



Policlínico Docente Universitario

Tomas Romay Chacón. Yaguaramas. Municipio Abreus.

*Trabajo para optar por el título de especialista en
primer grado de Medicina General Integral*

Título: Intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescente. Yaguaramas.

Autor: Dra. Yudit Sobrino Alonso.

Residente de tercer año de Medicina General Integral.

Tutor: MSc. Maikel Valero Carmona.

Licenciado en Psicología

Master en Psicología de la salud

Profesor instructor

Cienfuegos

2021

Dedicatoria

A todos los que han sufrido las consecuencias dañinas de esta droga.

Agradecimientos

A mi familia por soportar tantas horas de estudio y abandono de las tareas del hogar.

A mi tutor MSc. Maikel Valero Carmona por su dedicación y su orientación.

Al psicólogo del área de salud que amablemente apoyó con la aplicación de los instrumentos utilizados en el estudio.

A todos los que de una forma u otra participaron o apoyaron en la investigación.

A todos, muchas gracias.

Resumen

Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación de tipo intervención psicoeducativa con diseño de antes y después utilizando un enfoque mixto, articulando los enfoques cuantitativo y cualitativo. Con el objetivo general de aplicar una intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 4 del Área Yaguaramas, y los objetivos específicos de caracterizar la muestra según variables sociodemográficas, identificar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y evaluar el desarrollo de la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol después de la intervención. La muestra del estudio quedo constituida por 126 adolescentes. El estudio contó con un muestreo probabilístico aleatorio simple. En el estudio predominaron los adolescentes de 11 a 14 años (50,8%), con mayor representación del sexo femenino (51,6%). Entre los adolescentes predominó un nivel medio de percepción de riesgo (38,1%). El (48,4%) de los adolescentes del estudio creen que la edad correcta para comenzar el consumo es de los 19 a los 21 años de edad. Como conclusión podemos ver que los adolescentes estudiados muestran un estado de desinformación con respecto a los daños que le puede ocasionar a la salud el consumo de alcohol, solo reconociendo los daños externos producidos por este, pero una vez concluida la intervención se mostró un desarrollo de la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol.

Palabras Claves: Intervención psicoeducativa, consumo de alcohol, nivel de conocimiento, percepción de riesgo.

Índice

Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Marco Teórico.....	7
1.1 Adicciones.....	7
1.1.2 Características de una conducta adictiva.....	8
1.2 Alcohol.....	10
1.2.1 Bebidas alcohólicas.....	11
1.2.2 Fermentación.....	11
1.2.3 Destilación.....	11
1.2.4 Consumo de alcohol.....	11
1.2.4.1 Consumo experimental de alcohol.....	11
1.3 Factores de riesgo y protección para el inicio del consumo de alcohol.....	11
1.5 Dependencia.....	14
1.6 Conceptos referidos al uso de sustancias: Tolerancia, Síndrome de abstinencia y Craving.....	15
1.7 Vulnerabilidad.....	16
1.8 Concepto de riesgo.....	17
1.8.2 Configuración de la percepción de riesgo.....	18
1.8.3 Definición de percepción de riesgo.....	19
1.9 Modelo Transteórico.....	21
1.9.1 El paso de unos estadios a otros.....	22
Diseño Metodológico.....	24
2.1 Contexto de investigación y diseño metodológico.....	24
2.2 Descripción de la Etapa I.....	24
2.2.1 Selección de la población y muestra.....	24
2.2.2 Criterios de entrada y salida del estudio.....	25
2.2.3 Recolección de la información.....	25
2.2.4 Criterios éticos.....	27
2.3 Descripción de la Etapa II.....	27

2.3.1 Descripción del programa.....	27
2.3.2 Materiales de apoyo.....	28
2.3.3 Operacionalización de las variables.....	29
Análisis y discusión de los resultados.....	31
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

Introducción

Todas las civilizaciones y grupos del mundo, al paso del tiempo, han desarrollado diversas formas de elaboración de bebidas alcohólicas, así como determinadas conductas relacionadas con su ingesta. ⁽¹⁾

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica arraigada en la cultura. El alcohol ha estado vinculado a la vida religiosa, económica, social y política, formando parte también de la dieta alimenticia, de rituales o de usos medicinales. ⁽¹⁾

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⁾ El consumo de alcohol como droga lícita representa un grave problema para los sistemas de salud en el mundo. La Organización Mundial de la Salud [OMS] en el 2014 señala que aproximadamente 3.3 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el alcohol en el mundo. ⁽²⁾ Actualmente, es considerado un problema de salud debido a la magnitud del consumo y a las múltiples consecuencias físicas, psicológicas y sociales que provoca en la población en general. ⁽³⁾

El problema del consumo de alcohol se considera multifactorial, donde factores micro y macro ambientales, como la familia, la sociedad y las características del propio individuo contribuyen en el inicio y mantenimiento de esta conducta. Algunos autores han documentado que la funcionalidad familiar alterada puede ser un determinante crucial para el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol en esta etapa de la vida. Esta condición se convierte en factor de riesgo del desarrollo de estilos de vida no saludables y de comportamientos desadaptativos, como el consumo de alcohol. ^(4,5)

El consumo de alcohol representa uno de los principales factores de riesgo para la salud a nivel global ([OMS] y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2010), representa un factor significativo en la tasa total de morbilidad, la carga estimada atribuible es de 58 millones de Años de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD), es decir, representa el 4% de la carga

de morbilidad ([OPS] y OMS, 2009). El uso de bebidas alcohólicas además de producir efectos adversos para la salud, genera más de 36 millones de muertes al año a nivel mundial, ocasiona elevados costos en la atención sanitaria y afectando el desarrollo económico de la sociedad (OMS, 2011). ⁽⁶⁾En el continente Americano el consumo de alcohol se relaciona con más de 60 enfermedades y con problemas de orden social como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, comportamiento violento, lesiones y fatalidades automovilísticos (OPS, 2007). 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. ⁽⁶⁾

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. ⁽⁶⁾

El grado de riesgo por el uso abusivo de alcohol varía en función de la edad, sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. ^(7,8)

La intoxicación etílica es la primera toxicomanía en muchos países del mundo. Afecta a todos los tramos de edad, en los dos sexos y en casi todos los grupos sociales. La mortalidad asociada sólo a la intoxicación etílica aguda es excepcional, pero puede ser un importante factor si coexiste con ingesta de otras drogas de abuso. Los problemas relacionados con el alcohol causan 2,3 millones de muertes al año por trastornos del corazón, el hígado, accidentes de tránsito, suicidios y diversos tipos de cáncer, constituye el tercer factor de riesgo de muertes prematuras y discapacidades, en otras palabras el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad. ^(7, 9,10)La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de

responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables, lo cual se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25% de las muertes por accidentes. ⁽¹¹⁾

Los problemas relacionados con el tratamiento del alcoholismo son complejos y difíciles, y los lineamientos generales de la lucha contra esta adicción están contemplados en el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y otras fármaco dependencias vigentes en el país, en donde se enfatiza sobre la necesidad de desarrollar acciones de promoción de estilos de vida saludables y prevención en individuos y grupos de riesgo, encaminadas a reducir los patrones de consumo alcohólico excesivo y sus consecuencias sanitarias y sociales, conjuntamente con el manejo multidisciplinario de estos enfermos, con la participación de todos los niveles de salud a partir del médico de la familia. ⁽¹¹⁾Según los datos aportados por la encuesta (Informe de resultados del Estudio Sociológico “Juventud y alcohol”), la edad media de comienzo de consumo de alcohol se sitúa en los 13,7 años. Si tenemos en cuenta la frecuencia del consumo, los datos muestran que más del 10% consume alcohol todos los fines de semana, elevándose al 23% si consideramos el intervalo de edad de 16 a 18 años.

Dentro de las sustancias legales, el alcohol es de las más consumidas en nuestra sociedad, engendrándose como el principal problema de Salud Pública en España. Según el Plan Nacional sobre Drogas, en 2013, un 76,6% de la población española ha consumido alcohol. Esta cifra se considera más alarmante al conocer que dicho consumo se inicia en la etapa de la adolescencia (entre 15 y 17 años), detectándose que un 62,2% ha tomado alcohol alguna vez en su vida. ⁽¹²⁾Alrededor del 70% de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3 al 5% son dependientes y, de ellos, 10% se convertirán en bebedores problemas en algún momento de su vida. Actualmente España ocupa el 4to lugar mundial en el consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Cada español consume por término medio 108 litros de alcohol al año, casi el 4% de la población española consume diariamente más de 100g. ⁽¹³⁾

El consumo de litros por persona en Alemania es de 10,7 litros, seguido por Austria con 10,5 litros, según informes de la comunidad europea. No precisamente de orgullo se llenan países como Venezuela donde según las cifras de la División de Investigaciones Criminológicas del Ministerio de Justicia, la colocan en el primer lugar de Latinoamérica en el consumo de alcohol per cápita, entre 60 y 70 litros por año y la ingesta corresponde el más grave problema de drogas en el ámbito nacional. ⁽¹⁴⁾

En Colombia el inicio del consumo se encuentra alrededor de los 11 años, siendo en los varones más temprano y de mayor intensidad, el 86,7%, de los encuestados en la capital declaró haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, el 67%, haberlo hecho en el último año, el 27, 9%, en el último mes y el 13%, en la última semana. A nivel general, el 42,8 % consume menos de seis veces al año, el 14,1% consume todos o casi todos los meses, el 3,7 %, consume varias veces a la semana y el 0,4%, toma todos o casi todos los días; siendo estos hechos más comunes para los hombres que para las mujeres. ⁽¹⁵⁾

Los indicadores globales de alcoholismo en Cuba en años anteriores al sumar la prevalencia de abuso y dependencia de alcohol derivadas del estudio nacional realizado se acercan al 4% en la población mayor de 15 años, cifra relativamente baja en comparación con otros países del área pero con tendencia al incremento. ⁽¹⁶⁾ El consumo de alcohol hoy en Cuba es de 5,7 litros al año por habitantes como prevalencia nacional de alcoholismo se alcanzó un 88%. Superado en orden decreciente por Isla de la Juventud 12,5%, Villa Clara 12,4%, Camagüey 11,9%, Cienfuegos 10,4% y Ciudad de la Habana 10,2%, lo anterior ubica a Cienfuegos con cifras a tener en cuenta. ⁽¹⁷⁾ En el área de salud de Abreus, municipio Abreus provincia Cienfuegos donde se lleva a cabo la presente investigación se encuentran dispensarizados 1082 pacientes consumidores de riesgo de alcohol, de ellos 810 del sexo masculino y 272 féminas, también se encuentran dispensarizados 234 pacientes alcohólicos de ellos 223 del sexo masculino y 11 femeninas. Según las estadísticas del área de salud se reportan 263 pacientes dispensarizados como alcohólicos, se identifican 520 con riesgo por consumo de alcohol.

