



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM IZTACALA

“Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes”

“Reporte de investigación empírica”
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

LILIANA NAYELLY GUERRERO MAYO

Director	Dra.	María del Roció Hernández Pozo
Dictaminadores:	Lic.	Liliana Moreyra Jiménez
	Dra.	Sandra Cerezo Resendiz



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primeramente me gustaría agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala FESI y al Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia SUAyED, por haberme permitido formar parte de su comunidad universitaria.

A todos mis profesores y compañeros sin omitir a ninguno; en los propedéuticos, cursos, a lo largo de la Licenciatura y a mi Comité de Evaluación, por sus conocimientos, disposición, retroalimentaciones, aprendizajes, enseñanzas, comentarios y compromiso.

A mi adorada madre, a mi padre (q.e.p.d.), a mis hermanas Faby y Mel, por creer en mí y apoyarme siempre.

A mis queridos suegros Antonio y Araceli, por compartir conmigo este triunfo.

A mis hermosos hijos Roberto Jesús, Marco Antonio y Celeste Liliana por ser parte de esta aventura, por entenderme, por su amor, por apoyarme, motivarme y comprenderme siempre.

A mí amado esposo Roberto César, por siempre, pero siempre estar a mi lado, por su tiempo, apoyo, ánimo, comprensión, compañía, por su ayuda, por creer en mí, por su amor.

Por sobretodo a Dios, que me ha permitido vivir esta experiencia maravillosa en mi vida, por un logro más; porque los planes que tiene para mí, siempre están acompañados de su bendición.

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	8
Introducción	10
I ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS	12
1.1 Reseña histórica	12
1.2 Etiología	14
1.3 Tipología	14
II IMPACTO EN LA SALUD	15
2.1. Marco teórico	15
2.2. Planteamiento del problema	36
2.2.1 Justificación	36
2.2.2 Pregunta de investigación	37
2.2.3 Objetivo general	37
2.2.3.1 Objetivos específicos	37
III METODOLOGIA	39
3.1. Diseño	40
3.1.1 Ejes de estudio	40
3.1.2 Tipo	40
3.1.3 Población de estudio	40
3.1.3.1 Población	40
3.1.3.2 Lugar	40
3.1.3.3 Tiempo	40

3.2. Muestreo	40
3.2.1 Tipo de muestra	40
3.2.2. Tamaño	40
3.3. Criterios de selección	41
3.3.1. Inclusión	41
3.3.2. Exclusión	41
3.3.3. Eliminación	41
3.4. Variables de recolección	41
3.4.1. Variables dependientes	41
3.4.2. Variable independiente	41
3.4.3. Variables clasificatorias	41
3.5. Operacionalización de las variables	42
3.6. Procedimientos para captar la información	43
3.7. Instrumentos de recolección	44
3.8. Cartas descriptivas	46
3.9. Plan de análisis estadístico	57
3.10. Consideraciones éticas	57
IV RESULTADOS	58
V DISCUSIÓN	77

VI CONCLUSIÓN	78
----------------------	-----------

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
---------------------------------------	-----------

VIII ANEXOS

1. Descripción de dinámicas “Taller”
2. Carta de consentimiento informado
3. Escala de Autoestima Rosenberg
4. Escala para la evaluación de habilidades sociales

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación que existe entre la cognición de los adolescentes y el consumo de alcohol, así como, brindar las habilidades sociales y relacionales para evitar este hábito a partir de un enfoque cognitivo-conductual. Diseño. Experimental. Participantes. Se utilizó un grupo de 30 estudiantes de tercer grado de secundaria que accedieron a participar de forma voluntaria. Mediciones. Se aplicaron las pruebas de Stroop para medir la ansiedad, el riesgo en el consumo de alcohol y afecto positivo-negativo; así como la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala para la Evaluación de Habilidades Sociales. Resultados. El 90% de la muestra ha consumido por lo menos una vez en su vida, alguna bebida alcohólica y el promedio de edad en el caso de las mujeres es de 12.57 años y de 12.24 años en los varones cuya mínima diferencia no presenta ninguna variación que afecte el consumo del mismo, del total de casos. Respecto al promedio en la cantidad de bebidas alcohólicas al día, el resultado es similar, en mujeres es de 1 a 2 copas al día; mientras que en el caso de los hombres es de 3 a 4 copas al día. Tras la implementación de la presente intervención se aplicaron al inicio y al final, los instrumentos señalados con anterioridad, una vez recogidos y depurados los datos, la información fue registrada en una base de datos utilizando para su procesamiento el paquete estadístico SPSS 20. Las variables fueron categorizadas en: sociodemográficas, consumo de bebidas alcohólicas, habilidades cognitivas, habilidades sociales (autoestima), habilidades relacionales (asertividad, resolución de conflictos). Conclusiones. El presente estudio demostró que la autoestima y las habilidades relacionales, son factores significativos que inciden en el adolescente para empezar a consumir bebidas alcohólicas y mantener e incrementar paulatinamente este hábito aún en contra de su salud. Lo anterior revela la necesidad de crear talleres preventivos sobre los riesgos de consumir bebidas alcohólicas para la salud, la concientización sobre los efectos negativos tanto en bebedores, así como, para quien esta a su alrededor. En cuanto al paradigma de Stroop computalizado, se evaluó la capacidad de los

participantes para clasificar la información del entorno, la reacción selectiva de la información, la inhibición de la tendencia automática, la resolución controlada a los estímulos presentados.

Palabras clave: Alcoholismo, adicción, resistencia, dependencia, tolerancia, abstinencia, adolescencia, sociabilización, ingesta, prevalencia, consumo, paradigma Stroop, tratamiento.

ABSTRACT

This research aims to establish the relationship between the cognitive part of teens and alcohol, as well as providing social and relational skills to avoid this habit from a cognitive-behavioral approach. Design. No experimental, descriptive transactional. Participants. They used a group of 30 third graders high school who agreed to participate voluntarily. Measurements. Tests were applied to measure anxiety Stroop, risk in alcohol - negative and positive affect, as well as the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Scale for the Assessment of Social Skills. Results. 90% of the sample consumed at least once in their life, an alcoholic beverage and the average age for women is 12.57 years and 12.24 years for males whose minimal difference shows no variation affects the consumption thereof, of the total cases. Regarding the average number of alcoholic drinks per day, the result is similar in women is 1 to 2 drinks per day, while in the case of men is 3 to 4 cups a day. Following the implementation of this intervention were applied at the beginning and the end, the instruments noted above, once collected and released the data, the information was recorded in a database are data for processing using SPSS 20. Variables were categorized into sociodemographic, drinking, cognitive abilities (perception, memory and reasoning), social skills (self-esteem), relational skills (assertiveness, conflict resolution). Conclusions. The present study demonstrated that self-esteem and relationship skills are significant factors that influence the adolescent to start consuming alcohol and maintain and gradually increase this habit even against your health. This underscores the need for prevention workshops about the risks of consuming alcohol for health, awareness of the negative effects on both drinkers and for whom this around. Regarding the Computerized Stroop paradigm, the ability of the participants was evaluated for classifying information environment, the selective reaction of information, inhibition of automatic tendency, resolution controlled stimuli presented.

Keywords: Alcoholism, addiction, resistance, dependence, tolerance, withdrawal, adolescence, socialization, intake, prevalence, consumption, Stroop paradigm, treatment.

INTRODUCCIÓN

Cada año, el uso nocivo del alcohol causa 2,5 millones de muertes, incluidos 320,000 jóvenes de entre 15 y 29 años, y ocupa el octavo lugar entre los principales factores de riesgo de muerte a nivel mundial. Se estima que en 2004 el uso nocivo del alcohol ocasionó casi el 4% de las defunciones en todo el mundo. En México, el uso de alcohol es la cuarta causa de mortalidad (8.4%), el consumo nocivo de alcohol es además uno de los principales factores de riesgo evitables de enfermedades no transmisibles, en particular de los trastornos cardiovasculares, la cirrosis hepática, diversos cánceres y la estructura del Sistema Nervioso Central (SNC), afectando las funciones neuropsicológicas (Kalechstein & van Gorp, 2007). También está relacionado con varias enfermedades infecciosas como el VIH/sida, y la tuberculosis; conductas sexuales riesgosas, accidentes de tránsito, discapacidad, depresión, violencia física y suicidios, lo que provoca pérdida de productividad, problemas familiares y deterioro cognoscitivo en edades avanzadas. Sin embargo, otros autores se manifiestan en diferente sentido a la hora de explicar la interferencia del consumo de drogas en el desarrollo del adolescente.

El uso peligroso del alcohol produce daños sociales y costos económicos diversos, la mayoría de los cuales no se reflejan en las estadísticas sobre las enfermedades relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol también contribuye a las disparidades sanitarias entre los países y a nivel personal, a la pobreza y al aislamiento social (Organización Mundial de la Salud, 1995). Registros de la Encuesta Global de Alcohol reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 indicaron que en un lapso de cinco años el 71 % de los países encuestados registró un incremento en el consumo de alcohol por parte de la población menor de edad. Por el contrario, solo el 11 % de los países registraron una disminución en el consumo de bebidas alcohólicas. Así mismo, es preocupante que en la actualidad los adolescentes comienzan a reproducir los patrones de consumo excesivo de la población adulta.

La adolescencia representa una verdadera oportunidad para establecer una diferencia en los patrones de vida a largo plazo, ya que es un estado del desarrollo clave donde las decisiones y los patrones de comportamientos están siendo determinados (Organización Mundial de la Salud, 1995). Se ha señalado que la ingesta de drogas, institucionalizadas o no, puede acabar convirtiéndose en un componente del estilo de vida para algunos adolescentes (Castro, Newcomb y Cadish, 1987). Si el hábito de consumo de sustancias tóxicas queda arraigado en una etapa de la vida tan decisiva como la adolescencia, interferirá notablemente en el crecimiento y posterior desarrollo psíquico y social del joven. Autores como Baumrind y Moselle (1985), han manifestado que el consumo habitual de drogas en adolescentes dificulta su natural desarrollo afectivo, impidiendo su madurez psicosocial y creando una “fisura” en la formación de la identidad, que podrá devenir en una identidad adulta difusa y en una falta de claridad en las metas del adulto. Así, Newcomb (1987) y Newcomb y Bentler (1988), explican que el consumo habitual de drogas está asociado con un acelerado, más que retraído, desarrollo del adolescente. Desde esta perspectiva, los muchachos que consumen drogas, no siguen la típica secuencia madurativa de escuela, trabajo y familia, sino que hacen la transición de forma prematura pasando a los roles adultos de trabajo y familia sin estar formados suficiente y adecuadamente para desenvolverse con éxito. Puede que desarrollen una pseudomadurez que les prepare inadecuadamente para las dificultades reales de la vida adulta y como consecuencia evidenciarán grandes dificultades en el desempeño de los roles anteriores. Estos autores han señalado que los adolescentes consumidores habituales de drogas, institucionalizadas como no institucionalizadas, acceden a la edad de jóvenes adultos con síntomas tales como incremento de perturbaciones de salud, síntomas psicosomáticos, disforia emocional y problemas de relación tanto con los padres, como con los iguales. Las dificultades de relación con los iguales parecen no darse en aquellos adolescentes que únicamente consumen alcohol, posiblemente debido al carácter socialmente aceptado de esta droga y a su facultad de reducir la inhibición social, lo cual podría fomentar las relaciones y el desarrollo de habilidades sociales (Newcomb y Bentler, 1988).

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES

I ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS

1.1. Reseña Histórica

El uso de bebidas alcohólicas va estrechamente ligado a los aconteceres sociales de nuestra civilización desde tiempos inmemoriales, vinculada con actividades religiosas, que dan paso a su consumo colectivo; inmediatamente que el ser humano es capaz en su evolución adaptativa al medio, de descubrir una forma de almacenar líquidos en un recipiente, se inicia la historia de las bebidas alcohólicas, al conocerse el proceso de fermentación de ciertos líquidos azucarados procedentes de algunos granos y frutos, comienza el consumo de estas bebidas. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables.

