



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS “Raúl Dorticós Torrado”

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

Título: “Programa de intervención psicoeducativa sobre percepción de riesgo ante consumo de alcohol en adolescentes. Consultorio 19”

Autora: Dra. Maité Armas Solis*

Tutor: MsC. María del Carmen Corugedo Rodríguez**

*Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina General Integral

**Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesor asistente. Investigador agregado.

Resumen

Fundamentación: El consumo de alcohol es un problema de salud pública a nivel mundial, es un factor de riesgo para trastornos mentales y de la conducta, para hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cirrosis hepática y cáncer, entre otras enfermedades. **Objetivo:** Implementar un programa de intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del consultorio 19 del municipio Cruces. **Material y Métodos:** Se realizó una intervención psicoeducativa en adolescentes que pertenecen a este consultorio. La investigación se desarrolló en dos etapas, una para caracterizar a los adolescentes según las variables sociodemográficas, el consumo de alcohol, la percepción de riesgo y las variables que expresan la relación de los adolescentes con el consumo de alcohol. Durante la segunda etapa se aplicó un programa de intervención psicoeducativa a los adolescentes. **Universo:** Corresponde al total de adolescentes entre 12 y 15 años que pertenecen al consultorio. Se aplicaron cuestionarios para recoger datos. La información se procesó con ayuda del SPSS versión 22.0. Los resultados se mostraron en tablas. **Conclusiones:** El programa de intervención psicoeducativo diseñado demostró ser eficaz, en tanto favoreció en los participantes una valoración acertada de los riesgos que implica el consumo de alcohol para los diferentes ámbitos de la vida. Se logró un rol activo en el reconocimiento del nivel de vulnerabilidad asociado a su comportamiento de consumo.

Palabrasclave: Alcoholismo, percepción de riesgo, adolescencia.

ÍNDICE

Introducción:	¡Error! Marcador no definido.
Justificación de la investigación	3
Problema Científico:	4
Marco Teórico:	5
Alcoholismo	5
El alcoholismo en la historia	5
El alcoholismo como enfermedad.....	5
El alcoholismo en la adolescencia	7
Anticonceptivos Inyectables	8
Riesgos del alcoholismo	8
Percepción de Riesgo.....	11
Objetivos	15
Diseño Metodológico:	16
Enfoque de la investigación.	16
Tipo de estudio.	16
Técnicas para el procesamiento de la información.	17
Etapas de la Investigación.....	17
Operacionalización de variables.	21
Análisis de los Resultados.	25
Discusión de los Resultados	33
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias Bibliográficas	45
Anexos	

Introducción

El alcoholismo es una enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito. (1)

Una de las definiciones más aceptadas internacionalmente es la de "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" término propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976. El consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad causa 2.5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor adulto. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros, familiares, amigos e incluso extraños. (2-3).

La Organización Mundial de la Salud estima que 3.3 millones de personas mueren cada año a causa de su uso, esto representa el 5.9% de las defunciones de forma global, a lo cual se le añade que es causante de múltiples enfermedades y trastornos mentales, origina discapacidad, pérdidas sociales y económicas, que se presentan cada vez a edades más tempranas. (4)

El consumo de alcohol es un problema de salud pública a nivel mundial, es un factor de riesgo para trastornos mentales y de la conducta, para hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cirrosis hepática y cáncer, entre otras enfermedades que este puede causar. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en su informe del 2014 que el consumo de alcohol causa más de tres millones de muertes al año, representa el 5.9% de todas las defunciones y el sexo masculino es el más afectado. (6)

En América Latina se estima que cada año, el consumo frecuente de más de cinco copas de alcohol por ocasión, causa la muerte de una persona cada dos minutos. Éste consumo es 50% mayor que el promedio mundial. En México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile el consumo excesivo episódico es elevado. (7-8)

El alcoholismo se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países como en España, en donde ocupa el tercer lugar. En los Estados Unidos ocupa el primer lugar de los fallecidos entre los 15 y 45 años de edad. (9)

La edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor determinan los distintos grados de riesgo. También entran en juego el grado de exposición a las bebidas alcohólicas, las circunstancias y el contexto en que se produce la ingestión. Así, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad; en el Pacífico Occidental y las Américas ocupa el primer lugar, y en Europa, el segundo. Además, unos 320 000 jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad mueren de causas relacionadas con el alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad en este grupo. (10-11)

La adolescencia es la etapa de la vida de paso de la infancia a la edad adulta del ser humano y constituye un período transicional. Dicha etapa es un período idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, especialmente en el uso de sustancias adictivas que posteriormente pueden permanecer en la adultez, si no son bien manejadas, y llegan a afectar la salud del individuo y la sociedad. (12)

En la adolescencia uno de los comportamientos de riesgos a la salud más preocupantes es el consumo de drogas, y específicamente el consumo de alcohol. (13) El consumo de sustancias en la etapa adolescente tiene considerables implicaciones y genera una gran preocupación en la sociedad, por lo que es considerado un problema de salud pública. (14)

El consumo de alcohol en los adolescentes se corresponde con algunas situaciones como: problemas de identidad, baja autoestima, tendencia al aislamiento y a la depresión, impulsividad, conductas rebeldes, conflictos en el rol sexual y otros problemas de salud mental. (15)

El inicio del consumo de bebidas alcohólicas se produce en edades cada vez más tempranas, así como existe una tendencia a la ingesta de grandes dosis de esta en un corto periodo de tiempo. (16)

En Cuba diversas investigaciones han evidenciado la magnitud del problema y se ha reportado que el inicio del consumo de etanol se produce en las etapas de la adolescencia temprana. (17)

El consumo de alcohol y el alcoholismo en la provincia de Cienfuegos, constituye un problema de salud, a nivel individual, familiar y comunitario. Es importante considerar que las estadísticas relativas a esta adicción se dificultan por no ser evaluada con similares criterios en todas las instituciones de la Atención Primaria de Salud por la inestabilidad existente en los diferentes equipos básicos de trabajo de los Consultorios Médicos de la Familia. Las mediciones realizadas en el Proyecto CARMEN 2 presentaron cifras de aproximadamente 2 % para el alcoholismo como factor de riesgo. (18)

En la provincia de Cienfuegos al cierre del 2011 la prevalencia de alcoholismo, considerando el abuso y dependencia, rondó el 5% en la población mayor de 15 años. El grupo etéreo más afectado es el de 30 a 35 años, lo cual se corresponde con los datos reportados por el país, de igual forma se observa una supremacía del sexo masculino. El alcohol estuvo involucrado de alguna forma en más del 70% de los accidentes del tránsito y fue responsable de aproximadamente la tercera parte de las muertes violentas. (19)

Justificación de la investigación:

En el municipio de Cruces se destaca un gran número de personas con riesgo por consumo de alcohol dentro de los cuales existe un número notable de adolescentes y adultos jóvenes y otro gran número de personas alcohólicas. (20)

El área del asentamiento Marta Abreu resulta un territorio idóneo para la proliferación de nuevos casos de esta adicción si tenemos en cuenta el deterioro social que se ha sufrido en esta zona del país a partir del período especial, la presencia de un gran número de adolescentes jóvenes en edad escolar, que abandonan los estudios y no presentan un trabajo estable y que se dedican a la ingestión de bebidas alcohólicas como diversión sin pensar en las consecuencias a corto y largo plazo acompañado además del hábito de fumar. Esto se ha convertido en un verdadero problema de salud para este lugar y con tendencia al aumento; teniendo en cuenta que el único centro

recreativo que existe en este lugar es un VIATEN que ofrece bebidas alcohólicas (ron y cerveza en ocasiones). Además, muchos de estos adolescentes emigran hacia otros lugares donde existen otros centros recreativos donde ingieren bebidas alcohólicas, muchos de ellos a espaldas de sus padres y otros tal vez para imitarlos ya que muchos adultos beben en sus casas por las tardes de manera habitual luego del trabajo y este es el ejemplo que estos adolescentes tienen en su gran mayoría lo que constituye un riesgo para este grupo vulnerable.

Tomando en consideración lo anterior el presente trabajo plantea la siguiente **pregunta problema:**

¿Cómo desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol mediante la aplicación de un programa de intervención psicoeducativa en los adolescentes del consultorio 19 de la comunidad Marta Abreus en el municipio Cruces?

Aporte práctico:

Desde el punto de vista práctico aportará una intervención psicoeducativa para la percepción de riesgo de adolescentes ante el consumo de alcohol, y así prevenir y promover el desarrollo de conductas saludables en relación al alcohol desde esta etapa temprana de la vida.

Novedad científica:

Por primera vez en el municipio de Cruces se implementará un programa de intervención psicoeducativa sobre percepción de riesgo de adolescentes ante el consumo de alcohol, sirviendo como referencia además para el desarrollo de otras investigaciones.

Marco Teórico

El alcoholismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al alcoholismo como el término de síndrome de dependencia alcohólica que corresponde a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. (21)

El alcoholismo se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica, que incluye además por una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas. (22)

El Alcoholismo en la historia

La historia de las bebidas alcohólicas va ligada a la propia historia del ser humano. El consumo de alcohol ha formado parte de nuestra cultura y sociedad durante siglos. Probablemente ningún comportamiento humano ha ocasionado tantas controversias, mitos, prejuicios, malentendidos e incomprensiones como el consumo de alcohol. (23)

Algunos historiadores no dudan en señalar que la producción de bebidas como el vino pudo ser un factor clave que llevase a la humanidad a la vida sedentaria. Los primeros seres humanos eran nómadas, y para que cultivos como la viña produjesen vino se requería permanecer sobre el terreno varios años. (23)

El alcoholismo como enfermedad

De acuerdo con la magnitud del alcoholismo la (OMS) Organización Mundial de la Salud la considera como una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol. Es producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. (23)

Las manifestaciones farmacológicas de la adicción al alcohol son: la dependencia y la tolerancia:

Dependencia: puede ser entendida como una percepción subjetiva de la necesidad de consumir la droga. El consumo del alcohol que empezó como algo social y esporádico, pasa a ser un eje de la vida del sujeto. El impulso a consumir puede ser más o menos intenso dependiendo de la situación en la que se encuentre el individuo.

Tolerancia: Se refiere al “proceso de “neuroadaptación” o adaptación neuronal tras la administración crónica de una droga. Los efectos reforzadores o de recompensa producidos por el alcohol al principio de su administración se van y buscan la gratificación inmediata que esta les da a través de la repetición continua. (24)

En Cuba se utilizan los criterios expuestos por González, a los cuales se adscribe el autor. Éstos se refieren al consumo social, consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia alcohólica: *Consumo social:* es cuando la persona bebe sin violar las normas sociales de cantidad y frecuencia. *Consumo de riesgo:* es cuando la cantidad y frecuencia de la ingestión superan la norma establecida por la sociedad, aumentando el riesgo de daños futuros para la salud si el hábito de consumo persiste. Según González, también se llama consumo de riesgo al estado de embriaguez ligera que aparece más de una vez al mes. *Consumo perjudicial:* independientemente de la cantidad consumida de alcohol, la persona va a presentar problemas físicos, psicológicos o sociales como consecuencia del consumo. (25)

Características de un alcohólico:

Para nuestro tema a tratar, tomaremos algunas de estas características de una persona alcohólica:

- Inmadurez e inaccesibilidad y dependencia emocional, y necesidad de llamar la atención.
- Incapacidad para amar, para dar y recibir. Sin embargo, puede hablar muy bien del amor, como sucede en el caso de poetas, escritores y compositores alcohólicos.

- Problemas sexuales tales como homosexualidad latente, promiscuidad o inseguridad sexual.
- Soledad existencial. Se siente solo, escéptico, diferente, ajeno a todo. Compensa esta situación rodeándose de personas que estén a su lado y lo admiren, con frecuencia de menor edad o de una condición social inferior, entre las que el alcohólico se destaca.
- Impulsividad. Actúa por impulsos cortos. No es constante, no persevera casi en nada. En compensación, puede ser compulsivamente disciplinado en una o dos disciplinas. - Vive en un mundo de fantasía, sueña con frecuencia, lo que lo lleva a mentir.
- El alcohólico tiene un miedo vago a todo y a nada: una angustia existencial. Como consecuencia y compensación a sus miedos. Puede desarrollar una conducta agresiva.
- Incapacidad para integrarse. Como el alcohólico está desintegrado interiormente, no se acepta a sí mismo y se evade, tampoco puede integrarse a un grupo (a menos que sea para tomar). Pero muchos de ellos desarrollan una habilidad especial para manipular, controlar y dirigir a los demás. Puede dirigir grupos pequeños o grandes masas.
- Es muy sensible emocionalmente. Todo lo conmueve. Los demás consideran a veces que los alcohólicos son fuertes, pero en realidad son frágiles y endebles. Sin embargo, el consumo del alcohol los lleva a una anestesia emocional.
- Incapacidad de tolerancia a la frustración. Es introvertido, tímido, inseguro. Ante un fracaso genera resentimiento hacia los demás y autocompasión. Se siente a la vez culpable y víctima, y, en suma, desdichado.
- Incapacidad de tolerancia al sufrimiento. No se enfrenta a él: se fuga. (26)

El alcoholismo en la adolescencia:

En nuestro ámbito social, es importante tener en cuenta que ha habido un cambio considerable en las costumbres sociales que favorecen de alguna manera el consumo de alcohol. Por un lado, se tiende hacia las macro sociedades, donde cada vez se da más una pérdida de valores, y por otro los adolescentes tienen hoy una mayor

independencia económica en líneas generales, que les permite entrar de lleno en la sociedad de consumo. En definitiva, podríamos decir que tanto el alcohol como otras drogas, están en nuestra sociedad, porque cumplen determinadas funciones, entre las que están, la de servir al adolescente, de elemento de integración en unos casos y de evasión en otros.

Según el libro “La juventud y las drogas” de Fidel de Garza los jóvenes que empiezan a beber desde los quince años de edad tienen cuatro veces más posibilidades en desarrollar dependencia al alcohol que aquellos que empiezan desde los veintiuno. (27)

Entornos que estimulan al adolescente al consumo de alcohol:

Hay muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el abuso de alcohol. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los adolescentes durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro. (28)

Riesgos del alcoholismo en los adolescentes:

En la actualidad asistimos a una creciente demanda de información sobre los patrones de consumo de alcohol en nuestra sociedad, por la problemática social y personal que plantea. Dentro de estos patrones adquieren una mayor importancia los asociados a las pautas de consumo de la adolescencia y juventud, que va aumentando, tanto en

número de bebidas adquiridas, como en el de su graduación alcohólica. La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores.

El consumo de alcohol durante la adolescencia tiene muchos riesgos. Algunos de ellos son directos, porque la ingesta de bebidas alcohólicas es peligrosa para la salud. Otros de los riesgos en el caso de los adolescentes son indirectos y están ligados a los comportamientos derivados del consumo de alcohol.

- Los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer.
- Los adolescentes que consumen alcohol están más expuestos a iniciar actividad sexual temprana, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. De igual modo, incrementan la probabilidad de verse afectados por la impotencia y la disfunción eréctil.
- Los adolescentes que abusan del alcohol son cuatro veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema de alcohol.
- El consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado con muertes por suicidio y accidentes de tránsito.
- Al ser un depresor del sistema nervioso central, afecta funciones cognitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).
- El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado, siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes.
- El alcohol incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes, frente al consumo de otras sustancias adictivas.

- Existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia. Como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad. Pueden involucrarse en riñas callejeras, en pandillas y en actividades delictivas.
- El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa la probabilidad de padecer trastornos de personalidades incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los veinticuatro años.
- Alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros
- Adopción de conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, primera causa de mortalidad en este grupo de edad.
- Alteraciones en los procesos de memoria y aprendizaje, con cambios cerebrales, tanto a nivel funcional como estructural, y con diferencias del daño observadas en jóvenes, producidas por los diferentes patrones de consumo.
- El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia descende los niveles de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona) y de las hormonas de crecimiento tanto en hombres como en mujeres.
- El cerebro del adolescente pudiera ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos, pero es incuestionable que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta.
- Según evidencian algunos estudios, son muchos los jóvenes que han sufrido efectos orgánicos tales como: vómitos, diarrea o dolores abdominales, temblores, arritmias, tambaleos al caminar, caída.
- Provocando también como efecto el alcohol caídas con el consiguiente riesgo de sufrir traumatismos, existe la posibilidad como hemos visto de quedarse dormido con el riesgo de entrar en coma y sufrir un paro cardíaco por hipotermia. En ocasiones se producen arritmias y traslados a urgencias por probables comas etílicos.

- La intoxicación etílica aguda (borrachera) es un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual de la persona.
- Al día siguiente de la ingesta de alcohol se puede diferenciar la existencia de efectos orgánicos y psicosociales con dolor de cabeza, alteraciones del apetito, insomnio, falta de aprovechamiento de la jornada siguiente.

Datos recientes muestran la existencia de daño neuronal secundario al consumo intermitente de alcohol en animales adolescentes, así como alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Los niveles de alcoholemia son más elevados a igualdad de ingesta en animales jóvenes que en adultos e, igualmente, el daño cerebral es mayor en los jóvenes.

En los jóvenes también se da una menor sensibilidad a los efectos sedantes y a los trastornos motores relacionados con el CA, lo cual limita su percepción del riesgo de daño. Esto se correlaciona clínicamente con la intoxicación aguda atípica en un joven en el que se produce una excitación extrema con conductas irracionales o violentas, incluso con consumos moderados de alcohol.