El alcoholismo como enfermedad reduce en 12 años la esperanza de vida del paciente; debido a su efecto tóxico sobre el organismo, cuando el alcohol alcanza el 0.05% en sangre aparecen cambios en el estado afectivo y disminución de la crítica, con el 0.1% hay daño de la actividad motora; con el 0.2% signos de embriaguez y con el 0.5% muerte por coma alcohólico. ⁽¹⁶⁾

La gravedad del alcoholismo toma un carisma bochornoso cuando se ve como vicio que se incrementa cada día entre los adolescentes; y en algunos casos hasta en los niños. ⁽¹⁷⁾ Así mismo 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⁾

La herramienta principal para la prevención es a partir de la detección temprana de los pacientes proclives al consumo de bebidas que contienen alcohol; significa lograr mejor calidad de vida en la población adolescente al estar estos libres de la ingestión de esta droga lícita. ⁽⁷⁾

Por las consecuencias que acarrea el consumo de alcohol en el desarrollo biológico, psicológico, familiar, social y en las relaciones interpersonales, en el municipio de Abreus se cuenta con investigaciones realizadas que abordan esta problemática; no siendo así en el área de Yaguaramas por tal motivo se decidió realizar un estudio sobre esta problemática y de esta forma evaluar el desarrollo de la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en dicha área.

A partir de lo anterior plantamos el siguiente problema científico:

¿Cómo desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del CMF 4 del Área de Salud Yaguaramas, Municipio Abreus?

Objetivos

General:

Aplicar un proyecto de Intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en los adolescentes del CMF 4 del Área de Salud Yaguaramas, Municipio Abreus.

Específicos:

- 1- Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas, consumo de alcohol, percepción de riesgo y su relación con el consumo de alcohol.
- 2- Evaluar la percepción de riesgo en cada sujeto estudiado antes de la intervención.
- 3- Evaluar el desarrollo de la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol después de la intervención.

Marco Teórico

1.1 Adicciones

En los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas. (25, 26)

Una característica común y central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fueren a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. (25, 26)

Se han enunciado varios conceptos de adicciones por lo que el autor de este trabajo se acoge al planteado por el Dr. Lajús Barrabeitg G, en su libro Drogas, Adictos, Familia y Sociedad: es una enfermedad crónica que se manifiesta por un trastorno del comportamiento, producida por un fenómeno de múltiples causalidades y que se caracteriza por el uso compulsivo de sustancias de abuso con el objetivo de obtener los efectos psicoactivos que de ellas derivan, las que pueden estimular, deprimir o distorsionar las funciones del sistema nervioso central, y ser susceptibles de producir tolerancias, dependencia,

abstinencia y afectar negativamente al hombre en su dimensión biológica, psicológica, social, espiritual, familiar, económica y comunitaria, con la producción de grandes daños en el plano personal, que pueden ir desde la discapacidad y la minusvalía hasta la muerte. ⁽²⁷⁾

1.1.2 Características de una conducta adictiva

Para el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) la dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas, como indicamos en la Tabla 1.1.2, y durante un período continuado de 12 meses. ^(25,26)

El DSM-IV-TR también considera el abuso de sustancias, el cual define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los síntomas que indicamos en la Tabla 1.1.3. ^(25, 26)

En función de estos criterios podemos ver si las distintas conductas adictivas los cumplen, tanto las que están producidas por una sustancia química como las que no están producidas por ella. ^(25, 26)

Tabla 1.1.2 Criterios para la dependencia de sustancias, según el DSM-IV-TR
--

- | |
|---|
| <p>A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:<ol style="list-style-type: none">a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseadob. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:<ol style="list-style-type: none">a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia |
|---|

3. la sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
 4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
 5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
 6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
 7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)
- Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/grave o especificar si:
- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2)
 - Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la compulsión o pérdida de control. Por todo lo que hemos visto hasta aquí probablemente es la característica principal de este problema. ^(25, 26)

Tabla 1.1.3 Criterios para el abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);
 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);
 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

1.2 Alcohol

En terminología química los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidróxidos (-OH). El etanol (C_2H_5OH , alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (Organización Mundial de la Salud [OMS] 1994). ^(27, 28)

El etanol es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. Su liposolubilidad es unas 30 veces menor que su hidro solubilidad. En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas. ^(27, 28)

Además es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. Una bebida estándar equivale a 0.6 onzas de etanol puro. Una bebida estándar se considera 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor fuerte (un "shot") como el tequila, el ron, el vodka o el whisky.

^(27, 28)

1.2.1 Bebidas alcohólicas

Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo. Las bebidas alcohólicas se clasifican de acuerdo al proceso de preparación al que se sometan. ^(27, 28)

1.2.2 Fermentación. Consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos (Vino, cerveza, champán). ^(27, 28)

1.2.3 Destilación. Es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico (Vermut, whisky, coñac, ron, ginebra, vodka). ^(27, 28)

1.2.4 Consumo de alcohol

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%. ^(27, 28)

1.2.4.1 Consumo experimental de alcohol

Se considera las primeras veces que se consumen bebidas alcohólicas. El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante. ^(27,28)

1.3 Factores de riesgo y protección para el inicio del consumo de alcohol

El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar

con nuevos comportamientos. Se puede argumentar que el consumo de drogas ocurre originalmente para la mayoría de los individuos alrededor de los 15 a 17 años de edad, como un consumo experimental y a partir de este inicio puede dejar el consumo o bien se avanza a niveles de consumo excesivo y dependiente, en esta primera etapa el consumo es poco frecuente y de baja cantidad. ^(27, 28)

Existen algunos factores que condicionan al adolescente a la hora de iniciar el consumo, estos factores pueden definirse como factores de riesgo entendido como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas. La evidencia sobre la naturaleza del fenómeno multicausal y complejo del consumo de alcohol desde la perspectiva de factores de riesgo es abundante y puede ser clasificada como: Factores biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales. ^(27, 28)

1.3.1 Biológicos: La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo. ^(27, 28)

1.3.2 Personales: La edad, el estado de salud físico y mental, el estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores, inseguridad. ^(27, 28)

1.3.4 Familiares: Las familias disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, frustración familiar, mala relación con los hermanos, crianza poco afectiva, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, mala comunicación entre los miembros de la familia. ^(27, 28)

1.3.5 Psicológicos: Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse. ^(27, 28)

1.3.6 Escolares: Comportamiento inapropiado: demasiado tímido o agresivo en clases, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, asociación

con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de la escuela, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad. ^(27, 28)

1.3.7 Ambientales/sociales: Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, deprivación económica, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores. ^(27, 28)

Es importante reconocer que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo de alcohol, pero generalmente estos factores no influyen de manera precisa en la elección o no del consumo, más bien estos factores se interrelacionan entre sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta. Para atenuar o disminuir estos factores de riesgo, se encuentran los factores protectores. ^(27, 28)

Hawkins en 1985 definió los factores protectores como “aquellos factores o atributos individuales (personal, psicológico, social), condiciones situacionales, ambiente o contexto que reduce, inhiben, o atenúan la probabilidad de ocurrencia de la conducta de consumo de drogas”. En su teoría de desarrollo la reducción de conductas de riesgo o comportamientos problemáticos como el consumo de drogas. Ellos proponen tres factores de protección que controlan los comportamientos problemáticos y antisociales como el consumo de alcohol:

- 1) Las relaciones sociales (apego, compromiso, comunicación con la familia, la escuela y los compañeros y amigos no consumidores)
- 2) Las coacciones o limitaciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas, mantenidas o demostradas por personas importantes para el individuo) y,
- 3) Las habilidades sociales (contar con estrategias de solución para afrontamiento asertivo de situaciones o tentaciones de consumo, autocontrol o autoeficacia de resistencia para no involucrarse con el consumo, auto concepto o autoestima, así como satisfacción y proyecto de vida) actuarían protegiendo al adolescente de su involucramiento con el alcohol y otras drogas.

Estos factores protectores también han sido definidos como “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo”. Se ha encontrado que estos factores no siempre son los opuestos a los factores de riesgo y que su repercusión también varía a lo largo del proceso de desarrollo. Al igual que los factores de riesgo los factores protectores se pueden clasificar en individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales. (27, 28)

1.3.8 Factores Personales: Adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, proyecto de vida, aptitudes sociales, habilidad de resolución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía, independencia, planificación del tiempo libre. (27, 28)

1.3.9 Familiares: Ambiente cálido, buena relación con padres y hermanos, comunicación abierta y asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre. (27,28)

1.4 Psicológicos: Adecuada autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, capacidad de frustración y de postergar la satisfacción. (27, 28)

1.4.1 Escolares: Preservación en los estudios, apoyo social, buena comunicación profesor-estudiante, establecimiento de lazos cordiales, buena relación con los compañeros, conexión entre la casa y la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, fomento de trabajo en equipo y de la creatividad. (27, 28)

