicada en adolescentes de nivel preparatoria, se hace de su conocimiento que todo el contenido será audio grabado en las sesiones que participe su hijo será destruido una vez que el investigador haya extraído los datos.

Preguntas: si llega a tener alguna pregunta acerca del estudio, así como de los derechos de la participación de su hijo en este estudio, puede comunicarse a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente a que mi hijo participe en el grupo de discusión de esta investigación, tengo el conocimiento de que las sesiones serán audio grabadas y que la información será utilizada como parte del estudio de investigación que se llevará a cabo posterior a su participación. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando a que mi hijo participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar su participación cuando así lo desee. (este se envió en formato virtual a traves de la plataforma MS Teams donde ellos pudieran indicar la autorización a traves de foto editable por esta misma plataforma)

_____

Nombre de mi hijo (a):

_____

Nombre y Firma del padre o tutor legar

_____ _____

Nombre y Firma del testigo 1: Nombre y Firma del testigo 2:

_____

Fecha

Apéndice E

Asentimiento informado del adolescente (grupo focal)

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web (fase de adaptación)"*

Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: estamos interesados en adaptar al contexto mexicano, específicamente en adolescentes del estado de Nuevo León una intervención dirigida a disminuir el consumo de alcohol, así como la frecuencia de consumo excesivo en lo adolescentes.

Propósito del estudio: realizar una adaptación cultural de una intervención para disminuir el consumo excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Descripción del estudio/procedimiento: me están invitando a un grupo de trabajo que estará conformado por otros adolescentes como yo, compañeros de mi preparatoria, si acepto a participar:

- Me entregaran un manual de la intervención Alerta Alcohol para que sea revisado y lo pueda comentar y dar opiniones en el grupo de trabajo junto con otros adolescentes con respecto a los temas de este y recomiende modificaciones que crea oportunas
- Las opiniones que comparta serán en el grupo de trabajo que se llevará a cabo en mi escuela en el que habrá personas que nos harán preguntas, tomaran notas y audio grabaran las sesiones
- La sesión del grupo tendrá una duración de 45 minutos y todo lo que exprese o comente durante estas, será tratado de forma confidencial cuidando mi privacidad y anonimato

Riesgos: el proceso en el que me veré involucrado no representa ningún riesgo a mi salud, sin embargo, si me llegase a sentir indispuesto o no deseo seguir participando, podrá retirarse en el momento que usted así lo decida si tener ninguna repercusión académica.

Beneficios esperados: no obtendré ningún beneficio por mí participación, sin embargo, el contenido adaptado será utilizado en una intervención para disminuir el consumo de alcohol y la frecuencia del consumo episódico excesivo de alcohol.

Preguntas: en caso de que me llegue a surgir alguna pregunta, puedo comunicarme a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente participar en el grupo de discusión de esta investigación, tengo el conocimiento de que las sesiones serán audio grabadas y que la información será utilizada como parte de un estudio que se llevará a cabo posterior a mi participación se hace de su conocimiento que todo el contenido audio grabado será destruido una vez que el investigador haya extraído los datos. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando en participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee. (este se envió en formato virtual a traves de la plataforma MS Teams donde ellos pudieran indicar la autorización a traves de foto editable por esta misma plataforma).

Firma del Participante	Firma del Investigador
Firma del Testigo	Firma del Testigo

Apéndice F

Consentimiento informado del Profesor (grupo focal)

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web (fase de adaptación)"*

Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: estamos interesados en adaptar al contexto mexicano, específicamente en adolescentes del estado de Nuevo León una intervención dirigida a disminuir el consumo de alcohol, así como la frecuencia de consumo excesivo en lo adolescentes.

Propósito del estudio: realizar una adaptación cultural de una intervención para disminuir el consumo excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Descripción del estudio/procedimiento: si usted acepta a participar en la presente investigación, se le pedirá que realice lo siguiente:

- Conocer el contenido de la intervención Alerta Alcohol, se le hará entrega del contenido dos semanas antes de la realización del grupo de discusión
- Formar parte de un grupo de discusión en el que se compartirán ideas y experiencias con respecto a la temática del consumo de alcohol, teniendo en cuenta el contenido de la intervención Alerta Alcohol.
- Se realizar preguntas de por parte de un moderador en cual guiara los comentarios y aportes de los participantes para dar secuencia a la sesión
- Además del moderador, por parte del grupo de investigadores estarán entre dos y tres personas que apoyaran al moderador, tomaran notas y audio grabarán la sesión
- Los grupos de discusión tendrán una duración de 45 minutos y serán llevados a cabo en aulas de la institución educativa donde labora, con previa autorización de la directora del plantel y en algún horario en el que sus actividades académicas no sean interrumpidas.