El devenir histórico ha convertido al alcohol en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social, presente en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental. El alcohol es de hecho, la primera droga de la que los textos históricos se han referido en términos de abuso, miles de años antes de Cristo (Blum, 1973).

Sin embargo, las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo de alcohol en diferentes países se caracterizan por las acusadas diferencias en la cantidad y frecuencia de su consumo.

Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo nivel educacional, la falta de empleo y un bajo *status* socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son importantes en la determinación

del riesgo de problemas alcohólicos, pero sí lo es el hecho de que la escolaridad no se culmine. Entre los adolescentes, el trastorno disocial y el comportamiento antisocial coexisten con frecuencia con el abuso o dependencia alcohólica y con otros trastornos relacionados con sustancias. Los cambios físicos de la vejez producen un aumento de la susceptibilidad cerebral a los efectos depresores del alcohol, disminuyen el metabolismo hepático de algunas sustancias, entre las que se incluye el alcohol y reducen el porcentaje de agua en el organismo. Estos cambios pueden provocar que la gente mayor presente intoxicaciones más graves y por consiguiente, problemas con menores niveles de consumo. En los ancianos, los problemas relacionados con el alcohol tienen mayor probabilidad de asociarse con otras complicaciones médicas (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo *Magnus Huss* en 1849. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.

Esta concepción terminológica sirve de base, desde el punto de vista médico, a dos sistemas diagnósticos empleados casi en paralelos; en Europa son más aceptados los de la OMS (Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE-10-1982) mientras que en Norteamérica los plasmados en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM IV 1994). La CIE-10 define el sistema de dependencia alcohólica como un trastorno, no una enfermedad, mientras que el DSM IV plantea que la dependencia a sustancias psicoactivas, extensivo al alcohol, es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Los principales criterios empleados en ambas

son: el excesivo consumo de alcohol, la repercusión física y psíquica que produce los conflictos psicosociales, legales, laborales y familiares que crea.

1.2. Etiología

Con frecuencia, la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y por lo menos se han detectado indicios de algunos factores genéticos. El riesgo para la dependencia alcohólica es tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica.

El riesgo es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas con el paciente bebedor son muy próximas y si sus problemas relacionados con el alcohol son muy graves. Muchos estudios han encontrado un riesgo significativamente mayor para la dependencia alcohólica en gemelos monocigotos que en gemelos dicigotos. Los estudios sobre adopción han revelado un riesgo tres a cuatro veces superior para la dependencia alcohólica en los hijos de sujetos con dependencia del alcohol a diferencia de cuando estos niños eran adoptados al nacer y educados por padres sin este trastorno. Sin embargo, los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores ambientales interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de la bebida y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol y el estrés (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

1.3. Tipología

Las bebidas con contenido alcohólico se pueden obtener mediante dos procedimientos: fermentación y destilación. La fermentación, consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos, la fermentación alcohólica transforma los jugos azucarados de los frutos en bebidas alcohólicas. La destilación, es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y

en condensar los vapores formados para separarlos, se aplica a los productos agrícolas susceptibles de producir alcohol por medio de la fermentación, así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico.

II IMPACTO EN LA SALUD

2.1. Marco teórico

Acción en el organismo. El alcohol etílico es un depresor del Sistema Nervioso Central que es ingerido por vía oral, a través de determinadas bebidas que lo contienen en unos porcentajes variables. Desde su ingreso en el organismo sus efectos actúan sobre las distintas partes del mismo, de acuerdo a la literatura sobre el tema (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1979; Berjano y Musitu, 1987; Freixa, 1993a; Sánchez-Turet, 1993). Inmediatamente al penetrar en el organismo, el alcohol produce una dilatación de los vasos sanguíneos periféricos y consiguientemente, al refrigerarse la sangre, un descenso de la temperatura. Si la ingestión es pequeña, aumentará la secreción gástrica, pero si es elevada, la secreción gástrica se inhibe y la mucosa estomacal sufre una fuerte irritación, pudiendo dar lugar a gastritis, vómitos, diarreas, etc.

Cuando el estómago está vacío, el alcohol lo atraviesa muy rápidamente y pasa al duodeno y al intestino delgado, donde es absorbido, distribuyéndose en el torrente circulatorio en poco tiempo. Si el estómago está lleno, el alcohol se difunde a la sangre lentamente, a medida que va pasando al intestino delgado.

El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino, como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los diferentes tejidos del organismo; el hígado es el único órgano o tejido donde el alcohol es metabolizado, gracias a un enzima llamada alcohol deshidrogenasa (Freixa, 1976).

El alcohol como droga. Como afirma Comas (1985), la palabra droga puede referirse a muchas sustancias, sin embargo sólo parecen serlo aquellas calificadas culturalmente como tales. Por lo tanto, la conceptualización del término droga está más influenciada por circunstancias socioculturales de un determinado momento histórico que por las cualidades y efectos de un determinado producto

en el organismo. Es precisamente en este contexto cultural, donde se ubica la problemática de la conceptualización del alcohol como droga.

Así, Kramer y Cameron (1975), en su manual sobre dependencia de las drogas realizado por encargo de la (OMS), apuntan una definición de droga: *toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones*. Sin embargo, esta definición no sirve para delimitar el concepto sociocultural del alcohol como droga, puesto que, muy pocas personas de nuestra cultura, afirmarían que “alguien se está drogando” cuando se encuentra bebiendo cerveza, vino o algún licor destilado. Por lo que el alcohol encuentra dificultades para encajar dentro de esta conceptualización. La delimitación de Berjano y Musitu (1987), afirma que se entiende por droga toda sustancia que cumple estos requisitos:

- Es administrada de forma voluntaria por la persona.
- A través de su consumo se pretende obtener una serie cambios físicos y/o psicológicos.
- Como consecuencia del continuo efecto reforzante de los cambios psíquicos derivados, puede provocarse en el consumidor una situación de necesidad psicológica de seguir consumiendo la sustancia.
- El propio consumidor y la sociedad en la que se halla inmerso, perciben el producto como capaz de provocar los efectos anteriormente citados.

En esta conceptualización resulta más fácil incluir el alcohol, al conocer sus efectos característicos sobre el Sistema Nervioso Central y la conducta.

Consumo, abuso y dependencia. Entendemos por consumo la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados. Está claro que el consumo de alcohol lo realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez. El término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras.

Es posible que algunos individuos puedan consumir o utilizar algunas sustancias en determinadas circunstancias y no pasen a una utilización masiva o un abuso de las mismas. Es decir, se puede tomar cualquier droga, sin que necesariamente el sujeto que la consume pueda convertirse en abusador o dependiente de la misma. El individuo, una vez que conoce los efectos que una determinada sustancia provoca en su organismo, puede, si lo desea, continuar consumiéndola y controlar su propio consumo.

Para Alfonso e Ibáñez (1992), utilizan diferentes tipologías a partir de un rastreo realizado sobre el tema:

1. *Abstemios*. No beben nunca o lo hacen infrecuentemente, sólo por especiales compromisos y circunstancias sociales.
2. *Bebedores moderados*. Consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables, según autores) por unidad de tiempo.
3. *Bebedores excesivos*. Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados y realizan un promedio anual de borracheras elevado.
4. *Bebedores patológicos*. Son enfermos con síndrome de dependencia física.

Por su parte, Kessel y Walton (1989) se refieren a la relación con el alcohol en términos de abstinencia, moderación, exceso y dependencia. Sin embargo, su tipología recoge consideraciones psicosociales y no sólo la simple frecuencia de consumo:

1. *Abstemios*. Son las personas que no beben.
2. *Bebedores sociales*. Son la mayoría de las personas de nuestra sociedad. Beben de forma moderada, en el marco de determinados acontecimientos sociales. Pueden emborracharse alguna vez, pero no crean ni se crean excesivos problemas sociales o de salud pública.
3. *Bebedores excesivos*. Consumen alcohol de forma excesiva. Es característico, al menos en muchos casos, el no reconocimiento de su

hábito. Sus excesos se manifiestan por la frecuencia con la que se intoxican y por las consecuencias sociales, económicas y médicas de su ingestión continuada. Muchos bebedores excesivos que tienen crecientes dificultades originadas en el alcohol pueden necesitar atención terapéutica y responder a un tratamiento adecuado.

4. *Alcohólicos*. Son personas con un desorden que puede definirse en términos clínicos y que requiere un régimen apropiado de tratamiento. Tienen enormes dificultades para dejar de beber de forma espontánea y aunque puedan estar sin beber algunos períodos más o menos largos, es muy probable que recaigan en el hábito.

Morales, Camarena y Torres (1992), recogen una tipología de consumo similar a las anteriores, pero con referencias más cercanas a nuestro ámbito cultural:

1. *Uso de alcohol*. Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas. Este concepto, al igual que el de abuso, son poco específicos en lo que se refiere a la idea de adaptación/desadaptación, pues son términos que tienen mucho que ver con patrones sociales y culturales propios de cada comunidad humana.
2. *Abuso de alcohol*. Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual). La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas y causar problemas legales. Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse

el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV). Así mismo debe considerarse la intoxicación inducida por el alcohol, caracterizada por la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

3. *Dependencia del alcohol.* El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables como S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico; jóvenes politoxicómanos; o alcoholómanos con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol. La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la

abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (delirium, crisis comiciales de gran mal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas -depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas- (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

Tolerancia y dependencia. Toda droga tiene una acción sobre el organismo, existiendo una cantidad de la misma, por debajo de la cual su consumo no produce ninguna modificación orgánica y otra, por encima de la cual puede incluso provocar la muerte. Entre ambas acciones existe, para toda sustancia, una cantidad “óptima” que sería suficiente para lograr los efectos deseados, los cuales estarían además, en función del metabolismo de cada individuo y no sólo de la propia sustancia que se consume. A esta cantidad óptima o suficiente se denomina *dosis eficaz* de una droga (Berjano y Musitu, 1987).

Relacionado con el concepto de dosis se encuentra el concepto de tolerancia. La tolerancia, es el proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuado de una sustancia, de tal manera que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico que se obtenían anteriormente con una dosis menor, se precisa ahora de una dosis más elevada. La tolerancia es, el proceso que facilita el que un organismo admita cada vez una mayor cantidad de alcohol. Sin embargo, la instauración de este proceso no evita los efectos destructivos del alcohol sobre los diferentes tejidos y sistemas del organismo humano. Únicamente reduce la expresión de la intoxicación aguda, es decir, de la embriaguez. (Freixa,

1993b). Al aumentar paulatinamente la dosis, como consecuencia del fenómeno de la tolerancia, puede suceder que el individuo se vea abocado necesariamente a consumir alcohol de forma continuada en diversas circunstancias, con la finalidad de experimentar determinados efectos. En este momento se instaura el proceso conocido, como adicción o dependencia y el sujeto, a partir de ese momento es considerado como un alcohólico dependiente o adicto al alcohol, ya que la no administración de una nueva dosis puede producir en su organismo una serie de trastornos físicos y mentales.

El término dependencia, es definido por Kramer y Cameron (1975), en el manual de la (OMS), *“como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco”*, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación.

Freixa (1993b), denomina “adicción” al proceso físico y “dependencia” al proceso psicológico. El primero de estos conceptos se explica en términos de lo que este autor denomina unión biometabólica, en la que existe una necesidad metabólica real de la sustancia; el segundo de ellos lo explica como la “ligazón comportamental” que facilita el uso continuado. La adicción física supone un estado caracterizado por la necesidad imprescindible de aportar al organismo una determinada cantidad de alcohol para el mantenimiento de su propia normalidad, llegando la adicción hasta tal punto que la ausencia de la droga podría provocar una serie de trastornos de índole física y mental -síndrome de abstinencia-.

Respecto a la dependencia psicológica; se define como, “los efectos psicoactivos inmediatos que las bebidas alcohólicas son capaces de crear” y que fundamentalmente son de tres tipos: desinhibidores, euforizantes y ansiolíticos. La fuerte dependencia psicológica que el alcohol es capaz de crear puede ser explicada a partir de los efectos reforzantes asociados a su consumo.