1.4.2 Ambientales/sociales: Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia. (27, 28)

1.5 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. *Dependencia sociocultural*: es la producida por la presión del grupo social en la que se desenvuelve el sujeto. *Dependencia psíquica*: aparece por el interés de reproducir los efectos psicoactivos del tóxico. El uso continuado puede presentar un cambio en el modo en que éstas y el consumidor interactúan: la capacidad del individuo para escoger cuándo, cuánto, cómo y dónde puede consumir una determinada droga se reduce gradualmente. La persona se va focalizando cada vez más en la sustancia. Va perdiendo el control y la capacidad de autonomía, mientras la droga pasa a ser su objetivo o prioridad absoluta. *Dependencia psicopatológica o sintomática*: es la que se produce ante la presencia de una enfermedad orgánica o funcional en la que se consume la sustancia con el objetivo de mitigar malestares. *Dependencia fisiopatológica*: es la que se produce por los cambios metabólicos determinados por el consumo mantenido del tóxico (antes denominada dependencia física o biológica). *Dependencia funcional*: es la adaptación del sistema nervioso central, expresada por los síntomas de abstinencia en el período de desintoxicación temprana que demora, generalmente, en ser superada. *Dependencia metabólica*: es la determinada por la adaptación celular en todo el organismo, situación que demora generalmente dos semanas más, a continuación de la anterior, para ser superada. *Dependencia cruzada*: es la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra. *Dependencia alcohólica (alcoholismo)*: 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. ⁽²⁷⁾

1.6 Conceptos referidos al uso de sustancias: Tolerancia, Síndrome de abstinencia y Craving

Por *tolerancia* se entiende la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado, o una disminución notable de los efectos de la dosis habitual de la droga usada con continuidad. Clásicamente se había venido hablando de tolerancia física y de tolerancia psíquica. Hoy día no tiene sentido establecer dichas diferenciaciones, dado que en mayor o

menor medida, la tolerancia implica ambos constructos. Evidentemente cada sustancia tiene su potencial diferente de crear tolerancia y dependencia, influyendo además las características de cada sujeto en la individualidad de dichos efectos. (25, 26)

El *síndrome de abstinencia* es un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el sujeto dependiente de una sustancia cuando se suspende la toma de la misma de manera brusca. Obviamente su clínica, intensidad y duración, dependen, entre otros factores, del tipo de sustancia. Generalmente se inicia dicho cuadro a las pocas horas del último consumo (de ahí que muchos toxicómanos aleguen necesitar una dosis para evitar el cuadro de abstinencia) y suele perdurar con mayor o menor intensidad unos cuantos días tras ese último consumo. (25, 26)

Se define como *craving* aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica. Recoge este término aspectos fisiológicos (tolerancia, abstinencia, búsqueda del efecto euforizante de las sustancias) y psicológicos (incluidos los promovidos por la interacción social). (25, 26)

1.7 Vulnerabilidad

Un aspecto esencial es que existe una vulnerabilidad personal hacia la adicción. Este dato parece hoy día poco cuestionable; el problema estriba en que de momento no se puede predecir qué persona concreta tiene ese mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad adictiva. Se puede afirmar, por tanto, que la dependencia a una sustancia es fruto de la interacción de factores biológicos (la vulnerabilidad personal y susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales. Una exposición mantenida a una determinada sustancia supone una adaptación o neuroregulación cerebral de los diversos sistemas afectados por dicha sustancia, que contribuirá al mantenimiento de la conducta adictiva. Estos cambios afectan a regiones cerebrales de las que dependen funciones tan básicas como la percepción de recompensa, la motivación y voluntad, la memoria, el aprendizaje, la toma de decisiones, la impulsividad, el aprendizaje de errores... La vulnerabilidad personal quedaría expuesta en las fases de

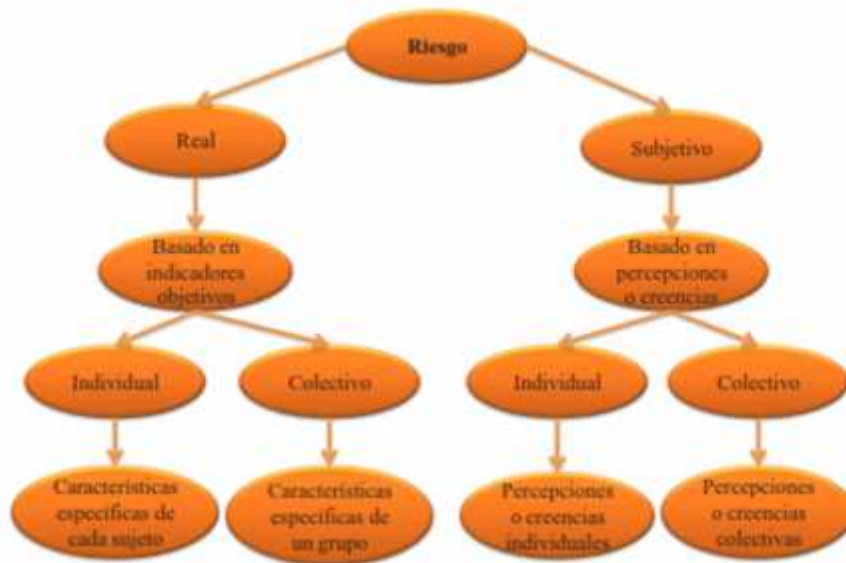
inicio del consumo. Aquellos sujetos especialmente vulnerables presentarían más tempranamente, y con mayor intensidad, alteraciones en dichas áreas y, por tanto, en dichas funciones, lo que facilitaría el paso del consumo puntual a la dependencia y el mantenimiento de la misma. ^(29, 30, 31)

1.8 Concepto de riesgo

Las definiciones sobre riesgo en la literatura son escasas y no encontramos ninguna que de un sentido unitario al concepto. El riesgo lo podemos entender desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y podemos valorarlo desde una vertiente individual o colectiva. Por ejemplo, el riesgo de catástrofe lo entenderíamos desde una visión real y colectiva si estamos frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar un cataclismo en una población determinada, que sería diferente pero asimilable a una epidemia o pandemia también como riesgo real y colectivo frente a un virus. Estos riesgos los podríamos considerar basados en indicadores objetivos pero incontrolables, dado que no podemos ejercer ningún tipo de control sobre las catástrofes o la expansión y el contagio de un virus desconocido. En cambio serían riesgos predecibles, si comparamos la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y su repercusión en la salud, sabiendo que las mujeres tienen más vulnerabilidad al alcohol que los hombres. ^(29, 30)

Por otra, parte en el plano del riesgo real-individual, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición le añadimos un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumenta significativamente. Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el colectivo. ^(29, 30)

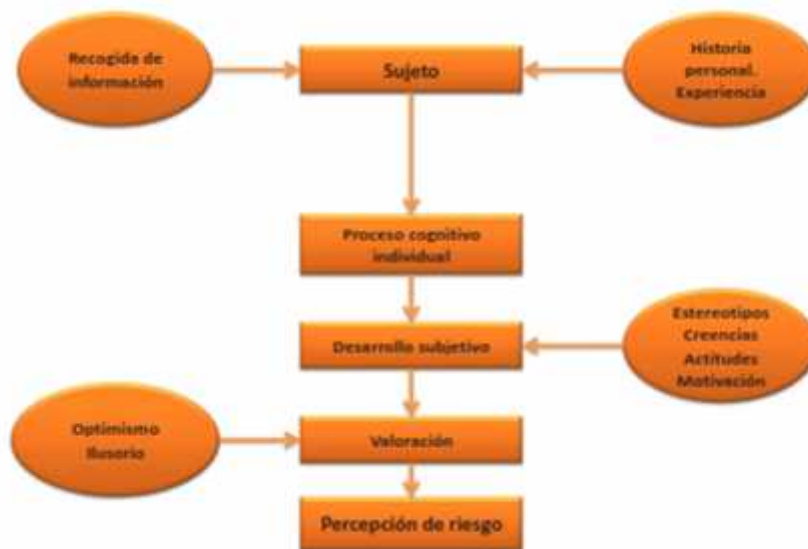
Figura 1.8.1 Concepto de riesgo.



1.8.2 Configuración de la percepción de riesgo

El concepto de percepción lo entendemos y explicamos desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencia y actitud. Se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor condicionará su comportamiento.^(29, 30)

Figura 1.8.2 Configuración de la Percepción de riesgo



No cabe duda, que desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema. De hecho la información recogida acerca de cualquier acontecimiento puede venir de distintas fuentes entre las que pueden estar las fidedignas y contrastadas o bien aquellas de poca o baja credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal conformarán las creencias y las actitudes fundamentalmente, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada. (29, 30)

1.8.3 Definición de percepción de riesgo

La relación del individuo con el mundo circundante ocurre mediante las sensaciones que recibe a través de los diferentes órganos de los sentidos y da origen a las percepciones que son la representación en el cerebro humano de esas sensaciones. Cada persona hace una representación diferente de un mismo fenómeno, ya que se relaciona con las creencias, experiencias y atención que le preste a los diferentes estímulos que acompañan una sensación. Las conductas de riesgo se definen como “actuaciones repetidas y fuera de determinados límites que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura”. Toda actividad humana implica un

riesgo con el cual la persona está acostumbrada a lidiar, y pasa por encima de él para desempeñarla, minimizándolo. En el caso del consumo de drogas, hay una representación social de qué conductas representan riesgos y son vistas, por tanto, como amenaza. 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. 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.⁽³²⁾

1.9 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

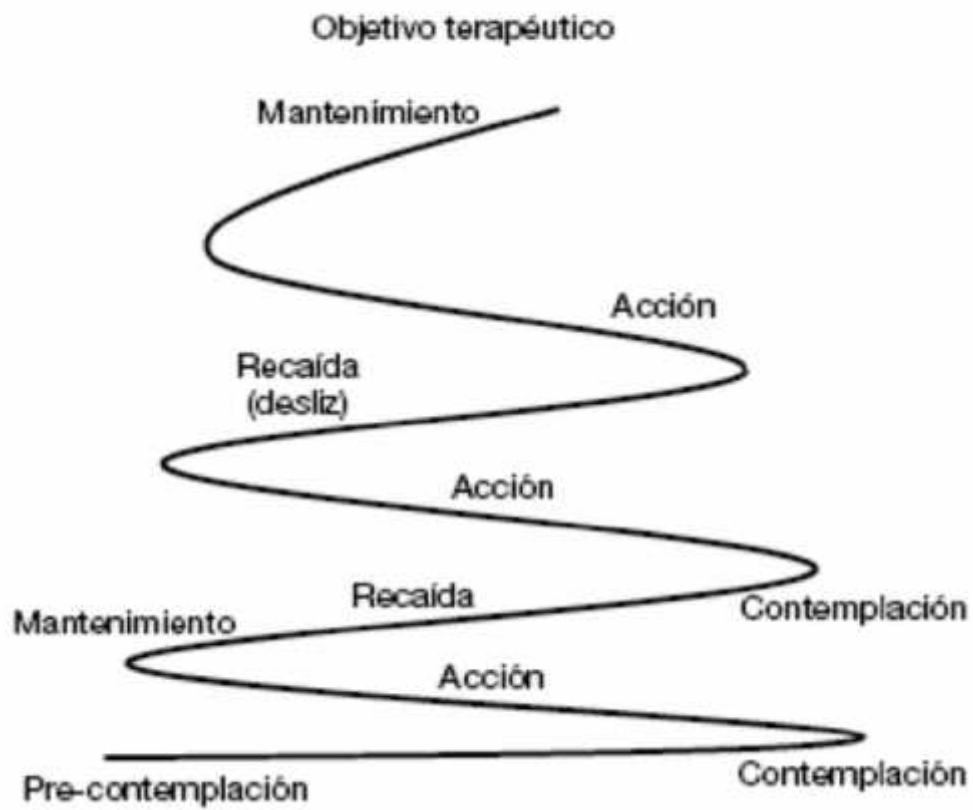
compromiso, tiempo, energía y estrategias claras y realistas, es importante reconocer que este proceso puede implicar dificultades. Esta teoría advierte que es probable sufrir recaídas y volver a las etapas anteriores. Por tanto, aporta esperanza para los individuos, ya que aceptar como normales los 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: *Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento*.⁽³³⁾

1.9.1 El paso de unos estadios a otros

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.⁽³⁴⁾

Figura 1.9.1 Paso de un estadio a otro.