Riesgos: el presente estudio no presenta ningún riesgo a su salud o integridad física, sin embargo, si se llegara a sentir indispuesto o no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que usted así lo decida.

Beneficios esperados: en el presente estudio no hay ningún beneficio personal por su participación, sin embargo, el contenido adaptado formará parte de la segunda parte del

estudio en la que será aplicada la intervención Alerta Alcohol en adolescentes, con la finalidad de disminuir el consumo de alcohol y la frecuencia del consumo excesivo de alcohol.

Confidencialidad y uso de la información para la investigación: la decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si decide participar los únicos que conocerán la información serán usted y los responsables del estudio. La información proporcionada formará parte de la intervención Alerta Alcohol que será aplicada en adolescentes de nivel preparatoria, se hace de su conocimiento que todo el contenido audio grabado será destruido una vez que el investigador haya extraído los datos.

Preguntas: si llega a tener alguna pregunta acerca de sus derechos como participante en este estudio, puede comunicarse a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente participar en el grupo de discusión de esta investigación, tengo el conocimiento de que las sesiones serán audio grabadas y que la información será utilizada como parte del estudio de investigación que se llevará a cabo posterior a mi participación. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando en participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee. (este se envió en formato virtual a traves de la plataforma MS Teams donde ellos pudieran indicar la autorización a traves de foto editable por esta misma plataforma)

_____	_____
Firma del Participante	Firma del Investigador
_____	_____
Firma del Testigo	Firma del Testigo

Apéndice G

Consentimiento informado del experto (fase de adaptación)

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web (fase de adaptación)"*

Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: estamos interesados en adaptar al contexto mexicano, específicamente en adolescentes del estado de Nuevo León una intervención dirigida a disminuir el consumo de alcohol, así como la frecuencia de consumo episódico excesivo en lo adolescentes.

Propósito del estudio: realizar una adaptación cultural de una intervención para disminuir el consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Descripción del estudio/procedimiento: si usted acepta a participar en la presente investigación, se le pedirá que realice lo siguiente:

- Conocer y evaluar el contenido de la intervención Alerta Alcohol, se le hará entrega del contenido dos semanas antes de la realización del grupo de discusión
- Evaluar la estructuración del contenido obtenido en los grupos focales de adolescentes, padres de familia y docentes por parte del autor principal y realizar recomendaciones de acuerdo con su criterio, conocimientos y experiencia en el campo de la prevención de las adicciones

Riesgos: el proceso en el que se verá involucrado no representa ningún riesgo a su salud o integridad física, sin embargo, si se llegara a sentir indispuesto o no desea seguir participando, podrá retirarse en el momento que usted así lo decida.

Beneficios esperados: en el presente estudio no hay ningún beneficio personal por la participación, sin embargo, el contenido adaptado será utilizado en la segunda parte del estudio, que será aplicado en adolescentes para disminuir el consumo de alcohol y la frecuencia del consumo episódico excesivo de alcohol.

Confidencialidad y uso de la información para la investigación: la decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si decide participar los únicos que conocerán la información serán usted y los responsables del estudio. La información

proporcionada formará parte de la intervención Alerta Alcohol que será aplicada en adolescentes de nivel preparatoria.

Preguntas: si llega a tener alguna pregunta acerca de su participación en este estudio, puede comunicarse a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente participar como parte del grupo de expertos que revisaran la información y realizaran sugerencias al investigador principal, toda la información resultante de este proceso será utilizada como parte del estudio de investigación que se llevará a cabo posterior a mi participación. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando en participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee. (este se envió en formato virtual a traves de la plataforma MS Teams donde ellos pudieran indicar la autorización a traves de foto editable por esta misma plataforma)

Firma del Participante	Firma del Investigador
Firma del Testigo	Firma del Testigo

Apéndice H

Cédula filtro

A continuación, se presentan una serie de preguntas cuyo objetivo es conocer información de los participantes, no existe preguntas correctas o incorrectas y toda la información que brindes será tratada de manera confidencial

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas según tu caso, procura NO dejar preguntas sin contestar.

1.- En el último año, ¿has consumido bebidas alcohólicas?

Si _____ NO _____

Consumo episódico excesivo de alcohol

El consumo episódico excesivo de alcohol (binge drinking) se presenta en las **mujeres** cuando consumen más de cuatro bebidas alcohólicas en un periodo menor a dos horas; en los **hombres,** se considera consumo excesivo cuando ingieren más de cinco bebidas alcohólicas en menos de dos horas.

2.- Si eres **mujer**, ¿has consumido alcohol de manera episódica excesiva alguna vez en la vida?

Si _____ No_____ ¿Has consumido alcohol de manera excesiva durante el último año? _____

3.- Si eres **hombre**, ¿has consumido alcohol de manera episódica excesiva durante el último año?