La dependencia psicológica estaría caracterizada por la aparición en el sujeto de un deseo incontrolable de ingerir determinadas dosis de alcohol, con el fin de experimentar de nuevo sus efectos, que pudieran resultar placenteros por si mismos -refuerzo positivo- o por el estado de evitación de situaciones y estímulos displacenteros -refuerzo negativo-. Es un proceso complejo, en la cual intervienen la estructura social donde se desenvuelve el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo humano, y la oferta del producto en el mercado. Cabe señalar que es este proceso psicológico, el responsable de las recaídas en sujetos que habían permanecido en abstinencia durante algún tiempo, después de un tratamiento (Berjano y Musitu, 1987).

Algunos de los principales efectos nocivos para el organismo asociados al consumo habitual de bebidas alcohólicas, citados en (Santo Domingo, 1990; Alfonso e Ibáñez, 1992; Rodés, Caballería y Parés, 1992). Es en el hígado el órgano donde principalmente se realiza la metabolización del alcohol, éste puede verse afectado por el consumo continuado de la sustancia y así puede presentarse hepatitis alcohólica -afección tóxica de las células hepáticas-, esteatosis hepática -acumuló de grasa en las células hepáticas- y cirrosis hepática -alteración estructural del hígado que resulta irreversible-. Se calcula que en más de la mitad de las muertes por cirrosis hepática, interviene el alcohol como factor desencadenante de la enfermedad, aunque no todos los consumidores abusivos de alcohol acaben padeciendo necesariamente este síndrome. Se pueden detectar también, asociadas a un consumo habitual, alteraciones en diversos órganos del aparato digestivo, tales como grietas en las porciones inferiores del esófago, gastritis -inflamación de la mucosa gástrica- o alteraciones en el tránsito intestinal, todo ello acompañado de los desequilibrios nutritivos que aparecen como consecuencia de las afecciones. Por otra parte, el riesgo de padecer cáncer de esófago y de estómago es mayor entre las personas bebedoras habituales. Un consumo continuado, aunque en cantidades socialmente aceptadas, puede afectar al páncreas y dar lugar a una "pancreatitis", que se caracteriza por intensos dolores abdominales, vómitos y alteraciones metabólicas y enzimáticas, que en ocasiones requieren resecciones parciales del páncreas afectado. En un uso

habitual durante al menos 8-10 años, el alcohol afecta a los nervios periféricos dando lugar a una “polineuritis alcohólica”, caracterizado por alteraciones en las extremidades inferiores, como fatiga al andar, calambres, dolores nocturnos, anulación de reflejos y parálisis muscular, pudiendo estos síntomas extenderse a las extremidades superiores. Algunos otros ejemplos son la dispepsia, las náuseas y la hinchazón que acompañan a la gastritis y a la hepatomegalia; las alteraciones hepáticas se acompañan de varices esofágicas y hemorroides. Otros signos físicos son temblor, marcha inestable, insomnio y disfunción de la erección. Los sujetos con dependencia alcohólica crónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

Los sujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen más probabilidad de presentar crisis comiciales. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edema periférico. La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer. Finalmente, no reconocer la abstinencia alcohólica en sujetos en los que no se ha valorado la dependencia alcohólica conlleva el riesgo de un mayor costo y un tiempo de hospitalización más prolongado (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede provocar importantes alteraciones en el Sistema Nervioso Central (Berjano, 1986). El alcohol, por su acción alterante sobre el SNC, produce una serie de trastornos mentales, denominadas psicosis alcohólicas (Santo Domingo, 1990). La psicosis alcohólica aguda o delirium tremens ocurre como consecuencia de la privación, es decir, del síndrome de abstinencia; que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol; que incluye, hiperactividad autonómica, aumento de temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o

vómitos; alucinaciones visuales; táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad y crisis epilépticas; lo que puede llegar a provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad escolar, laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, los síntomas no se deben a enfermedad medica o se explican por medio de otro trastorno mental. Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del SNC, los síntomas de la abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido la bebida; pudiendo aparecer tras largos periodos de tiempo (unos días), debido a la vida media corta del alcohol; alcanzando su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto día. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción automática en distintos grados de intensidad durante periodos de 3 a 6 meses.

Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse cuando las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium. Juicio de realidad intacto, significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de un juicio de realidad intacto, debe considerarse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

La *alucinosis alcohólica* se caracteriza por la existencia de alucinaciones auditivas, en las que el enfermo oye que voces habitualmente reconocibles, le insultan o le increpan, ante lo cual puede reaccionar de manera agresiva (Santo Domingo, 1990), en la etiología del síndrome, la acción tóxica directa del alcohol, los déficits nutritivos asociados al consumo excesivo, juegan un papel importante (Alfonso e Ibáñez, 1992).

La *psicosis paranoides*, pueden ser causadas por el alcohol, llamada “celotipia crónica” o “delirios de celos”, altamente asociada al alcoholismo, cabe señalar que en este tipo de paranoias; la personalidad previa del alcohólico será un factor

importante, mientras que en otro tipo de trastornos, como el “delirium tremens”, no aparece una influencia tan decisiva de la personalidad previa (González-Pinto y González-Pinto, 1984).

Otro tipo de alteraciones mentales relacionadas con el abuso de alcohol son las llamadas *encefalopatías alcohólicas*, todas presentan en común la existencia de lesiones neuronales y focos de necrosis -muerte neuronal-.

El *síndrome de Korsakoff*, es provocado por lesiones en el lóbulo frontal a causa del alcohol y la desnutrición, se caracteriza por alteraciones en la memoria, tanto a corto como a largo plazo y en ocasiones, episodios de fabulación, pudiendo venir asociado a una polineuritis de las extremidades inferiores (Perpiñá, Bellver y Baños, 1987).

Otro síndrome conocido causado por el excesivo consumo de alcohol es la llamada *encefalopatía de Gayet-Wernicke*, debida a una carencia de vitamina B1, frecuente entre los consumidores abusivos. El cuadro se caracteriza por delirio con agitación y alucinaciones sensoriales acompañadas de desorientación y confusión (Alfonso e Ibáñez 1992). También es frecuente la llamada *degeneración cerebelosa alcohólica*, caracterizada por una degeneración del córtex cerebeloso, y cuya sintomatología se corresponde con ataxia del tronco y las extremidades inferiores, nistagmus –movimiento oscilante, corto y rápido, del globo ocular- y disartria (Sánchez-Turet, 1993).

Las alteraciones cerebrales de los alcohólicos evolucionan en muchas ocasiones a la pérdida irreversible de las facultades intelectuales; *demencias* que determinan comportamientos muy alterados y regresivos, donde predomina la labilidad emocional y los estados depresivos, todo lo cual impide que la persona afectada pueda hacerse cargo de su propia vida.

El consumo excesivo de alcohol, incluso en una sola ocasión, puede afectar el delicado equilibrio de las neuronas y su curso. El alcohol puede causar un ritmo lento en la comunicación de neuronas (somnia) en la persona. También puede provocar cambios en el estado de ánimo y el comportamiento, e incluso convulsiones. A largo plazo, el consumo excesivo de alcohol provoca alteraciones en las neuronas. Se reduce el tamaño de las células cerebrales, la masa cerebral

y crece la cavidad interior del cerebro. Estos cambios pueden afectar a una amplia gama de habilidades, incluyendo la coordinación motora, la regulación de la temperatura, el sueño, el control de la agitación y del estado de ánimo y diversas funciones cognitivas, como el aprendizaje y pérdida de memoria. El alcohol afecta tanto a la estructura como a las funciones neuropsicológicas (Kalechstein & van Gorp, 2007). Éste grado de deterioro depende del patrón de consumo, la cantidad de ingesta, el policonsumo, los antecedentes, etc.

Diversos estudios y evaluaciones muestran que la corteza prefrontal suele ser la zona más afectada por el consumo de alcohol (García-Moreno, Exposito, Sanhueza, & Angulo, 2008). La mayoría de estos estudios demuestran que tanto el uso como el abuso de sustancias psicoactivas puede afectar a determinadas funciones cognitivas. Estas investigaciones se centran en la evaluación y el estudio de las funciones cognitivas asociadas a la corteza prefrontal, tareas de atención y memoria de trabajo (Cortes Tomas, Espejo Tort, & Gimenez Costa, 2008; Dante, 2007; Durazzo, Rothlind, Gazdzinski, & Meyerhoff, 2008; Easton, Sacco, Neavins, Wupperman, & George, 2008; Grenard et al., 2008; Labudda, Todorovski, Markowitsch, & Brand, 2008; Prat, Adan, Perez-Pamies, & SanchezTuret, 2008; Secades-Villa, García Fernández, García-Rodríguez, Álvarez Carriles, & Sánchez Hervás, 2008; Tapert, Ozyurt, Myers, & Brown, 2004; Verdejo-García & Perez-Garcia, 2008; Verdejo-García, Rivas-Pérez, López-Torrecillas, & Perez-Garcia, 2006; Verdejo-García, López-Torrecillas, Aguilar de Arcos, & Perez-Garcia, 2005). Algunos estudios han descrito, incluso, graves alteraciones por el consumo abusivo de alcohol, como es el caso de la demencia de Korsakoff (Fujiwara, Brand, Borsutzky, Steingass, & Markowitsch, 2008; Pitel et al., 2008). Finalmente, el uso de bebidas con contenido alcohólico por parte de la mujer embarazada, puede desencadenar el llamado *síndrome alcohólico fetal*, responsable de posteriores déficits de atención, deficiencias en el aprendizaje, hiperactividad y problemas comportamentales en los hijos (Miranda y Santamaría, 1986). Así mismo, el consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV).

El alcohol, al establecer una fuerte tolerancia y una importante dependencia de tipo físico y psicológico, puede provocar un síndrome de abstinencia característico, cuando se suprime su ingesta en un sujeto dependiente sin un tratamiento médico adecuado. El trastorno más leve, denominado “síndrome de alarma”, se caracteriza por temblor matutino en la lengua, labios y dedos de las manos, náuseas, secreción de bilis, ansiedad, depresión leve y cansancio. Cuando el síndrome está muy avanzado, la privación brusca del alcohol produce además de los síntomas anteriores, un cuadro conocido como “delirium tremens”, caracterizado por una serie de manifestaciones alucinatorias en las que la persona cree ver imágenes aterradoras, generalmente de animales fantásticos, trastornos profundos de la conciencia, agitación psicomotora, trastornos del pensamiento, errores en el reconocimiento del entorno, distractibilidad y desorientación, acompañado de ansiedad, temblores y fiebre, pudiendo desembocar en un estado de coma o muerte por neumonía (inflamación microbiana pulmonar), por descompensación de las sales del organismo u por congestión cerebral.

Problemas conductuales y psicológicos asociados al consumo de alcohol

El alcohol que llega a los tejidos del organismo produce efectos importantes, sobre todo en el SNC, en el que actúa como anestésico, ya que es un agente depresor. Los efectos del alcohol sobre la conducta van a ser diferentes y más o menos intensos en función de una serie de variables: con la misma cantidad de alcohol, se embriagarán más rápidamente las personas más delgadas, los jóvenes menores de 17 años y las mujeres; igualmente, favorece la intoxicación la ingesta nocturna y la realizada con el estómago vacío o en un estado de cansancio corporal (Santo Domingo, 1987; Montoro, 1991a).

La intoxicación alcohólica aguda (borrachea o embriaguez) es un estado desadaptativo caracterizado por la existencia de alteraciones conductuales objetivas y subjetivas que interfieren con el adecuado funcionamiento social, físico y psíquico. A grandes rasgos se observan como consecuencia de la intoxicación alcohólica: alteraciones conductuales tales como disartrias, descoordinación, labilidad emocional, irritabilidad, locuacidad, alteraciones de la atención, etc.