Estadios de cambio



Diseño Metodológico

Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación de tipo intervención psicoeducativa con diseño de antes y después utilizando un enfoque mixto, articulando los enfoques cuantitativo y cualitativo en el consultorio No 4. Policlínico “Tomás Romay Chacón”, Municipio Abreus, en el tiempo comprendido de junio de 2019 a junio de 2021.

Selección de la Población y Muestra

La población en estudio quedó constituida por los 194 adolescentes pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia número 4 del área Yaguaramas donde se llevó a cabo la investigación, en el periodo comprendido de junio de 2019 a junio de 2021. La muestra del estudio quedó constituida por 126 adolescentes pertenecientes al mismo consultorio. El cálculo del tamaño muestral se realizó a través del paquete estadístico EPIDAT Versión 4.2 con un nivel de confianza de 95%. El estudio contó con un muestreo probabilístico aleatorio simple donde todos los individuos que formaban parte de la población tuvieron la misma probabilidad de participar.

Criterios de entrada y salida del estudio

Se definen como criterios de inclusión y exclusión del estudio los siguientes:

Criterios de Inclusión

- Disponibilidad para participar en el estudio.
- Edad comprendida entre 11 y 18 años.
- Pertenecer al consultorio médico donde se realizó el estudio.

Criterios de exclusión

- Ausencias significativas por cualquier causa.
- Padeecer de Trastornos Psiquiátricos

Criterios éticos

Dándole cumplimiento a los criterios éticos de la investigación se les solicitó el consentimiento informado a la directora del policlínico de Yaguaramas “Tomás Romay Chacón” (Anexo 1), se les explicó detalladamente a los adolescentes en qué consistía la investigación realizada y a cuales objetivos respondía, se les explicó que los datos obtenidos en la investigación tienen la finalidad de describir el consumo de alcohol y su relación con la percepción de riesgo en los adolescentes para posteriormente aplicar un programa de intervención psicoeducativa que permita desarrollar la percepción de riesgo en los adolescentes ante el consumo de alcohol. Se les informó que los resultados del trabajo serían expuestos ante un tribunal académico en números y porcentajes lo que protegería su identidad, también se les comunicó que no sería necesario poner sus nombres en las técnicas utilizadas para la recolección de la información. Se les informó que la participación no era obligatoria y que podían abandonarla si lo deseaban o no participar (Anexo 2). Posteriormente se pasó a darles las actas de consentimiento informado para que los padres o tutores legales las firmaran si estaban de acuerdo con los fines de la investigación.

Descripción de la Etapa I

Recolección de la información

Se aplicó la sección para evaluar alcohol del cuestionario de percepción de riesgo del Observatorio Argentino, adaptado por Oliva Agüero C. 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. el cual 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 de 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 la población en estudio por las diferentes vías de información, dependencia alcohólica entre otras.

También se aplicó un cuestionario realizado por Almaguer Barroso B. el cual cuenta con un total de 10 preguntas: 2 cerradas y las 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 estudiantes con relación al alcohol (Anexo 6).⁽²⁸⁾

Descripción de la Etapa II

En la segunda etapa se procedió a aplicar el programa de intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol diseñado por el Lic. Valero Carmona M. en su tesis de maestría (Anexo 7).³⁶

Descripción del programa

El diseño del programa de intervención psicoeducativa se basó en los resultados obtenidos en la Etapa I de la investigación realizada por el Lic. Valero Carmona M. para su tesis de maestría, las sesiones de trabajo en el mismo se realizaron partiendo de las necesidades psicoeducativas encontradas en esta etapa. El desarrollo de estas sesiones de trabajo se realizó teniendo como referencia el Modelo Transteórico de cambio de comportamiento propuesto por James Prochaska y Carlo Diclemente.

Procesamiento estadístico

Posteriormente se procedió a la triangulación de la información y los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos, siendo computarizados y procesados mediante el paquete de programas estadísticos computacional SPSS para Windows, versión 23.0, los que fueron resumidos en tablas y gráficos estadísticos.

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizarán tablas de frecuencia y porcentaje. Todos los análisis permitieron finalmente llegar a las conclusiones del trabajo y aplicar la intervención psicoeducativa para desarrollar la percepción de riesgo en los adolescentes del consultorio médico de la familia número 4 del área de salud de Yaguaramas.

Operacionalización de las variables

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de clasificación</i>	<i>Definición</i>	<i>Medidas de resumen</i>
<i>Edad</i>	Cualitativa ordinal politómica	11 a 14 años 15 a 18 años	Edad biológica a partir del nacimiento de la persona	Frecuencia y porcentaje respecto al total
<i>Sexo</i>	Cualitativa nominal, dicotómica	Masculino Femenino	Según la expresión de caracteres sexuales en el momento del nacimiento	Frecuencia y porcentaje respecto al total
<i>Color de la piel</i>	Cualitativa nominal, dicotómica	Blanca No Blanca	Cada uno de los grupos en que se subdividen las especies y cuyos caracteres diferenciales se perpetúan por herencia	Frecuencia y porcentaje respecto al total
<i>Consumo de alcohol</i>	Cualitativa nominal	Consumo social	Cualquier ingesta de este	Frecuencia y porcentaje

	Politómica	Consumo de riesgo o perjudicial Alcohólico	tóxico durante la adolescencia	respecto al total
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 respecto al total
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 respecto al total
Lugares donde se consume	Cualitativa nominal	Escuelas Parques Vivienda Centros recreativos	Identificación de las locaciones de preferencias para el consumo	Frecuencia y porcentaje respecto al total
Familiares con consumo de alcohol en el hogar	Cualitativa nominal politómica	Padre Madre Hermano Abuelos Otros	Identificación de las familias que presentan consumo de alcohol en el hogar	Frecuencia y porcentaje respecto al total
Conocimiento de legislaciones vigentes en el país acerca del expendio y consumo de alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Dominio acerca de las regulaciones vigentes en el país acerca del expendio y consumo de alcohol	Frecuencia y porcentaje respecto al total
Conocimiento sobre daños que produce el alcohol	Cualitativa nominal politómica	Si No No sé	Dominio acerca de las consecuencias reales que	Frecuencia y porcentaje respecto al total

			produce el consumo de alcohol a la salud	
<i>Tipos de daños ocasionados por el alcohol</i>	Cualitativa nominal politómica	Agresividad Accidentes Enfermedad Mal aspecto Otros	Consecuencias provocadas por el consumo de alcohol en el plano biopsicosocial	Frecuencia y porcentaje respecto al total
<i>Edad propicia para el consumo</i>	Cualitativa ordinal politómica	12 a 15 años 16 a 18 años 19 a 21 años Más de 22 años	Total de años de vida que se consideran apropiados para iniciarse en el consumo de alcohol	Frecuencia y porcentaje respecto al total
<i>Vías de información sobre consumo de alcohol</i>	Cualitativa nominal politómica	Padre Hermanos Amigos Periódicos y revistas Radio y 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 respecto al total

Percepción de riesgo respecto al consumo de alcohol: Se expresa en la capacidad del adolescente de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y consecuencias del consumo de alcohol, en función de la cual se conforman los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir este comportamiento y asumir comportamientos saludables.

-Adecuada: Se expresa cuando se evalúan de manera aceptada y objetiva los riesgos que implica el consumo de alcohol, configurándose mecanismos de autorregulación que favorecen la aparición de conductas de evitación y rechazo ante el consumo y la adopción de conductas saludables.

-Parcialmente adecuada: Se manifiesta cuando la persona reconoce los riesgos asociados al consumo de alcohol pero no posee un convencimiento real del problema, lo que suscita un bajo nivel de rechazo al mismo, aparecen

dificultades en los mecanismos de autorregulación y se adopta de forma no sistemática de este comportamiento de riesgo.

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

Se configura a partir de tres dimensiones: (1) Dimensión informativo – valorativa: Se expresa en el nivel de conocimientos que posee la persona sobre los riesgos asociados a determinados comportamientos, las consecuencias negativas inmediatas y mediatas que puede provocar el mismo, y la valoración que hace la persona respecto a esos conocimientos. (2) Dimensión afectivo – motivacional: Se refiere a la vulnerabilidad percibida, la postura del sujeto de aceptación o rechazo en relación con el consumo, estando mediatizada por el dominio de conocimientos, las normas interiorizadas, valores, ideales, la motivación, las expectativas, las emociones y las experiencias personales o de otros significativos, los cuales pueden o no entrar en contradicción con el nivel de información que se recibe. (3) Dimensión intencional – conductual: Se refiere a la capacidad de autorregulación del comportamiento hacia la adopción o no de comportamientos saludables, o bien la proyección de una intención futura con relación al mismo.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Distribución de los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 4 según edad. Área Yaguaramas, 2021.