Estudios neuroanatómicos señalan el hipocampo como una de las áreas preferentemente dañadas, lo que ha podido comprobarse mediante estudios realizados con técnicas de imagen (resonancia magnética funcional) que muestran su menor tamaño. Por otro lado, un inicio más tardío y un consumo menor se relacionan con un mayor tamaño del hipocampo. (29, 30)

Definición de percepción de riesgo

Se define la *percepción de riesgo* como la incertidumbre asociada con un evento futuro o supuesto, que por lo general implica algún nivel de circunstancias que amenacen la integridad de la persona en el presente o futuro. Obedece a la representación mental de ese riesgo que el individuo establece basado en experiencias, creencias propias o del grupo de pertenencia. Las conductas están moduladas por la percepción de riesgo de consumo que tienen las personas de cualquier grupo etario. (31)

En la adolescencia desempeñan un papel importante factores como la alta autoestima, la cual puede ser un elemento contradictorio, pues en algunos jóvenes

puede significar el negarse a consumir, mientras que en otro el exceso de autoestima puede representar una conducta de riesgo y favorecer dicho consumo; la moralidad del individuo; sus creencias; las experiencias vividas con respecto al consumo; factores de carácter familiar, entre ellos los patrones educativos determinantes de sus habilidades sociales, el ambiente familiar en cuanto a su funcionabilidad, y la información divulgada a través de los diferentes medios de comunicación social. En relación con los factores dependientes de la sustancia están la *disponibilidad* y la *accesibilidad*. Entre los factores escolares está la deserción escolar, pobres resultados académicos y la relación con grupos marginales. Existen elementos personales como el bajo coeficiente intelectual, pobre habilidad para socializar y comunicarse, y la baja capacidad asertiva para enfrentar la presión del grupo que le insta al consumo. Estos son algunos elementos facilitadores del consumo y, por lo general, condicionantes de una baja percepción de riesgo. Según Funes, los adolescentes ven el riesgo como atractivo, experiencias desconocidas, vivencias intensas del instante, transgresión, radicalismo vital, inconformismo. Una de las tendencias más generalizadas en el comportamiento normal del consumo es el de intentar controlar el riesgo. Está ampliamente demostrado que ante el consumo de sustancias se mantiene una amplia sensación de control del consumo, el llamado *mito del control*, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo. En sentido estricto, el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona acumula. De ahí que la percepción de riesgo aumente significativamente con la edad. La identificación de los factores de riesgo y la protección en los diferentes ámbitos de la vida de niños y adolescentes se relacionan con lograr una atención integral a la salud. Este es uno de los retos imperantes para optimizar la fuerza vital que representan los jóvenes en el progreso social, económico y político de las sociedades. El consumo de drogas en la adolescencia tiene importancia epidemiológica, sanitaria, social, académica y en las relaciones interpersonales. Sin la identificación adecuada de los factores de riesgo para dicho consumo no sería posible el diseño de campañas eficaces de prevención. (31)

Modelo Transteórico de motivación para el cambio:

El cambio es un proceso individual y personal, y nadie puede cambiar a otra persona si ésta no quiere cambiar. Es por eso que se tiene la compleja misión de empoderar a

las personas para que sean conscientes de su propia capacidad para conseguir sus objetivos y lograr cambios positivos y duraderos en sus vidas. Desde hace varias décadas, un modelo teórico del cambio se ha aplicado en muchos ámbitos (adicciones, cambios de estilo de vida poco saludables) para ayudar a entender por qué los individuos muchas veces fracasan pese a querer poner en marcha un cambio en su vida. En relación con el cambio específico una teoría psicoterapéutica se ha mostrado muy eficaz en este aspecto, pues propone no solamente una descripción de las fases o etapas del cambio, sino que aporta también un marco propicio para la correcta intervención. Esta teoría fue propuesta por James Prochaska y Carlo Diclemente y recibe el nombre de *Modelo Transteórico del Cambio*. Dicho modelo explica las fases que una persona necesita superar en el proceso de cambio de una conducta problemática (o conducta que se pretende cambiar) a una que no lo es, considerando la *motivación* como un factor importante en este cambio, y asignándole al sujeto un rol activo, pues éste es concebido como el principal actor en su cambio de comportamiento. El modelo, además, tiene en cuenta otras variables a parte de la motivación, que a opinión de los autores influyen en el cambio de conducta. Dichos elementos son: las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional (pros y contras) y la *autoconfianza* (o autoeficacia). Puesto que cualquier cambio personal exige compromiso, tiempo, energía y estrategias claras y realistas, es importante reconocer que este proceso puede implicar dificultades. Esta teoría advierte que es probable sufrir recaídas y volver a las etapas anteriores. Por tanto, aporta esperanza para los individuos, ya que aceptar como normales los fracasos afecta positivamente a la percepción de autoconfianza (autoeficacia). Este modelo nos brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases, e incluso estancarnos y retroceder en el camino del cambio. Las distintas etapas son: *Pre contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento*. (32)

Una de las aportaciones más significativas del modelo guarda relación con el modo en que se conceptualiza el avance dentro del proceso de cambio. Es sabido que los drogodependientes no avanzan a través de las distintas fases de forma lineal, sino que suelen pasar varias veces por la misma fase hasta que consiguen mantenerse abstinentes. Esto viene a reflejar que los pacientes recaen, en la mayoría de

ocasiones, varias veces hasta que consiguen dejar de consumir drogas definitivamente. Hay distintos modos de representar gráficamente el modelo para explicar precisamente esta cuestión, pero probablemente la figura que mejor representa lo que sucede es una espiral, porque, aunque los pacientes pasan varias veces por las fases, ninguna de esas experiencias es exactamente igual a la anterior. Esto es, los periodos de consumo y abstinencia son diferentes entre sí, de modo que es precisamente el análisis de estas diferencias lo que le permite al paciente identificar su posición y avance respecto a periodos anteriores por los que ya ha pasado. (33)

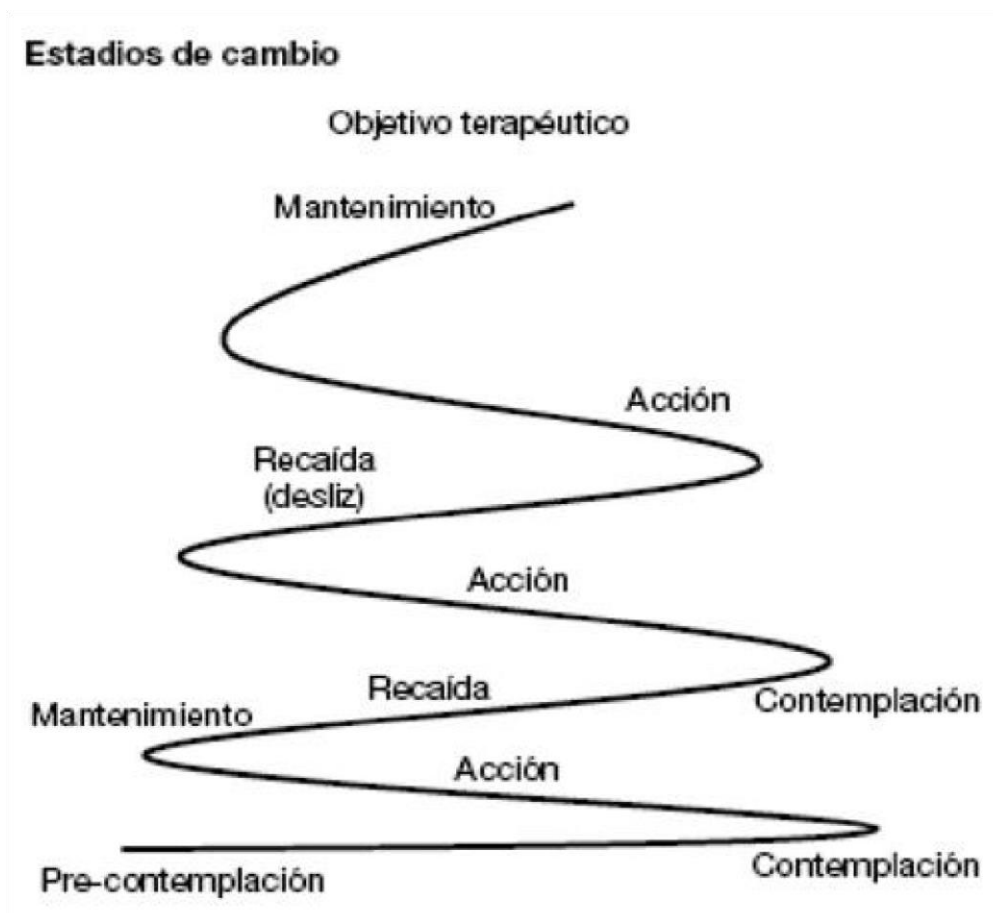


Figura 1. Paso de un estadio a otro.

Objetivos

Objetivo general:

- ✓ Implementar un programa de intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del consultorio 19 del municipio Cruces durante el periodo de julio del 2019 a enero del 2021.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar los adolescentes según variables sociodemográficas, consumo de alcohol, percepción de riesgo y su relación con el consumo de alcohol.
- ✓ Aplicar un programa de intervención psicoeducativa para la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes.
- ✓ Evaluar los resultados del programa de intervención psicoeducativa.

Diseño Metodológico

Contexto y clasificación de la investigación:

Se realizó una investigación de intervención psicoeducativa en los adolescentes que pertenecen al consultorio 19 del Consejo Popular “Marta Abreu” en el municipio Cruces en el período de julio del 2019 a enero del 2021. La investigación se apoyó en la complementación de la metodología cuantitativa y la cualitativa.

La investigación se desarrolló en dos etapas, una primera para caracterizar a los adolescentes según las variables sociodemográficas (edad, sexo y color de la piel), el consumo de alcohol, la percepción de riesgo y las variables que expresan la relación de los adolescentes con el consumo de alcohol. Durante la segunda etapa se aplicó un programa de intervención psicoeducativa en los adolescentes sobre la percepción ante el consumo de alcohol y se evaluaron los resultados del mismo, el mismo fue diseñado y validado en investigación anterior de la maestría Psicología de la salud por criterio de expertos. (34)

Primera etapa:

Universo: se trabajó con los 39 de adolescentes que pertenecen al consultorio médico de familia 19 de la localidad Marta Abreus entre 12 y 15 años de edad, tomando en cuenta los criterios que aparecen a continuación.

Criterios de Inclusión:

- Disponibilidad de participar en el estudio.
- Debida autorización por consentimiento Informado de padres o tutores.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes con limitaciones físicas o psíquicas que le impidan participar en la investigación.
- Adolescentes que se encuentren becados y no puedan asistir a las sesiones.

Criterios de salida:

- Adolescentes que realicen traslado a otra área de salud o consultorio durante el período de la investigación.
- Adolescentes que decidan abandonar la investigación.

Inicialmente se solicitó el consentimiento de la Dirección Municipal de Salud para el desarrollo de la investigación. (Anexo 1). En un momento posterior se explicó a los tutores de los adolescentes que forman parte del estudio acerca de las características y objetivos de la investigación, para obtener el consentimiento informado. (Anexo 2).

Técnicas y procedimientos para la recogida de información

Se aplicó la sección para evaluar alcohol del cuestionario de percepción de riesgo del Observatorio Argentino, adaptado por Oliva Agüero C. y validado por criterios de expertos el cual ofrece resultados de baja, mediana y alta percepción de riesgo, el cuestionario cuenta con un total de 5 preguntas relacionadas con el consumo de alcohol, a las cuales los adolescentes deben responder según los criterios de ningún riesgo, riesgo leve o moderado, gran riesgo y no sé qué riesgo, además de recoger información sobre variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el color de la piel (Anexo 3).

Para las dimensiones de la percepción de riesgo se aplicó el cuestionario utilizado por Fernández Castillo E. en su Tesis para optar por el grado Científico de doctora en Ciencias Psicológicas, el cuestionario cuenta con un total de 36 preguntas las cuales responden a estas dimensiones. La dimensión Informativa-valorativa se refleja de la pregunta 1 a la pregunta 11 del cuestionario, de la pregunta 12 hasta la 21 se explora la dimensión Afectiva-Motivacional, mientras que la dimensión Intencional-Conductual es valorada por las preguntas 22 hasta la 36 (Anexo 4).

Se aplicó el cuestionario de problemas vinculados con el alcohol (Anexo 5) el cual cuenta con un total 13 preguntas que ofrecen consideraciones sobre el consumo peligroso y consumo perjudicial de alcohol, además relaciona el consumo de alcohol

con áreas como la escolar, familiar, daños a la salud, conocimientos que hayan recibido los adolescentes por las diferentes vías de información, dependencia alcohólica entre otras. El cuestionario de Problemas vinculados con el Alcohol es una de las técnicas empleadas en el estudio Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales, realizado por especialistas del Hospital Militar Central “Carlos J. Finlay”.

También se aplicó un cuestionario realizado por Almaguer Barroso B. el cual previo a la aplicación definitiva por la autora fue sometido a validación de contenido según criterios de expertos. (25) El cuestionario definitivo quedó compuesto por 10 preguntas: 2 cerradas y los 8 restantes de selección múltiple. El instrumento recoge además de los datos generales de los integrantes del estudio (edad y sexo), aspectos relacionados con el consumo de alcohol, mitos populares acerca de esta sustancia, así como conocimientos que poseen los adolescentes con relación al alcohol (Anexo 6).

Técnicas para el análisis y procesamiento de la información

Luego de recogida la información procedente de las técnicas aplicadas se procedió a la triangulación de la información. Posteriormente los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos, computarizados y procesados mediante el paquete de programas estadísticos SPSS para Windows, versión 22.0. Se trabajó con frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

Segunda etapa:

Durante esta etapa se aplicó el programa de intervención psicoeducativa antes mencionado (34). Este programa toma como referencia el Modelo Transteórico de cambio de comportamiento propuesto por James Prochaska y Carlo Diclemente.

El mismo cuenta con un total de 9 sesiones de trabajo y un tiempo de duración para cada sesión de 45 minutos, en horario de la tarde, como objetivo general del programa se planteó: Desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del consultorio 19 de la comunidad Marta Abreus en el municipio Cruces. Para lograr este objetivo el programa se plantea los siguientes objetivos específicos:

- 1- Desarrollar el nivel de conocimiento referente al alcohol, su potencial adictivo y los efectos asociados a su consumo.

- 2- Incrementar conocimientos sobre el riesgo de consumir alcohol.
- 3- Estimular en los adolescentes la percepción de vulnerabilidad respecto al consumo de alcohol.
- 4- Desarrollar habilidades en los adolescentes que les permita tomar decisiones responsables en cuanto al hábito de consumo de alcohol.

Se conformaron dos grupos de trabajo, constituidos por 19 y 20 adolescentes respectivamente. Las sesiones de trabajo se desarrollaron en la Casa de Abuelos “Marta Abreu” que pertenece a la localidad previo consentimiento de la Dirección del Policlínico de Cruces y administrador del centro, tomando en cuenta las condiciones del local de ventilación, iluminación, presencia de sillones para sentarse y TV.

Se utilizaron técnicas participativas, de reflexión y psicoeducativas además de películas que permitieron desarrollar cada sesión del programa de una forma dinámica, amena para el aprendizaje, la participación y la motivación para el cambio en los adolescentes.

Materiales de apoyo para las sesiones

Se utilizaron:

- 1- Un tríptico con mensajes destinados a un consumo responsable de alcohol, de modo que los adolescentes recibieran de una manera visual mensajes de promoción para un comportamiento saludable.
- 2- Un material denominado identificando riesgos el cual consta de 15 preguntas a través de las cuales se pueden identificar los patrones de mayor riesgo personal para el adolescente.
- 3- Un material de Creencias erróneas sobre el consumo de alcohol con el fin de desmitificar esas creencias erróneas que tienen los sujetos con respecto al consumo de alcohol.
- 4- El cuestionario CAGE para identificar el tipo de consumo de alcohol en cada uno de los adolescentes participantes del programa de intervención psicoeducativa.
- 5- Para la exploración del auto concepto o autoimagen que poseen los adolescentes de sí mismos se utilizará un material llamado ¿Como soy yo?

Donde se le presentan al adolescente una serie de adjetivos negativos y positivos donde deben marcar con una cruz más próxima al adjetivo que represente como ellos se ven.

Evaluación del programa

Evaluación o diagnóstico inicial: Esta primera evaluación se llevó a cabo en el primer encuentro con el facilitador, quien realizó la exploración de la percepción de riesgo, los factores protectores y de riesgo de los adolescentes, pudiendo, además incorporar una breve exploración psicológica de los integrantes del grupo que permitió orientar una atención individualizada en el desarrollo de las siguientes sesiones. La selección de las técnicas fue realizada por el facilitador en función del proceso de diagnóstico.

Evaluación del proceso: Incluyó la evaluación, tanto desde el punto de vista grupal, como individual atendiendo a los objetivos propuestos en cada sesión. Las técnicas de cierre de las sesiones, en su mayoría, ofrecen dichas informaciones. No obstante, la observación a la dinámica grupal, al grado de participación, calidad y amplitud de las reflexiones de los adolescentes durante las sesiones también aportaron informaciones de cómo se van cumpliendo progresivamente los objetivos propuestos (Material de apoyo # 8).

Se tuvo en cuenta el análisis, por parte del grupo, de las características del programa, el intercambio de criterios y reflexiones en torno a las relatorías y sucesos descritos en ellas. De esta forma se valoró el cumplimiento o no de las expectativas y se realizó la autoevaluación de cada participante. Una alternativa para incrementar la efectividad de este proceso es la vinculación de cada criterio a las propias vivencias de los participantes, siempre que esto sea posible. Sirvió de referentes para esta evaluación:

1. Asistencia de los participantes. Puntualidad y permanencia.
2. Participación en las actividades planificadas. Calidad de las intervenciones.
3. Resultados de las evaluaciones parciales.
4. Criterios de los otros participantes y de los facilitadores.
5. Resultados de la autoevaluación de los participantes.

Evaluación de los resultados del programa: Incluye la evaluación del programa atendiendo a los criterios de eficacia y efectividad y sus respectivos indicadores. Se emplearon los mismos instrumentos que se utilizaron en la evaluación inicial, incorporando las informaciones obtenidas en la evaluación del progreso y proceso. Se incorporó el análisis de los resultados de la encuesta de criterio de usuario que se le puede aplicar a los beneficiarios directos e indirectos del programa (Material de apoyo # 9). Se aplicó la prueba de Mc Nemar para evaluar la significación de los cambios estadísticamente antes y después de la intervención.

Evaluación del impacto: Se realizará a los seis meses después de concluido el programa.