(Santo Domingo, 1984). Por otra parte, los efectos iniciales del alcohol sobre la conducta varían en función de la personalidad del sujeto y del medio que lo circunda (Freixa y Alarcón, 1981). La incidencia inmediata del alcohol sobre la conducta es sumamente variable en función de determinadas características; la tolerancia, los cuatro niveles de intoxicación, función del grado de alcoholemia. Según Brunt (1982), las características de cada fase de la intoxicación alcohólica son:

- *Primera fase.* Con dosis inferiores a 0.5 grs. de alcohol por litro de sangre, puede aparecer un cierto estado de bienestar y calor en el rostro, inducido por la vasodilatación periférica que ocasiona el alcohol.
- *Segunda fase.* Con cantidades de entre 0.5 a 0.8 grs. de alcohol por litro de sangre, coincidiendo con el comienzo de la intoxicación alcohólica aguda en un individuo adulto de unos 70-75 Kgs. de peso, el sujeto puede experimentar euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos. La exactitud de algunos movimientos automáticos como andar, mecanografiar, etc., disminuyen. A partir de los 0.5 grs./l. el estado de ánimo comienza también a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, sus reflejos le parecen más activos que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo.
- *Tercera fase.* Coincide con la segunda fase de intoxicación aguda (0.8-1.5 grs./l.) los reflejos se alteran todavía más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal y la persona comienza a discutir, pelear o tomar iniciativas impulsivas sin ningún control.
- *Cuarta fase.* Si la embriaguez progresa, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1.5-4 grs./l.) y como consecuencia, se produce una pérdida del equilibrio, se instaura una doble visión y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente.
- Existiría todavía una quinta fase caracterizada por una concentración alcohólica superior a 4 grs. de alcohol por litro sangre. Aquí, el sujeto entra

en un estado de sueño profundo de tipo comatoso pudiendo llegar incluso al fallecimiento por depresión bulbar del Sistema Nervioso.

Como consecuencia de la intoxicación aguda destaca, la gran cantidad de accidentes vehiculares, se ha considerado la incidencia del consumo de alcohol sobre los suicidios, destacándose que aproximadamente entre un 35% y un 45% de los intentos de suicidio en los varones y entre un 15% y un 20% en las mujeres, son realizados por personas con síntomas de alcoholismo (Robinson, 1989; Merrill et al., 1992). Así como que, al menos en una cuarta parte de los suicidios consumados aparecen indicios de haber ingerido bebidas alcohólicas inmediatamente antes de realizar el acto (Berjano, 1986).

Las conductas agresivas y violentas relacionadas con el consumo de alcohol son consecuencias sociales más directamente relacionadas con el consumo (Marsh, P. y Fox Kibby, 1992). Respecto a la relación entre consumo de alcohol y delincuencia, según, González-Llera (1980), se estima que una cuarta parte de los delitos son cometidos por individuos que en el momento del acto delictivo están bajo los efectos de productos cannábicos asociados con bebidas alcohólicas. Los accidentes de tráfico ligados al consumo de alcohol suponen actualmente un riesgo de pérdida de vidas humanas mucho mayor al causado por la intoxicación con drogas no institucionalizadas y el SIDA juntos (Ferrer y Pérez, 1991). Y pese a la multiplicidad de causas que pueden provocar un accidente de tráfico, diversos estudios han coincidido en estimar que el alcohol está implicado entre un 30% y un 50% de los accidentes (Piera et al., 1989; Montoro, 1991a).

Principales complicaciones del alcoholismo

a) Afectaciones neurológicas

El consumo abusivo de alcohol provoca alteraciones neuropsicológicas que pueden afectar a diferentes capacidades del individuo, de hecho, en torno a un 75% de alcohólicos manifiestan disfunciones neuropsicológicas significativas (Roehrich & Goldman, 1993). Así, alcohólicos en periodo de abstinencia manifiestan déficits en facultades como la memoria, aprendizaje verbal y no

verbal, coordinación visomotora, flexibilidad cognitiva, resolución de problemas, razonamiento, habilidades visoperceptivas o velocidad de procesamiento de la información, aunque parece que conservan mejor las habilidades verbales que las no verbales (Miglioli, Buchtel, Campanini, & De Risio, 1979). Generalmente se ha encontrado que el rendimiento cognitivo en mujeres alcohólicas es inferior en diversas pruebas (Acker, 1985; Hesselbrock, Weideman, & Reed, 1985), incluso cuando la historia de consumo es menor o los hábitos y la frecuencia de ingesta implican una menor exposición por parte de las mujeres (Carey & Maisto, 1987; Crawford & Ryder, 1986; Meier, Brigham, & Andel, 1987; York & Welte, 1994). En general, hay diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a la velocidad de intoxicación y los efectos negativos que ocasiona la ingesta de alcohol, siendo las mujeres las que sufren una intoxicación más rápida y un mayor deterioro (Roman, 1988).

Neuropatía periférica distal, cefalea, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, médula espinal y nervios periféricos (en casos avanzados), falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, accidentes vasculares encefálicos. Intoxicación alcohólica aguda, síndrome de abstinencia, ambliopía alcohol-tabaco, pelagra, manifestaciones tóxico- metabólicas, enfermedad de Marchiafava-bignami, mielinosi central de la protuberancia. Existen revisiones de literatura que han explorado los efectos que puede causar el consumo de alcohol a nivel cerebral, donde anatómicamente se destaca que el cerebro de individuos alcohólicos crónicos ha mostrado un alto grado de pérdida de neuronas del córtex prefrontal, de modo que el funcionamiento neuropsicológico resulta afectado, en particular las funciones ejecutivas ya que se vinculan a esta área anatómica específica. En este sentido, se destacan alteraciones en la planeación estratégica, organización perceptual, razonamiento abstracto, atención y la organización de información en la memoria de trabajo.

Los anteriores daños cerebrales, aunados al poder reforzante del alcohol, el papel de la tolerancia, la dependencia, el síndrome de abstinencia y la sensibilización del sistema de la recompensa, confieren a las bebidas alcohólicas un valor motivacional mayor que el de cualquier otro reforzador natural. Cabe señalar que el consumo de alcohol en los menores de edad se asocia con mayores daños cerebrales con implicaciones en el aprendizaje, memoria y desarrollo intelectual en comparación con los adultos debido a que durante la adolescencia tardía el cerebro se encuentra aún en etapas de desarrollo. De este modo, el consumo de alcohol podría tener repercusiones en el desarrollo neurológico adolescente y consecuentemente, en la salud y el funcionamiento cognitivo en la vida adulta.

- b) *Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas.*
Glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal; várices esofágicas; cáncer gástrico, de la boca y del esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica.

- c) *Efectos sobre el aparato cardiovascular.*
Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto del miocardio, cardiomiopatías.

- d) *Efectos sobre el aparato genitourinario.*
Disfunción sexual, reducción de hormonas masculinas por la acción de alcohol sobre el testículo y la hipófisis, reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la aterosclerosis temprana, deformidades del niño al nacer y graves trastornos de la inteligencia o la conducta en los casos menos severos (feto alcohólico). Trastornos vesicales. Cáncer de vejiga.

Trastornos psiquiátricos

Depresión con ideas y conducta suicidas, pesadillas, insomnio, celos enfermizos, alucinaciones auditivas y visuales, delirios de daño y persecución, alteraciones de conducta.

Otros efectos negativos sobre la salud

Tendencia a neoplasias, inmunosupresión de los alcohólicos sensible a la vitamina E, el síndrome alcohólico-fetal (retardo del crecimiento pre natal y posnatal, alteraciones del SNC, facies con característica y anomalía congénita diversa, trastorno del lenguaje y la conducta, labilidad emocional e impulsividad).

Tras conocer el impacto en la salud del hábito de consumir bebidas alcohólicas, es importante ofrecer estrategias preventivas que permitan poner resistencia al uso y abuso de alcohol en los adolescentes:

1. Habilidades sociales

Las habilidades sociales son competencias definidas por el comportamiento que un individuo puede tener en su entendimiento de los diversos códigos sociales, en sus actitudes y sus expresiones en la sociedad. Las habilidades sociales permiten a una persona expresar sus propios sentimientos, necesidades y opiniones, lo que permite el bienestar personal, que es el primer paso para una mayor integración social.

- La autoestima

Puede definirse como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos. Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de la

persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

2. Habilidades relacionales

Es la habilidad para manejar las relaciones interpersonales que permiten mejorar las relaciones con los que nos rodean, sintiéndonos respetados y respetando a los demás.

-La asertividad

Se define como: *"la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento"*, una forma de expresión consciente, congruente, clara, equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia. Se trata de una categoría de comunicación vinculada con la alta autoestima y que puede aprenderse como parte de un proceso amplio de desarrollo emocional. La asertividad impide que seamos manipulados por las demás en cualquier aspecto, además de valorar y respetar a las demás recíprocamente.

-La Resolución de conflictos

Es la capacidad de resolver un conflicto consiste en una serie de habilidades que permiten a la persona resolver conflictos de una forma pacífica, negociando con el otro, con el objetivo de encontrar soluciones que sean beneficiosas para ambas partes. Un conflicto es una circunstancia en la cual *dos o más personas perciben tener intereses mutuamente incompatibles, ya sea total o parcialmente contrapuestos y excluyentes, generando un contexto confrontativo de permanente oposición* y es con frecuencia, la expresión de la falta de confianza en uno mismo.

3. Test de Stroop

Originariamente estaba interesado en conocer los efectos de la interferencia perceptual; conocer que efectos tenía esta interferencia sobre el comportamiento. Más tarde se descubrió que era un test sensible para discriminar personas con daño cerebral, siendo capaz, incluso de discriminar la localización de este daño, en el hemisferio derecho versus izquierdo; así como, en la parte anterior versus posterior, también permite localizar disfunciones de tipo subcortical.

El estudio de la capacidad de controlar la interferencia automática es la que se conoce con el nombre de efecto Stroop (McLeod, 1991). El test de colores de Stroop (Stroop, 1935) evalúa la capacidad de cambio de una estrategia inhibiendo la respuesta habitual y ofreciendo una nueva respuesta ante nuevas exigencias estímulares (García y Muñoz, 2000). Los resultados obtenidos con esta técnica desde un primer momento (Stroop, 1935) y en sucesivos estudios (McClain, 1983) han demostrado que la latencia de respuesta del sujeto cuando la palabra es incompatible con el color de la tinta aumenta significativamente con relación a cuando la palabra es congruente o neutra. Así pues, el efecto Stroop viene explicado por la incongruencia o incompatibilidad existente entre el color en que está impreso la palabra y el significado de dichas palabras, siendo en ocasiones conceptualizado (González, Sáiz y Mateos, 1988) como una forma de priming negativo. La originalidad del Stroop radica en el hecho de que la palabra coloreada suscita una respuesta verbal automática que requiere muchas de las mismas funciones neuropsicológicas que son necesarias para nombrar los colores. Además, la velocidad de ambas reacciones (leer palabras y nombrar colores) es tal, que la respuesta de leer palabras ocupa los canales neuropsicológicos que, al mismo tiempo, la respuesta de nombrar colores necesita para poder ser procesada.

Algunos estudios neuropsicológicos han demostrado que la interferencia del Stroop se produce como consecuencia de interferir los procesos verbal y no verbal en la fase de respuesta ni en la confusión del sujeto (Golden, 1978). Parece que los estímulos del Stroop activan un proceso automático de respuesta verbal que interfiere con el nombramiento de los colores aprendido conscientemente. El

sujeto realiza la tarea o bien ejecutando dos respuestas secuencialmente (lectura de palabras seguida del nombramiento del color) o bien suprimiendo mediante control voluntario la respuesta automática de lectura de palabras. Son importantes las aportaciones en este aspecto, el estudio de pacientes con algún tipo de afasia. Así, Wiener (2001), en el estudio de pacientes con afasia de Wernicke, concluye con las dificultades que presentan estos pacientes en ignorar de forma efectiva los estímulos evocados automáticamente. La interferencia del Stroop mide básicamente la capacidad del individuo para separar los estímulos de nombrar colores y palabras. Ciertas personas son capaces de hacerlo y pueden suprimir la respuesta de lectura y concentrarse en la tarea de nombrar colores: otras personas son capaces de suprimir el nombramiento de la palabra y han de procesar tanto la palabra como el color antes de responder: en otros sujetos, por fin, las respuestas de palabra y color están íntimamente confundidas debido a niveles altos de interferencia (Kahneman y Treisman, 1984).