Edad	Frecuencia		Porcentaje
	11 a 14 años	64	50,8
	15 a 18 años	62	49,2
	Total	126	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de riesgo.

Como se observa en la tabla número 1 los adolescentes tienen una edad comprendida entre los 11 y los 18 años lo cual se enmarca en la etapa de la adolescencia. El mayor porcentaje de los adolescentes se ubica en las edades de 11 a 14 años con un 50,8%.

Tabla 2. Distribución de los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 4 de acuerdo a sexo. Área Yaguaramas, 2021.

Sexo	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	61	48,4
	Femenino	65	51,6
	Total	126	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de riesgo.

La tabla 2, muestra la distribución de los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 4, del Área Yaguaramas, de acuerdo a sexo existiendo un predominio del sexo femenino con un 51,6%.

En los años noventa, a partir de una investigación del *Harvard School of Public Health College Alcohol Study*, se identificó la importancia del sexo de los sujetos en los efectos del consumo de alcohol. El grupo de Wechsler, utilizando un cuestionario de hábitos de consumo de alcohol, encontró que los hombres muestran de forma significativa problemas relacionados con el consumo de alcohol a partir de 5 bebidas por ocasión y las mujeres a partir de 4 bebidas. ⁽³⁶⁾

A consideración de la autora esta similitud de la muestra según el sexo es favorable en el proceso de intervención psicoeducativa en el grupo de adolescentes.

Tabla 3. Distribución de adolescentes del consultorio Médico de la Familia No 4 de acuerdo a raza. Área Yaguaramas, 2021.

Raza	Frecuencia		Porcentaje
	Blanca	63	50,0
	No blanca	63	50,0
	Total	126	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de riesgo.

Según la tabla número 3 se comporta de igual manera en los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 4, el color de piel blanca y no blanca con un 50,0% en cada caso.

Tabla 4. Distribución de adolescentes del Consultorio Médico de la Familia No 4 según percepción de riesgo. Área Yaguaramas, 2021.

P. Riesgo	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alta	31	24,6	62	49,2
Media	48	38,1	39	31,0
Baja	47	37,3	25	19,8
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de riesgo.

Como se puede observar en la tabla número 4 que muestra la distribución de adolescentes según percepción de riesgo el mayor porcentaje de estos tienen una percepción de riesgo media antes de la intervención con una frecuencia de 48 adolescentes para un 38,1%. Una vez aplicada la intervención esta percepción de riesgo se ve modificada ya que el 49,2% de los adolescentes del estudio presentan una percepción de riesgo alta.

Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado por López Larrosa S y Rodríguez-Arias Palomo JL donde asocian la baja percepción de riesgo al sexo. 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.⁽³⁷⁾

El análisis cualitativo de la percepción de riesgo en sus tres dimensiones informativa-valorativa, afectiva-motivacional e intencional-conductual brinda un nivel de conocimientos, motivación e intención para autorregular el comportamiento hacia la adopción o no de comportamientos saludables o bien la proyección de una intención futura con relación al mismo en los adolescentes del estudio.

Dimensión informativa-valorativa: Los adolescentes del estudio tienen un nivel de conocimientos medio y bajo sobre el consumo de alcohol antes de la intervención, ya que no poseen en su mayoría información de los efectos dañinos del alcoholismo sobre la salud como son el cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros, aun cuando reconocen que el alcoholismo puede propiciar que sean rechazados por parte de otros pero no se consideran en riesgo de experimentarlos o sufrirlos ellos mismos.

Después de la intervención se constató que estos modificaron sus conocimientos al adquirir información profesional refiriendo en su mayoría que no sabían nada de alcoholismo y que estaban perdidos.

El análisis cualitativo de la percepción de riesgo en su dimensión Informativa-Valorativa, que se realizó a través del Cuestionario para la evaluación de la percepción de riesgo sobre consumo de alcohol (Anexo 4), coincide con los resultados de la tabla número cuatro que muestra una percepción de riesgo baja ya que 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 como (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros), 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. Estos conocimientos fueron modificados luego de la intervención psicoeducativa en el consultorio médico de la familia número cuatro.

Dimensión afectiva-motivacional: En las respuestas dadas por los adolescentes se pueden apreciar que estos tienen un grado de vulnerabilidad elevado antes de la intervención ya que consideran en su mayoría que sin alcohol no hay fiesta porque lo consideran indispensable para pasarla bien.

Después de la intervención los adolescentes del estudio refieren nuevas motivaciones para una diversión sin consumo de alcohol refiriendo estos que así hacen menos papeles, y las adolescentes refieren que comprenden mejor los riesgos de poder sufrir abusos sexuales bajo los efectos del alcohol.

Dimensión intencional-conductual: El análisis cualitativo de esta dimensión antes de la intervención arroja la pobre intención de comportamientos saludables en la mayoría de estos adolescentes, lo cual se evidencia en respuestas que afirman estados de embriaguez en varias ocasiones, refieren haber tenido prácticas sexuales de riesgo bajo los efectos del alcohol, algunos han conducido vehículos bajo el efecto de bebidas alcohólicas.

Después de la intervención la mayoría de los adolescentes refirieron que no cometerían más locuras cuando consumieran bebidas alcohólicas, también refirieron la mayoría de las adolescentes que corrían tremendo peligro de ser abusadas sexualmente durante el consumo de bebidas alcohólicas.

La dimensión intencional-conductual de los adolescentes del estudio antes de la intervención muestra que estos han tenido conductas de riesgo para su salud como son relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y en algunos casos conducción de automóviles, no muestran intenciones de cambiar su hábito de beber y refieren que si desearan hacerlo cuentan con los recursos personales necesarios para hacerlo lo que se relaciona con el desconocimiento que poseen sobre el consumo de alcohol, el alcoholismo y la baja percepción de riesgo.

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. ^(38, 39)

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. ⁽⁴⁰⁾ Por lo que respecta a los abusadores, 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. ⁽⁴¹⁾

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del tipo de consumo de alcohol en los adolescentes. Área Yaguaramas, 2021.

C. Alcohol	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Consumo social	49	38,9	65	51,6
Consumo de riesgo	52	41,3	43	34,1
Consumo perjudicial	18	14,3	13	10,3
Alcohólico	7	5,6	5	4,0
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de problemas vinculados con el alcohol.

Según la tabla 5 que muestra la distribución de adolescentes según consumo de alcohol podemos observar que antes de la intervención el 41,3% de los adolescentes tienen un consumo de riesgo, el 38,9% presenta un consumo social y el 5,6% son alcohólicos. Después de la intervención psicoeducativa los adolescentes modificaron sus hábitos de consumo ya que un 51,6% de estos presentaron un consumo social de alcohol.

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Brito Sosa G donde refiere que la muestra estudiada por él presentan un consumo perjudicial de alcohol. ⁽⁴²⁾

Según los criterios que ofrece el Dr. Ricardo González, de consumo de riesgo de alcohol, la autora de este trabajo puede asegurar que los adolescentes estudiados presentan síntomas de embriagues en más de una ocasión en un periodo de un mes.

Diversos autores han mostrado el alarmante incremento del consumo de alcohol entre jóvenes, empezando a plantearse la existencia de un patrón de consumo de riesgo en esta población. ⁽⁴³⁾

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje en la que han consumido alcohol los adolescentes. Área Yaguaramas, 2021.

	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
c. alcohol				
<i>una vez</i>	55	43,7	60	47,6
<i>algunas veces</i>	59	46,8	51	40,5
<i>casi todos los días</i>	8	6,3	5	4,0
<i>nunca</i>	4	3,2	10	7,9
<i>Total</i>	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

Como se observa en la tabla 6, antes de la intervención el 46,8% de los adolescentes han consumido alcohol algunas veces, el 43,7% lo ha consumido al menos una vez y solo el 3,2% no ha consumido nunca alcohol. Se distingue que después de la intervención que la frecuencia en la que consumen alcohol los adolescentes fue modificada.

Según la frecuencia y porcentaje en la que han consumido alcohol los adolescentes se obtuvo que casi la totalidad de ellos han consumido alcohol al menos una vez en la vida. 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. ^(4, 5, 6, 9, 10, 14, 15)

Se distingue que los adolescentes del estudio consumen alcohol algunas veces, cifra que concuerda con la aportada por algunos autores en sus investigaciones donde aportan datos de 90%, 62% y 70% ^(14, 15, 16, 17) en adolescentes que consumen esta sustancia. Un estudio realizado en Cuba por

Almaguer Barroso B ⁽²⁸⁾ 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 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. ⁽³⁶⁾

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, 48%; seguido de la casa propia, 34.5%, y después el parque, con 25.9%. ⁽⁴⁴⁾

En el análisis cualitativo del cuestionario se observan resultados diferentes a los encontrados en el estudio realizado en Colombia ya que en la mayoría de los lugares del municipio donde residen los adolescentes del estudio existen pocas opciones para su recreación teniendo acceso a las discotecas o centros recreativos los fines de semana refiriendo los mismos que es el mejor lugar para consumir alcohol.

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. ⁽⁴⁵⁾

Un estudio realizado en Chile demuestra que el consumo de sustancias considerando ambos sexos, muestra que la tasa más alta corresponde al consumo de alcohol (26,6%). La prevalencia de consumo de alcohol según rango de edad (menor de 13 años, 13-16 años y mayores de 16 años) fue más

alto a edades mayores, siendo para alcohol 10,0%, 25,8% y 35,7%, respectivamente. ⁽⁴⁶⁾

Sánchez JP y Pereira JR muestran en su estudio las frecuencias y estadísticos de contraste para las variables dependientes en función del consumo de los modelos. El modelo creado para el consumo de alcohol alguna vez. Este permite una estimación correcta del 79.3% de los casos, entrando a formar parte de la ecuación el consumo del hermano y el consumo del amigo. La probabilidad de haber consumido alcohol es 13.04 veces mayor entre los adolescentes con un mejor amigo consumidor que entre aquellos que no tienen un mejor amigo consumidor. ⁽⁴⁷⁾

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de familiares que consumen alcohol en el hogar. Área Yaguaramas, 2021.