Si _____ No _____ ¿Cuántas veces durante el último año? _____

4.- ¿Tienes la intención o el deseo de disminuir tu consumo de alcohol (cantidad de bebidas consumidas en un día típico) Si _____ No

5.- ¿Tienes la intención o el deseo de disminuir la frecuencia tu consumo episódico excesivo de alcohol? Si_____ No_____

6.- ¿Actualmente se encuentra en algún programa o intervención para disminuir o detener su consumo de alcohol? Si _____ No _____

7.- ¿Tomas actualmente algún medicamento para dejar de consumir bebidas alcohólicas?

Si_____ No_____

8.- ¿Consume frecuentemente alguna de las siguientes sustancias?

Sustancia	SI	NO
Mariguana		
Cocaína		
Anfetaminas/tachas		
Éxtasis		
Inhalables (Resistol, pegamento, tiner, aguarras)		
Hongos alucinogenos (peyote)		
Medicamentos como sedantes (clonazepam, diazepam), e hipnóticos si prescripción médica		

Apéndice I

Cédula de Datos Personales y de Consumo de Alcohol (CDPYCA)

Las siguientes preguntas tienen como finalidad conocer las características de los participantes y las prevalencias de consumo de alcohol, así como episodios de consumo excesivo. No existen preguntas correctas o incorrectas, contesta las preguntas que apliquen según sea el caso. Se te recuerda que la información aquí obtenida será tratada de manera confidencial y anónima. Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, contestadas teniendo en cuenta tu consumo típico antes de las restricciones de movilidad por la pandemia Covid-19. Una vez terminado, da click en "finalizar"

Datos personales

1. ¿Cuántos años tienes? (años cumplidos) favor de anotar tu edad en la línea _____

2. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento? por favor anota en la línea el día, mes y año en que naciste _____

3. ¿Cuál es tu sexo? Femenino [ ] Masculino [ ]

4. Semestre que cursas actualmente: _____

5. ¿Cuántos años de estudio formales tienes (desde prescolar hasta ahora)? _____

6. ¿Cómo se compone tu familia? Marque las opciones que correspondan

☐ Padre

☐ Madre

☐ Hermano(s) que viven en casa

☐ Hermana(s) que viven en casa

☐ Hermano(s) que no vive(n) en casa

☐ Hermana(s) que no vive(n) en casa

☐ Otro

7. ¿tu padre trabaja? Si ☐ No ☐

8. ¿tu madre trabaja? Si ☐ No ☐

9. ¿tienes en estos momentos una relación (sentimental, pareja, novio(a))?

Si. ☐ No ☐

Consumo de alcohol

Periodo de tiempo	Si	No
10. ¿Has consumido alcohol (Cerveza, Whiskey, bebidas preparadas, vodka, vinos y tequilas) alguna vez en tu vida?		
11. ¿Has consumido alcohol(Cerveza, Whiskey, bebidas preparadas, vodka, vinos y tequilas en el último año (12 meses)?		
12. ¿Has consumido alcohol(Cerveza, Whiskey, bebidas preparadas, vodka, vinos y tequilas en el último mes (30 días)?		
13. ¿Has consumido alcohol(Cerveza, Whiskey, bebidas preparadas, vodka, vinos y tequilas en la última semana (7 días)?		

14. Cantidad (numero) de bebidas alcohólicas que consumes en un día típico _____

Consumo episódico excesivo de alcohol (Binge drinking)

15. Si eres **mujer**, ¿Has consumido más de cuatro bebidas alcohólicas en un periodo de tiempo menor a dos horas alguna ocasión durante el último mes?

Sí [ ] No [ ]

16. Si eres **hombre**, ¿Has consumido más de cinco bebidas alcohólicas en un periodo de tiempo menor a dos horas alguna ocasión durante el último mes?

Sí [ ] No [ ]

17. Si has tenido consumo excesivo de alcohol, ¿Cuántas veces lo has hecho durante el último mes? _____

18 Cuando consumes alcohol de manera episódica y excesiva, ¿Cuántos vasos consumes aproximadamente? _____

19. ¿en qué lugares sueles consumir alcohol de manera episódica excesiva?

- Espacio público (calle, parques, plaza, etc.): _____
- Fiestas o celebraciones (bodas, quinceañeras, etc): _____
- En tu casa o casa de otros (amigos, primos, etc): _____

20. ¿Te has propuesto o tienes pensado disminuir el consumo en las siguientes ocasiones (en un tu casa o de alguien más, una fiesta o con amigos) selecciona la opción que desees

	Absolutamente no	No es probable	Quizás	Probablemente si	Absolutamente si
Beber menos?					
Beber menos de 4/5 vasos de alcohol en una ocasión?					