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.2.1. Justificación

La adolescencia es una etapa de cambios a nivel físico y cognitivo; a menudo confusos, en la cual la incorporación de bebidas alcohólicas, se vuelve un hábito, un estilo de vida, influenciado por normas sociales, que pueden mermar el correcto desarrollo; la progresión se consolida como un patrón, que se caracteriza por iniciarse a edades cada vez más tempranas y de consumo cada más frecuente y en mayores cantidades.

La aceptación en la etapa de la adolescencia cobra mayor importancia, por lo que comienzan a cuestionar valores y reglas de los adultos y tienden a buscar su grupo de amigos, y la clave de cómo deben comportarse. Así mismo, el uso y abuso de las bebidas alcohólicas, contribuye a un problema de salud a nivel mundial, ya que es uno de los principales factores de riesgo evitables de enfermedades no transmisibles, trastornos cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos cánceres. Se relaciona con enfermedades infecciosas VIH/sida y la

tuberculosis, sin dejar de lado, las repercusiones negativas de determinadas habilidades cognitivas (memoria, percepción y razonamiento, entre otras). Además, accidentes de tránsito, discapacidad, la violencia y los suicidios. Por lo que es un problema que debe ser abordado y llevado a los adolescentes con el fin de concientizarlos respecto a esta problemática y sus consecuencias.

2.2.2. Pregunta de investigación

¿Se puede prevenir y disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, para evitar daños cerebrales y fortalecer las habilidades sociales y relacionales a través de un programa de intervención?

2.2.3. Objetivo

- ❖ Evaluar el impacto de un programa de intervención sobre la relación que existe entre la cognición de los adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas para prevenir y disminuir el hábito, así como brindar las habilidades sociales y relaciones a partir de un enfoque cognitivo-conductual.

2.2.3.1 Objetivos específicos

- ❖ Informar sobre los riesgos que provoca el consumo de bebidas alcohólicas en la salud de la población adolescente y en general, fortaleciendo actitudes favorables hacia la salud mediante el no consumo o la disminución del consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Analizar la relación entre las habilidades sociales y relacionales, y el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia y su impacto por sexo.
- ❖ Favorecer en los adolescentes el desarrollo de recursos personales y sociales que les permitan ofrecer resistencia a las numerosas presiones que los inducen a consumir bebidas alcohólicas (publicidad, comunidad, familia y pares).

- ❖ Promover habilidades sociales (asertividad y resolución de conflictos) para buscar ofertas saludables de tiempo libre como alternativas al uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.

III METODOLOGÍA

Para conocer las dimensiones que afectan la cognición en los adolescentes, así como, la interacción social y relacional e identificar los elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas respecto al consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia, se incorporará metodología cuantitativa.

El proyecto “*Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes*” está considerada como una intervención empírica, general y generadora de supuestos, dado que surge como una inquietud de la práctica profesional y del conocimiento que se dispone del tema, es global, sin claridad sobre los aspectos que involucra.

Será abordado desde una estrategia organizativa simultánea en la que se pretende la aplicación de instrumentos de evaluación que permitan la recolección de información específica sobre esta preocupación temática.

Las técnicas a utilizar son las siguientes:

1) Etapa preliminar

- Revisión bibliográfica relacionada con el tema de la investigación.
- Incorporación de instrumentos que aborden variables respecto a la temática.
- Entrevistas a informantes clave.
 - a) Experto en el tema.
 - b) Consumidores.
 - c) Médico de atención primaria.

2) Recogida de información: análisis de percepción y actitudes

- Aplicación de los instrumentos.
- Análisis de la información
- Diarios de trabajo de los participantes.

3) Intervención

- Aplicación de taller.
- Diarios de trabajo de los participantes.

- Grupos de discusión
- Aplicación posttest de los instrumentos

4) *Evaluación de resultados.*

3.1. DISEÑO

3.1.1. Ejes de estudio: Se seguirá un diseño de investigación experimental, cuyo objetivo será indagar los valores que asumen algunas variables en los sujetos y generar datos que constituyan materia prima para investigaciones más precisas, en un momento dado. Las variables no serán manipuladas deliberadamente, sino que se registraran tal y como sean reportadas por los participantes de la muestra, sin generar influencia alguna en sus respuestas.

3.1.2. Tipo de estudio: Estudio de tipo exploratorio, con el objetivo de identificar las dimensiones cognitivas, sociales y relacionales, como factores de riesgo que influyen en el consumo de alcohol entre los adolescentes y sus efectos negativos.

3.1.3. POBLACION DE ESTUDIO

3.1.3.1. Población: adolescentes, de ambos sexos que se encuentran inscritos al ciclo escolar 2013-2014 en forma regular en la Escuela Secundaria General Federalizada #28 “Agustín Melgar” de la Ciudad de Toluca, México.

3.1.3.2. Lugar: Toluca, México.

3.1.3.3. Tiempo: Ciclo escolar 2013-2014.

3.2. MUESTREO

3.2.1. Tipo de la muestra: Muestreo no probabilístico.

3.2.2. Tamaño de la muestra: Se aplicará a 30 estudiantes de nivel básico, del tercer grado de secundaria, de la Escuela Secundaria Federalizada #28, turno vespertino, a los cuales se les abordara en su salón de clase, una vez designados por la institución, en la fecha convenida y se les pedirá su cooperación voluntaria para dicho propósito. Se elegirán

indistintamente sin filtros de edad o sexo o de cualquier otra característica.

3.3. CRITERIOS SE SELECCIÓN

3.3.1. *Inclusión:* Todos los estudiantes, que integran el grupo de tercero “L”, turno vespertino, designado por la dirección de la Escuela Secundaria General Federalizada #28 “Agustín Melgar”, para esta intervención y que forman parte del alumnado de la escuela secundaria.

3.3.2. *Exclusión:* Todas las personas, que no integren el grupo escolar de tercer grado, grupo “L” y que no asistan al 80% de las sesiones, para esta intervención y que no deseen participar o no hayan firmado su padre o tutor el consentimiento para esta intervención.

3.3.3. *Eliminación:* Alumnos que hayan dado de baja en el ciclo escolar establecido, cuestionarios mal llenados.

3.4. VARIABLES

3.4.1. *Variable dependiente:* Consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes

❖ **Habilidades cognitivas**

❖ **Habilidades sociales**

Autoestima

❖ **Habilidades relacionales**

Asertividad

Resolución de conflictos

3.4.2. *Variable independiente:* Taller/intervención

3.4.3. *Variables Clasificadoras:* Sociodemográficas

Edad

Sexo

Estrato socioeconómico

3.5. OPERACIONALIDAD DE LAS VARIABLES

<i>Variables</i>	<i>Conceptual/operacional</i>
Consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes	<p>Es el objeto o circunstancia del estudio, sobre el cual se reflejaran los resultados del proyecto de investigación. Resultados que serán evaluados mediante la aplicación de los instrumentos (pruebas de Stroop) en forma de pre y post test, al inicio y al final de la intervención y un seguimiento dos meses después de la aplicación de la intervención.</p> <p>Como variables que no se pueden modificar, no son manipulables. No obstante, se desea saber si influyen sobre la variable independiente, “Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes”.</p>
Sociodemográficas	<p>Características mesurables, personales del individuo entre las que se encuentran (Giroux y Tremblay, 2004): edad, comprendida como el tiempo en que una persona ha vivido desde que nació; sexo, término que abarca las diferencias físicas que distingue a los organismos individuales; escolaridad, entendida como el nivel de instrucción alcanzado por una persona.</p>

	Variables con capacidad de influir, incidir o afectar al adolescente en el consumo de bebidas alcohólicas.
Habilidades cognitivas	Las estrategias en la mejora de las habilidades cognitivas puede prevenir el consumo de bebidas alcohólicas. Paradigma de Stroop, evalúa la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal por lo que es una buena medida de la atención selectiva.
Habilidades sociales	Como variables con capacidad para influir, incidir o afectar de manera decisiva al individuo; la intención es modificarlas positivamente, a través de una intervención de corte cognitivo conductual (Taller).
Autoestima	Los resultados serán medidos a través de la aplicación de instrumentos de evaluación, aplicados en forma de pre y post test.
Habilidades relacionales	
Asertividad	Variables que se evaluarán con las siguientes escalas: Escala de Autoestima Rosenberg, (1965) y Escala para la evaluación de habilidades sociales, Oliva et al., (2011).
Resolución de conflictos	Para conocer en qué grado influyen, inciden o afectan el consumo de alcohol en los adolescentes.
Taller/intervención	Evaluar el impacto de un programa de intervención sobre las habilidades cognitivas, sociales y relacionales en los adolescentes para prevenir y disminuir el consumo de bebidas alcohólicas; a partir de un enfoque cognitivo-conductual.

3.6. PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Una vez autorizado el protocolo por el comité de evaluación, se acude a la Escuela Secundaria General Federalizada #28 “Agustín Melgar”, para otorgarles el formato de consentimiento firmado. A continuación se aplican los instrumentos a quienes decidieron participar en el estudio. Previa autorización del consentimiento firmado por el adolescente y tutor, cumplido este requisito se explico ampliamente el propósito del proyecto y se aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados en pre y post test, posteriormente se capturo la información en el

programa SPSS, se formo una base de datos para su análisis en el paquete estadístico. Se realizaron gráficas para el vaciado de resultados.

3.7. INSTRUMENTOS

- ***Paradigma emocional de Stroop, (1935). Hernández-Pozo et al., (2004).***

Test atencional que se encarga de evaluar la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal por lo que es una buena medida de la atención selectiva. En términos básicos, evalúa la capacidad para clasificar información del entorno y reaccionar selectivamente a esa información. Lo que se busca es inhibir la tendencia automática y responder de manera controlada mediante la solución de estímulos en conflicto (Grodzinski & Diamond, 1992; Spreen & Strauss, 1991).

1. ***Riesgo en el consumo de alcohol***

Se empleo la prueba computalizada de alcohol, diseñada a partir de la versión del paradigma de Stroop, que consta de 60 ensayos de discriminación simple, en los que se presenta una palabra escrita en un color determinado y se pedía al participante presionara en el teclado, el color en el que estaba escrita la palabra.

2. ***Ansiedad general***

Se empleó una prueba computarizada de ansiedad escolar diseñada a partir de la versión emocional del paradigma de Stroop (Hernández-Pozo et al., 2004), que constaba de 60 ensayos de discriminación simple, en los que se presentaba una palabra escrita en un color determinado y se pedía que al participante presionara en el teclado el color en que estaba escrita la palabra. Los primeros 30 ensayos usaron palabras neutras, seguidos de 30 ensayos con palabras con carga emocional negativa asociadas a preocupaciones escolares.

3. ***Afecto positivo-negativo (PANAS-28)***

Se empleó una prueba computarizada de afecto positivo-negativo diseñada a partir de la versión emocional del paradigma de Stroop (Hernández-Pozo et al., 2004), que constaba de 60 ensayos de discriminación simple, en los

que se presentaba una palabra escrita en un color determinado y se pedía que al participante presionara en el teclado el color en que estaba escrita la palabra. Los primeros 30 ensayos usaron palabras neutras, seguidos de 30 ensayos con palabras con carga emocional negativa y positiva.

- ***Escala de Autoestima Rosenberg, (1965). Oliva et al, (2011).***

Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems (por ejemplo: “En general estoy satisfecho conmigo mismo/a”), que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, obtenido para la escala es de 0.92

- ***Escala para la evaluación de habilidades sociales, Oliva et al., (2011).***

La versión final de la escala se compone de 12 ítems que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 y 7. Se obtiene una puntuación global en habilidades sociales, así como puntuaciones concretas de las siguientes dimensiones que componen la misma:

Habilidades comunicativas o relacionales: Se refiere al grado en que los adolescentes perciben que son hábiles o no para comunicarse y relacionarse con las personas. Está compuesta por cinco ítems (por ejemplo, “Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco”). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para la subescala es de .74

Asertividad: Se refiere a la percepción que los adolescentes tienen sobre su capacidad para ser asertivos, es decir, para expresar sus propias ideas o pedir información de forma adecuada y sin ser agresivo. Está compuesta por tres ítems (por ejemplo, “Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo, le pregunté por qué”). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta Subescala es de .75

Habilidades de resolución de conflictos: Los cuatro ítems que componen esta subescala se refieren a la capacidad percibida del adolescente para resolver situaciones interpersonales conflictivas en las que pueden actuar para encontrar soluciones (“Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as”). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta subescala fue de .80. En lo que se

refiere a la fiabilidad de la escala total, el índice de consistencia interna alfa de Cronbach ha sido de .69 para N=2368.