Operacionalización de las variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de clasificación	Definición	Medidas de resumen
Edad	Cuantitativa continua	-12-13 años -14-15 años	-Edad biológica a partir del nacimiento de la persona	Frecuencia y porcentaje.
Sexo	Cualitativa nominal, dicotómica	-Masculino -Femenino	-Según la expresión de caracteres sexuales en el momento del nacimiento	Frecuencia y porcentaje
Consumo de alcohol	Cualitativa nominal politómica	-Consumo social -Consumo de riesgo o perjudicial -Alcohólico	Acorde con las características de la ingesta de este tóxico.	Frecuencia y porcentaje

Percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa nominal Politómica	-Baja -Media -Alta	La incertidumbre asociada con un evento futuro o supuesto, que por lo general implica algún nivel de circunstancias que amenacen la integridad de la persona en el presente o futuro	Frecuencia y porcentaje
Frecuencia de consumo	Cualitativa nominal politómica	-Una vez -Algunas veces -Con frecuencia -Casi todos los días -Nunca	Periodicidad con la cual se consume bebidas alcohólicas	Frecuencia y porcentaje
Lugares donde se consume	Cualitativa nominal	-Escuelas -Parques -Vivienda -Centros recreativos	Identificación de las locaciones de preferencias para el consumo	Frecuencia y porcentaje
Familiares con consumo de alcohol en hogar	Cualitativa nominal politómica	-Padre -Madre -Hermano -Abuelos -Otros	Identificación de las familias que presentan consumo de alcohol en el hogar	Frecuencia y porcentaje
Conocimiento de legislaciones vigentes	Cualitativa nominal dicotómica	-Si -No	Dominio acerca de las regulaciones vigentes en el país acerca del expendio y consumo de alcohol	Frecuencia y porcentaje

Conocimiento sobre daños que produce el alcohol	Cualitativa nominal politómica	-Si -No	Dominio acerca de las consecuencias reales que produce el consumo de alcohol a la salud	Frecuencia y porcentaje
Tipos de daños ocasionados por el alcohol	Cualitativa nominal politómica	-Agresividad -Accidentes -Enfermedad -Mal aspecto -Otros	Consecuencias provocadas por el consumo de alcohol en el plano biopsicosocial	Frecuencia y porcentaje
Edad propicia para el consumo	Cualitativa ordinal politómica	-12 a 15 años -16 a 18 años -19 a 21 años -Más de 22 años	Años de vida que se consideran apropiados para iniciarse en el consumo de alcohol	Frecuencia y porcentaje
Vías de información sobre consumo de alcohol	Cualitativa nominal politómica	-Padre -Hermanos -Amigos -Periódicos y revistas -Radio -TV -Escuela -Calle -Libros y conferencias -No ha recibido información	Fuentes a través de las cuales han obtenido información acerca del consumo de alcohol	Frecuencia y porcentaje
Evaluación de la intervención	Cualitativa nominal	Según grado de aceptación de las féminas	-Necesaria -Adecuada -Inadecuada	Frecuencias absolutas y porcentajes

Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta los aspectos de la ética médica (justicia social, beneficencia, el respeto a la autonomía y no maleficencia). Inicialmente se solicitó el consentimiento informado a la Dirección Municipal de Salud. (Anexo 1) A todos los tutores de los adolescentes se les informaron los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento para participar en la misma. (Anexo 2) Se les garantizó la utilización de la información sólo con fines científicos y absoluta privacidad.

Análisis de los Resultados

Los resultados se presentarán atendiendo al orden de los objetivos específicos propuestos. Para su análisis y discusión se contrastaron con datos empíricos y referentes teóricos a partir del análisis de una amplia muestra bibliográfica de estudios nacionales y foráneos obtenida en las bases de datos, los cuales fueron categorizados en función de las principales variables investigativas.

Tabla 1. Distribución de adolescentes según edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
12-13 años	14	35.89	9	23.09	23	58.98
14-15 años	10	25.64	6	15.38	16	41.02
Total	24	61.53	15	38.47	39	100

Fuente: HSF

En la tabla 1 se relaciona la edad y el sexo de los adolescentes seleccionados para el estudio. El grupo de 12-13 años, fue el más representado con un 58.98% seguido del grupo de 14-15 años, que con 16 adolescentes alcanzó un 41.02%; en ambos hubo un predominio del sexo femenino que en total alcanzó 61.53% de la muestra.

Tabla 2 Distribución de familiares con consumo de alcohol en hogar

Familiares con consumo de alcohol en hogar	No	%
Madre	3	7.69
Padre	14	35.89
Hermanos	9	23.09
Abuelos	4	10.25
Otros	9	23.09
Total	39	100

Fuente: Anexo 6

En la tabla 2 se aprecia que en cuanto a los familiares que poseen consumo de alcohol en el hogar existe predominio de la figura paterna con el 35.89%, seguido de los hermanos y otros familiares con el 23.09% en ambos casos.

Tabla 3 Distribución acerca de las vías de información sobre consumo de alcohol

Vías de información sobre consumo de alcohol	No	%
Padre	13	33.33
Hermanos	5	12.82
Amigos	12	30.76
Periódicos y revistas	9	23.07
Radio	15	38.46
TV	28	71.79
Escuela	39	100
Calle	26	66.66
Libros y conferencias	17	43.58
No ha recibido información	-	-

Fuente: Anexo 6

En la tabla 3 se muestran las vías de información sobre el consumo de alcohol donde las instituciones educacionales el 100% de la muestra las reconoce como vía de información, seguido de la TV con un 71.79% y la calle con el 66.66%.

Tabla 4 Distribución del consumo de alcohol.

Consumo de alcohol	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Consumo Social	22	56.41	5	12.82	p<0,0001
Consumo de riesgo o perjudicial	4	10.25	2	5.12	
Alcohólico	-	-	-	-	
Total	26	66.6	7	17.94	

Fuente: Anexo 6

En la tabla 4 se observa que 26 adolescentes para el 66.66% poseen consumo de alcohol prevaleciendo el consumo social con 22 adolescentes para el 56.41% y 4 de ellos para el 10.25% presentan consumo de riesgo o perjudicial. Después de la intervención solo quedaron 5 adolescentes para el 12.8% con consumo social y 2 adolescentes para el 5.12% con consumo de riesgo o perjudicial con resultados muy altamente significativos estadísticamente ($p<0,0001$).

Tabla 5 Distribución de adolescentes según la percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas.

Percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Alta	3	7.69	8	20.51	p<0,001
Media	4	10.26	24	61.53	
Baja	32	82.05	7	17.96	
Total	39	100	39	100	

Fuente: Anexo 6

La tabla 5 muestra la distribución de la percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes donde predomina una percepción de riesgo baja con el 82.05% y un 7.69% de percepción alta. Después de la intervención educativa existe una percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas media con 24 adolescentes para el 61.53%, no existiendo diferencias significativas entre los niveles alto y bajo. Estos constituyen resultados altamente significativos ($p<0,001$) y pueden ser atribuidos al notable incremento del nivel de conocimiento acerca de la precepción de riesgos de consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 6 Distribución de la frecuencia de consumo

Frecuencia de consumo	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Una vez	5	12.82	19	48.73	$p<0,001$
Algunas veces	10	25.64	4	10.25	
Con frecuencia	13	33.33	5	12.82	
Casi todos los días	4	10.25	1	2.56	
Nunca	7	17.96	10	25.64	
Total	39	100	39	100	

Fuente: Anexo 6

En la tabla 6 se muestra que la frecuencia de consumo de alcoholes precisamente con frecuencia con 13 adolescentes para el 33.33%, seguido de algunas veces con 10 adolescentes para el 25.64% de la muestra. Después de aplicada la intervención educativa se puede apreciar como disminuyó la frecuencia de consumo en las categorías algunas veces, con frecuencia y casi todos los días al 10.5%, 12.82% y 2.56% con 4, 5 y 1 adolescente respectivamente, con resultados significativos estadísticamente ($p<0,001$).

Tabla 7 Distribución de los Lugares donde se consume.

Lugares donde se consume	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Escuelas	-	-	-	-	p<0,0001
Parques	16	43.58	4	10.25	
Vivienda	5	12.82	1	2.56	
Centros Recreativos	11	30.76	2	5.12	
Total	32	100	7	17.94	

Fuente: Anexo 6

La tabla 7 muestra que los lugares donde más se consume alcohol por estos adolescentes son los parques y en los centros recreativos con 16 y 11 adolescentes para el 43.58% y el 30.76% respectivamente. Después de aplicada la intervención educativa se observa disminución de adolescentes que consumen alcohol y por ende los lugares donde se consume el mismo manteniéndose en los parques con 4 adolescentes para el 10.25%. Estos constituyen resultados significativos de manera estadística. (p<0,0001)

Tabla 8. Distribución de adolescentes según conocimiento de legislaciones vigentes

Conocimiento de legislaciones vigentes	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Sí	11	28.20	37	94.88	p<0,0001
No	28	71.80	2	5.12	
Total	39	100	39	100	

Fuente: Anexo 6

La tabla 8 muestra que los adolescentes están carentes de conocimientos de las legislaciones vigentes con un total de 28 que representa el 71.80% en el diagnóstico. Luego de ser aplicada la intervención educativa se pudo constatar que 37 adolescentes para el 94.88% de la muestra poseen conocimientos de las legislaciones vigentes. Estos constituyen resultados muy altamente significativos ($p<0,0001$)

Tabla 9. Distribución de adolescentes con conocimiento sobre daños que produce el alcohol

Conocimiento sobre daños que produce el alcohol	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Sí	8	20.51	37	94.88	$p<0,0001$
No	31	79.48	2	5.12	
Total	39	100	39	100	

Fuente: Anexo 6

En la tabla 9 se observa que 31 de los adolescentes no poseen suficientes conocimientos sobre los daños que produce el alcohol para un 79.48% al inicio de la investigación. Posterior a la intervención educativa el 94.88% que representan 37 de los adolescentes de la muestra manifiestan poseer conocimientos acerca de las consecuencias reales que produce el consumo de alcohol a la salud, con resultados muy altamente significativos ($p<0,001$).

Tabla 10 Distribución acerca de los tipos de daños ocasionados por el alcohol

Tipos de daños ocasionados por el alcohol	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
Agresividad	8	20.51	37	94.87	p<0,0001
Accidentes	7	17.94	36	92.30	
Enfermedad	8	20.51	34	87.17	
Mal Aspecto	6	15.39	33	84.61	
Otros	5	12.82	32	82.05	

Fuente: Anexo 6

En la tabla 10 se muestra que en los adolescentes que poseen conocimientos de los tipos de daños ocasionados por el alcohol prevalece la agresividad, seguido de las enfermedades y los accidentes con 8 adolescentes para el 20.51% en los dos primeros tipos de daños y 17.94% respectivamente. Después de aplicada la intervención educativa aumentó el nivel de conocimientos acerca de los tipos de daños que ocasiona el alcohol considerando 37 adolescentes para el 94.87% que la agresividad son daños que ocasiona el alcohol, seguido de los accidentes y de la enfermedad con el 92.30% y el 87.17% respectivamente. Estos constituyen resultados muy altamente significativos ($p<0,0001$)

Tabla 11 Distribución acerca de la edad propicia para el consumo

Edad propicia para el consumo	Pre-intervención		Post-intervención		Mc Nemar
	No	%	No	%	
12-15 años	10	25.64	2	5.12	p<0,0001
16-18 años	6	15.38	5	12.82	
19-21 años	15	38.47	9	23.07	
Más de 22 años	8	20.51	23	58.99	
Total	39	100	39	100	

Fuente: Anexo 6

En la tabla 11 se muestra acerca de la edad propicia para el consumo de alcohol donde los adolescentes consideran que es más propicio de 19-21 años para un 38.46%, seguido de 12-15 años que representa el 25.64%. Después de aplicada la labor educativa los adolescentes consideran que la edad propicia para el consumo de alcohol es más de 22 años para el 58.99%, mientras que el 23.07% considera que de 19 a 21 años lo que demuestra que el mayor porcentaje considera que en la mayoría de edad es que se debe consumir el alcohol. Estos resultados son muy altamente significativos ($p < 0,0001$)

Tabla 12. Distribución sobre la evaluación de la intervención

Evaluación de la intervención	No	%
-Necesaria	36	92.30
-Adecuada	3	7.70
-Inadecuada	-	-
Total	39	100

Fuente: Anexo 6

La tabla 12 muestra la evaluación de la intervención educativa por los adolescentes, considerando 36 adolescentes para el 92.30% que la misma es necesaria y que 3 adolescentes para el 7.70% considera que es adecuada quedando demostrada la efectividad de la misma.

Discusión de los Resultados

En la adolescencia uno de los comportamientos de riesgo a la salud más preocupantes es el consumo de drogas y, dentro de ellas, las legales: el alcohol y el tabaco. En la actualidad el consumo de alcohol constituye un grave problema a nivel mundial porque se le considera una droga capaz de destruir al ser humano en su integridad física, mental, social y espiritual. El consumo de alcohol es un problema de salud que afecta a la población en general, pero con las jóvenes generaciones hay que tener especial cuidado, no solo por ser la droga más generalizada en el mundo, sino porque abre paso al consumo de otras sustancias adictivas.

En esta investigación el sexo predominante fue el femenino, mientras que las edades que predominaron fueron las de entre los 12 y los 13 años. En un estudio realizado por López y otros (35) en 2018, la edad predominante fue de 14-15 años y el sexo predominante fue el masculino, lo que discrepa con el estudio que se discute. En el trabajo realizado por de la Villa y colaboradores (36) en adolescentes españoles predominaron los pacientes del sexo masculino, lo que discrepa con la presente investigación sin embargo coincide con la edad predominante que fue de 12-13 años. En la Tesis realizada por Valero en 2018(34) en los adolescentes del Centro Mixto Escolar “Adolfo Ortiz”, la edad que prevaleció fue de 14-15 años y el sexo el masculino lo que discrepa con los resultados de nuestra investigación.

En nuestro estudio se aprecia que en cuanto a los familiares que poseen consumo de alcohol en el hogar existe predominio de la figura paterna con el 35.89%, seguido de los hermanos y otros familiares con el 23.09% en ambos casos.

En un estudio realizado por López Larrosa S y Rodríguez-Arias Palomo JL encuentran que en la familia, cuanto más favorables al consumo de drogas son las actitudes familiares, mayor es la tendencia al consumo de sustancias. La historia familiar de conducta antisocial se relaciona con más consumo de alcohol y tabaco, con alto consumo de alcohol, consumo de marihuana y drogas ilegales. Igualmente, a menor control familiar, mayor consumo elevado de alcohol; y a mayor conflicto familiar, mayor consumo elevado de tabaco. (35)

Resultados similares fueron encontrados por Espada Sánchez JP y Pereira JR en su

estudio donde la mayoría de los padres (73.7%) beben alcohol, porcentaje significativamente mayor al de padres abstemios. Entre las madres existe mayor proporción de bebedoras (57.7%), y aunque resulta significativo, el tamaño del efecto es menor. El porcentaje de adolescentes con hermanos consumidores (71.8%) es significativamente más alto que el de adolescentes con hermanos abstemios. (37)

En cuanto a las vías de información sobre el consumo de alcohol en nuestro estudio el 100% de la muestra reconoce a las instituciones educativas, seguido de la TV con un 71.79% y la calle con el 66.66%.

Almaguer en un estudio realizado en La Habana encontró resultados similares a los obtenidos en el presente trabajo. (25). Resultados diferentes fueron encontrados en un estudio realizado en la provincia de Cienfuegos donde la mayoría de los adolescentes refirieron recibir información a través de los medios de comunicación. (38)

Un estudio realizado por varios autores muestra resultados distintos a los encontrados en este trabajo en cuanto a la comunicación entre los adolescentes y su familia. El 48,4% de los adolescentes señaló que su padre dedica muy rara vez o nunca tiempo para conversar con él, siendo la conversación satisfactoria “frecuentemente o casi siempre” en 34,4%. Por su parte, 25,6% de los adolescentes señaló que su madre dedica muy rara vez o nunca tiempo para conversar con ellos, siendo la conversación satisfactoria “frecuentemente o casi siempre” en 53,6%. El 58,4% de los adolescentes ha sentido “con poca intensidad o nunca” que hay reglas poco claras en su casa y 12,4% “sienten con mucha intensidad” que sus padres les dan demasiada libertad. Finalmente, 62,5% de los adolescentes compartían con frecuencia o casi siempre algunas comidas junto a su familia y 45,7% realizaban con frecuencia o casi siempre alguna actividad en conjunto.(39)

En los estudios realizados por Ramírez, Acosta y Sánchez, los adolescentes de la muestra refirieron recibir más información en la calle 37,6% y de forma casi similar por los padres con un 31,2%.(40-42) no coincidiendo los resultados con nuestro estudio.

En nuestro estudio se observa que 26 adolescentes para el 66.66% poseen consumo de alcohol prevaleciendo el consumo social con 22 adolescentes para el 56.41% y 4 de ellos para el 10.25% presentan consumo de riesgo o perjudicial. Después de la intervención solo quedaron 5 adolescentes para el 12.8% con consumo social y 2 adolescentes para el 5.12% con consumo de riesgo o perjudicial. Estos resultados

concuerdan con los encontrados por Brito Sosa G donde refiere que el 12% de la muestra estudiada por él presentan un consumo perjudicial de alcohol. (43)

Diversos autores han mostrado el alarmante incremento del consumo de alcohol entre adolescentes, empezando a plantearse la existencia de un patrón de consumo de riesgo en esta población.

En un estudio realizado por Fernández- Castillo predominó el consumo social aunque se identificaron indicadores de riesgo, asociados a la frecuencia y daños ocasionados por el consumo de alcohol, coincidiendo con nuestro estudio. (44).

En un estudio similar al nuestro y coincidiendo con el mismo se halló que son menos adolescentes los que manifiestan tener un consumo perjudicial grupo que necesita de apoyo profesional y soporte familiar porque tienen remordimientos luego de ingerir alcohol, han tenido lagunas de memoria, han sufrido algunas vez lesiones por tomar y algún profesional o amigo se les acercó mostrando su preocupación por que ingerían alcohol (45)

La distribución de la percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes objeto de estudio apreciamos que predomina una percepción de riesgo baja con el 82.05% y un 7.69% de percepción alta. Después de la intervención educativa existe una percepción de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas media con 24 adolescentes para el 61.53%, no existiendo diferencias significativas entre los niveles alto y bajo. Estos constituyen resultados altamente significativos ($p < 0,001$) y pueden ser atribuidos al notable incremento del nivel de conocimiento acerca de la precepción de riesgos de consumo de bebidas alcohólicas.

Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado por López Larrosa S y Rodríguez-Arias Palomo JL. Ellos refieren en su estudio que los chicos se diferencian significativamente de las chicas en

que perciben que las leyes y normas de la comunidad con respecto al consumo son más favorables, el manejo familiar es más escaso, la actitud de los padres es más favorable al consumo y a la conducta antisocial, el fracaso académico y el escaso compromiso con la escuela son mayores, se da un inicio más temprano en drogas y conducta antisocial, las actitudes son más favorables a la conducta antisocial, el poco riesgo percibido es mayor, y las interacciones con iguales antisociales, la búsqueda de sensaciones, las recompensas por la conducta antisocial y la pertenencia a bandas son

mayores. No obstante, el conflicto familiar, las transiciones y la depresión son significativamente mayores en ellas. (35)

El análisis cualitativo de la percepción de riesgo en sus tres dimensiones Informativa-Valorativa, Afectiva-Motivacional e Intencional-Conductual que se realizó a través del Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol (Anexo 4), donde los adolescentes en estudio muestran carencias de conocimientos del alcohol como droga solo reconociendo o teniendo conocimientos valorativos de los daños externos de este, otros lo reconocen como droga pero no saben a dónde dirigirse en caso de decidir abandonar el consumo, tampoco ven el costo del consumo de alcohol como algo que puede dañar la economía personal y familiar, muestran desconocimiento de los daños que puede ocasionar a la salud y solo reconocen los efectos visibles de este, los adolescentes se consideran con los recursos suficientes para abandonar el consumo cuando lo deseen hecho que muestra una desinformación a pesar de los recursos que invierte el país en promoción de salud.

En cuanto a la dimensión afectiva-motivacional los adolescentes del estudio muestran sentimientos ambivalentes con respecto al consumo de alcohol ya que reconocen los daños que este les puede causar a sus familiares y personas que lo rodean pero lo creen indispensable para la diversión en las fiestas y no pueden dejar de consumirlo.

La dimensión intencional-conductual de los adolescentes del estudio muestra que estos han tenido conductas de riesgo para su salud como son relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y no muestran intenciones de cambiar su hábito de beber.

Estos resultados del estudio se corresponden con los demostrados por diversos autores como de la Villa Moral Jiménez M, Ovejero Bernal A, Sirvent Ruiz C, Rodríguez Díaz F J, Pastor Martín J, que manifiesta una distorsión de la percepción de los riesgos inherentes al consumo de alcohol, ya que los adolescentes rechazan la posibilidad de que el alcohol pueda producir trastornos físicos y mentales (ALCO14, 82.6% y 79.9%, respectivamente), cuestión que evidencia una escasa información o una interesada mentalidad del usuario. (36, 46)

De la Villa Morales Jiménez M y Ovejero Bernal A encuentran en su estudio que los adolescentes que se declaran como bebedores abusivos presentan porcentajes más bajos de concienciación ante los riesgos en todos los indicadores, lo que es reflejo de una menor percepción de riesgo ante los efectos dañinos potenciales del uso/abuso de las drogas, de acuerdo a la aludida mentalidad del usuario. (47)

Ruíz Torres respecto a los abusadores, plantean que el 50% de éstos consideran que el no consumo no existe, ya que en realidad todos los adolescentes beben una gran variedad de bebidas alcohólicas y en cantidades fuertes. Sin embargo, el 50% restante menciona que el no consumo sólo se da en algunos adolescentes que no muestran un interés por divertirse. (48)

Según la frecuencia de consumo de alcoholes en nuestro estudio se pudo apreciar, precisamente con frecuencia con 13 adolescentes para el 33.33%, seguido de algunas veces con 10 adolescentes para el 25.64% de la muestra. Después de aplicada la intervención educativa se puede apreciar como disminuyó la frecuencia de consumo en las categorías algunas veces, con frecuencia y casi todos los días al 10.5%, 12.82% y 2.56% con 4, 5 y 1 adolescente respectivamente, con resultados significativos estadísticamente ($p < 0,001$). Estos resultados evidencian la tendencia creciente en el mundo del inicio del consumo de alcohol desde edades tempranas de la vida, coincidiendo con numerosos estudios realizados. (49-55)

Silvia Enríquez Vilaplana y colaboradores(56) encontraron en su estudio en el área IV de la Ciudad de Cienfuegos, de la provincia del mismo nombre, que el 61,2% de los adolescentes consumen bebidas alcohólicas los fines de semana, lo que constituye una frecuencia moderada para este grupo etáreo, los resultados de esta investigación sustenta los resultados obtenidos en la nuestra.

Concordante con nuestra investigación Rivas-Acuña, Carrillo-Hernández, Hernández-Díaz, & Hernández-Carrillo, (45), encontró que los adolescentes en Tabasco, México; en el dominio consumo de riesgo de alcohol ($n = 128$); respecto a la frecuencia del consumo 70,1% consume alcohol una vez o menos al mes. En cuanto a la cantidad típica, 60,7% consume de una a dos bebidas en un día de consumo normal, mientras que con relación a la frecuencia de consumo elevado, 32,9% calificó con algún daño relacionado con el alcohol, es decir se reafirma la frecuencia de la ingesta de alcohol de 1 a 2 veces al mes.

Nuestra investigación concuerda con la aportada por algunos autores en sus investigaciones donde aportan datos de 90%, 62% y 70% (54,55,57,58) en adolescentes que consumen esta sustancia. Un estudio realizado en Cuba por Almaguer Barroso B (25) encuentra resultados de un 60% de adolescentes que consumen esta sustancia algunas veces.

Los diversos estudios epidemiológicos que han informado sobre la prevalencia del patrón de consumo intensivo de alcohol en adolescentes muestran una gran variabilidad en el porcentaje de adolescentes y jóvenes que se podrían clasificar como consumidores intensivos de alcohol (entre el 7% y el 40%). Parte de esta variabilidad responde a la falta de consenso a la hora de operativizar el término CIA y a las diferencias de etanol puro que contiene una unidad de bebida estándar (UBE) en cada país. Así, los estudios han empleado distintos puntos de corte en cuanto al número de UBEs consumidas por ocasión (5 bebidas alcohólicas, 6 bebidas alcohólicas, etc...) y diferentes intervalos de frecuencia (última semana, 15 días, 30 días, etc...) en los que se producen los episodios de consumo intensivo. (59)

En la época actual la recreación y el disfrute con bebidas alcohólicas ha desplazado, hasta cierto punto, a la recreación sana, lo que ha llevado a los adolescentes a sentirse motivados por el consumo de alcohol, principalmente por el ejemplo recibido por sus padres y por la falsa idea de que los convierte en personas adultas; el alcoholismo en los adultos se refleja en la adolescencia.

En nuestro estudio se muestra que los lugares donde más se consume alcohol por estos adolescentes son los parques y en los centros recreativos con 16 y 11 adolescentes para el 43.58% y el 30.76% respectivamente. Después de aplicada la intervención educativa se observa disminución de adolescentes que consumen alcohol y por ende los lugares donde se consume el mismo manteniéndose en los parques con 4 adolescentes para el 10.25%. Estos constituyen resultados significativos de manera estadística. ($p < 0,0001$)

En un estudio realizado en Cali Colombia se demuestra en los datos arrojados en la Ficha de Datos Generales, que el lugar señalado, con mayor frecuencia, en donde los adolescentes consumen alcohol resultó ser en primer término la casa de un amigo, 8%; seguido de la casa propia, 34.5%, y después el parque, con 25.9%. (60) lo que difiere de nuestro estudio.

Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en el Policlínico Universitario “Santiago Rafael Echezarreta Mulkay” San José de las Lajas donde el 63,6 % de los adolescentes encuestados refirieron a las discotecas y fiestas populares como el lugar preferido para su consumo. (61)

Se aprecia en nuestro estudio que los adolescentes están carentes de conocimientos de las legislaciones vigentes con un total de 28 que representa el 71.80% en el

diagnóstico. Luego de ser aplicada la intervención educativa se pudo constatar que 37 adolescentes para el 94.88% de la muestra poseen conocimientos de las legislaciones vigentes. Estos constituyen resultados muy altamente significativos ($p < 0,0001$)

En este sentido, algunos estudios han obtenido resultados que discrepan con los resultados nuestros, por ejemplo, en investigaciones realizadas en Argentina (62) y en España (63) se encontraron a partir de encuestas realizada que la mayoría de los adolescentes reconocen que existen una legislación que prohíbe la venta de alcohol a menores de edad pero no siempre se cumple, ya que se vende alcohol a toda persona, cualquiera sea su edad, siendo los kioscos y los supermercados los lugares de expendio más habituales. También en los lugares bailables se ofrece toda clase de bebidas a quien desee consumirla, sin ningún tipo de restricción.

En la opinión de la autora la realidad de los adolescentes cubanos no es tan distinta como en Argentina y en España ya que también se les vende bebidas alcohólicas a nuestros adolescentes en los bares y centros recreativos sin ningún reparo.

Se observa en nuestra investigación que 31 de los adolescentes no poseen suficientes conocimientos sobre los daños que produce el alcohol para un 79.48% al inicio de la investigación, pero a sus criterios, según los tipos de daños ocasionados por el alcohol prevalece la agresividad, seguido de las enfermedades y los accidentes con 8 adolescentes para el 20.51% en los dos primeros tipos de daños y 17.94% respectivamente. Posterior a la intervención educativa el 94.88% que representan 37 de los adolescentes de la muestra manifiestan poseer conocimientos acerca de las consecuencias reales que produce el consumo de alcohol a la salud donde consideran 37 adolescentes para el 94.87% que la agresividad son daños que ocasiona el alcohol, seguido de los accidentes y de la enfermedad con el 92.30% y el 87.17% respectivamente. Estos constituyen resultados muy altamente significativos ($p < 0,0001$) Estos resultados se no se corresponden con los obtenidos por Almaguer Barroso (25) en Cuba.

En un estudio realizado en Cuba por Coronado Iglesias M y Gorrita Pérez RR encuentran diferentes criterios u opiniones con respecto al consumo de alcohol en los adolescentes donde el 79,2 % opinó que es malo, el 61,6 % que provoca enfermedades, el 52,2 % tienen la opinión de que el alcohol es dañino y el 48,9 % que ocasiona la muerte. (60)

En estudios realizados al respecto, los adolescentes que participaron en las investigaciones poseían conocimientos generales sobre los daños que ocasiona el consumo de alcohol, siendo el componente informativo el más trabajado y el que menos resultados favorables ha demostrado tener al utilizarse de forma exclusiva (64-66).

En los últimos veinte años diversos estudios han observado que el Consumo Intensivo de Alcohol se relaciona con un incremento de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol (como accidentes de tráfico, suicidios, violencia y delitos, enfermedades de transmisión sexual o bajo rendimiento académico). Incluso algunas investigaciones han comprobado que esta forma de consumo se asocia con consecuencias neurocognitivas (como peor rendimiento en tareas neuropsicológicas de memoria o toma de decisiones o deficiencia en la diferenciación electrofisiológica entre información relevante e irrelevante). (59)

Sin embargo, a pesar de que los adolescentes reconocen que el alcohol puede ocasionar daños para el organismo, la mayoría de ellos ya han consumido esta sustancia en varias ocasiones, hecho que demuestra una inconsistencia entre lo que piensan o creen y su modo de actuar. Por tanto sería ineludible trabajar en esta dirección para reforzar estos conocimientos en los adolescentes y motivar el cambio de comportamiento en sus hábitos de consumo.

En nuestro estudio se pudo apreciar que los adolescentes consideran que la edad propicia para el consumo de alcohol donde los adolescentes consideran que es más propicio de 19-21 años para un 38.46%, seguido de 12-15 años que representa el 25.64%. Después de aplicada la labor educativa los adolescentes consideran que la edad propicia para el consumo de alcohol es más de 22 años para el 58.99%, mientras que el 23.07% considera que de 19 a 21 años lo que demuestra que el mayor porcentaje considera que en la mayoría de edad es que se debe consumir el alcohol. Estos resultados son muy altamente significativos ($p < 0,0001$)

En un estudio realizado por Espada (37) el 75% de los adolescentes consideran que es más propicio de 19-21 años, lo que coincide con el presente estudio.

En nuestro estudio la evaluación de la intervención educativa 36 adolescentes para el 92.30% consideró que la misma es necesaria y 3 adolescentes para el 7.70% considera que es adecuada quedando demostrada la efectividad de la misma.

La intervención educativa que se aplicó en este estudio incrementó el nivel de conocimientos sobre la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol; al concluir la misma el 94.88% tiene un conocimiento satisfactorio, obteniéndose un aumento significativo en el nivel de conocimientos, al compararlo con el estudio presentado por Adunola (67) existe coincidencia donde describió que luego de la intervención aumentó el conocimiento de la percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes al 89%.

Con la intervención psicoeducativa se logró modificar el nivel de conocimiento de los adolescentes acerca la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol, los factores de riesgo, la importancia de su control, así como la frecuencia de consumo, por lo que contribuirá a un mejor seguimiento y control de este, para el logro de esta modificación en el nivel de conocimientos se realizó la exploración de la percepción de riesgo, los factores protectores y de riesgo de los adolescentes, pudiendo, además incorporar una breve exploración psicológica de los integrantes del grupo que permitió orientar una atención individualizada en el desarrollo de cada sesión de aprendizaje, evaluándose tanto desde el punto de vista grupal, como individual atendiendo a los objetivos propuestos en cada sesión, se tuvo en cuenta el análisis, por parte del grupo, de las características del programa, el intercambio de criterios y reflexiones en torno a las relatorías y sucesos descritos en ellas. De esta forma se valoró el cumplimiento de las expectativas y se realizó la autoevaluación de cada participante. Una alternativa para incrementar la efectividad de este proceso fue la vinculación de cada criterio a las propias vivencias de los participantes. Para la evaluación fue preciso valorar los siguientes aspectos: asistencia de los participantes, participación en las actividades planificadas, calidad de las intervenciones, resultados de las evaluaciones parciales, criterios de los otros participantes y de los facilitadores y resultados de la autoevaluación de los participantes.

Finalmente se evaluó el programa atendiendo a los criterios de eficacia y efectividad y sus respectivos indicadores donde fue notable el incremento del nivel de conocimiento sobre el consumo de alcohol, tras el interés y atención que manifestaron los adolescentes durante la labor educativa, así como a la aplicación de un proceder que garantizó la comunicación y actividades que los motivaron al aprendizaje.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio indican que al dar una información adecuada referente a la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol, permite que

aumente el conocimiento acerca de dicho consumo, pero lamentablemente existe pocos estudios que aplican intervenciones educativas; por lo que, se sugiere la ejecución de estrategias de intervención, que permitan evaluar el impacto de las estrategias aplicadas en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

En sentido general, la integración de los resultados obtenidos permitió corroborar la efectividad del programa de intervención psicoeducativo para la adecuación de la percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol en adolescentes, en tanto logra que los mismos reconozcan los riesgos que implica el consumo de alcohol. De igual forma, se estimula el desarrollo de conductas saludables.

La autora considera que el alcoholismo es una realidad social, ya que el consumo de alcohol está relacionado con todas las actividades cotidianas en nuestra comunidad y se ha vuelto una problemática acentuada en los adolescentes, en donde su prevalencia al consumo en la actualidad, es más temprana y con mayor frecuencia.

La adolescencia constituye la etapa de marcados cambios en el nivel bio-psico-social, estos cambios ocasionan en los adolescentes mayor grado de descubrir realidades ajenas a sus anteriores etapas, entre ellas el enfrentamiento con el alcohol, que en primera instancia puede ser consumido por una manera de experimentación y a la larga convertirse en una dependencia por la sustancia.

CONCLUSIONES

- En los adolescentes investigados se constató un predominio del consumo social de alcohol en ambos sexos, aunque en menor medida existieron adolescentes con un consumo de riesgo. Se identificó que la edad de inicio del consumo de alcohol se ubica en los 12-13 años, previo al ingreso a la secundaria.
- Se evidenció que, aun cuando los adolescentes investigados poseen un conocimiento general sobre los riesgos y consecuencias negativas, no logran una regulación efectiva en el control de su consumo. Ello muestra limitaciones en la percepción de riesgo.
- El programa de intervención psicoeducativo diseñado demostró ser eficaz, en tanto favoreció en los participantes una valoración acertada de los riesgos que implica el consumo de alcohol para los diferentes ámbitos de la vida. Se logró un rol activo en el reconocimiento del nivel de vulnerabilidad asociado a su comportamiento de consumo además, favoreció la adecuación de la percepción de riesgo en los participantes, a disminuir el consumo de alcohol y los comportamientos de riesgo asociados al mismo.

RECOMENDACIONES

1. Continuar trabajando en la fundamentación científica sobre la percepción de riesgo como núcleo esencial de la prevención del consumo de drogas, con especial énfasis en relación con el consumo de alcohol.
2. Continuar el seguimiento de los adolescentes que participaron en el estudio con la finalidad de constatar el mantenimiento de los cambios generados a partir de la implementación del programa de intervención psicoeducativo diseñado.
3. Valorar la evaluación del impacto después de seis meses de aplicada la intervención psicoeducativa.

Referencias Bibliográficas

1. Quintero Fleites EJ, de la Mella Quintero SF, Gómez López L. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. Mediceletrónica [Internet]. 2017 [citado 14/06/2019];21(2):[aprox. 11 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S102930432017000200003&lng=es>
2. Organización Mundial de la Salud (WHO). Alcohol [Internet]. 2018 [citado 23 de junio 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
3. Rogge T. Trastorno por consumo de alcohol [Internet]. 2017 [citado 22 junio2019]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm>.
4. Méndez-Ruiz MD, de Jesús Alonso-Castillo MT, Alonso-Castillo MM, Uribe-Alvarado JI, Armendáriz-García NA. Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas [Internet]. 2015; 11(3):161-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80342807007>
5. Rodríguez Puente LA, Alonso Castillo BA, Alonso Castillo MM, Alonso Castillo MT, Armendáriz García NA, Oliva Rodríguez NN. Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas [Internet]. 2016; 12(4):200-206. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80348015002>
6. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report on Alcohol and health. [Internet] 2020. (Consultado el 15/02/2021). Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
7. Organización de las Naciones Americanas. El problema de las drogas en las américas: Estudios, Drogas y Salud Pública. Organización de los estados americanos. 2018 (Consultado el 23 de junio 2019). Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2020/drugsPublicHealth_ESP.pdf
8. Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana PROY- NOM-142SSA1/SCFI-2018. Bebidas Alcohólicas. Especificaciones Sanitarias. Etiquetado Sanitario y Comercial. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. México. (Consultado el 23/06/2019) Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Paginas/Inicio.aspx>.