Hogar	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Familias que consumen alcohol en el hogar	65	51,6	65	51,6
Familias sin consumo de alcohol en el hogar	61	48,4	61	48,4
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

La tabla 7 muestra que el 51,6% de estos adolescentes del Consultorio Médico No 4 del área Yaguaramas consumen alcohol en el hogar y se distingue que 48,4% de las familias de estos adolescentes no consumen alcohol en el hogar. Estos resultados se mantuvieron después de la intervención ya que no existió modificaciones en los patrones de consumo de los familiares de los adolescentes en estudio.

También se constató en el estudio que los adolescentes pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No 4, son miembros de familias que consumen alcohol en el hogar.

En la literatura revisada se encontraron estudios que vinculan a la familia con el desarrollo de conductas relacionadas con el consumo de los hijos adolescentes. ^(48, 49, 50, 51, 52, 53)

Un estudio realizado en Chile que relaciona el consumo de sustancias del adolescente según el consumo de igual sustancia por parte del padre o madre demuestra que los adolescentes cuyos padres consumían tabaco, alcohol o marihuana tenían significativamente más riesgo de consumir dichas sustancias en comparación a los adolescentes cuyos padres no las consumían; similar situación ocurre en el caso de las madres consumidoras. ⁽⁴⁶⁾

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. ⁽³⁷⁾

Un estudio realizado por Mosqueda Díaz A destaca que, en general, las Relaciones Familiares son percibidas como factor protector del grupo estudiado, esto principalmente cuando existe una alta cohesión familiar, resultando como factor protector en el 86,9% de los casos, es decir existe un alto apego emocional, mayor sentimiento de unión y una explícita expresión de afecto entre sus miembros; también destaca la alta comunicación que los adolescentes tienen con sus padres, siendo mayor para la madre, la que es factor protector para el 80,3% y para el padre 63,9%. ⁽⁴³⁾

Resultados diferentes 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. El porcentaje de adolescentes cuyo mejor amigo bebe (59.2%) es significativamente más alto que el de adolescentes con un mejor amigo abstemio. ⁽⁴⁷⁾

La presencia de actitudes favorables por parte de la familia, condescendientes con su consumo, supone un incremento en la probabilidad de consumo en los hijos adolescentes. En la opinión de la autora Almaguer Barroso, B además de la influencia de los padres, la familia ejerce una influencia decisiva en esta

etapa de la vida, donde el adolescente vive un proceso de maduración y de búsqueda de identidad, por lo que resulta muy importante el modelo de conducta que proporcionan los padres a los hijos, una vez que los adolescentes tienden a imitarlos en esta etapa de la vida. ⁽²⁸⁾

En la opinión de la autora de este trabajo estos resultados demuestran que los adolescentes se ven expuestos a la conducta de consumo de alcohol desde etapas tempranas del desarrollo donde ellos tienen un aprendizaje vicario de los adultos, causa por la cual puede estar dado un fenómeno de acostumbamiento ante este hábito nocivo desde la adolescencia.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de los estudiantes que conocen de alguna legislación en el país que prohíba el consumo de alcohol en los adolescentes. Área Yaguaramas, 2021.

País	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
no	85	67,5	-	-
si	41	32,5	126	100,0
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

La tabla 8 nos muestra antes de la intervención como la mayoría de los adolescentes estudiados 67,5% no conocen acerca de legislaciones en el país que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, siendo significativo que solo el 32,5% de estos adolescentes tienen conocimiento acerca de esta ley. Después de la intervención los 126 adolescentes que participaron en el estudio refirieron que conocían de la legislación existente en el país que prohíbe el consumo de alcohol en los menores de edad.

La mayoría de los adolescentes estudiados no conocen acerca de legislaciones en el país que prohíban la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

En este sentido, algunos estudios han obtenido resultados diferentes, por ejemplo, en investigaciones realizadas en Argentina ⁽⁵⁴⁾ y en España ⁽⁵⁵⁾ 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.

Tabla 9. Total de adolescentes según respuestas en función de mitos y creencias sobre el alcohol. Área Yaguaramas, 2021.

Mitos	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Solo se convierten el alcohólico las personas débiles de carácter o carentes de moral</i>	7	5,6	3	2,4
<i>El alcohol incrementa sensiblemente la posibilidad de sufrir accidente</i>	12	9,5	15	11,9
<i>El consumo abusivo de alcohol generalmente provoca dependencia</i>	6	4,8	11	8,7
<i>El alcohol es una droga</i>	10	7,9	22	17,5
<i>El alcohol sirve para enfrentar el frío</i>	11	8,7	5	4,0
<i>Beber alcohol en exceso provoca daños al hígado, el corazón y el cerebro</i>	13	10,3	17	13,5
<i>El alcohol mejora la actividad sexual</i>	24	19,0	14	11,1
<i>Cuando se está embarazada lo mejor es no beber alcohol</i>	22	17,5	35	27,8
<i>El alcohol es un estimulante</i>	21	16,7	4	3,2
<i>Total</i>	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

En la tabla 9 antes de la intervención se muestran los conocimientos que poseen los estudiantes en relación con los mitos y creencias que tienen sobre el alcohol. La mayoría de las respuestas a cada afirmación fueron verdaderas lo que demuestra que los adolescentes del estudio a pesar de tener algún conocimiento sobre este hábito nocivo todavía son insuficientes y se ven expuestos al consumo de alcohol. Esto se ve ejemplificado en preguntas como la del alcohol es un estimulante donde 16,7% de los adolescentes respondieron de forma afirmativa. Una vez concluida la intervención se puede constatar que los adolescentes modificaron sus creencias en cuanto a los mitos que redundan sobre el consumo de alcohol ya que solo 2,4% reconoce que solo se convierten en alcohólicos las personas débiles de carácter o carentes de moral.

En la tabla 9 se muestran los conocimientos que poseen los estudiantes en relación con los mitos y creencias que tienen sobre el alcohol. La mayoría de las respuestas a cada afirmación fueron verdaderas lo que demuestra que los adolescentes del estudio a pesar de tener algún conocimiento sobre este hábito nocivo todavía son insuficientes y se ven expuestos al consumo de alcohol.

Con respecto a que el alcohol es un estimulante y sirve para combatir el frío nos encontramos ante falsas creencias muy difundidas en la sociedad contemporánea. Algunas investigaciones realizadas, obtuvieron resultados similares al presente estudio, al encontrar que la mayoría de los adolescentes consideran como verdadera ambas frases. ⁽²⁸⁾

Cabe señalar, que a pesar de que algunos adolescentes reconocen el alcohol como droga, el hecho de que haya una parte significativa de los adolescentes que no lo reconozcan puede estar dado por la venta legal y promoción que se le da a las diferentes marcas en la televisión.

A pesar de los esfuerzos que se realizan a nivel internacional en campañas de prevención del alcoholismo aún persisten en la población adolescente presencia de juicios distorsionados sobre el alcohol y sus efectos, por lo que resulta necesario continuar trabajando en este sentido, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial, a través de programas psicoeducativos, que refuercen los aspectos que hay que seguir trabajando.

Los adolescentes plantean en sus respuestas, que consideran al alcohol como un producto dañino para la salud.

Tabla 10. Distribución de estudiantes que consideran que el alcohol es dañino para la salud. Área Yaguaramas, 2021.

Salud	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
no se	13	10,3	17	13,5
no	52	41,3	26	20,6
si	61	48,4	83	65,9
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

En la tabla 10 se distingue antes de la intervención que los adolescentes plantean en un 48,4% de sus respuestas, que consideran el alcohol como un producto dañino para la salud. Estos resultados se corresponden con los obtenidos por Valero Carmona en el Municipio de Abreus. Se distingue que después de la intervención el 65,9% reconocen que el alcohol es dañino para la salud.

Los adolescentes plantean en sus respuestas, que consideran al alcohol como un producto dañino para la salud.

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. ⁽⁴⁵⁾

Tabla 11. Total de respuestas de los adolescentes según los posibles daños provocados por el consumo de alcohol. Área Yaguaramas, 2021.

Salud	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Pueden provocar accidentes	28	22,2	33	26,2
Las personas se enferman	22	17,5	32	25,4
Las personas son agresivas	39	31,0	49	38,9
Las personas tienen mal aspecto	37	29,4	12	9,5
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

Como se observa en la tabla 11, antes de la intervención el mayor porcentaje de los adolescentes asocia como mayor daño por el consumo de alcohol el comportamiento agresivo de las personas, representando un 31,0% y la enfermedad la ubican en el cuarto lugar representada con un 17,5%. Se distingue que después de la intervención no existieron cambios significativos en cuanto a las respuestas de estos adolescentes.

Un estudio realizado por Mosqueda Díaz A que vincula los problemas de salud y comportamiento, destaca claramente su influencia como factor protector, por arriba de 80% para ambos subfactores, por otro lado no hay estudiantes que lo perciban como un factor de riesgo, aquellos casos donde se comporta como factor neutro es por existencia actual o pasada de abuso de alcohol y drogas por algún integrante de la familia. ⁽⁴³⁾

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). ⁽³⁶⁾

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.

El comportamiento agresivo de las personas es lo que más asocian los adolescentes como mayor daño por el consumo de alcohol y la enfermedad la ubican en el cuarto lugar.

Estos resultados concuerdan con otras investigaciones realizadas a nivel internacional. ^(8, 9, 11, 12, 13, 56)

De forma general, estos resultados pueden estar influenciados por la información que los medios de comunicación vienen ofreciendo en los últimos años acerca de la incidencia del alcohol en los accidentes de tránsito, lo cual parece tener un efecto positivo sobre los conocimientos del adolescente.

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de cuando una persona es alcohólica según los adolescentes. Área Yaguaramas, 2021.

Consideraciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Cuando una persona consume alcohol de forma ocasional</i>	6	4,8	13	10,3
<i>Cuando la persona necesita el alcohol para hacerle frente a las actividades cotidianas</i>	8	6,3	10	7,9
<i>Cuando la persona no puede controlar el consumo cuando comienza a beber</i>	44	34,9	50	39,7
<i>Cuando consume todos los días</i>	52	41,3	48	38,1
<i>Cuando una persona consume alcohol de 2 a 3 veces por mes</i>	16	12,7	5	4,0
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

Como puede apreciarse en la tabla 12 antes de la intervención el 41,3% responde de forma afirmativa que las personas son alcohólicas cuando consumen todos los días y el 34,9% tienen el criterio que las personas son alcohólicas cuando no pueden controlar el consumo. Lo que evidencia que los mismos necesitan recibir información sobre la adicción que puede generar al organismo el consumo de alcohol y trae aparejado una baja percepción de riesgo en este colectivo. Se distingue que después de la intervención estos adolescentes modificaron sus conocimientos en cuanto a los criterios de cuando una persona es alcohólica.