3.8. CARTAS DESCRIPTIVAS



Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes "Taller" Cartas descriptivas

SESIÓN 1

INTRODUCCION, ENCUADRE Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION (PRETEST)

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Establecer el encuadre para el trabajo a realizar durante 5 sesiones. Facilitar el proceso de reconocimiento e integración grupal. Fomentar las habilidades relacionales y de integración grupal a través del juego.

Recabar e integrar información de las variables: Consumo de bebidas alcohólicas; sociodemográficas, habilidades sociales, cognitivas y relacionales.

Disponer de elementos que permitan, analizar la relación entre las habilidades sociales, cognitivas, relaciones y el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia, así como su impacto por sexo.

Facilitadora: Guerrero Mayo Liliana Nayelly

Tutora: Dra. María del Rocío Hernández Pozo

Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes						
SESION 1						
Fecha: Hora:						
Actividad	Descripción	Horario	Tiempo	Logística requerida	Objetivo de la actividad	Variable en la que se pretende impactar
Bienvenida y encuadre del taller	La facilitadora dará la bienvenida a los participantes, mencionando la importancia que el taller tiene en la prevención o disminución del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia, así como para su formación como estudiantes y como seres		15'	Salón amplio. Sillas de acuerdo al número de participantes.	Introducir a los participantes en la dinámica del taller.	

	<p>humanos.</p> <p>La instructora proporcionara el encuadre del taller puntualizando en los siguientes aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo del Taller • Enfatizará el compromiso de asistir al 100% de las sesiones. Ya que en cada sesión se tocaran temas diferentes relacionadas con el objetivo. • Se explica lo relativo a la confidencialidad, respecto a todos los temas que sean tratados en el grupo. Lo que comparten los integrantes del grupo se queda en el. Cada persona es libre de compartir únicamente lo que tenga que ver directamente con él. 					
Dinámica “La telaraña”	Los participantes formaran un circulo e irán desenrollando la bola de estambre, mientras se presentan ante el grupo, y lo irán lanzando a algún otro compañero de la sesión.		30’	Salón amplio Bola de estambre grueso	Crear un ambiente de mayor confianza y aceptación hacia el taller. Favorecer las habilidades relacionales y la integración grupal	
R E C E S O 5’						
Aplicación de los instrumentos de evaluación. (Pretest)	<p>Se pide a los participantes ocupen sus pupitres y se proporciona cada uno de los cuestionarios y escalas para ser resueltos conforme a las instrucciones contenidas en los mismos.</p> <p>Paradigma de Stroop</p> <p>Riesgo en el consumo de alcohol</p> <p>Ansiedad general (s5)</p> <p>Afecto (positivo/negativo)</p> <p>Escala de autoestima de Rosenberg, (1985)</p> <p>Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales. Oliva et al., (2011)</p>		30’	Formato impreso Cuestionario Lápiz y goma de borrar	Recabar información Analizar información	Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes Sociodemográficas
			10’	Formato impreso “Escala de autoestima de Rosenberg, (1985)”	Recabar información Analizar información	Habilidades sociales
			15’	Formato impreso Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales. Oliva et al., (2011).	Recabar información Analizar información	Habilidades relacionales
Tarea en casa						



**Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes
"Taller"
Cartas descriptivas**

SESIÓN 2

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Informar sobre los riesgos que provoca el consumo de las bebidas alcohólicas en la salud de la población, fortaleciendo actitudes favorables hacia la salud mediante el no consumo o la disminución de las bebidas alcohólicas.

Reflexionar acerca de los factores de riesgo y las consecuencias negativas del consumo de las bebidas alcohólicas en la adolescencia.

Fortalecer actitudes favorables hacia la salud mediante el no consumo o la disminución de las bebidas alcohólicas.

Prevenir o retrasar el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes.

Facilitadora: Guerrero Mayo Liliana Nayelly

Tutora: Dra. María del Rocío Hernández Pozo

Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes						
SESION 2						
Fecha: Hora:						
<i>Actividad</i>	<i>Descripción</i>	<i>Horario</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Logística requerida</i>	<i>Objetivo de la actividad</i>	<i>Variable en la que se pretende impactar</i>
Saludo inicial	La facilitadora dará la introducción al segundo día de trabajo.		15'	Salón amplio. Sillas de acuerdo al número de participantes.	Introducir a los participantes en la dinámica del taller.	
Introducción teórica	Cooperación estructurada La facilitadora dará una introducción general acerca del tema "consumo de bebidas alcohólicas" Se forman seis grupos con igual número de participantes, a cada grupo		30'	Salón amplio Sillas en número igual a los participantes. Hojas blancas Lápices Marcadores de pizarrón en diferentes	Informar sobre los riesgos que provoca el consumo de las bebidas alcohólicas en la salud de la población, fortaleciendo actitudes	Habilidades cognitivas

	<p>Se le proporciona un texto escrito un apartado del tema global.</p> <p>Se pide a cada grupo aborde el contenido y sintetice la información básica y la presente al grupo general en forma de cuadro sinóptico.</p>			colores	favorables hacia la salud mediante el no consumo o la disminución del uso de bebidas alcohólicas	
R E C E S O 5'						
Proyección de videos	<p>Se presentara a los participantes los videos "Alcohol y cerebro" http://www.youtube.com/watch?v=yFnUdGb1HPw Disponible en la red.</p> <p>Video "Efectos del alcohol en el cuerpo" http://www.youtube.com/watch?v=3o7ai3XWYQ8 Disponible en la red.</p> <p>Se pide a los participantes coloquen sus sillas frente a la pantalla formando un medio circulo y tomen asiento.</p> <p>La facilitadora proyecta el video.</p>		25'	Salón amplio Sillas de acuerdo al número de participantes. Pantalla de proyección Cañón Computadora Presentación	<p>Reflexionar acerca del consumo de las bebidas alcohólicas, factores de riesgo y consecuencias negativas.</p> <p>Promover actitudes favorables hacia la salud, mediante el no consumo o la disminución del uso de bebidas alcohólicas.</p>	Habilidades cognitivas
Reflexión y conclusiones	<p>La instructora, facilitaran la retroalimentación de la actividad promoviendo la participación de los alumnos con preguntas de reflexión.</p> <p>¿Qué te impacto más de este video? ¿Después de ver este video, que piensas del consumo de las bebidas alcohólicas? ¿Qué personaje te impacto? ¿Por qué? ¿Qué factores creen ustedes favorecieron ese comportamiento? ¿Qué les sugerirías a las personas que beben? ¿Cómo podrían lograr un cambio?</p>		30'	Salón amplio Sillas de acuerdo al número participantes	<p>Retroalimentar la actividad.</p> <p>Reforzar los conocimientos</p> <p>Promover la reflexión.</p>	<p>Habilidades cognitivas</p> <p>Habilidades sociales</p>
Tarea en casa						
D E S P E D I D A 5'						



**Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes
“Taller”
Cartas descriptivas**

SESIÓN 3

HABILIDADES SOCIALES

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Favorecer el conocimiento propio y el de los demás, fomentar el autoconcepto, y la autoestima estimular la valoración positiva y promover las relaciones interpersonales y la aceptación grupal.

Promover habilidades sociales y relacionales para buscar ofertas saludables de tiempo libre contra el aburrimiento y el abuso de bebidas alcohólicas

Facilitadora: Guerrero Mayo Liliana Nayelly

Tutora: Dra. María del Rocío Hernández Pozo

Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes						
SESION 3						
Fecha: Hora:						
Actividad	Descripción	Horario	Tiempo	Logística requerida	Objetivo de la actividad	Variable en la que se pretende impactar
Saludo inicial	La facilitadora dará la introducción al tercer día de trabajo.		10'	Salón amplio. Sillas de acuerdo al número de participantes.	Introducir a los participantes en la dinámica del taller.	
Dinámica “Paseo por el bosque”	Cada participante dibuja un árbol, el que más le guste, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribe las cualidades y capacidades que cree tener. En las ramas puede ir poniendo las cosas positivas que hace y en las hojas y frutos, los éxitos y triunfos. Se les pone música de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse. Tendrá 10 minutos para esta actividad Una vez que han terminado forman grupos de cuatro personas y cada uno pondrá en el centro su dibujo y		50'	Salón amplio Hojas blancas Lápices Colores Crayolas Diurex (cinta pegamento) Grabadora Extensión eléctrica CD con música relajante	Favorecer el conocimiento propio y el de los demás. Estimular la valoración positiva. Promover el autoconcepto y la autoestima mediante el descubrimiento y aceptación de cualidades propias.	Habilidades sociales

	<p>hablara del árbol en primera persona como si fuese al árbol. Tendrán 10 minutos para esta actividad, 5 minutos por participante).</p> <p>A continuación de pie los alumnos se sitúan en un gran círculo y sujetan el dibujo sobre el pecho de modo que los otros lo puedan ver. La facilitadora les invita a que den un paseo por el bosque y que cada vez que encuentren un árbol, lean lo que está escrito sobre el dibujo en voz alta, diciendo en vez de yo soy, tu eres, por ejemplo: María eres...tienes..., es decir primero se dice el nombre del compañero y luego sus características. Tendrán 5 minutos para el "paseo por el bosque". Los participantes en su totalidad se reúnen en círculo, y toman asiento se invita a dos personas para que comenten esta experiencia. ¿Cómo se sintieron en su paseo por el bosque?</p> <p>¿Qué emociones, sensaciones, pensamientos, se generaron cuando hicieron su dibujo? ¿Cuando escucharon a sus compañeros describir sus cualidades y características?</p>					
R E C E S O 5'						
Exposición "Autoconcepto y autoestima"	<p>Se pide a los participantes coloquen sus sillas frente a la pantalla formando un medio círculo y tomen asiento. La facilitadora proyectara una presentación en Power point. Reforzando con comentarios y preguntas algunas de las laminas.</p>		30'	Salón amplio Sillas de acuerdo al número de participantes. Pantalla de proyección Cañón Computadora presentación	Reforzar los conocimientos que los participantes tienen acerca del autoconcepto	Habilidades sociales

<p>Reflexión y conclusiones</p>	<p>La instructora, facilitaran la retroalimentación de la actividad promoviendo la participación de los alumnos con preguntas de reflexión.</p> <p>¿Qué factores influyen en la construcción de nuestra identidad? ¿Cómo influyen nuestros padres? ¿Cómo influyen nuestros compañeros de clase? ¿Tenemos hoy las mismas cualidades que el año pasado? ¿Los mismos defectos? ¿Qué experiencias han marcado nuestro autoconcepto? ¿Cómo puedo incrementarlo? ¿Influimos como sociedad en la alta o baja autoestima de nuestros compañeros? ¿Cómo lo hacemos? ¿Qué podemos hacer para lograr un equilibrio entre los estímulos del medio ambiente y lo que sabemos y sentimos acerca de nosotros mismos?</p>		<p>30'</p>	<p>Salón amplio Sillas en número igual a los participantes</p>	<p>Retroalimentar la actividad. Reforzar los conocimientos Promover la reflexión.</p>	<p>Habilidades sociales</p>
<p>Tarea en casa</p>						
<p>DES PEDIDA 5'</p>						



**Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes
“Taller”
Cartas descriptivas**

SESIÓN 4

HABILIDADES RELACIONALES

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Desarrollar habilidades de relacionales (asertividad y resolución de conflictos). Favorecer en los adolescentes el desarrollo de recursos personales y sociales que les permitan ofrecer resistencia a las numerosas presiones que inducen en el consumo de bebidas alcohólicas (marketing).