9. Martínez Palenqué L. Comportamiento clínico-epidemiológico del alcoholismo. Policlínico Cristino Naranjo CMF 8-9, julio-diciembre 2016 [tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2017.
10. Rodríguez García FD, Sanchiz Ruiz ML, Bisquerra Alzina R. Consumo de alcohol en la adolescencia: Consideraciones médicas y orientaciones educativas. Salud Ment [Internet]. 2016 Jun [citado 20 Ene 2020];37(3):255-260. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300010&lng=es
11. Torres JR, Iglesias Duquesne M, Turró Mármol C. Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2000 [citado 20 Ene 2020];29(2): 103-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572000000200005
12. Garcia Do Nascimento P, Molerio Pérez O, Pedraza Duran L. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. Psicogente [revista en Internet]. 2016[cited 16 Nov 2019] ; 17 (31): [a p r o x . 2 0 p] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-1372014000100007.
13. Pérez Rosabal E, Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal R, González Osorio G. Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. MULTIMED Revista Médica Granma [Internet]. 2016 [citado 22 de junio 2019]; 20(2): 308-321. Disponible en: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/151/201_3
14. Barragán Martín AB, Martos Martínez A, Simón Márquez MM, Pérez-Fuentes MC, Molero Jurado MM, Gázquez Linares JJ. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. Eur. J. Develop. Educa. Psychop. [Internet]. 2016 [citado 2017 Dic 27]; 4(1): 49-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761692.pdf>
15. Roig Castro IS, Soler YM, Pérez Rosabal E, Pérez Rosabal R, Soler Sánchez KR. Programa educativo para favorecer conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes. MULTIMED Revista Médica Granma [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 27]; 21(3): 162-173. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/533/864>
16. Solórzano-Torres F, Narváez A, Alvarado-Villa G, Silva-Calle X, Guerrero-Solórzano J, Poveda-Icaza X, et al. La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en

- adolescentes. Revista Ciencia UNEMI [Internet]. 2016 [citado 2017 Dic 27]; 9(17): 8591. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5556796.pdf>
17. García Rodríguez T, Yong Medina CA. Consumo de alcohol en adolescentes: inicios, factores de riesgo e influencia familiar. Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana [revista en Internet]. 2014 [cited 19 Ene 2020] (Supl): [aprox. 16p]. Available from: http://www.revistahph.sld.cu/sup_e_s_p_2_0_1_4/_consumo_de_alcohol_en_adolescentes.html.
18. Alonso-Castillo MM, Yáñez-Lozano Á, Armendáriz-García NA. Funcionalidad Familiar y Consumo de Alcohol en adolescentes de Secundaria. Salud y drogas [Internet]. 2017; 17(1):87-96. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782009>
19. Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología. Análisis de la Situación de Salud. Cienfuegos, 2019.
20. Departamento de Estadística municipal. Dispensarización 2019. Municipio Cruces.
21. Calero A, Schmidt V, Bugallo L. Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción Adolescente. Salud y drogas [Internet]. 2016; 16(1):49-58. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611005>
22. Jiménez Vallejo S, Valadez Figueroa I. Diagnóstico participativo sobre consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de una secundaria nocturna. Investigación en Salud [Internet]. 2017; V (1):0. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200104>
23. Telumbre-Terrero JY, Sánchez-Jaimes BE. Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero, México. Salud y drogas [Internet]. 2018; 18(1):79-86. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758008>
24. Pérez de Corcho Rodríguez M A, Mármol Sónora L, García Díaz G, Vizcay Castilla M, Tomé López M M. Consecuencias sociales que produce el incremento del consumo de alcohol en adolescentes. MEDICIEGO [Internet]. 2017 [citado 25 Mayo 2018]; Vol.20 (Supl.2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%202_14/rev/T10.html
25. Almaguer Barroso B. Programa Educativo para fortalecer el valor responsabilidad ante el consumo de alcohol. [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014.

26. Amaro V, Fernández J, González M, Pardo M, Zunino C, Páscale A, García L, Pérez W. Consumo de alcohol en niños y adolescentes. Una mirada desde el tercer nivel de atención. SciELO [Internet]. 2016 [citado 27 Septiembre 2017]; Vol.87 (Supl.1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_serial&pid=1688-1249&lng=es&nrm=iso
27. Colqui Liz M, Ortega Ramos A, Salas Mujica M, Vaiz Bonifaz R. Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. Rev enferm Herediana, [Internet]. 2016 [citado 27 Septiembre 2017]; Vol.8 (Supl.2): [aprox. 89-96 p.]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?id=eNX-DhSIAC&pg=PA99&lpg=PA99&dq=adolescentes%2Balcohol%2Bintervenci%C3%B3n%2Bcienfuegos&source=bl&ots=KrTuBWEqW&sig=_xlmRdFXM4JJO89TbdWMfcXISel&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=adolescentes%2Balcohol%2Bintervenci%C3%B3n%2Bcienfuegos&f=false
28. Patterson Serrano I, Sandoval Ferrer J E, Vargas Roque L, Velázquez Julián J L, Rosado Amore N, Montes Pons A B. Nivel de conocimientos sobre alcoholismo en un grupo de adolescentes del Consultorio Médico de Familia No. 10 del Policlínico Universitario Norte del municipio Morón. MEDICIEGO [Internet]. 2017 [citado 5 Mayo 2017]; 20((Supl.1)): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/articulos/T2.html
29. Informe sobre alcohol. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2017. [[Links](#)]
30. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence: Epidemiology, Consequences, and Interventions. DtschArztebl Int. 2019;106(19):323-8. [[Links](#)]
31. Oliva Agüero C. Programa Educativo de Desarrollo de Percepción de Riesgo del Consumo de Drogas en Adolescentes. Municipio Playa. 2014-2015[Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

32. García-Allen J. El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente. Psicología y Mente [Internet]. 2017 [citado 27 enero 2019]; <https://psicologiaymente.net/psicologia>
33. Apud I, Romaní O. La Encrucijada de la adicción. Distintos Modelos en el Estudio de la Drogodependencia. Salud y drogas [Internet]. 2016; 16(2):115-125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
34. Valero Carmona M. Programa de Intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del Centro Mixto Escolar "Adolfo Ortiz. Tesis en opción al título de master. Cienfuegos; 2018.
35. López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo L. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. Psicothema [Internet]. 2018;22(4):568-573. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>
36. de la Villa Moral Jiménez M, Ovejero Bernal A, Sirvent Ruiz C, Rodríguez Díaz F J, Pastor Martín J. Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. Salud Ment [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Abr 16]; 32(2): 125-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200005&lng=es.
37. Espada Sánchez, JP, Pereira, JR, García-Fernández, JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. Psicothema [Internet]. 2018; 20(4):531-537. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720404>
38. Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. EDITA: Sociodrogaalcohol. Avda. Valcará, 18008023 Barcelona, I.S.B.N: 978-84-933094-3-5
[https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20(1).pdf?sequence=1)
39. Santander R S, Zubarew G T, Santelices C L, Argollo M P, Cerda L J, Bórquez P M. Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean adolescents. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Mar [citado 2018 Jun 08]; 136(3): 317-324.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300006>.

40. Ramírez Ruiz M, de Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2015; 13(1):813-818. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421851008>

41. Acosta LD, Fernández AR, Pillon SC. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2017; 19:771-781. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968014>

42. Sánchez-Ventura JG, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2018; XIV (56):335-342. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638750009>

43. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios A M, Albuquerque Fernández F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Nov 28]; 27(3): 355-370. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300006&lng=es

44. Fernández-Castillo, E., Molerio, O., Sánchez, D., Rodríguez, Y., & Grau, R. (2016). Desarrollo y análisis de confiabilidad del Cuestionario para la evaluación de percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en adolescentes cubanos. Psychologia: Avances de La Disciplina, 10(2), 13–25.

45. Rivas-Acuña, V., Carrillo-Hernández, L., Hernández-Díaz, V., & Hernández-Carrillo, F. Consumo de alcohol en adolescentes de un centro educativo de nivel medio Villa Hermosa Tabasco, México. Enfermería Herediana, 2018, 4(2), 71-76.

46. de la Villa Moral Jiménez M, Ovejero Bernal A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes: tendencias emergentes y percepción de riesgo. 2016. p. 71-87. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-2672011000100007

47. Isorna Folgar M, Fariña Rivera F, Sierra JC, Vallejo Medina P. Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. Suma Psicológica [Internet]. 2017; 22(1):1-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134238610001>

48. Ruiz Torres GM, Medina-Mora Icaza ME. La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, vol. 37, núm. 1, enero-febrero, 2018, pp. 1-8
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180050962011>
49. Duffy D. Consumo de alcohol en niños y adolescentes de 8 a 14 años. Factores y Percepciones asociadas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [Internet]. 2017; 6(1). Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333132568001>
50. Alonso-Castillo MM, Yáñez-Lozano Á, Armendáriz-García NA. Funcionalidad Familiar y Consumo de Alcohol en adolescentes de Secundaria. *Salud y drogas* [Internet]. 2017; 17(1):87-96. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782009>
51. Carrasco-Farfán CA, Quispe-Nolazco CM, Quispe-Nolazco JA, Ávalos-Moreyra L. Nuevas vías de administración de alcohol en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2015; 32(4):818- 819. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3634299002>
52. Pérez de Corcho Rodríguez M A, Mármol Sónora L, García Díaz G, Vizcay Castilla M, Tomé López M M. Consecuencias sociales que produce el incremento del consumo de alcohol en adolescentes. *MEDICIEGO* [Internet]. 2016 [citado 25 Mayo 2017]; Vol.20 (Supl.2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%202_14/rev/T10.html
53. Amaro V, Fernández J, González M, Pardo M, Zunino C, Páscale A, García L, Pérez W. Consumo de alcohol en niños y adolescentes. Una mirada desde el tercer nivel de atención. *SciELO* [Internet]. 2016 [citado 27 Septiembre 2017]; Vol.87 (Supl.1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_serial&pid=1688-1249&lng=es&nrm=iso
54. Copello Agüero O, Romero Hung M K, Viera Bravo A W, Tawe de Grills Ch, Hernández Roca C V, Aguilar Amaya R J, Crespo Flores M. Vías conductoras a la adicción e intercambio con el medio familiar en adolescentes alcohólicos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* [Internet]. 2016 [citado 6 Mayo 2017]; Volumen 13 (No.1): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
<http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro%201/vias%20conductoras.html>
55. Consejo General de la Psicología de España. Informe de resultados del Estudio

Sociológico “Juventud y Alcohol”- Fundación Pfizer. Infocop [Internet]. 2017 [citado 27 Septiembre 2017]; [aprox.1 p.]. Disponible en:

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4340

56. Enríquez Vilaplana S, Fernández Vidal A, Rueda Montoya V. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 Abr [citado 3 Jul 2018];15(2):217-228. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000200011&lng=es

57. Zurita F, Álvaro JI. Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes. Salud y drogas [Internet]. 2017; 14(1):59-70. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83931686006>

58. De la Paz López M. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de alcoholismo, [Internet]. CMS 82 CAV, Cuba; 2016 [citado 27 noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos104/intervencion-educativaadolescentes-riesgo-alcoholismo-cms-82-cav-cuba/intervencion-educativa-adolescentesriesgo- alcoholismo-cms-82-cav-cuba.shtml>

59. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín, S, Cadaveira, F. El consumo intensivo de alcohol en adolescentes. Adicciones [Internet]. 2018; 23(1):56-68. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122829030>

60. Cicua, D, Méndez, M, Muñoz, L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2018; 4(11):118-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671009>

61. Coronado Iglesias M, Gorrita Pérez RR. Algunos factores relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes. Medimay [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Jun 8]; 16(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/458>

62. Colectivo de autores. Experiencia en la prevención y control del consumo de alcohol. Argentina: Ministerio de salud; 2018. Disponible en: <http://msal.gov.ar/hm/site/enfr/contenidos/PDF/publicacionalcoho.pdf#page=79>

63. Argadoña A, Fontrodona J, García P. Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España. España: Universidad de Navarra; 2019.

64. García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., & García del Castillo-López, A., Dias, P. Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions*, 2017, 1, 5–74.
65. Becoña, E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles Del Psicólogo*, 2017. 28(1).
66. Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prev Sci*, 2016, 16, 487–507. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>
67. Adunola, M., & Molerio, O. Percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes, 2018. Tesis de Grado. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Anexos

Anexo 1

Acta de Consentimiento Informado al director del policlínico

Yo Dr. (a) _____ que ocupo el cargo de _____ he sido informado/a de su interés por la realización de un estudio de promoción, prevención y diagnóstico a adolescentes del Consultorio 19 de Marta Abreus con el objetivo de proponer un programa de intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol. Considerando la situación actual que presenta nuestro municipio respecto a esta problemática creo oportuno la realización de este trabajo y como constancia de aprobación firmo la presente.

Anexo 2

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Compañero(a) _____, de ____ años de edad y con CI nº _____, manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la investigación titulada: “Programa de Intervención psicoeducativa en adolescentes para aumentar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol”. Ha sido también informado/a de que la participación en el estudio es libre y voluntariamente, que sus datos personales serán protegidos y se garantiza la confidencialidad, eso quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos. Por eso los resultados de la intervención se almacenarán en archivos específicos creados especialmente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Estos datos no se incluirán en su historia clínica.

Tomando ello en consideración, OTORGAMOS EL CONSENTIMIENTO

INFORMADO para la participación en la investigación para cubrir los objetivos especificados.

Firma del padre o tutor

Anexo 3

Cuestionario para Adolescentes de Nivel Medio y Medio Superior. (Sección para alcohol del cuestionario de percepción de riesgo del Observatorio Argentino).

Edad: 1. De 12-13 años____ 2. De 14-15 años____

Sexo: Femenino____ Masculino____

Color de la piel: Blanco____ No blanco____

Lee atentamente las siguientes preguntas o afirmaciones, encierra en un círculo la que más refleje tu opinión.

En su opinión, cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que...

Ningún Riesgo leve Gran riesgo No sé qué

Riesgo o moderado riesgo corre

1. Toma una o dos copas casi todos los días. 1 2 3 4

2. Toma cuatro o cinco copas casi todos los días. 1 2 3 4

3. Toma cinco o más copas casi todos los fines de semana. 1 2 3 4

4. Tomas tranquilizantes/estimulantes/otros 1 2 3 4
medicamentos sin indicación médica mezclados
con bebidas alcohólicas una o dos veces.

5. Tomas tranquilizantes/estimulantes/otros 1 2 3 4
medicamentos sin indicación médica mezclados con
bebidas alcohólicas frecuentemente.

Debe responderse según los siguientes criterios:

Ningún riesgo 1

Riesgo leve o moderado 2

Gran riesgo 3

No sé qué riesgo corre 4

Evaluación:

Baja: 1 y 4

Media: 2

Alta: 3

Anexo 4

Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol. ⁽⁶⁵⁾

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

1. **_____** . Poseo información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros) _____

2. Tengo información de que el alcohol constituye una droga con potentes efectos adictivos _____

3. Me percato de que el consumo de alcohol tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar _____

4. Reconozco que el alcoholismo me expone a situaciones que implican un riesgo para mi proyecto de vida (accidentes, hechos delictivos, de indisciplina social o violencia) _____

5. Reconozco que el alcoholismo puede propiciar que sea rechazado por parte de otros (familiares, amigos, e incluso desconocidos) _____

6. **_____** Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo, pero no me considero en riesgo de experimentarlos y/o sufrirlos _____

7. Conozco que el alcoholismo puede afectar la vida de quienes me rodean _____

8. Reconozco que el alcoholismo es una enfermedad _____

9. Tengo claridad sobre la cantidad de alcohol que consumo diariamente _____

10. **_____** . Poseo información de a quién y/o dónde hay que dirigirse en caso de consumo de alcohol decidir abandonar el _____

11. Pienso que cuento con recursos suficientes para dejar de beber alcohol cuando yo lo decida _____

12. Cuando pienso en las bebidas alcohólicas me vienen a la mente historias y sucesos relacionados con personas alcohólicas que he conocido y eso me causa rechazo al consumo de alcohol ____

13. Soy de los que piensan que sin alcohol no hay fiestas porque lo considero pasarla bien ____ indispensable para

14. Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna ____

15. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo, pero beber y decido hacerlo contradictoriamente siento la necesidad de

16. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo, pero los ignoro sin contradicciones ____ que ello me genere

17. Cuando conozco de los efectos dañinos que el alcoholismo ha tenido en la vida de otras personas (conocidos, amigos o familiares) experimento contradicciones que me hacen dudar de cuestionarme si seguir bebiendo o no ____

18. Experimento motivaciones contrapuestas con relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo ____

19. Algunos efectos del alcoholismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de consumirlo ____

20. Me gustaría lograr dejar de beber alcohol para complacer a mi familia y amigos ____

21. Me gustaría lograr dejar de beber alcohol porque estoy convencido de los efectos dañinos que me provoca en diversas áreas de mi vida personal, familiar y social ____ e

22. En varias ocasiones he llegado a tener estados de embriaguez (borrachera) ____

23. Cuando por alguna razón paso dos o tres días sin beber alcohol me siento mal y experimento una intensa necesidad de hacerlo ____

24. Bajo el efecto del alcohol he tenido prácticas sexuales consideradas riesgosas (sin protección, con desconocidos, promiscuidad) ____

25. He conducido un vehículo bajo el efecto de bebidas alcohólicas ____

26. Bajo el efecto del alcohol he provocado problemas y conflictos

27. He buscado información especializada para dejar de consumir alcohol ____

28. Intento evitar situaciones que tengo que precipitan mi deseo de consumir alcohol ____

29. Estoy poniendo en práctica acciones para dejar de beber alcohol con inmediatez ____

30. Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 6 meses ____

31. Me he planteado dejar de beber alcohol en los próximos 30 días y estoy haciendo planes y tomando medidas para lograrlo ____

32. Siento motivación por dejar de beber alcohol y lo intento hacer sin la ayuda de otros ____

33. Siento motivación por dejar de beber alcohol pero siento la necesidad de contar con la ayuda de otros, ya sea de familiares y amigos o de ayuda especializada ____

34. He intentado dejar de beber alcohol, pero no lo he conseguido ____

35. No planeo disminuir en un futuro próximo la cantidad de alcohol que consumo ____

36. He intentado dejar de beber alcohol y lo he conseguido por algún tiempo pero luego he vuelto a consumirlo ____

Leyenda

Informativa-valorativa

Afectiva-motivacional

Intencional-conductual

Anexo 5

Cuestionario de problemas vinculados con el alcohol

1. ¿Ha notado alguna vez que gasta más dinero del debido en beber?
2. ¿Ha usado alguna vez el alcohol para atenuar tensiones?
3. ¿Alguien le ha molestado con críticas por usted beber?
4. ¿Ha tenido alguna vez discusiones con familiares o amigos después de beber?
5. ¿Ha tenido usted dificultades en la escuela ocasionadas por la bebida?
6. ¿Ha llegado alguna vez tarde a la escuela porque ha estado embriagado el día anterior?
7. ¿Ha perdido alguna vez un día de estudio como resultado de haberse embriagado el día anterior?
8. ¿Ha recibido alguna vez orientaciones de su médico, profesores y familiares para que no beba o beba menos?
9. ¿Ha tenido alguna vez problemas de salud debido a la bebida?
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez que después de beber no recuerda lo que hizo la noche anterior?
11. ¿Ha notado alguna vez que cuando comienza a tomar no puede detenerse?
12. ¿Después de beber ha notado alguna vez que sus manos tiemblan a la mañana siguiente?
13. ¿Alguna vez ha bebido por la mañana para calmar sus nervios?