21. En los últimos 6 meses, ¿has tenido que acudir a un hospital después de haber bebido 4 vasos o mas (si eres mujer) o 5 vasos o mas (si eres hombre) de alcohol alguna vez en la vida? No ☐ Si ☐ si tu respuesta es "si", ¿Cuántas veces? _____

22. En los últimos 6 meses, ¿has tenido que acudir a un centro sanitario debido a un coma etílico? **Síntomas del coma etílico: pérdida de consciencia, incapacidad para moverse, pérdida de fuerza**

No ☐ Si ☐ si tu respuesta es si, ¿Cuántas veces? _____

23. En los últimos 6 meses, ¿Has tenido que faltar a clase por el malestar causado tras beber 4 vasos o más (si eres mujer) o 5 vasos o más (si eres hombre) de alcohol en una sola ocasión (por ejemplo en una fiesta o en una noche)?

No ☐ Si ☐ si tu respuesta es sí, ¿Cuántas veces? _____

Pandemia Covid-19

Las preguntas realizadas anteriormente son respecto a tu consumo tipíco de alcohol, no obstante, dadas las restricciones para las reuniones de personas, puede que tus patrones de consumo hayan cambiado, en base a esto, se te pide contestar las siguientes preguntas.

Mujer, durante la pandemia, ¿has consumido 4 o mas vasos de alcohol en una solo ocasión? Si ☐ No ☐

Hombre, durante la pandemia, ¿has consumido 5 o mas vasos de alcohol en una sola ocasión? Si ☐ No ☐

Apéndice J

Percepción del riesgo al consumo episódico excesivo de alcohol

Contesta lo siguiente en base a lo que consideras que puede causar el consumo de alcohol y el consumo excesivo en las personas en cuanto al peligro, gravedad y riesgo. Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, una vez terminado, da click en "finalizar"

En cuanto al peligro…					
	Totalmente en desacuerdo	**Bastante en desacuerdo**	**Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**Bastante de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**
¿Crees que beber alcohol es peligroso para la salud?					
¿Crees que beber de 4 a 5 o más bebidas o vasos de alcohol es peligroso para la salud?					
¿Qué gravedad crees que tiene los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?					
	Ninguna	**Poca**	**Algo**	**Bastante**	**Mucha**
Problemas en el hígado					
Alcoholismo					
Accidentes de tráfico					
Si se consume alcohol de forma excesiva, ¿con qué probabilidad consideras que podrías adquirir los siguientes problemas relacionados con el consumo de alcohol?					
	Ninguna	**Poca**	**Algo**	**Bastante**	**Mucha**
Problemas en el hígado					
Alcoholismo					
Accidentes de tráfico					

Apéndice K

Escala de actitud frente al consumo episódico excesivo de alcohol

A continuación, te hacemos algunas preguntas que nos ayudaran a conocer tu opinión sobre el consumo de alcohol, no existen respuestas buenas o malas, solo selecciona la que más se acerque a tu realidad. Tus respuestas son anónimas y confidenciales

Por favor, selecciona la opción que consideres más cercana a tu realidad para cada afirmación. Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, una vez terminado, da click en "finalizar"

Pros	1	2	3	4	5
1. beber 4-5 vasos o más de alcohol me ayuda a pasarla bien con mis amigos					
2. beber 4-5 vasos o más de alcohol me da más energía y me ayuda a seguir					
3. beber 4-5 vasos o más de alcohol me ayuda a relacionarme más fácilmente con otras personas					
4. sí bebo 4-5 vasos o más de alcohol, ligo más fácilmente					

1 totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 ni acuerdo ni desacuerdo, 4 en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo

Contras	1	2	3	4	5
5. no me gusta como soy cuando bebo 4-5 vasos o más de alcohol					
6. beber 4-5 vasos o más de alcohol me provoca conflictos con otras personas					
7. sí bebo 4-5 vasos o más de alcohol, tengo la sensación de perder el control					
8. después de beber 4-5 vasos o más de alcohol, a menudo me siento mal al despertar					

1 totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 ni acuerdo ni desacuerdo, 4 en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo

Apéndice L

Escala norma social consumo episódico excesivo de alcohol

El presente cuestionario nos permite conocer tu opinión acerca de cómo perciben tus padres y/o tutores, así como tus iguales (hermanos/as, amigos/as y novio[a]) tu consumo de alcohol, así como la forma en la que ellos consumen no existen respuestas buenas o malas, solo selecciona la que más se acerque a tu realidad. Tus respuestas son anónimas y confidenciales. Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, una vez terminado, da click en "finalizar"

¿Qué opinarían otras personas sobre lo que puedes hacer?	1	2	3	4	5	6
Padres						
1. mi madre (o tutora legal) opina…						
2. mi padre (o tutor legal) opina…						
Iguales						
3. mi(s) hermano(s)/hermana(s) opina(n)…						
4. mis amigos/amigas opinan…						
5. mi mejor amigo/mejor amiga opina…						
6. mi novio/novia opina…						