Facilitadora: Guerrero Mayo Liliana Nayelly

Tutora: Dra. María del Rocío Hernández Pozo

Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes						
SESION 4						
Fecha: Hora:						
Actividad	Descripción	Horario	Tiempo	Logística requerida	Objetivo de la actividad	Variable en la que se pretende impactar
Saludo inicial	La facilitadora enlazara la sesión a las anteriores. Introducir al cuarto día de trabajo		10'	Salón amplio. Sillas en el número igual de participantes.	Introducir a los participantes en la dinámica del taller.	
Proyección del video “La asertividad”.	<p>Video You tobe “La asertividad” http://www.youtube.com/watch?v=QSvd5EliUQ8 Disponible en la red.</p> <p>Video You Tube “Alcoholismo, fiesta jóvenes consecuencias del alcohol a futuro” http://www.youtube.com/watch?v=5CWYedYO4HY Disponible en la red.</p> <p>Se pide a los participantes coloquen sus sillas frente a la pantalla formando un medio circulo y tomen asiento.</p> <p>La facilitadora proyectara el video.</p>		50'	Salón amplio Sillas en número igual a los participantes. Pantalla de proyección Cañón Computadora Presentación – video-	Favorecer en los adolescentes el desarrollo de recursos personales y sociales que les permitan ofrecer resistencia a las numerosas presiones que inducen a consumir bebidas alcohólicas (marketing).	Habilidades relacionales

R E C E S O
5'

<p>Dinámica "A la bio, bio, cargada de..."</p>	<p>Mediante la lluvia de ideas, mencionar los riesgos del alcohol en la población, y cuál sería la conducta asertiva para evitarlos.</p>		<p>50'</p>	<p>Salón amplio Pelota</p>	<p>Favorecer el conocimiento propio y el de los demás. Estimular la valoración positiva. Promover el autoconcepto y la autoestima mediante el descubrimiento y aceptación de cualidades propias.</p>	<p>Habilidades sociales Consumo de bebidas alcohólicas</p>
<p>Proyección de los videos</p>	<p>Video you tube "Las consecuencias del consumo de alcohol para su salud y la familia" http://www.youtube.com/watch?v=edz4J8TywEI</p> <p>Se pide a los participantes coloquen sus sillas frente a la pantalla formando un medio circulo y tomen asiento.</p> <p>La facilitadora proyectara los videos</p>		<p>30'</p>	<p>Salón amplio Sillas en número igual a los participantes. Pantalla de proyección Cañón Computadora presentación</p>	<p>Favorecer en los adolescentes el desarrollo de recursos personales y sociales que les permitan ofrecer resistencia a las numerosas presiones que inducen a fumar. (Marketing).</p>	<p>Consumo de bebidas alcohólicas – riesgos en la salud- Habilidades cognitivas</p>
<p>Reflexión y conclusiones</p>	<p>La instructora promoverá la participación espontanea de los alumnos con preguntas de reflexión.</p> <p>¿Qué opinas de los daños que produce el alcohol al organismo? ¿Consideras que la publicidad que existe en relación a las bebidas alcohólicas, influye en su consumo? ¿De quién consideras que es responsabilidad el consumo de bebidas en los adolescentes? ¿Conociendo los daños que ocasiona el consumo de alcohol al organismo, seguirías consumiéndolo? ¿Conoces alguna persona que tenga problemas de salud por causa del consumo de alcohol? ¿Crees que haya personas más propensas a consumir bebidas alcohólicas?</p>		<p>20'</p>	<p>Salón amplio Sillas en número igual a los participantes</p>	<p>Retroalimentar la actividad. Reforzar los conocimientos Promover la reflexión.</p>	<p>Habilidades relacionales Consumo de bebidas alcohólicas</p>

¿De qué depende? Conociendo estos riesgos, ¿Cuál sería tu conducta asertiva respecto al consumo de las bebidas alcohólicas?						
Tarea en casa						
DES PEDIDA 5'						



Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes "Taller" Cartas descriptivas

SESIÓN 5

HABILIDADES RELACIONALES, APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS (POSTEST)

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Promover habilidades relacionales (resolución de problemas, toma de decisiones, y autocontrol), para buscar ofertas saludables de tiempo libre como alternativa al aburrimiento y al abuso de las bebidas alcohólicas.

Generar estrategias de resolución de conflicto.

Promover la comunicación intragrupo con relación a puntos de vista contrapuestos, potenciando el acercamiento de posturas que eviten o disminuyan el consumo de bebidas alcohólicas.

Facilitadora: Guerrero Mayo Liliana Nayelly

Tutora: Dra. María del Rocío Hernández Pozo

Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes						
SESION 5 Fecha: Hora:						
Actividad	Descripción	Horario	Tiempo	Logística requerida	Objetivo de la actividad	Variable en la que se pretende impactar
Saludo inicial	La facilitadora enlazara la sesión a las anteriores. Introducir al cuarto día de trabajo		10'	Salón amplio. Sillas en el número igual al de los participantes.	Introducir a los participantes en la dinámica del taller.	
Dinámica "Juego de roles"	Formar dos equipos con los integrantes del taller, adaptar un rol y representar la historia, un personaje e interpretaran dialogos.		40'	Salón amplio	Promover habilidades de resolución de problemas, toma de decisiones, y autocontrol	Habilidades relacionales Consumo de bebidas alcohólicas

	<p>Los roles se tendrán escritos en papeles doblados en una caja y cada participante del equipo escogerá al azar uno, para representar la dinámica.</p> <p>Se realizara esta dinámica con tres o cuatro participantes de cada equipo.</p> <p>Se busca la participación activa y creatividad de los adolescentes en la dinámica.</p>				<p>para buscar ofertas saludables de tiempo libre como alternativa al aburrimiento y al abuso del tabaco</p> <p>Generar estrategias de resolución de conflicto</p> <p>Promover la comunicación intragrupo con relación a puntos de vista contrapuestos, potenciando el acercamiento de posturas que eviten o disminuyan el consumo de las bebidas alcohólicas.</p>	
R E C E S O 5'						
Aplicación de los instrumentos de evaluación. (Postest)	<p>Se pide a los participantes ocupen sus pupitres y se proporciona cada uno de los cuestionarios y escalas para ser resueltos conforme a las instrucciones contenidas en los mismos.</p> <p>Instrumentos computarizados Stroop. Escala de autoestima de Rosenberg, (1985)</p> <p>Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales. Oliva et al, (2011)</p>		25'	Formato impreso Cuestionario Lápiz y goma de borrar	Recabar información. Analizar información	
			10'	Formato impreso "Escala de autoestima de Rosenberg, (1985)".	Recabar Y analizar información	
			10'	Formato impreso Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales. Oliva et al. (2011).	Recabar y analizar información	
				Pruebas computarizadas de Stroop.		
La facilitadora promoverá la participación espontanea de los alumnos sobre el			20'	Salón amplio Sillas en número igual al de los participantes	Retroalimentar la actividad. Reforzar los conocimientos.	Habilidades relacionales

impacto del taller en sus vidas.			20'	Salón amplio Sillas en número igual al de los participantes	Retroalimentar la actividad. Reforzar los conocimientos Promover la reflexión.	Habilidades relacionales Consumo de bebidas alcohólicas
Tarea en casa						
DES PEDIDA Agradecimiento a los participantes del taller y autoridades de la institución, por la facilitación de las instalaciones y confianza en la realización del taller.						

3.9. PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizo estadística descriptiva: se determino el porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas, se determino la frecuencia y el porcentaje de cada una de las variables categóricas.

3.10 CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicito el consentimiento informado de los adolescentes (anexo) y una vez obtenida la información se guardo confidencialidad, de cada uno de los datos y resultados obtenidos.

IV RESULTADOS

Con el fin de conocer los resultados tras la implementación de la presente intervención se aplicaron al inicio y al final, los instrumentos señalados con anterioridad. En total se entrevistaron a 30 sujetos y una vez recogidos y depurados los datos, la información fue registrada en una base de datos utilizando para su procesamiento el paquete estadístico SPSS 20.

Las variables fueron categorizadas en:

- a) Sociodemográficas
- b) Consumo de bebidas alcohólicas
- c) Habilidades cognitivas
- d) Habilidades sociales (autoestima)
- e) Habilidades relacionales (asertividad, resolución de conflictos)

Análisis de datos

Análisis descriptivo: se usó distribución de frecuencias, porcentajes, media estadística, mediana, moda y desviación estándar para la determinación de la magnitud y características de las variables de estudio.

Así mismo, el análisis, se dividió en etapas, en la primera de ellas se relacionó como variable independiente el “consumo de bebidas alcohólicas” con edad, sexo y nivel socioeconómico. En la segunda etapa las variables dependientes fueron Habilidades cognitivas, sociales (autoestima) y relacionales (asertividad, resolución de conflictos).

❖ Características sociodemográficas

Un total de 30 adolescentes fueron entrevistados sin categoría de consumidor de bebidas alcohólicas o no, todos ellos, alumnos de tercer grado, turno vespertino, de la Escuela Secundaria General Federalizada #28, ubicada en la ciudad de Toluca, México.

El 90% de los entrevistados respondieron haber consumido por lo menos una vez en su vida alguna bebida alcohólica, del total de la muestra el 60% son mujeres y 40% son hombres, en edades de entre los 14 y los 17 años.

Respecto a la edad, la media estadística fue de 14.8, la mediana de 15.5 años, y la moda de 14. La (Tabla 1, 2) muestran en detalle las características sociodemográficas descritas.

Tabla 1

Sexo	F	%	
hombres	12	40	
mujeres	18	60	
Edad	F	%	media
14	13	43.33	14.8
15	11	36.67	
16	5	16.67	
17	1	3.33	
Total	30	100	

La tabla 1. Muestra en detalle características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 2

Edad /sexo	Hombres	Mujeres
14	4	9
15	3	8
16	4	1
17	1	0
Total	30	

La Tabla 2. Muestra en detalle las características sociodemográficas por sexo.

Respecto al nivel socioeconómico de los participantes, el 76.67% se ubican en el nivel medio preponderantemente, que corresponden a 23 casos, le sigue el nivel bajo con 5 casos, que representan el 16.67% y en el nivel alto de ubicaron únicamente 2 casos, que corresponden al 6.66%, la distribución por sexo, mantiene una relación similar (Tabla 3, 4).

Tabla 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16.67	16.67
	Medio	23	76.67	93.34
	Alto	2	6.66	100,0
	Total	30	100,0	

La Tabla 3. Muestra el nivel socioeconómico de los participantes.

Tabla 4

Nivel socioeconómico			
hombres		Mujeres	
Bajo	3	Bajo	2
Medio	8	Medio	15
Alto	1	Alto	1
Total	12	Total	18

La Tabla 4. Muestra el nivel socioeconómico por sexo

❖ **Consumo de bebidas alcohólicas**

El 90% de la muestra ha consumido por lo menos una vez en su vida, alguna bebida alcohólica, respecto a la categoría ¿A qué edad tomaste una bebida alcohólica por primera vez? el promedio es de 12.57 años en el caso de las mujeres y de 12.24 años, en el caso de los hombres, cuya mínima diferencia no presenta ninguna variación que afecte el consumo del mismo, del total de casos se registra una media de 12.40, mediana de 12, moda de 12.

Respecto a la ¿Cantidad de bebidas alcohólicas que toman al día? el promedio en el resultado es similar, en mujeres es de 1 a 2 copas al día; mientras que en el caso de los hombres es de 3 a 4 copas al día; los resultados arrojaron que el participante que consume más cantidad de bebidas alcohólicas al día, es un hombre con un máximo de 5 copas al día, mientras que la máxima en el caso de las mujeres fue de 4 copas al día. En total la media fue de 1.2, la mediana de 2, la

moda de 1; con 15 casos, que representan el 50% del total de la muestra y el valor máximo de 5, lo representa un solo caso (tabla 5, 6).