De 4 a 5 preguntas afirmativas se puede considerar consumo peligroso de alcohol y se recomienda su disminución inmediata y la eliminación, de forma progresiva, del alcohol en su estilo de vida. Si el número de respuestas es mayor de 5, debe consultar a su médico, ya que existen posibilidades de que se encuentre en la etapa de consumo perjudicial de alcohol.

Anexo 6

Cuestionario

Estimado estudiante, el presente cuestionario forma parte de un estudio que se está realizando para conocer tus opiniones acerca de algunos aspectos relacionados con el consumo de alcohol. Este cuestionario es de solución fácil y rápida. La información aportada por usted será procesada de manera confidencial y anónima, por lo que le pedimos que sea lo más sincero(a) posible en sus respuestas, pues ello contribuirá a los resultados de nuestra investigación. Por su colaboración muchas gracias.

Edad ____años Sexo: M__ F__ Color de la piel Blanco__ No blanco__

1. ¿Has consumido alcohol en algún momento de tu vida?

__ una vez

__ algunas veces

__ con frecuencia

__ casi todos los días

__ nunca

2.- De los lugares que aparecen a continuación, marque con una cruz los que existen en el lugar donde vives y de estos, complete el resto de las opciones según sea el caso.

Lugares	Existen en el lugar donde vivo	Está abierto al público	Tengo Acceso	Participo
Salas de juego				
Cafeterías				
Casa de cultura				
Museos				
Galerías de artes				
Teatro				
Discoteca				
Cine				
Cabaret				

Áreas deportivas				
Centros deportivos				
Otros (especifique)				

3.- ¿Tienes algún familiar que consuma bebidas alcohólicas en el hogar?

__mi papá

__mi mamá

__mi hermano(a)

__mi tío(a)

__mi abuelo(a)

__otros familiares ¿Cuáles? _____

__no

4.- ¿Conoces alguna legislación en el país sobre la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad?

Sí ____ No ____

5.-Diga si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

__el alcohol es un estimulante

__cuando se está embarazada lo mejor es no beber alcohol

__el alcohol mejora la actividad sexual

__beber alcohol en exceso provoca daños al hígado, al corazón y al cerebro

__el alcohol sirve para enfrentar el frío

__el alcohol es una droga

__ el consumo abusivo de alcohol generalmente provoca dependencia

__el alcohol incrementa sensiblemente la posibilidad de sufrir accidentes

__solo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter o carentes de moral

6.- ¿Crees que el alcohol es dañino para la salud?

Sí ____ No ____ No sé ____

7.- Si la respuesta anterior es afirmativa marca con una X:

__las personas tienen mal aspecto

__son agresivos

__las personas se enferman

___ pueden provocar accidentes

___ otros ¿Cuáles? _____

8.- ¿Cuándo tú consideras que una persona es alcohólica? Marque con una X la o las que consideres:

___ cuando una persona consume alcohol de 2 a 3 veces por mes

___ cuando consume todos los días

___ cuando la persona no puede controlar el consumo cuando comienza a beber

___ cuando la persona necesita el alcohol para hacerle frente a las actividades cotidianas ___ cuando una persona consume alcohol de forma ocasional

9.- ¿Cuál consideras debe ser la edad ideal para iniciarse en el consumo de bebidas alcohólicas? ___ de 12 a 15 años

___ de 16 a 18 años

___ de 19 a 21 años

___ a partir de los 22 años

10.- Lo que sabes sobre el alcohol lo has aprendido (Puedes marcar varias alternativas)

___ a través de mis padres

___ de mis hermanos

___ de mis amigos

___ de periódicos y revistas

___ de la radio y televisión

___ de la escuela

___ en la calle

___ de los libros y conferencias informativas

___ no he recibido ninguna información

___ otra ¿Cuál? _____

11. ¿Cómo evaluaría usted el programa educativo?

1). Necesario ___

2). Adecuado ___

3). Inadecuado ___

Anexo 7

Programa psicoeducativo en adolescentes para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol.

Título: Alcohol. ¿Expectativa o realidad?

Autor: Lic. Maikel Valero Carmona

Justificación

El consumo de drogas es un problema de salud pública a nivel mundial que ha aumentado en los últimos veinte años, y es una de las causas principales que perturban la vida en comunidades y alteran la convivencia en las familias y la sociedad. ⁽²⁾

Actualmente, el consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública debido a la magnitud del consumo y a las múltiples consecuencias físicas, psicológicas y sociales que provoca en la población en general. No obstante, se ha identificado aumento del consumo de este particularmente en adolescentes y jóvenes de 14 a 19 años de edad. Este fenómeno ha provocado la muerte de 2 millones 500 mil adolescentes cada año, a nivel mundial. ^(3, 62)

Diversos estudios realizados en distintos países concuerdan en señalar que el consumo de sustancias psicoactivas se inicia a edades cada vez más tempranas. Las indagaciones provenientes tanto de Europa como de Oriente y Estados Unidos muestran que son las sustancias legales, como el tabaco y el alcohol, las que se consumen más precozmente. Asimismo, el consumo de bebidas alcohólicas en América Latina es una constante preocupación para los especialistas y las autoridades. Datos estadísticos ponen de manifiesto cambios preocupantes en los hábitos de los adolescentes en cuanto al consumo de este tipo de bebidas. Cabe destacar que, en Latinoamérica, se ha señalado que son las sustancias legales las que se consumen más tempranamente, con un inicio aproximado entre los 10 y 14 años, el consumo temprano impacta en la conducta de uso de alcohol y los problemas relacionados con esta droga. Asimismo, la edad modula el rol de distintos factores de riesgo y de protección asociados con una mayor o menor probabilidad de uso y abuso de alcohol. Los efectos de la administración aguda y crónica de alcohol también se diferencian según la etapa de desarrollo. Por otra parte, el inicio temprano del uso de alcohol se asocia de manera marcada con la aparición de problemas por el consumo de alcohol. ^(4, 63)

El consumo de alcohol es un problema de salud pública, en virtud de representar la primera causa de accidentes y tercera causa de muerte en el mundo (OMS, 2015). En América Latina la situación no es diferente, se estima que 38 millones de adolescentes consumen esta sustancia, considerando al alcohol como la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre ellos (INEGI, 2012; OPS, 2012). Lo anterior puede explicarse en razón de que la adolescencia es una etapa de transición y de exposición al riesgo, por la búsqueda de experimentación de nuevas conductas, sensaciones y emociones, por ello es la población más vulnerable para consumir alcohol; dado que el consumo de esta sustancia en la adolescencia parece mostrar que es una forma de adaptarse a la sociedad. (5, 64)

En la mayoría de los países latinoamericanos el uso de bebidas alcohólicas forma parte de la vida cotidiana, como un acto social y cultural consolidado dentro de las costumbres sociales. Además de existir una tolerancia para el consumo de alcohol riesgoso, sobre todo cuando el abuso está ligado a situaciones de fiesta y diversión. El alcohol, es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos. ⁽⁸⁾

El consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas de la vida con reportes de inicio de hasta diez años de edad es una tendencia creciente a nivel mundial. Cuba no está ajena a este fenómeno reportándose en varios estudios el consumo de riesgo por partes de este grupo de edad, este fenómeno vinculado a una cultura que favorece el hábito de consumir alcohol y la exposición de los adolescentes al tóxico nos motiva a la realización de un programa psicoeducativo que permita desarrollar la percepción de riesgo en esta etapa de la vida.

Objetivo General

- ❖ Desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del Consultorio 19° en el municipio Cruces.

Objetivos Específicos

- ❖ Desarrollar el nivel de conocimiento referente al alcohol, su potencial adictivo y los efectos asociados a su consumo.
- ❖ Incrementar conocimientos sobre el riesgo de consumir alcohol.

- ❖ Estimular en los adolescentes la percepción de vulnerabilidad respecto al consumo de alcohol.
- ❖ Desarrollar habilidades en los adolescentes que les permita tomar decisiones responsables en cuanto al hábito de consumo de alcohol.

Límites

- ❖ **De espacio:** El programa fue diseñada para desarrollarse en el consultorio 19 del municipio Cruces
- ❖ **De tiempo:** El tiempo de duración de la implementación del programa es de 9 semanas, con una frecuencia semanal. El tiempo de duración de cada sesión no debe exceder los 45 minutos.

Destinatarios

Adolescentes de 12 a 15 años de la comunidad de Marta Abreu

Recursos

Recursos materiales.

- ❖ Local con adecuadas condiciones materiales, de iluminación, ventilación y la cantidad de sillas necesarias de acuerdo con el tamaño del lugar.
 - ❖ Pizarra o papelógrafo, papel y lápiz.
 - ❖ Manual de las técnicas para la evaluación inicial, final y de seguimiento.
 - ❖ Televisor o computadora.
 - ❖ Materiales de apoyo para el desarrollo de las sesiones grupales.
1. Tríptico ¿Por qué debemos hablar sobre el alcohol?
 2. Hoja de ejercicios Identificando riesgos
 3. Película Expectativa o realidad y guía para el video debate.
 4. Hoja de ejercicios ¿Cómo soy?
 5. Lista de creencias erróneas sobre el alcohol y material de apoyo para el facilitador.
 6. Hoja de ejercicios Escalera sobre el consumo
 7. Video animado “Poeta huevos en Brandy Huevo Totote”.
 8. Hoja de ejercicios la escalera mágica
 9. Material sobre técnicas asertivas, sobre pasos solución de problemas y material de apoyo para el facilitador.

Recursos Humanos

- ❖ Psicólogos del área de salud municipal
- ❖ Psicopedagogo del centro
- ❖ Profesores guías de los grupos

Programa

- ❖ Para lograr los objetivos, se realizarán actividades psicoeducativas con integración de técnicas participativas y psico-dramáticas, de modo que el conocimiento llegue de forma interactiva, dinámica y divertida para lograr de esa forma mayor aceptación por el grupo.

Sesión # 1

Título: “Presentando mi programa”

Objetivo: Explicar el funcionamiento general del programa.

Motivación: Utilizaremos la técnica participativa de presentación “*El patio de mi casa*” la cual tiene por objetivo propiciar que los sujetos del grupo se conozcan, cuenta con un tiempo de duración de 15 minutos. El procedimiento para la misma es formando dos círculos, uno dentro del otro. Se orienta que ambos den una vuelta y las personas que queden frente a frente se presentarán. Se orienta dar un paso y así sucesivamente hasta que todos hayan sido presentados.

Desarrollo: En esta primera sesión se les explica a los participantes cuáles son los objetivos del programa, la duración de este y lo que se espera de ellos, en cuanto a su colaboración. Una vez hecha la introducción, se les proporciona el documento que contiene el consentimiento informado para que lo firmen y de esta manera formalizar un compromiso en lo referente a la participación.

Cierre: se le entrega a cada participante un papel en blanco. En él deben escribir qué esperan aprender del programa y luego cada uno lo lee al colectivo. Se elabora un documento colectivo y se pega en el mural para su revisión al finalizar cada sesión.

Sesión # 2

Título: “Porque debemos hablar de alcohol”

Objetivo: Argumentar conocimientos sobre los efectos adversos del consumo de alcohol y su significación social.

Motivación: Video animado “Poeta huevos en Brandy Huevo Totote”.

Este video presenta los protagonistas de la película de huevo cartón haciendo distintos comerciales de bebidas alcohólicas. Es muy útil para comenzar el debate con los adolescentes ya que demuestran de una manera audiovisual y humorística como las personas consumidoras de esta sustancia van perdiendo el control. Se relaja el grupo y se provoca la risa creando un clima adecuado para recomenzar el trabajo.

Desarrollo de la sesión: Identificando riesgos

Objetivos:

- ❖ Analizar el registro de consumo semanal de alcohol de los participantes.
- ❖ Reflexionar sobre los patrones de consumo identificados y los riesgos que implican.

Procedimiento: El facilitador se asegura de que los participantes comprendan lo que se entiende por conducta o comportamiento de riesgos asociados al consumo de alcohol y su relación con la salud. Posteriormente se les da una hoja de ejercicios elaborados para dichos efectos denominada *Identificando riesgos* (Material # 2). Se les concede el tiempo suficiente para que cada participante conteste todos los ítems teniendo en cuenta los datos del registro de consumo confeccionado. El material *Identificando riesgos* incorpora otras tendencias de consumo que pueden no aparecer por razones fortuitas en el registro de consumo. Una vez terminado el ejercicio, el facilitador les da la clave para calificar el ejercicio. La calificación debe ser realizada por otro miembro del grupo, quien debe luego devolverle la hoja de ejercicios a su propietario. A continuación, se le realiza al grupo una serie de preguntas para su debate colectivo.

- ¿Con que frecuencia consumen alcohol?
- ¿Dónde prefieren consumir?
- Describa una situación que consideren de mayor riesgo para acudir al consumo.
- Exponga las razones que fundamentan esa situación de riesgo.
- Si usted pudiera cambiar algunas de las características de su consumo de alcohol, ¿Cuáles serían?, ¿Cómo piensa que puede lograrlo?

No es obligatoria la participación de todos los adolescentes, solamente los que deseen, pero el facilitador debe tener la habilidad de fomentar la confianza grupal de manera que un miembro “rompa el hielo”. Los demás miembros del grupo solo escuchan al miembro que está interviniendo y al final no se emiten valoraciones grupales en relación con las aportaciones individuales. No obstante, es importante que el grupo agradezca la intervención individual de cada miembro, resaltando su aporte al desarrollo de cada uno como miembro del grupo.

Materiales: Hoja de ejercicio *Identificando riesgos* y lápiz

Técnica de cierre: Tres sillas

Objetivo: Explorar las principales vivencias y emociones generadas durante la sesión.

Procedimiento: Se colocan tres sillas vacías en el centro del círculo. La primera silla representa el momento antes de la sesión, la segunda durante la sesión y la tercera después de la sesión. Cada uno de los miembros debe ir ocupando las sillas mientras expresa cómo se ha sentido en estos diferentes momentos: antes, durante y después de la actividad.

Sesión # 3

Título: Mitos y creencias sobre el alcohol.

Objetivo: Que los adolescentes aprendan a identificar los mitos creados respecto al consumo de alcohol.

Técnica de inicio: Proyección del video. Expectativa o realidad.

Objetivo: Que los adolescentes participantes observen a través de una película las creencias erróneas que se hace el consumidor y la realidad del mismo.

Materiales: Televisor

Desarrollo de la sesión: Los adolescentes deberán debatir el filme respondiendo a preguntas como:

¿Qué aspectos del video les resultaron interesantes?

¿Se han identificado con alguna de las situaciones vistas en el material?

¿Qué opinan sobre consumir alcohol para tener relaciones sexuales?

¿Consideran que para divertirse en las fiestas es necesario consumir alcohol?

¿Se visualizan en algún momento de sus vidas como los protagonistas si siguen consumiendo alcohol?

¿Consideran que la visualización del video les ha servido para identificar algunos mitos y creencias erróneas con respecto al consumo de alcohol?

Técnica central: Erradicando mitos y creencias

Objetivo: Reforzar la desmitificación de creencias erróneas en los adolescentes con respecto al consumo de alcohol.

Procedimiento: Luego de la proyección de la película y su video debate se divide el grupo en equipos y se les distribuye una hoja que contiene enumeradas una serie de creencias relacionadas con el consumo (Material # 3). Cada equipo escoge algunas creencias y tendrán 5 minutos para identificar los aspectos reales y los erróneos que se evidencian en cada creencia. Se les debe recomendar que se nutran de las informaciones manejadas con anterioridad. Luego cada equipo tendrá la responsabilidad de exponer sus generalizaciones al grupo en un tiempo de 4-5 minutos, centrándose en dar respuestas a las siguientes demandas: ¿Qué aspectos de estas creencias resultan ser reales y cuáles no? ¿Por qué? Ante cualquier duda o error el facilitador debe esclarecerles apoyándose en un material confeccionado para tales efectos (Material # 3.1).

Cierre: Definir en una palabra cómo se han sentido y que han aprendido para ver si se cumplieron las expectativas de la sesión.

Sesión # 4

Título: Identificando mi consumo

Objetivo: Que los adolescentes del grupo sean capaces de identificar en ellos el tipo de consumo de alcohol que poseen.

Técnica de inicio: Proyección de la video clase de borrachos.

Objetivo: Promover la reflexión en los miembros del grupo.

Procedimiento: Luego del saludo al grupo se realiza un recordatorio breve de los temas dados hasta el momento, seguido el facilitador realizará una introducción del video que se proyectará y se les pide a los participantes que lo observen para su posterior dramatización.

Materiales: Televisor

Técnica central: Cuestionario CAGE (Material # 4).

Objetivo: Estimular el reconocimiento de los patrones de consumo personal de alcohol.

Procedimiento: Para el registro del consumo de alcohol se le orienta a cada integrante que realice el cuestionario que se le entregará y se le dan 5 minutos para su realización, luego se les entrega la clave para que ellos mismos se califiquen su consumo y se debate sobre los mismos. Ante cualquier duda el facilitador debe esclarecerles apoyándose en el material confeccionado para tales efectos (Material # 4.1) **Materiales:** Lápiz y Cuestionario CAGE.

Técnica de cierre: Una palabra

Objetivo: Obtener valoraciones individuales de los miembros con respecto a la sesión y sus expectativas para con el programa.

Procedimiento: Para terminar la sesión cada miembro debe referirse a una palabra que caracterice la actividad compartida y una palabra que describa cómo se sintieron ante las informaciones manejadas en la actividad.

Sesión # 5

Título: Promoviendo la reflexión.

Objetivo: Lograr que los participantes reflexionen sobre las consecuencias del alcoholismo.

Técnica central: Técnica “Psicodrama” (variante)

Objetivo: Ayudar a los sujetos a reflexionar acerca de sus actitudes en sus interrelaciones y sus consecuencias en el desarrollo de la personalidad, el bienestar y en la convivencia.