1 que definitivamente no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 2 que no debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 3 que tal vez no debería o tal vez debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 4 que debería beber 4/5 vasos o más de alcohol, 5 que definitivamente debería consumir 4/5 vasos o más de alcohol, 6 no tengo

Por favor, selecciona la opción que consideres más cercana a tu realidad para cada afirmación

¿Con que frecuencia…	1	2	3	4	5
7. bebe tu madre (o tutora legal) alcohol?					
8. bebe tu madre (o tutora legal) 4 vasos o más de alcohol en una sola ocasión?					
9. bebe tu padre (o tutor legal) alcohol?					
10. bebe tu padre (o tutor legal) 5 vasos o más de alcohol en una sola ocasión?					

1 no tengo, 2 nunca, 3 casi nunca, 4 a veces, 5 a menudo

11. ¿Cuántos de tus hermanos/as beben alcohol? Indica un número: ____

12. ¿Cuántos de tus hermanos/as beben 4 vasos o más de alcohol en una sola ocasión? Indica un número: ____

Por favor, selecciona la opción que consideres más cercana a tu realidad para cada afirmación

¿Con que frecuencia…	1	2	3	4	5
13. beben uno o más de tus hermanos/as alcohol?					
14. beben uno o más de tus hermanos/as 4-5 vasos o más de alcohol en una sola ocasión?					
15. bebe tu mejor amigo/a alcohol?					
16. bebe tu mejor amigo/a 4-5 vasos o más de alcohol en una sola ocasión?					
17. beben tus amigos/as alcohol?					
18. beben tus amigos/as 4-5 vasos o más de alcohol en una sola ocasión?					
19. bebe tu novio/a alcohol?					
20. bebe tu novio/a 4-5 vasos o más de alcohol en una sola ocasión?					

1 no tengo, 2 nunca, 3 casi nunca, 4 a veces, 5 a menudo

Apéndice M

Escala presión social consumo episódico excesivo de alcohol

Este cuestionario está diseñado para conocer tus experiencias con respecto a la presión que has sentido por parte de tus padres y/o tutor, así como de tus iguales (hermanos/as, amigos/as y novio[a]) para consumir alcohol, no existen respuestas buenas o malas, solo selecciona la que más se acerque a tu realidad. Tus respuestas son anónimas y confidenciales

Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, da click en "finalizar"

¿Te has sentido alguna vez presionado por…	1	2	3	4	5	6
Padres						
1. de tu madre (o tutora legal) para beber 4-5 vasos o más de alcohol?						
2. tu padre (o tutor legal) para beber 4-5 vasos o más de alcohol?						
Iguales						
3. tu(s) hermano(s)/hermana(s) para beber 4-5 vasos o más de alcohol?						
4. tus amigos/amigas para beber 4-5 vasos o más de alcohol?						
5. tu mejor amigo/amiga para beber 4-5 vasos o más de alcohol?						
6. tu novio/novia para beber 4-5 vasos o más de alcohol?						

1 no tengo, 2 nunca, 3 casi nunca, 4 a veces, 5 a menudo, 6 siempre.

Apéndice N

Escala autoeficacia

El siguiente cuestionario pretende medir que tanta autoeficacia tienes para resistir al consumo en base a las siguientes preguntas: ¿Crees que eres capaz de no beber 4-5 vasos o más de alcohol?

Puedes consumir alcohol en diferentes situaciones. ¿cómo de fácil o difícil es para ti NO beber más de 4 (si eres mujer) o 5 (si eres hombre) vasos de alcohol en las siguientes situaciones?

Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, una vez terminado, da click en "finalizar"

	1	2	3	4	5
Factores internos/introversión					
1. si te sientes emocionalmente mal					
2. cuando estas en un bar					
3 si estas trastornado/a o alterado/a					
4. si estas en casa (la tuya o de otros) y los padres también están					
5. si estas en casa (la tuya o la de otro) y los padres no están en casa					
Factores externos/extroversión					
6. Si otras personas de tu entorno te ofrecen alcohol					
7. Si te sientes genial/de maravilla					
8. Si estas de un humor excelente					
9. cuando estas en una fiesta					
10. si las personas a tu alrededor beben 4-5 vasos o más de alcohol					

1 es muy fácil, 2 es bastante fácil, 3 no es fácil o es difícil, 4 es bastante difícil 5 es muy difícil

Apéndice O

Escala de factibilidad y aceptabilidad de la intervención

A continuación, te pedimos que califiques la intervención de acuerdo con tu experiencia con estas preguntas, Llena el formulario tratando de contestar la mayoria, ya que las preguntas no son obligatorias para avanzar, una vez terminado, da click en “finalizar”