Como puede apreciarse en la tabla 12 un grupo de adolescentes responden de forma afirmativa que las personas son alcohólicas cuando consumen todos los

días y otro grupo tienen el criterio que las personas son alcohólicas cuando no pueden controlar el consumo. Lo que evidencia que los mismos necesitan recibir información sobre la adicción que puede generar al organismo el consumo de alcohol y trae aparejado una baja percepción de riesgo en este colectivo.

En un estudio realizado por Almaguer en Cuba, también se encontró que la mayoría de los estudiantes poseen insuficientes conocimientos con relación a esta definición, brindando pobres elementos del alcoholismo como enfermedad. Por tanto, resulta ineludible accionar en este sentido, para que los adolescentes incrementen sus conocimientos en el tema y asuman actitudes responsables con relación al consumo de alcohol.

Tabla 13. Edad correcta para el inicio de consumo de alcohol según adolescentes. Área Yaguaramas, 2021.

Comienzo	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 12 a 15 años	5	4,0	2	1,6
De 16 a 18 años	53	42,1	26	20,6
De 19 a 21 años	61	48,4	36	28,6
A partir de los 22 años	7	5,6	62	49,2
Total	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

Como se observa en la tabla 13, la mayoría de los adolescentes participantes en el estudio refirió antes de la intervención que la edad propicia para iniciarse en el consumo de alcohol es a partir de los 19 años de edad con un 48,4%. Después de la intervención se puede apreciar que los adolescentes del estudio refieren en un 49,2% que la mejor edad para comenzar el consumo es a partir de los 22 años.

Como se observa en la tabla 13, la mayoría de los adolescentes participantes en el estudio refirió que la edad propicia para iniciarse en el consumo de alcohol es a partir de los 19 años de edad.

Este criterio puede estar dado por ser después de los 18 años que se adquiere la mayoría de edad, también por los carteles puestos en los puntos de venta estatales que difunden el mensaje que la venta de bebidas alcohólicas es a partir de esta edad.

De forma general, a pesar de que los participantes en el estudio tienen estos criterios, la realidad demuestra que no se comportan consecuentemente con ello y la mayoría ya ha consumido alcohol a pesar de no tener la edad que ellos consideran propicia para iniciarse en el consumo de alcohol.

Tabla 14. Total de respuestas de los adolescentes según vías de información sobre el consumo de alcohol. Área Yaguaramas, 2021.

Conocimiento	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>A través de mis padres</i>	11	8,7	11	8,7
<i>De mis hermanos</i>	6	4,8	6	4,8
<i>De mis amigos</i>	69	54,8	69	54,8
<i>De la radio y la televisión</i>	9	7,1	9	7,1
<i>De la escuela</i>	13	10,3	13	10,3
<i>En la calle</i>	18	14,3	18	14,3
<i>Total</i>	126	100,0	126	100,0

Fuente: Cuestionario de Almaguer Barroso.

En la tabla número 14 antes de la intervención se aprecia que casi la totalidad de los estudiantes declaró haber recibido información sobre el consumo de alcohol a través de diferentes vías y se distingue que solo el 8,7% de los adolescentes del estudio declaró haber recibido información de los padres. Se aprecia que después de la intervención los adolescentes no modificaron sus criterios en cuanto a las vías de recibir la información.

En la tabla número 14 se aprecia que casi la totalidad de los estudiantes declaró haber recibido información sobre el consumo de alcohol a través de diferentes vías y se distingue que solo un pequeño porcentaje de los adolescentes del estudio declaró haber recibido información de los padres.

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 información. ⁽²⁴⁾

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. ⁽⁴⁶⁾

En el estudio realizado por la autora, los adolescentes de la muestra refirieron recibir más información de los amigos que a través de los padres.

Numerosos autores coinciden en que la familia tiene un papel crucial en la formación de sus hijos ^(48, 50,51), siendo el primer espacio socializador para el individuo y como tal, debe tener un papel activo en la formación de valores, en la transmisión de conocimientos y en el fomento de estilos de vida saludables ajenos al consumo de alcohol, a través de la función educativa que se ejerce en su seno.

Una vez, concluida la aplicación de la intervención psicoeducativa se corroboró la modificación de la percepción de riesgo, en relación al consumo de alcohol y la prevención del alcoholismo por los adolescentes.

Conclusiones

- ❖ Según los resultados del trabajo los adolescentes del estudio se encuentran entre los 11 y los 18 años de edad, presentando antes de la intervención una percepción de riesgo baja, la cual se pudo desarrollar mediante la aplicación de la intervención psicoeducativa.

Recomendaciones

- ❖ Que la aplicación del programa psicoeducativo se extienda a los demás consultorios médicos del área de salud.
- ❖ Que la aplicación del programa psicoeducativo se incluya en los otros consultorios médicos del municipio de Abreus.
- ❖ Que la aplicación del programa se pueda extender a otros municipios de la provincia.

Referencias Bibliográficas

1. Jiménez Vallejo S, Valadez Figueroa I. Diagnóstico participativo sobre consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de una secundaria nocturna. Investigación en Salud [Internet]. 2003; V (1):0. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200104>
2. 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>
3. 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>
4. 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]. 2014; 6(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333132568001>
5. 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>
6. 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>

7. 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>
8. Telumbre-Terrero JY, Sánchez-Jaimes BE. CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO. Salud y drogas [Internet]. 2015; 15(1):79-86. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758008>
9. 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]. 2014 [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
10. 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
11. 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]. 2015 [citado 27 Septiembre 2017]; Vol.8 (Supl.2): [aprox. 89-96 p.]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?id=eNX-5DhSIAC&pg=PA99&lpg=PA99&dq=adolescentes%2Balcohol%2Bintervenci%C3%B3n%2Bcienfuegos&source=bl&ots=KrTuBWEqW&sig=_xlmRdFXM4JJ089TbdWMfcXISel&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=adolescentes%2Balcohol%2Bintervenci%C3%B3n%2Bcienfuegos&f=false
12. Guzmán Torres A A, Pérez Hernández J C, Padilla Ochoa J, Montes Núñez E, Ayala Montes de Oca A A, Gallegos Rodríguez G. Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación Aguda por Alcohol Etílico en Adultos en segundo

y tercer nivel de atención. CENETEC [Internet].2013 [citado 27 Septiembre 2017]; Vol.87 (Supl.1): [aprox. 1-42 p.]. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_EYR.pdf

13. 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]. 2014 [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

14. 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>

15. Consejo General de la Psicología de España. Informe de resultados del Estudio Sociológico “Juventud y Alcohol”- Fundación Pfizer. Infocop [Internet]. 2013 [citado 27 Septiembre 2017]; [aprox.1 p.]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4340

16. Zurita F, Álvaro JI. Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes. Salud y drogas [Internet]. 2014; 14(1):59-70. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83931686006>

17. 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-educativa-adolescentes-riesgo-alcoholismo-cms-82-cav-cuba/intervencion-educativa-adolescentes-riesgo-alcoholismo-cms-82-cav-cuba.shtml>

18. Barbar T, Caetano R, Casswel S, Edwards G. Alcohol: no ordinary commodity research and public policy. Washington: Oxford University Press; 2003. p. 10-11.
19. Bajac H, Feliu-Soler A, Meerhoff D, Latorre L, Elices M. Iudicium: Una intervención educativa para abordar la percepción de riesgo del consumo problemático de alcohol en adolescentes. Adicciones [Internet]. 2016; 28(1):41-47. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289144321006>
20. Flórez-Alarcón L, Castellanos-Morales CA. Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012; 14(2):69-85. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4222583400>
21. Alvaré Alvaré LE. Conversando íntimamente con el adolescente varón. 2da ed. La Habana: Editorial Científico – Técnico; 2005 p. 15-16.
22. Olivera da Souza D P, Arco PN, Silveira Filho Dx. Alcol e Alcoholismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grano. Rev Saúde Pública. 2005; 39 (4): 585-92.
23. Gómez Mendoza C, León Martínez C A, Pérez Guerra L E. El alcoholismo, una problemática actual. Acta Médica del Centro [Internet]. 2012 [citado 8 Mayo 2017]; Vol. 6(No. 4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?read_result=cumed-52563&index_result=0
24. Enriquez Vilaplana S, Fernández Vidal A T, Rueda Montoya V J. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. Mi SciELO [Internet]. 2017 [citado 27 Septiembre 2017]; Vol.25 (Supl.2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000200011&lng=es&nrm=iso
25. Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M. (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. EDITA: Sociodrogaalcohol. Avda. Valcara, 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)

26. Borges J, Casas M y Gutiérrez. Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. (2015) ISBN: 13-978-84-938078-9-4. <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Adictivos.pdf#page=18>

27. Lajús Barrabeitg G. Drogas, Adictos, Familia y Sociedad. Enero, 2008. República Bolivariana de Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información; 2008.

28. Ahumada-Cortez, Jesica Guadalupe, Gámez-Medina, Mario Enrique, Valdez-Montero, Carolina, *EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA*. Ra Ximhai [Internet]. 2017;13(2):13-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>

29. Almaguer Barroso B. PROGRAMA EDUCATIVO PARA FORTALECER EL VALOR RESPONSABILIDAD ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL. [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014.

30. García del Castillo J A. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Salud y drogas, vol. 12, núm. 2, 2012, pp. 133-151. <http://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>

31. Alonso Morillejo E, Muñoz Pozo C. (2018). La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales.

32. 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]. 2010; 22(4):568-573. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>

33. 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; 2015.