Materiales: Local, hojas de papel y lápiz.

Tiempo: De 25 a 30 minutos.

Procedimiento: Se introduce la actividad hablando sobre la representación de papeles y que es una técnica educativa que permite a los sujetos asumir el rol de otra persona, así practican el sentir, hablar y actuar como otra persona. La representación de papeles ayuda a los “actores” a incrementar su conocimiento acerca de los demás y permite que la audiencia observe la forma en que se comporta la gente ante diferentes situaciones. Se forma un equipo para cada situación propuesta a dramatizar. Los papeles deben elegirlos en el equipo.

Se conceden 5 o 10 minutos para la preparación.

Se pide al primer grupo que dramatice su situación, luego se discute lo ocurrido con todo el equipo.

Propuestas a dramatizar:

- Padre alcohólico que al llegar a la casa tiene una conducta violenta con la esposa y la hija adolescente.
- Bebedor agresivo con el grupo de amigos.
- Padres con hijos adolescentes consumidores de alcohol.
- Adolescente que se contagia con Infecciones de Transmisión Sexual por tener relaciones desprotegida y promiscuas bajo los efectos del alcohol.

Puntos de discusión:

¿Cuál es la actitud del padre alcohólico? ¿Qué opinan?

¿Cuál es la actitud de la esposa y la hija? ¿Qué opinan?

¿Qué opinan de los bebedores que son agresivos con sus amigos?

¿Qué opinan de las relaciones sexuales desprotegidas bajo el consumo de alcohol? ¿Cómo se sentirían en el caso de enterarse que se enfermaron con una ITS estando bajo los efectos del alcohol?

Técnica de cierre: Técnica “Despedida” **Objetivos:**

- ❖ Reforzar los estados emocionales que se han provocado en la sesión de trabajo.
- ❖ Fortalecer la comunicación.

Materiales: Ninguno

Tiempo: 5 minutos.

Procedimiento: Se hablará de que sería conveniente para todos pensar en lo que sucedió en la sesión de trabajo. Se estimulará para que lo hagan. Se les solicitará que piensen en una palabra que pueda expresar lo que opinan. Se dará unos minutos para ello. Cada participante dirá esa palabra, sin necesidad de reflexionar acerca de la misma.

Sesión # 6

Título: Identificando mis actitudes.

Objetivo:

- ❖ ¿Que los adolescentes aprendan a identificar actitudes negativas?
- ❖ ¿Promover actitudes positivas?

Técnica central: “Representando” **Objetivos:**

- ❖ Estimular a la reflexión acerca de la preferencia o rechazo de determinadas actitudes de la vida cotidiana.
- ❖ Lograr un estado emocional agradable en el grupo.

Materiales: Bolsa de tela, tarjetas.

Tiempo: De 20 a 30 minutos.

Procedimiento: Se introduce la actividad hablando acerca del teatro, la representación en este y lo que significa ser artista. Se les propone que serán actores y asumirán los papeles que ellos escojan al azar en la bolsa.

Se puede ejemplificar a través del coordinador.

Se pide voluntarios para ser “actores” o “actrices”. Pueden emitir criterios.

Cada 2 representaciones, se pedirán opiniones al grupo acerca de los roles más o menos atractivos.

Papeles a representar:

- Borracho alegre
 - Borracho agresivo
 - Conductor de vehículo borracho
 - Padre con hijo adolescente consumidor de alcohol
 - Adolescente que se divierte en las fiestas bailando sin consumir alcohol
 - Deportista con resultados de alto rendimiento
- Puntos de discusión:**
- ¿Fue difícil hacer de actor?
 - ¿Te gusta el papel que representaste?
 - ¿Cuáles papeles te gustaron más?
 - ¿Cuáles te gustaron menos?
 - ¿Lo hubieras hecho de otra forma?
 - ¿A cuál te gustaría parecerte?
 - ¿A cuál no te gustaría parecerte?

Técnica de cierre: “La espiral”

Objetivo: Animación

Procedimiento: El juego consiste en “enroscarse” todo el grupo, hasta quedar lo más apretado posible para favorecer el sentimiento de grupo, la acogida y el contacto de los participantes.

Desarrollo: El grupo formará una larga cadena, tomados de las manos. La persona que está en un extremo comenzará a girar sobre sí misma, mientras el resto de la cadena girará en sentido contrario, hasta quedar todos apretados en un fuerte abrazo.

Sesión # 7

Título: Prevenir la enfermedad

Objetivo: Que los participantes identifiquen recursos personológicos que favorezcan el bienestar.

Técnica central: “¿Qué hacer para no enfermarse?” **Objetivos:**

- ❖ Identificar la imagen que se tiene del estado de salud.
- ❖ Enriquecer los conocimientos acerca de cómo cuidar su salud, arribando, de criterios individuales a criterios colectivos.

Materiales: pizarra, tiza y pancartas.

Tiempo: 20 minutos.

Procedimiento: Se introduce la actividad hablando acerca de la salud, su importancia, las enfermedades y sus consecuencias y cómo cada sujeto toma decisiones que pueden favorecer su salud o perjudicarla. Se pedirán criterios al respecto.

El grupo dispondrá de 5 minutos para pensar en qué hacer para no enfermar.

Posteriormente, en lluvia de ideas, expondrán criterios acerca de medidas posibles para cuidar su salud. Se explica que la lluvia de ideas significa que no hay discusión o juicio. Todas las medidas se escribirán en la pizarra.

Cuando se termine la lluvia de ideas, se pedirá que reflexionen acerca de los criterios semejantes, para agruparlos y llegar a los criterios generales del grupo.

Técnica de cierre: Conociéndonos más...

Objetivo: Fomentar el autoconocimiento y la autoestima en los miembros del grupo.

Procedimiento: Inicialmente se le pide a cada uno de los miembros del grupo que se definan a sí mismos tal y como ellos se ven, situándose en un continuo de adjetivos positivos negativos (Material # 5). Seguidamente se les pide a los adolescentes que imaginen que no son atractivos físicamente, o que son buenos adolescentes. Se les orienta que anoten pensamientos, sentimientos y consecuencias asociadas en cada caso (Material # 5.1). Una vez que se concluye el ejercicio, se explica que es el autoconcepto, variables que lo determinan y como se forma (Material 5.2)

Sesión # 8

Título: Debate de programa

Objetivos: Que los participantes conozcan la legislación vigente en el país sobre el consumo de alcohol.

Técnica central: “Dinámica de congreso”

Objetivo: Reflexionar acerca de un tema seleccionado o de temas que puedan constituir un problema a discutir.

Materiales: Mesa, mantel, carteles, teléfono celular.

Tiempo: 40 minutos.

Procedimiento: Se distribuye el documento en partes, según las necesidades del grupo, dándole uno a cada equipo (Material # 6).

Se les pide que nombren a un coordinador y se anoten los datos en forma de ponencia, con una pequeña introducción.

El coordinador de la dinámica, prepara una mesa con mantel, jarras y vasos de agua y unos pequeños cartones, para que el representante de cada uno de los equipos escriba el nombre de su “grupo científico”.

En el pizarrón se puede escribir notas promocionales alusivas al “Congreso Mundial”. Antes de terminar el tiempo de lectura del documento, se explica al grupo que se trabajará en forma de congreso, en el que cada uno va exponer en 10 minutos, como si fuera un experto, la información que obtuvieron.

Se le pide a cada equipo, escoger el nombre de un grupo o institución de estudio científico vinculado al tema.

El grupo elige al “presidente del congreso”, quien inaugurará, clausurará, presentará los ponentes, leerá su “currículum” y controlará los tiempos.

La función del coordinador es hacer aclaraciones y redondear las respuestas, si fuera necesario.

Llegarán a conclusiones: el éxito de esta dinámica depende de la creatividad del coordinador. Puede elaborar un cartel, previo a la dinámica, con letreros que expongan

“Congreso Mundial sobre Alcoholismo”; preparará auxiliares que finjan tomar fotos y hagan pequeñas entrevistas, como si fueran de la prensa.

Conclusiones: Se explicará la utilidad de la dinámica y que en un tiempo relativamente corto se puede analizar un material extenso. Se resaltarán que el trabajo coordinado de equipo coadyuva a la capacidad de síntesis.

Se concluye con el análisis del trabajo y rendimiento de todo el grupo.

Técnica de cierre: Compartir como se han sentido y que han aprendido. Se analiza en el colectivo si se cumplieron las expectativas del día.

Sesión # 9

Título: Que aprendí

Objetivo: Fortalecer el compromiso personal con la adopción de comportamientos saludables.

Técnica central: La tienda de soluciones para evitar y/o reducir el consumo de alcohol

Objetivos:

- ❖ Identificar posibles estrategias o actitudes para evitar o reducir el consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Reconocer los beneficios asociados a un consumo responsable de alcohol.

Procedimiento: Se les da un tiempo de 15 minutos a los miembros para que enumeren y definan una serie de artículos de venta que debe tener una *tienda de soluciones para evitar y/o reducir el consumo*. Luego ellos deben entregar el listado de artículos al facilitador, quien los analiza e incorpora nuevos artículos si lo

considera necesario o pertinente. Del otro lado, se orienta a cada estudiante que valore del listado de artículos, cuáles necesita, cuáles le serían más útiles y por qué. En base a estos mismos análisis cada estudiante debe posteriormente pasar a la tienda y hacer la compra de los artículos necesarios.

En el local de trabajo del grupo se colocan mesas o sillas que simbolizan una tienda. Dentro de la tienda se ubica el facilitador, quien asume el rol de vendedor. Este rol debe ser activo, persuasivo y persistente, siempre estimulando la reflexión del comprador en cuanto al artículo de interés y sugerir otros artículos también en función de sus beneficios y las necesidades individuales conocidas por el facilitador durante el transcurso del programa. Se recomiendan artículos (soluciones) como:

- Recordar las experiencias y metas propuestas durante la experiencia
- Recordar las consecuencias negativas del consumo sufridas por alguien
- Apelar al compromiso realizado con sus padres, amigos y personas significativas para tomar la decisión de no consumir o realizarlo de manera moderada
- Planificar actividades recreativas con amigos donde no esté presente el alcohol
- Organizar mejor mi tiempo
- Tener mayor claridad en mis metas y mi proyecto de vida
- Establecer prioridades
- Comprender que el alcohol no quita el estrés
- Buscar nuevas alternativas para solucionar conflictos y problemas
- Realizar otras actividades como bailar, platicar con los amigos, participar en juegos de mesa, y concentrarse en escuchar la música
- No mezclar bebidas alcohólicas
- Evitar los lugares y las personas que me inciten a consumir
- Pedir a los amigos que no ofrezcan alcohol o que consuman a mi alrededor
- Solicitar ayuda especializada **Técnica de cierre:** No diga nunca, no puedo.

Objetivo:

- ❖ Desarrollar en los participantes la autoeficacia en relación con la capacidad de regular su nivel de consumo de alcohol.
- ❖ Fomentar la motivación hacia el cambio.

Procedimiento: El facilitador debe apoyarse en un papelógrafo cuyo contenido es un dibujo que grafica la escalera por la cual puede transitar la actitud de las personas frente a las situaciones adversas (Material # 7). Se les orienta a los adolescentes que recuerden algunas situaciones adversas en las que han estado inmersos (conflictos con familiares, estrés académico, conflictos de pareja, situaciones en que no ha querido beber, pero se ha sentido presionado de hacerlo o imposibilitado de no hacerlo), que seleccionen una y valoren en cada una de ellas, con la ayuda de la figura, los siguientes aspectos.

- ¿En qué escalón se ubicaría usted? ¿Por qué?
- ¿Cómo se ha sentido en ese escalón?
- ¿Qué razones han condicionado que esté en ese escalón?
- ¿En qué escalón usted cree que lo ubican los demás?
- ¿En qué escalón preferiría estar? ¿Por qué?
- ¿Por qué este escalón y no otro? (escoger preferentemente el escalón anterior) ¿Qué le hace diferente?
- ¿Cuáles de sus características le podrían llevar a este nuevo escalón?
- ¿Cuál sería el primer paso para estar en el escalón que desea?

El estudiante debe anotar en una hoja sus valoraciones. Luego de un tiempo (tiempo necesario para que concluyan la reflexión) los adolescentes que deseen compartir sus reflexiones podrán hacerlo.

Materiales: papelógrafo con la figura titulada La escalera mágica, papel y lápiz. **Evaluación del programa de intervención psico-educativa**

- ❖ **Evaluación o diagnóstico inicial:** Esta primera evaluación se lleva a cabo en el primer encuentro con el facilitador, quien debe realizar la exploración de la percepción de riesgo, los factores protectores y de riesgo en los adolescentes, pudiendo, además (si se considera pertinente), incorporar una breve exploración psicológica de los integrantes del grupo que permita orientar una atención individualizada. Anteriormente se han citado como sugerencias algunas técnicas de exploración psicológica para llevar a cabo el diagnóstico; no obstante, la selección de las técnicas debe ser realizada por el facilitador en función del proceso de diagnóstico.
- ❖ **Evaluación del proceso:** Incluye la evaluación, tanto desde el punto de vista grupal, como individual atendiendo a los objetivos propuestos en cada sesión. Las técnicas de cierre de las sesiones, en su mayoría, ofrecen dichas informaciones. No obstante, la observación a la dinámica grupal, al grado de participación, calidad y amplitud de las reflexiones de los adolescentes durante las sesiones también aportan informaciones de cómo se van cumpliendo progresivamente los objetivos propuestos (Material de apoyo # 8).

Se tendrá en cuenta el análisis, por parte del grupo, de las características del programa, el intercambio de criterios y reflexiones en torno a las relatorías y sucesos descritos en ellas. De esta forma se valorará el cumplimiento o no de las expectativas y se realizará la autoevaluación de cada participante. Una alternativa para incrementar la efectividad de este proceso es la vinculación de cada criterio a las propias vivencias de los participantes, siempre que esto sea posible. Sirven de referentes para esta evaluación:

1. Asistencia de los participantes. Puntualidad y permanencia.

2. Participación en las actividades planificadas. Calidad de las intervenciones.
 3. Resultados de las evaluaciones parciales.
 4. Criterios de los otros participantes y de los facilitadores.
 5. Resultados de la autoevaluación de los participantes.
- ❖ **Evaluación de los resultados del programa:** Incluye la evaluación del programa atendiendo a los criterios de eficacia y efectividad y sus respectivos indicadores. Se emplean los mismos instrumentos que se utilizaron en la evaluación inicial, incorporando las informaciones obtenidas en la evaluación del progreso y proceso. Se incorpora el análisis de los resultados de la encuesta de criterio de usuario que se le puede aplicar a los beneficiarios directos e indirectos del programa (Material de apoyo # 9).
 - ❖ **Evaluación del impacto:** Se debe realizar a los seis meses después de concluida el programa.

Materiales de Apoyo

Material # 1: Tríptico ¿Por qué debemos hablar sobre el alcohol?

Fuente: Fernández Castillo E. 2017

Sabías que:

Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes tienen una expectativa de vida cinco o diez años menor que quienes no siguen esta conducta.



La Ley 109, Código de Vialidad y Tránsito de la República de Cuba, en su artículo 93 expresa que no se puede conducir bajo efecto de bebidas alcohólicas, por lo que se asume que cero es el valor permisible para todo tipo de conductores, aunque existen diferencias en las penalizaciones de los conductores profesionales y no profesionales.

Un café o una ducha no eliminan el alcohol consumido. Solo con el tiempo se consigue metabolizar el alcohol. La cantidad de alcohol en sangre sólo disminuye aproximadamente 0,15 g/l por hora.



La acción del alcohol sobre los sistemas nervioso y endocrino puede favorecer la aparición de impotencia sexual, la incapacidad para experimentar el orgasmo y otras alteraciones en el funcionamiento sexual de la pareja.



"El alcohol provoca el deseo pero dificulta la ejecución".

Servicios del Centro de Bienestar Universitario

- Terapia individual.
- Terapia de pareja.
- Intervención en crisis.
- Orientación psicopedagógica.
- Talleres y foros sobre salud mental.
- Orientación y asesoría en la prevención y manejo de las conductas adictivas.
- Orientación profesional.
- Remisión a interconsulta o tratamiento con otro profesional o especialista.



¿CÓMO ENCONTRARNOS?

Teléfono: 42224698

Correo electrónico: cbu@ucv.edu.cu

Dirección Postal: Centro de Bienestar Universitario.
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Carretera de Camajuaní km 5 1/2 Santa Clara Villa Clara. CP50100.

📍 Edificio de Ciencias Sociales y Humanísticas.

CENTRO DE BIENESTAR
UNIVERSITARIO



Por un consumo responsable de alcohol entre los jóvenes



¿Por qué debemos hablar sobre el alcohol?

El alcohol es la droga más consumida entre los jóvenes. Es la vía de entrada a otras drogas. Su consumo puede afectar el desarrollo del cerebro en estas edades.

¿Qué elementos están distinguiendo el consumo entre los jóvenes?

- * Aumento de su consumo abusivo.
- * Asociado a la recreación y el ocio
- * Su consumo se justifica por los efectos que produce.
- * La percepción de los jóvenes es que la mayor parte de sus compañeros consume alcohol.
- * Esta forma de consumo es socialmente aceptada.
- * La edad de inicio es cada vez más temprana, alrededor de los 15 años de edad.
- * Entre los principales motivos de consumo en nuestro contexto encontramos: imitación social, presión del grupo, búsqueda de nueva sensaciones y como alternativa en el manejo del estrés y situaciones personales difíciles.

¿De qué dependen los efectos del alcohol a corto plazo?



De la edad:
El consumo de alcohol es sumamente nocivo durante la etapa en que el organismo se encuentra madurando.

Del peso: a las personas de menos masa corporal, el consumo de alcohol las afecta de modo más severo.



De la cantidad y la rapidez de la ingesta: la intoxicación es más aguda si se consume mayor cantidad de alcohol en menos tiempo.

Del tipo de bebida y las circunstancias en que se bebe.



Del sexo: la tolerancia femenina es menor que la masculina.

¿Cómo saber cuánto alcohol tiene una bebida?