Aceptabilidad

Pregunta	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)
1. Me gusta el programa					
2. Encuentro útil el programa					
3. Estoy satisfecho con el programa					
4. El programa respondió a mis expectativas					
5. Recomendaría este programa a mis amigos					

Factibilidad

Considero que…	Insuficiente	Medianamente suficiente	Suficiente
6. el número de sesiones fue…			
7. la frecuencia de las sesiones fue…			
8. la duración de las sesiones fue…			
9. la duración de la intervención (todas las sesiones) fue…			
10.- la capacidad de la intervención para resolver mi situación de consumo fue…			
11.- Los procedimientos			

utilizados en la intervención fueron…			
12.- la utilización de la computadora para completar las actividades fue…			
13.- El contenido de las sesiones fue…			
14.- De manera general, el beneficio de la intervención sobre el consumo de alcohol es…			

15. en una escala del 0 al 10 donde cero es “nada satisfecho” y diez es “muy satisfecho”

¿Cuál sería tu nivel de satisfacción? _____

16. Por último, ¿recomendarías la intervención a otros adolescentes?

Apéndice P

Guía de observación de aplicadores de la intervención

La siguiente guía será utilizada por el autor del estudio para evaluar el desempeño de los aplicadores al realizar la intervención durante dos sesiones de prueba. Con esta se busca evaluar el desempeño de manera general y reforzar los aspectos que se perciban más susceptibles a errores, la evaluación carece de carácter sumativo y es solo para mejorar la labor de los aplicadores.

Los aplicadores…

¿Abordan a los adolescentes de manera correcta? Si ___ No____

¿Son empáticos con los participantes? Si ___ No____

¿Manejan correctamente la plataforma de la página web de la intervención? Si ___ No____

¿Despejan dudas y apoyan a los adolescentes con las actividades de la intervención? Si ___ No____

¿Presentan dificultades para manejar las inquietudes de los adolescentes? Si ___ No____

¿Se apoyan entre sí para facilitar el desarrollo de las sesiones? Si ___ No____

¿Conocen el contenido de la intervención lo suficiente como para despejar las dudas que puedan surgir en los adolescentes? Si ___ No____

¿Controlan de manera correcta las eventualidades que se presentan con los adolescentes?

Si ___ No____

¿Generan un ambiente de confianza con los adolescentes? Si ___ No____

¿Se ajustan al tiempo establecido para el desarrollo de las sesiones? Si ___ No____

En caso de que las sesiones se extiendan más de lo habitual, ¿cómo lo solucionan en la próxima sesión? Si ___ No____

Apéndice Q

Autorización de escuela para estudió de intervención

Apéndice R

Consentimiento informado intervención para padres o tutores

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web"*

Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: estamos interesados en realizar una intervención dirigida a disminuir el consumo de alcohol, así como la frecuencia de consumo excesivo en los adolescentes.

Propósito del estudio: evaluar la efectividad de una intervención para disminuir el consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Descripción del estudio/procedimiento: se está invitando a su hijo a formar parte de una intervención dirigida a adolescentes como el, si usted acepta a que su hijo participe en la presente investigación, realizara lo siguiente:

- Su hijo puede ser elegido para formar parte de la intervención Alerta Alcohol que consta de cuatro sesiones utilizando para realizar las actividades, ó, tener dos sesiones informativas acerca del consumo de alcohol
- En ambos casos se le aplicaran a su hijo cuestionarios en dos ocasiones, la primera medición será antes de las cuatro sesiones de la intervención o de las dos sesiones informativas y la segunda medición y aplicación de los cuestionarios será al finalizar las cuatro sesiones de la intervención, o las dos sesiones informativas
- Los datos recabados en cada uno de los cuestionarios serán completamente anónimos y confidenciales, estos serán almacenados por el autor principal durante un año, pasado ese tiempo serán destruidos.

Riesgos: en cualquiera de las dos situaciones en las que pueda participar su hijo (intervención o sesiones informativas) no existe riesgo a su salud o integridad física de su hijo, sin embargo, si usted llegara a decidir interrumpir la participación de su hijo, podrá retirarlo en el momento que usted así lo decida sin ninguna repercusión académica o administrativa.

Beneficios esperados: en el presente estudio no hay ningún beneficio personal para su hijo por participar, sin embargo, los datos obtenidos de la intervención y de las sesiones

informativas serán de ayuda para mejorar este y contribuir al desarrollo de otros programas preventivos sobre el consumo de alcohol en adolescentes.

Confidencialidad y uso de la información para la investigación: la decisión de que su hijo participe en este estudio es totalmente voluntaria, si accede a que participe, los únicos que conocerán la información serán su hijo y los responsables del estudio. La información obtenida no será presentada de manera individual sino grupal y puede formar parte de artículos de investigación que surjan de este estudio, así como congresos y foros de difusión de investigaciones científicas.