34. García-Allen J. El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente. Psicología y Mente [Internet]. 2017 [citado 27 Septiembre 2017]; <https://psicologiaymente.net/psicologia>
35. 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. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>
36. 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. Municipio Abreus. 2018[Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2018.
37. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín, S, Cadaveira, F. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). Adicciones [Internet]. 2011; 23(1):53-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122829008>
38. 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]. 2010;22(4):568-573. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>
39. 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]. 2009 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.
40. de la Villa Moral Jiménez M, Ovejero Bernal A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes: tendencias emergentes y percepción de riesgo. 2011. p. 71-87. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672011000100007

41. 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]. 2015; 22(1):1-8. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134238610001>
42. 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, 2014, pp. 1-8 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180050962011>
43. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios A M, Alburquerque Fernández F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 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. Mosqueda-Díaz A, Carvalho Ferriani MdG. Factores protectores y de riesgo familiar relacionado al fenómeno de drogas, presente en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2011; 19:789-795. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968016>
45. Cicua, D, Méndez, M, Muñoz, L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2008; 4(11):115-134. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671008>
46. Coronado Iglesias M, Gorrita Pérez RR. Algunos factores relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes. *Medimay* [revista en Internet]. 2010 [citado 2018 Jun 8]; 16(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/458>
47. 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.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300006.](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300006)

48. Espada Sánchez, JP, Pereira, JR, García-Fernández, JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2008; 20(4):531-537. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720404>

49. 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]. 2005; 13(1):813-818. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421851008>

50. Cadaveira Mahía F. Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones* [Internet]. 2009; 21(1):9-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122882002>

51. Acosta LD, Fernández AR, Pillon SC. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2011; 19:771-781. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968014>

52. Sánchez-Ventura JG, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2012; XIV (56):335-342. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638750009>

53. Tegoma-Ruiz V, Cortaza-Ramírez L. Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016; 13(4):239-245. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358748563007>

54. Enriquez Vilaplana S, Fernández Vidal AT, Rueda Montoya VJ. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. *MediSur* [Internet]. 2017; 15(2):217-228. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180050962011>

55. Colectivo de autores. Experiencia en la prevención y control del consumo de alcohol. Argentina: Ministerio de salud; 2008. Disponible en: <http://msal.gov.ar/htm/site/enfr/contenidos/PDF/publicacionalcoho.pdf#page=79>
56. Argadoña A, Fontrodona J, García P. Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España. España: Universidad de Navarra; 2009.
57. Barlés Arizón M, Escario J, Sánchez-Ventura JG. Predictores de la conducción bajo los efectos del alcohol entre los adolescentes españoles. Adicciones [Internet]. 2014; 26(2):96-105. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289131590002>
58. González R. (2004). Alcoholismo. Abordaje integral. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
58. Sandoval J, Hernández E. (2004). Alcohol. Mito y realidad. La Habana: Científico Técnica.
59. García-Moreno M. del R. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de una estrategia de prevención escolar. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.
60. Fabelo Roche J R, Iglesia Moré S. Instrumentos de evaluación psicológica de utilidad en la prevención y atención a las adicciones. (2018). [Material especialmente preparado para bibliografía del curso: Intervención psicológica para la prevención y atención de las adicciones]. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.
61. Arce Rodríguez M A. Técnicas participativas. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2008.
62. Farke W, Anderson P. El consumo concentrado de alcohol en Europa. Adicciones [Internet]. 2007; 19(4):333-339. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122906002>
63. GOLPE S, ISORNA M, BARREIRO C, BRAÑA, TERESA RIAL A. Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. Adicciones [en línea] 2017, 29 [Fecha de consulta: 28 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289153037005> ISSN 0214-4840

64. Andrade Palos P, Sánchez-Xicotencatl CO, Morales Demetrio N, González-González A, Betancourt Ocampo D. Fortalezas externas y consumo de alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2015; 23(2):27-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944231004>
65. Fernández Castillo E. Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios [tesis doctoral]. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villa; 2017.

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 Centro Mixto Escolar “Adolfo Ortiz”, 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 Estudiantes 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. Toma tranquilizantes/estimulantes/otros medicamentos sin indicación médica mezclados con bebidas alcohólicas una o dos veces. 1 2 3 4

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

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 decidir abandonar el consumo de alcohol ____
11. Pienso que cuento con recursos suficientes para dejar de beber alcohol cuando yo lo decida ____
12. Cuando pienso en las bebidas alcohólicas me vienen a la mente historias y sucesos relacionados con personas alcohólicas que he conocido y eso me causa rechazo al consumo de alcohol ____
13. Soy de los que piensan que sin alcohol no hay fiestas porque lo considero indispensable para pasarla bien ____
14. Siento la necesidad de beber alcohol frecuentemente y no me genera preocupación o contradicción alguna ____
15. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero contradictoriamente siento la necesidad de beber y decido hacerlo ____
16. Reconozco los efectos dañinos del alcoholismo pero los ignoro sin que ello me genere contradicciones ____
17. Cuando conozco de los efectos dañinos que el alcoholismo ha tenido en la vida de otras personas (conocidos, amigos o familiares) experimento contradicciones que me hacen dudar o cuestionarme si seguir bebiendo o no ____
18. Experimento motivaciones contrapuestas con relación al alcoholismo pero decido seguir consumiéndolo ____
19. Algunos efectos del alcoholismo entran en contradicción con mis valores por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de consumirlo ____
20. Me gustaría lograr dejar de beber alcohol para complacer a mi familia y amigos ____
21. Me gustaría lograr dejar de beber alcohol porque estoy convencido de los efectos dañinos que me provoca en diversas áreas de mi vida personal, familiar y ____

social

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

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

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

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

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

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?
Si_____ No_____
2. ¿Ha usado alguna vez el alcohol para atenuar tensiones?
Si_____ No_____
3. ¿Alguien le ha molestado con críticas por usted beber?
Si_____ No_____
4. ¿Ha tenido alguna vez discusiones con familiares o amigos después de beber?
Si_____ No_____
5. ¿Ha tenido usted dificultades en la escuela ocasionadas por la bebida?
Si_____ No_____
6. ¿Ha llegado alguna vez tarde a la escuela porque ha estado embriagado el día anterior?
Si_____ No_____

7. ¿Ha perdido alguna vez un día de estudio como resultado de haberse embriagado el día anterior?

Si_____ No_____

8. ¿Ha recibido alguna vez orientaciones de su médico, profesores y familiares para que no beba o beba menos?

Si_____ No_____

9. ¿Ha tenido alguna vez problemas de salud debido a la bebida?

Si_____ No_____

10. ¿Le ha ocurrido alguna vez que después de beber no recuerda lo que hizo la noche anterior?

Si_____ No_____

11. ¿Ha notado alguna vez que cuando comienza a tomar no puede detenerse?

Si_____ No_____

12. ¿Después de beber ha notado alguna vez que sus manos tiemblan a la mañana siguiente?

Si_____ No_____

13. ¿Alguna vez ha bebido por la mañana para calmar sus nervios?

Si_____ No_____

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 de Almaguer Barroso

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?

Si _____ 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? _____

Anexo 7

Programa psicoeducativo en adolescentes para desarrollar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol. Centro mixto escolar “Adolfo Ortiz”

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, 63)

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, 64)

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, 65)

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 Centro Mixto Escolar “Adolfo Ortiz” municipio Abreus.

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 estudiantes la percepción de vulnerabilidad respecto al consumo de alcohol.
- ❖ Desarrollar habilidades en los estudiantes 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 Centro Mixto Escolar “Adolfo Ortiz” del municipio de Abreus, el cual alberga en su seno a estudiantes de secundaria y preuniversitarios siendo estos de zonas urbanas y rurales, el desarrollo de las diferentes acciones que integran el programa deben realizarse en locales con adecuadas condiciones materiales. Su aplicabilidad en otro contexto requiere un diagnóstico de las necesidades del mismo y una readaptación a las características de las mismas.
- ❖ **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

- ❖ **Directos:** Estudiantes del 9no y 10mo grado de enseñanza del Centro Mixto Escolar “Adolfo Ortiz”.
- ❖ **Indirectos:** Profesores guías de los adolescentes en cuestión y los demás adolescentes y profesores del centro.

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.
 - ❖ 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 grupo

Programa

- ❖ Para lograr los objetivos, se realizarán actividades psicoeducativas con integración de técnicas participativas y psicodramáticas, 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 le 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 estudiantes, 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 estudiantes 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 del 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 alcoholico 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 alcoholico? ¿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 enfermarse. 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 estudiantes que imaginen que no son atractivos físicamente, o que son buenos estudiantes. 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 estudiantes 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 estudiantes que deseen compartir sus reflexiones podrán hacerlo.

Materiales: papelógrafo con la figura titulada La escalera mágica papel y lápiz.

Evaluación del programa de intervención psicoeducativa

- ❖ ***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 estudiantes, 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 estudiantes 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 a diez años menor que quienes no siguen esta conducta.



La Ley 109, Código de Vehículo 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 como 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: 43224698
Correo electrónico: cbu@uch.edu.cu
Dirección Postal: Centro de Bienestar Universitario, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Carretera de Camajuri km 5 1/2 Santa Clara Villa Clara, CP50106.
📍 Edificio de Ciencias Sociales y Humanidades.

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 nuevas 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 menor 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 menor 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:

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

$A_g \rightarrow$ 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:



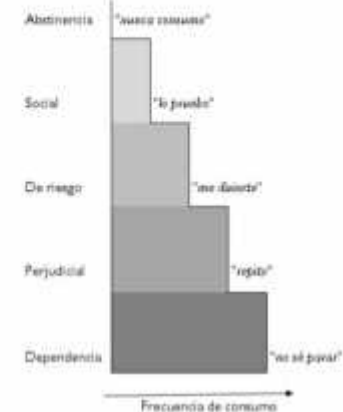
$$A_g = 0,8 \times 330 \times 5 / 100 = 13.2$$

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 licorerías, 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	Sí	No
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?		

Norma

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

Material # 4.1: Apoyo para el facilitador

Fuente: Lajús Barrabeigtg 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 _____ Habilidadoso

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 *autoconcepto* 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: _____

Indicadores	Número de sesiones								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nivel de asistencia de los participantes									
Conformación de un clima sociopsicológico favorable									
Motivación estimulada en los estudiantes									
Interés despertado a partir de las técnicas empleadas									
Nivel de aceptación de la información actualizada facilitada									
Nivel de implicación de los participantes en las diferentes técnicas vivenciales									
Profundidad de las reflexiones aportadas por los estudiantes a partir de las técnicas									
Nivel de reflexión individual logrado en torno al 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.