Dado que un mililitro de alcohol pesa 0.8 gramos, basta aplicar la fórmula:

$$A_g = 0,8 \times V \times \frac{A_{\%}}{100}$$

$A_g \rightarrow$ Alcohol en gramos

$V \rightarrow$ Volumen

$A_{\%} \rightarrow$ Porcentaje de alcohol de la bebida

Por ejemplo:

Una lata de cerveza de 330 ml con 5% de Alcohol contiene:



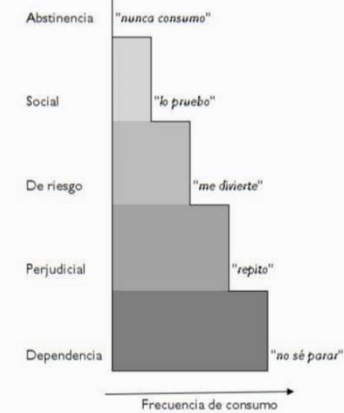
$$A_g = 0,8 \times 330 \times \frac{5}{100} = 13,2$$

Por eso las bebidas más fuertes se sirven en copas o en dosis más pequeñas...

El uso de alcohol está contraindicado en muchas circunstancias y para ciertas personas:

- * Cuando se padecen enfermedades psíquicas y físicas (consulte a su médico).
- * Cuando se toman determinados medicamentos, principalmente psicofármacos.
- * Cuando se ha de manejar maquinaria o se ha de conducir.
- * Cuando se trabaja en tareas de seguridad o antes de un examen
- * Las personas que tienen dificultades para controlar su consumo.
- * Las personas a las que no está permitido consumir alcohol, por ejemplo, los menores.

¿Cuáles son los principales patrones de consumo entre los jóvenes?



Si consumes alcohol, hazlo con responsabilidad: ¡Disminuyendo los riesgos!

¿Cómo lograrlo?

- * Si, a pesar de todo, quiere tomar alcohol, no tome más de dos bebidas estándar por día.
- * Las personas con problemas de salud, de peso inferior y las mujeres deben reducir el consumo a la mitad.
- * No concentre toda la bebida en un día. Esta forma de beber incrementa los riesgos de todo tipo.
- * Para reducir el riesgo de dependencia, no tome alcohol todos los días.
- * Cuando tome alcohol, evite llegar a la embriaguez pues aumenta el riesgo de consecuencias negativas sobre la salud y la vida social.

Material # 2: Ejercicio: Identificando riesgos

Fuente: Fernández Castillo E. 2017

Lea atentamente los planteamientos que abajo se reflejan y responda con claridad y sinceridad. En una escala de 0-10 donde 0 es mínimo y 10 el máximo, conteste con qué frecuencia le suelen suceder las situaciones abajo mencionadas. 1. ¿Con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas? ____

2. Consumo alcohol siempre que necesito despejarme ____
3. He tenido estados de embriaguez ____
4. Cuando empiezo me es más fácil seguir tomando que parar de beber ____
5. Cuando tomo, aunque sea en cantidades pequeñas, me dan deseos de fumar ____
6. He tenido que beber alcohol en ayunas para recuperarme de la resaca ____
7. Consumo alcohol mayormente cuando estoy en compañía de amigos o familiares ____
8. Considero que una fiesta sin alcohol no llama la atención ____
9. Consumo alcohol para liberarme de las tensiones o conflictos familiares ____
10. Cuando me siento estresado, un buen traguito me relaja ____
11. Bajo el efecto de alcohol he tenido o he estado cerca de tener relaciones sexuales riesgosas (con desconocidos y/o sin protección) ____
12. Bajo efectos de alcohol he provocado problemas o conflictos que me han traído consecuencias negativas ____
13. Tiendo a mezclar el alcohol con otras sustancias (refrescos, agua tónica) ____
14. Como único se disfruta en las fiestas es cuando tomamos entre amigos ____
15. Después de las fiestas, mis amigos y yo siempre buscamos otros sitios (bares, restaurantes) para seguir disfrutando y tomar ____

Clave de calificación total: Se suman las respuestas de todos los ítems.

- Bajo riesgo: entre 15-35 puntos
- Riesgo moderado: entre 36-56 puntos
- Alto riesgo: entre 57-75 puntos

Se deben identificar los ítems o comportamientos que obtuvieron puntuaciones superiores. Estos indican patrones de consumo de mayor riesgo personal.

Material # 3: Creencias erróneas sobre el consumo de alcohol

Fuente: Fernández Castillo E. 2017

El alcohol no es una droga

El alcohol es un alimento

El alcohol es un estimulante

El alcohol es bueno para combatir el frío

El alcohol aumenta la energía

El alcohol es un medicamento

El alcohol es bueno para combatir la hipertensión y el infarto del miocardio

Las personas que "asimilan mucho alcohol" nunca se vuelven alcohólicas

Solo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter o carentes de moral

Es responsable, nunca falta al trabajo, no es un alcohólico

Beber alcohol solo los fines de semana no produce daño

El consumo de otras drogas es un problema mayor que el consumo de alcohol

Material # 3.1: Apoyo para el facilitador

Fuente: González R, 2004, 2006 y Sandoval J, Hernández E, 2004

El alcohol no es una droga

Sí lo es, porque modifica el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, produce cambios en la personalidad y la conciencia. Su consumo prolongado puede crear la necesidad progresiva de consumir cantidades cada vez mayores, para sentir los mismos efectos y la aparición de molestias físicas y psíquicas cuando se suprime dicho consumo.

El alcohol es un alimento

No lo es, porque solo aporta calorías vacías, o sea, no tiene valor nutritivo para el crecimiento y mantenimiento de la salud. Además, irrita las paredes del tubo digestivo, agota las reservas de ciertas vitaminas e interfiere con la verdadera absorción de los alimentos.

El alcohol es un estimulante

No lo es, realmente es un depresor del Sistema Nervioso Central, pertenece al grupo farmacológico de los anestésicos y sedantes. Primero actúa sobre las zonas del cerebro que tienen que ver con el juicio, el razonamiento, la comprensión y otras altas funciones intelectuales que regulan la conciencia humana, la persona se desinhibe y aparecen emociones, sentimientos y conductas impredecibles, muchas veces inadecuadas, con expresiones de euforia, tristeza o agresividad. Al deprimir otras áreas del sistema nervioso,

provoca trastornos en el lenguaje, en el control y la coordinación de los movimientos, y según la cantidad ingerida, se puede llegar a límites peligrosos de intoxicación, coma alcohólico y muerte. Es bueno recordar el frecuente llanto de las personas en estado de embriaguez profunda y también que en muchos países el 30% de los alcohólicos termina sus vidas por medio del suicidio.

El alcohol es bueno para combatir el frío

No. El alcohol dilata los vasos sanguíneos de la piel y da una sensación de calor, pero realmente la temperatura del cuerpo baja cuando la superficie de la piel caliente entra en contacto con el ambiente más frío que rodea al sujeto.

El alcohol aumenta la energía

No, aunque momentáneamente la persona se sienta estimulada, el alcohol disminuye la capacidad de reacción psíquica, reduce la energía y la fuerza muscular como consecuencia de su acción sobre el Sistema Nervioso Central y el metabolismo del azúcar sobre el tejido muscular.

El alcohol es un medicamento

No. Hasta la actualidad, no se ha comprobado científicamente que el alcohol cure ninguna enfermedad, todo lo contrario, es un factor de riesgo de distintos problemas de salud y sí existen verdaderas medicinas que son más efectivas, seguras, poco tóxicas y sin riesgo de dependencia para prevenir y combatir las enfermedades.

El alcohol es bueno para combatir la hipertensión y el infarto del miocardio

No. Constituye una expresión más concreta del mito anterior. En realidad, la aparición de hipertensión e infarto así como accidentes vasculares encefálicos es seis veces mayor en los que abusan del alcohol que en quienes no lo hacen. La acción sobre la presión arterial no depende de la cantidad de líquido ingerido (como piensan algunos que recomiendan evitar la cerveza y tomar ron), sino de la acción directa del alcohol sobre las glándulas suprarrenales, determinante de la liberación de cortisona, que eleva de forma notable la presión arterial.

Las personas que "asimilan mucho alcohol" nunca se vuelven alcohólicas

No. "Asimilar más alcohol" no es motivo de orgullo, sino de engaño. El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va "obligando" al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, esto se llama tolerancia aumentada y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo, hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y, entonces "asimila menos", por eso tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

Solo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter o carentes de moral

Falso. Uno de los aspectos más dolorosos del alcoholismo es que afecta por igual a todos los

que por alguna razón consuman bebidas alcohólicas habitualmente. Esto explica su alta frecuencia en trabajadores de licoreras, cervecerías y lugares de expendio, como bares y clubes, con total independencia del nivel escolar, socioeconómico, creencia religiosa o características de personalidad.

Es responsable, nunca falta al trabajo, no es un alcohólico

No basta con asistir al trabajo si el desempeño y la calidad de relación en el ambiente laboral son deficientes y conflictivos debido a su forma de beber.

Beber alcohol solo los fines de semana no produce daño

El daño que provoca el alcohol depende principalmente de la cantidad que se ingiera o del llamado "patrón de consumo", es decir, la forma en que se hace. No es lo mismo que un adulto sano consuma un par de copas un fin de semana, que un/a joven beba en las fiestas hasta embriagarse. Si se consume a esta edad, todos los fines de semana, en grandes cantidades, se estará en mayor riesgo de hacerlo un hábito, provocando daño a sus órganos, como el hígado, el cerebro.

El consumo de otras drogas es un problema mayor que el consumo de alcohol Como en nuestra cultura el alcohol es una droga legal, se ha tendido a minimizar las consecuencias negativas de su consumo. Las consecuencias derivadas del consumo abusivo de alcohol son múltiples: violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito, accidentes laborales, ausentismo laboral, abusos sexuales, entre otros. El costo para el país derivado del consumo excesivo de alcohol es de 1.800 millones de dólares al año, aproximadamente.

Material # 4: Cuestionario CAGE

Fuente: Fabelo Roche J R, Iglesia Moré S

Preguntas	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

	CAGE
Bebedor social	0-1
Bebedor de riesgo	2
Consumo abusivo	3
Dependencia	4

Material # 4.1: Apoyo para el facilitador

Fuente: LajúsBarrabeigtg G, 2008

Consumo social:

Es cuando la persona bebe sin violar las normas sociales de cantidad y frecuencia.

Consumo de riesgo:

Es cuando la cantidad y frecuencia de la ingestión superan la norma establecida por la sociedad, aumentando el riesgo de daños futuros para la salud si el hábito de consumo persiste. Según González, también se llama consumo de riesgo al estado de embriaguez ligera que aparece más de una vez al mes.

Consumo perjudicial:

Independientemente de la cantidad consumida de alcohol, la persona va a presentar problemas físicos, psicológicos o sociales como consecuencia del consumo.

Dependencia

Es un trastorno conductual en el cual, como resultado de los efectos biológicos de una determinada sustancia de abuso, una persona tiene disminuido el control sobre su consumo. La dependencia puede ser sociocultural, psíquica, psicopatológica o sintomática, fisiopatológica, funcional, metabólica, cruzada y alcohólica: se produce cuando se agrega la esclavitud progresiva, hasta el punto de necesitar cada vez más el consumo, pues al interrumpirlo, se manifiestan diferentes malestares.

Material # 5: ¿Cómo soy yo?

Fuente: Fernández Castillo E. 2017

Instrucciones: con este ejercicio queremos explorar cómo te ves a ti mismo, qué opinión tienes acerca de tu forma de ser y comportarte. Para ello sitúate en esta escala, marcando una cruz, tan cerca del adjetivo como identificado te sientas con él. Ej. Si te consideras muy

inteligente marcas la cruz cerca de la palabra inteligente, si te consideras ignorante, marcas la cruz cerca de la palabra ignorante.

No pienses demasiado la respuesta, sé espontáneo, céntrate en tu opinión personal y sobre todo sé sincero.

Inteligente _____ Ignorante

Torpe _____ Habilidoso

Físicamente no atractivo _____ Físicamente atractivo

Creativo y original _____ No creativo ni original

Buen estudiante _____ Mal estudiante

Me gusta estar con la gente _____ No me gusta estar con la gente

Preocupado por los demás _____ No preocupado por los demás

Alegre _____ Triste

Buen amigo _____ Mal amigo

Seguro _____ Inseguro

Buena persona _____ Mala persona

Material # 5.1: ¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si...?

Fuente: Fernández Castillo E. 2017

Instrucciones: Imagínate que eres lo que se indica en el cuadro, y anota que pensarías acerca de ti mismo, cómo te sentirías al pensar de esa manera y cómo te comportarías (qué cosas harías, qué cosas dejarías de hacer, cuál sería tu comportamiento con los amigos ,...).

Si fuera...	Pensaría	Me sentiría	Me comportaría
Poco atractivo físicamente (aspecto negativo)			
Si fuera un buen estudiante (aspecto positivo)			

Material # 5.2: Apoyo al facilitador

Fuente: García-Moreno M del R, 2003

Un punto importante en el desarrollo de la sesión es explicar la relación entre el *autoconcepto*, la *autoestima* y la *autoeficacia* y su influencia en la regulación del comportamiento.

Es importante que los miembros del grupo comprendan que el *auto-concepto* es el conjunto de conocimientos, ideas e imágenes acerca de cómo somos, de nuestras cualidades y defectos, de cómo pensamos, nos sentimos y nos comportamos y está estrechamente vinculada con la *autoestima*. Esta última, se refiere a la valoración subjetiva, que es modificable y de hecho cambia a lo largo de la vida. Lo importante es que vean que ellos pueden influir en ese cambio.

Se refuerza la idea de que es importante fomentar una visión saludable de uno mismo (*autoestima*), caracterizada por la aceptación de nuestros defectos. Se comparte la idea de que no quiere decir que nos sintamos perfectos, pero sí que estamos satisfechos con nuestras capacidades.

Todos estos conocimientos sobre sí mismos se integran en la *autovaloración*, que es una formación motivacional que nos permite tener un concepto relativamente preciso y generalizado de nosotros como personas. Esta tiene una gran importancia para regular nuestro comportamiento, se va elaborando a lo largo de nuestra vida, sobre la base de nuestras necesidades y motivos. Se refiere a la valoración de nosotros mismos y en ello jugamos un papel activo.

Las valoraciones que realicemos sobre nosotros mismos influyen en cómo se configura la *autoeficacia*, la cual se refiere a las creencias que tienen una persona en sus propias capacidades para organizar y poner en prácticas acciones necesarios para lograr los resultados que se esperan, y ella no se limita únicamente a la valoración de uno mismo como capaz o incapaz, sino también a poder identificar y reconocer las capacidades y potencialidades de uno para actuar y lograr los resultados esperados.

Tenemos un rol protagónico en nuestras vidas y podemos trazarnos tareas dirigidas a nuestro perfeccionamiento como personas. *Algunos pensamientos positivos pudieran ser:*

- Aquellos que nos hacen recordar éxitos pasados en situaciones similares (Ej.: *Mis amigos me han llamado para salir la semana pasada, aunque yo me considere triste*).
- Aquellos que quitan importancia a la situación (Ej.: *Estar triste no es tan malo*). - Aquellos que no son pensamientos absolutistas de todo o nada (Ej.: *No estoy siempre triste, a veces estoy alegre*).
- Aquellos que se centran en ese aspecto específico y no suponen una generalización a otras áreas de nuestra vida (Ej.: *Que esté triste hoy no significa que sea aburrido(a)*). - Aquellos que en vez de basarse en sentimientos se basan en conductas realizadas (Ej.: *No es que sea triste, sino que no salí ese día porque me dijeron que suspendí un examen y se me quitaron las ganas*).

- Aquellos que facilitan el cambio o mejora personal (Ej.: *Intentaré estar más alegre porque de ese modo me sentiré mejor*).

Material # 6: Programa Nacional de prevención y control del alcoholismo y problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol.

Nota Introductoria.--Luego de haberse circulado la versión digital del anteproyecto del presente plan de acciones, elaborado a partir de las más recientes orientaciones de los organismos Internacionales de la Salud (OMS/OPS), el documento fue revisado, valorado y enriquecido por 82 doctores y licenciados cubanos especializados en el tema, que participaron--con relevantes aportes--en el taller efectuado en el Hospital Psiquiátrico de la Habana--Centro Referencial Nacional para la atención de alcohólicos y otros drogadictos--el 28 de marzo del 2006.

Se sugiere que una vez lograda la anuencia del compañero viceministro de Asistencia Médica Profesor Joaquín García Salabarría y su equipo asesor, el presente plan de medidas sea valorado por las instancias pertinentes del partido y gobierno, altamente sensibilizadas por la relevancia humana de esta problemática.

En la introducción hemos pretendido incorporar aspectos informativos actualizados, con un lenguaje que posibilite el profundo análisis por nuestros decisores políticos y administrativos no miembros del equipo de salud.

El documento, que ha contado con el apoyo del GOSMA Nacional y del Hospital Psiquiátrico de la Habana, pretende ser un anteproyecto argumentado, de un plan de acciones para el abordaje multisectorial del uso nocivo de las bebidas alcohólicas en nuestro país, y aspira a reforzar la concepción de que el éxito del programa nacional que del mismo pudiera derivarse--una vez valoradas su fundamentación científica, utilidad y factibilidad-- dependerá en gran medida de la toma de importantes decisiones solamente posibles en un país como el nuestro donde la dignidad y espiritualidad de su pueblo representa uno de sus más altos logros, y la conservación y desarrollo de estas virtudes, el requisito indispensable para hacer posible un mundo mejor.

Material # 7: La escalera mágica

Fuente: Fernández Castillo E. 2017



Material # 8: Modelo evaluativo de las sesiones

Fuente: Fernández Castillo E 2017

Investigadores_____

Fecha: _____

Hora:

[illegible]

Nivel de reflexión individual logrado en torno al alcoholismo como problemática de salud									
Expresiones que evidencian disposición al cambio									
Estimulación de comportamientos saludables respecto al consumo de alcohol									
Nivel de logro de los objetivos de la sesión									
Nivel de aprendizaje generado									

Material # 9: Cuestionario de satisfacción de usuarios

Fuente: Fernández Castillo E 2017

Estimado estudiante:

Solicitamos su colaboración para responder la siguiente encuesta que persigue como objetivo fundamental el perfeccionamiento de las actividades derivadas del programa psicoeducativo para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol. Por ello le pedimos que conteste con sinceridad el siguiente cuestionario. Deberá evaluar cada uno de los indicadores que se le ofrecen en una escala de 1 a 5.

1-En ninguna medida, 2- En poca medida, 3- En alguna medida, 4- En bastante medida, 5- En gran medida

Sobre el desarrollo del programa

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

¿Qué sesiones considera que le aportaron más?

¿Qué técnicas considera que le aportaron más?

Valoración general de la experiencia

¿Qué recomendaría para mejorar la experiencia?

Muchas gracias.