Preguntas: si llega a tener alguna pregunta acerca del estudio, así como de los derechos de la participación de su hijo en este estudio, puede comunicarse a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500 Norte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente a que mi hijo participe en la intervención o en las sesiones informativas, así como la divulgación de los hallazgos de la investigación siempre y cuando sean difundidas de forma grupal. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando a que mi hijo participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar su participación cuando así lo desee. (este se envió en formato virtual a traves de la plataforma MS Teams donde ellos pudieran indicar la autorización a traves de foto editable por esta misma plataforma)

_____

Nombre de mi hijo (a):

_____ _____

Nombre y Firma del testigo 1: _____ Nombre y Firma del testigo 2:

Fecha

_____

Nombre y Firma del padre o tutor legal

Apéndice S

Asentimiento informado intervención

Título del proyecto: *"Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria utilizando tecnología web"*

Autores del estudio: MCE. Benito Israel Jiménez Padilla, Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Introducción: estamos interesados en realizar una intervención dirigida a disminuir el consumo de alcohol, así como la frecuencia de consumo excesivo en lo adolescentes.

Propósito del estudio: evaluar la efectividad de una intervención para disminuir el consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes de preparatoria.

Descripción del estudio/procedimiento: me están invitando a formar parte de un estudio de investigación con adolescentes como yo, compañeros de mi escuela preparatoria, si accedo a participar

- Tendré la posibilidad de formar parte de una intervención que consta de cuatro sesiones o formar parte de un grupo al que se le brindaran dos sesiones con información acerca del consumo de alcohol en los adolescentes
- En ambos casos se me aplicaran cuestionarios y mediciones en dos ocasiones, la primera será antes de la aplicación de las sesiones (intervención o informativas) y la segunda será posterior al terminar las sesiones.
- Los datos que brinde serán tratados de forma anónima y confidencial y los cuestionarios que responda será almacenados por el investigador durante un año, pasado ese tiempo, serán destruidos.

Riesgos: el proceso en el que me veré involucrado no representa ningún riesgo a mi salud, sin embargo, si me llegase a sentir indispuesto o no deseo seguir participando, podre retirarme en el momento que yo así lo decida si tener ninguna repercusión académica.

Beneficios esperados: no obtendré ningún beneficio por mí participación, sin embargo, los resultados obtenidos serán de ayuda para el desarrollo futuro de esta y otras intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en los adolescentes.

Preguntas: en caso de que me llegue a surgir alguna pregunta, puedo comunicarme a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9:00 a 14:00 horas.

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente participar en el grupo de la intervención o de las sesiones informativas, reconozco que la información será utilizada como parte de artículos de investigación o divulgada en congresos de difusión científica de manera grupal y no individual. He leído la información descrita anteriormente en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando en participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando así lo desee. (este se envió en formato virtual a traves de la plataforma MS Teams donde ellos pudieran indicar la autorización a traves de foto editable por esta misma plataforma)

_____	_____
Firma del Participante	Firma del Investigador
_____	_____
Firma del Testigo	Firma del Testigo

Apéndice T

Curriculum de la intervención alerta alcohol

Contenido temático	Objetivo	Actividades	Recursos (Humanos, materiales, tecnológicos)	Tiempo
Sesión inicial	Evaluar inicialmente las variables sujetas a modificación por medio de la intervención y crear los registros de los adolescentes en el programa de la intervención.	Participantes: • Registro de los usuarios en página web • Llenado de los instrumentos (pretest)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	Una hora, quince minutos
Sesión No. 1 -Primer escenario (en casa)	Que el adolescente conozca las consecuencias y riesgos del consumo de alcohol en adolescentes para ser aplicado en un escenario simulado.	Participantes: • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión (escenario uno, el consumo de alcohol y consumo en casa)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	45 minutos
Sesión No. 2 -Escenario dos y tres (celebraciones o fiestas y lugares públicos)	Que el adolescente conozca el papel de la autoeficacia, de la influencia social en el consumo de alcohol para hacer	Participantes: • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de	45 minutos

	un plan de acción.	(escenario dos y tres, consumo en fiestas y ligares públicos) •	cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	
Sesión No. 3 -Desafío y plan de acción	Que el adolescente diseñe su plan de acción para disminuir el consumo de alcohol con base en posibles desafíos que puedan ocurrir.	<u>Participantes:</u> • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión (planteamiento de metas y plan de acción)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	45 minutos
Sesión No. 4 -Evaluación del desafío	Que el adolescente evalúe el resultado de su plan de acción para disminuir el consumo de alcohol y proponga modificaciones	<u>Participantes:</u> • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	45 minutos
Sesión final -Evaluación post -test	Evaluar posterior a la intervención las variables sujetas a modificación para observar cambios	<u>Participantes:</u> • Inicio de sesión en la página de la intervención • Llenado de los instrumentos (postest)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (1 por	Una hora, quince minutos

			alumno) • Página web de la intervención (software)	

Apéndice U

Mapeo de la intervención

1. Especificar el problema a resolver (total, parcialmente) con la intervención.

La conducta de consumo de alcohol de los adolescentes (número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico) y frecuencia de consumo episódico excesivo y la prevalencia actual e instantánea.

2. Definir-caracterizar la población blanco.

Adolescentes (hombres y mujeres) que estudian preparatoria y que tengan la intención de cambiar su conducta con respecto al consumo de alcohol

3. Especificar la teoría o teorías en que fundamenta la intervención.

Modelo de intención de cambio (I-Change Model)

4. Especificar la(s) meta general(es) del tratamiento implicado en la intervención.

Disminuir el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico

Disminuir la frecuencia al mes del consumo excesivo explosivo

Lograr un cambio en los puntajes de las variables modificables por la intervención (percepción del riesgo, actitud, pros y contras, normas sociales, presión social, autoeficacia e intención)

5. CARTA DESCRIPTIVA

Contenido temático	**Objetivo**	**Actividades**	**Recursos (Humanos, materiales, tecnológicos)**	**Tiempo**
Sesión inicial	Evaluar inicialmente las variables sujetas a modificación por medio de la intervención y crear los registros de los adolescentes en el programa de la intervención.	Participantes: • Registro de los usuarios en página web • Llenado de los instrumentos (pretest)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	Una hora, quince minutos
Sesión No. 1 -Primer escenario (en casa)	Que el adolescente conozca las consecuencias y riesgos del consumo de alcohol en adolescentes para ser aplicado en un escenario simulado.	Participantes: • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión (escenario uno, el consumo de alcohol y consumo en casa) •	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	45 minutos
Sesión No. 2 -Escenario dos y tres (celebraciones	Que el adolescente conozca el papel de la autoeficacia, de	Participantes: • Inicio de sesión en la página de la intervención	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora	45 minutos

o fiestas y lugares públicos)	la influencia social en el consumo de alcohol para hacer un plan de acción.	• Realizar las actividades de la sesión (escenario dos y tres, consumo en fiestas y ligares públicos)	Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	
Sesión No. 3 -Desafío y plan de acción	Que el adolescente diseñe su plan de acción para disminuir el consumo de alcohol con base en posibles desafíos que puedan ocurrir.	<u>Participantes:</u> • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión (planteamiento de metas y plan de acción)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Instalaciones del laboratorio de computo de la intervención (40 computadoras) Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención (software)	45 minutos
Sesión No. 4 -Evaluación del desafío	Que el adolescente evalúe el resultado de su plan de acción para disminuir el consumo de alcohol y proponga modificaciones	<u>Participantes:</u> • Inicio de sesión en la página de la intervención • Realizar las actividades de la sesión	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (un equipo por alumno) • Página web de la intervención	45 minutos

			(software)	
Sesión final -Evaluación post -test	Evaluar posterior a la intervención las variables sujetas a modificación para observar cambios	<u>Participantes:</u> • Inicio de sesión en la página de la intervención • Llenado de los instrumentos (postest)	Humanos: • Aplicadores Materiales: • Computadora Tecnológicos: • Equipo de cómputo (1 por alumno) • Página web de la intervención (software)	Una hora, quince minutos

6. Resultados del tratamiento:

Con la aplicación de la intervención alerta alcohol se espera que el adolescente modifique su conducta de consumo de alcohol, expresada por disminución del número de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión, así como la frecuencia del consumo episódico excesivo de alcohol.

6.1 Primarios:

Disminución del consumo de alcohol (cantidad y frecuencia de consumo episódico excesivo, así como la prevalencia actual e instantánea)

6.2 Secundarios:

Modificación de la percepción de riesgo, actitud, pros y contras, normas sociales, presión social y autoeficacia, referentes al consumo de alcohol.

Resumen Autobiográfico

MCE. Benito Israel Jiménez Padilla

Candidato para obtener el Grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería

Tesis**:** INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES UTILIZANDO TECNOLOGIA WEB

LGCA: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacido en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas el 03 de Agosto de 1992, hijo del Sr. Benito Jiménez Lara y de la Sra. Ana Padilla Castillo.

Educación: Egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Campus Nuevo Laredo como Licenciado en Enfermería en el año 2014.

Egresado de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con Beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) en el 2018.

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) del 2018 al 2021 para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia Laboral: Asesor de Enseñanza en la Coordinación de Inglés en Educación Básica (CIEB) de la Secretaría de Educación de Tamaulipas (SET) del 2012 al 2016.

Miembro de la Sociedad de Honor en Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde 2017.

Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua en la Licenciatura en Enfermería de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua desde el 2021

E-mail: beno_gamble@hotmail.com