Tabla 5

No. de copas consumidas por día	Frecuencia		Porcentaje		Porcentaje A.
	H	M	H	M	
0	5	12	16.67	33.33	56.67
1 a 2	4	4	13.33	13.33	83.33
3 a 4	2	2	6.67	6.67	96.67
5 o más	1	0	3.33	0	100,0
Total	30		100,0		

La tabla 5. Muestra a detalle el promedio de copas consumidas al día por los participantes.

Tabla 6

Prevalencia en la población de bebedores	Frecuencia		Porcentaje		Porcentaje A.
	H	M	H	M	
14	2	2	6.67	6.67	13.34
15	3	3	10	10	33.34
16	3	1	10	3.33	46.67
17	1	0	3.33	0	50.00
Total	15		50,0		

La tabla 6. Muestra a detalle la prevalencia en la población de bebedores.

Tabla 7

Prevalencia en la población de no bebedores	Frecuencia		Porcentaje		Porcentaje A.
	H	M	H	M	

14	2	7	6.67	23.33	30.00
15	0	5	0	16.67	46.67
16	1	0	3.33	0	50.00
17	0	0	0	0	0
Total		15		50,0	

La tabla 7. Muestra a detalle la prevalencia en la población de no bebedores.

Frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas ingeridas en un día

Respecto a la pregunta ¿Con que frecuencia consumes alguna bebida alcohólica? El promedio en el resultado advierte que en el caso de los varones la mayor frecuencia se encuentra en el rubro de una vez al mes con 4 casos, el rubro de mayor consumo y consumo más frecuente lo representa un varón; mientras que en el caso de las mujeres el consumo mantiene una constante de 2 participantes por semana, quincena y mes; resaltando que 12 participantes del total de la muestra lo hacen una vez al año.

Tabla 8

Frecuencia de consumo	Frecuencia		Porcentaje		Porcentaje A.
	H	M	H	M	
Una vez a la semana	1	2	3.33	6.67	10.00
Dos o más veces por semana	1	0	3.33	0	13.33
Una vez a la quincena	3	2	10.00	6.67	30.00
Una vez al mes	4	2	13.33	6.67	50.00
Una vez al año	3	12	10.00	40.00	100.00
Total	30		100,0		

La tabla 8. Muestra a detalle la prevalencia en la frecuencia del consumo.

❖ **Pruebas Stroop**

1. Riesgo en el consumo de alcohol (Stroop-alcohol Neutro/temático)

Resultados Pretest

Los resultados generales para toda la serie de ensayos se muestran en la tabla 8, que muestra el tiempo total de respuesta, la latencia media, el número de aciertos de cada uno de los participantes; así como, índices de interferencia ineg al inicio de la intervención.

Tabla 9
(Stroop-alcohol Neutro/temático)

Nombre del sujeto	clave	Tiempo total (ms)	Latencia media (ms)	Aciertos 60 total	lineg (ms)	Latneg (ms)	Latneu (ms)
1	01	9160	152.67	54	16.00	160.67	144.67
2	02	11070	184.50	58	57.67	213.33	155.67
3	03	12045	178.65	57	48.76	185.16	163.65
4	04	11876	156.89	52	34.89	198.67	156.78
5	05	9898	167.45	50	28.76	156.65	167.89
6	06	8679	168.22	53	56.78	198.76	123.45
7	07	9865	157.89	56	34.56	211.45	156.66
8	08	9978	145.22	58	28.75	208.75	145.76
9	09	10987	169.98	56	21.33	197.56	145.33
10	10	10134	170.55	50	37.56	178.65	197.28
11	11	9564	189.99	59	56.67	195.45	176.75
12	12	9768	163.21	51	45.67	199.63	184.50
13	13	11578	132.11	52	34.56	178.34	128.32
14	14	11233	156.76	54	64.98	179.32	167.31
15	15	9534	143.22	55	43.25	192.11	109.54
16	16	9231	186.34	51	55.89	205.67	129.85
17	17	9995	179.21	58	59.54	201.22	145.45
18	18	10225	156.33	56	49.50	226.45	139.63
19	19	10789	165.50	50	25.65	217.85	158.34
20	20	10867	149.67	52	49.67	190.54	169.32
21	21	11231	189.43	53	27.55	189.34	102.11
22	22	11690	194.33	56	11.00	200.33	119.33
23	23	11764	198.32	57	13.45	201.22	134.67
24	24	11956	170.56	50	19.34	225.75	135.67
25	25	10788	187.65	52	18.65	228.79	143.65
26	26	9765	145.67	56	21.23	210.68	156.78
27	27	10426	173.22	55	22.35	221.89	157.89
28	28	11332	168.45	59	29.65	197.23	143.45

29	29	10224	144.35	56	34.56	176.45	126.66
30	30	10745	167.55	54	27.65	184.50	115.76

Resultados Posttest

Los resultados generales para toda la serie de ensayos se muestran en la tabla 9, que muestra el tiempo total de respuesta, la latencia media, el número de aciertos de cada uno de los participantes, índices de interferencia ineg, al final de la intervención.

Tabla 10
(Stroop-alcohol Neutro/temático)

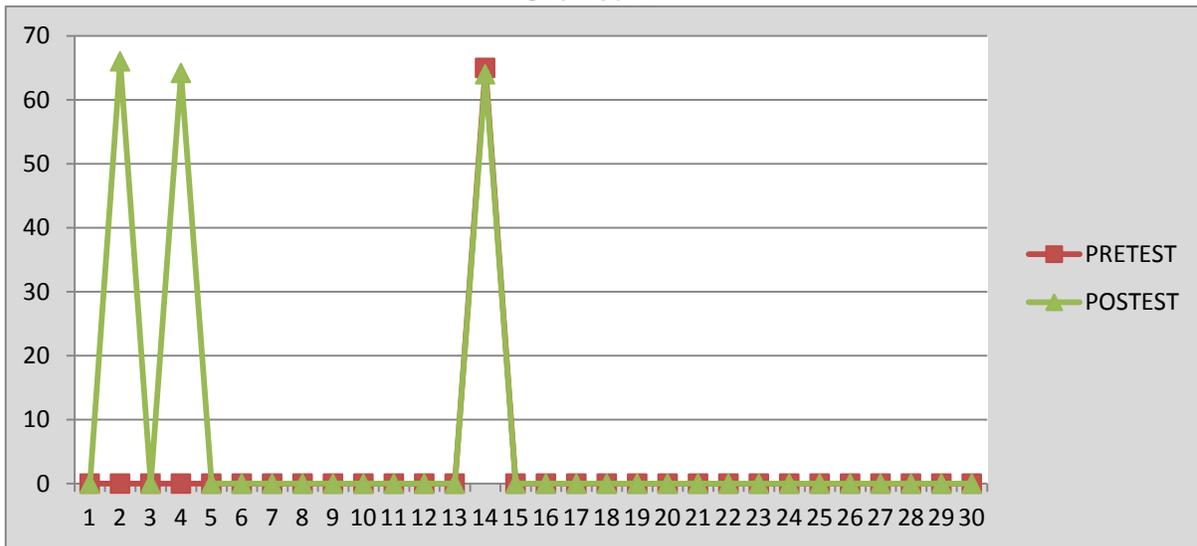
Nombre del sujeto	clave	Tiempo total (ms)	Latencia media (ms)	Aciertos 60 total	lineg (ms)	Latneg (ms)	Latneu (ms)
1	01	9095	154.67	58	14.56	159.78	134.56
2	02	9169	157.77	57	66.00	190.67	151.67
3	03	11045	178.22	56	23.76	195.23	153.98
4	04	11667	136.59	54	64.19	178.87	151.98
5	05	9898	167.45	52	38.86	153.75	145.89
6	06	8569	145.21	55	56.97	198.67	1234.75
7	07	9443	156.80	57	31.56	219.85	157.88
8	08	9458	147.62	58	48.85	198.73	155.87
9	09	9986	159.75	55	27.93	187.86	125.88
10	10	10034	189.56	55	47.16	178.65	128.29
11	11	9874	167.89	56	54.67	195.45	156.51
12	12	9445	143.95	53	35.17	199.63	184.50
13	13	10575	152.57	55	38.58	178.34	168.92
14	14	10239	136.96	57	63.98	179.32	169.39
15	15	9984	132.21	56	41.25	192.11	119.94
16	16	9111	156.85	51	56.49	205.67	159.57
17	17	9785	169.87	57	49..54	245.34	125.67
18	18	11025	151.33	58	49.11	236.95	149.23
19	19	9889	135.78	55	46.65	217.85	128.84
20	20	9867	169.59	56	38.67	186.97	149.67
21	21	10131	159.21	56	47.55	213.53	132.78
22	22	11270	176.33	57	19.50	155.96	123.56
23	23	10975	187.12	56	18.55	158.67	145.25
24	24	11245	150.16	54	19.14	136.65	144.87
25	25	11458	153.65	53	18.25	168.76	134.65
26	26	9325	145.16	57	21.45	221.85	179.78
27	27	9486	137.21	56	27.35	218.85	145.67

28	28	11122	156.85	58	28.65	187.80	138.95
29	29	11824	122.85	53	23.56	168.35	156.54
30	30	9741	137.85	57	31.75	167.87	145.96

Análisis comparativo resultados pre y postest

En el análisis de los resultados se identificó un sesgo perceptual en tres participantes, lo que se muestra con sus altos puntajes, así mismo, indica interferencia debido a la carga emocional del ensayo.

Grafica 1



La grafica 1, muestra a detalle el análisis comparativo de la prueba de Stroop, riesgo en el consumo de alcohol.

2. Ansiedad (ESC STROOP Ansiedad escolar)

Resultados Pretest

Los resultados generales para toda la serie de ensayos se muestran en la tabla 10, que muestra el tiempo total de respuesta, la latencia media, el número de aciertos de cada uno de los participantes e índices de interferencia ineg al inicio de la intervención.

Tabla 11

(ESC STROOP Ansiedad escolar)							
Nombre del sujeto	clave	Tiempo total (ms)	Latencia media (ms)	Aciertos 60 total	lineg (ms)	Latneg (ms)	Latneu (ms)
1	01	10930	182.17	59	23.00	193.67	170.67
2	02	11239	176.96	55	53.98	129.32	168.12
3	03	9784	132.21	56	41.25	192.11	119.94

4	04	9188	156.85	51	56.49	205.67	159.57
5	05	9785	169.87	57	49.54	245.34	125.67
6	06	11435	151.33	58	49.11	236.95	149.23
7	07	9569	135.78	55	46.65	217.85	128.84
8	08	9812	169.59	50	38.67	186.97	149.67
9	09	11631	159.21	51	47.55	213.53	132.78
10	10	11289	176.33	52	19.50	155.96	123.56
11	11	9110	152.67	54	16.00	160.67	144.67
12	12	11456	184.50	53	57.67	213.33	155.67
13	13	12985	178.65	54	48.76	185.16	143.65
14	14	11876	156.89	52	34.89	198.67	156.28
15	15	9898	167.45	50	28.76	166.65	167.89
16	16	8679	168.22	53	56.78	178.76	123.25
17	17	9865	157.89	51	34.56	219.41	156.16
18	18	9978	145.22	53	28.75	238.75	145.76
19	19	10987	169.98	53	21.33	167.56	145.33
20	20	10134	170.55	50	39.56	148.62	197.28
21	21	9564	189.99	59	56.17	135.49	125.75
22	22	11725	156.3	51	49.45	226.45	119.63
23	23	11889	165.50	50	25.15	217.85	148.34
24	24	11567	149.67	52	46.67	192.54	139.32
25	25	10731	189.43	53	27.95	189.34	122.91
26	26	10990	194.33	56	11.45	200.33	149.23
27	27	11064	198.32	53	13.45	201.22	124.67
28	28	10756	170.56	50	19.30	215.79	175.67
29	29	11488	187.65	52	18.65	248.59	123.95
30	30	9789	145.67	55	21.44	219.65	156.57

Resultados Posttest

Los resultados generales para toda la serie de ensayos se muestran en la tabla 11, que muestra el tiempo total de respuesta, la latencia media, el número de aciertos de cada uno de los participantes e índices de interferencia ineg al finalizar la intervención.

Tabla 12

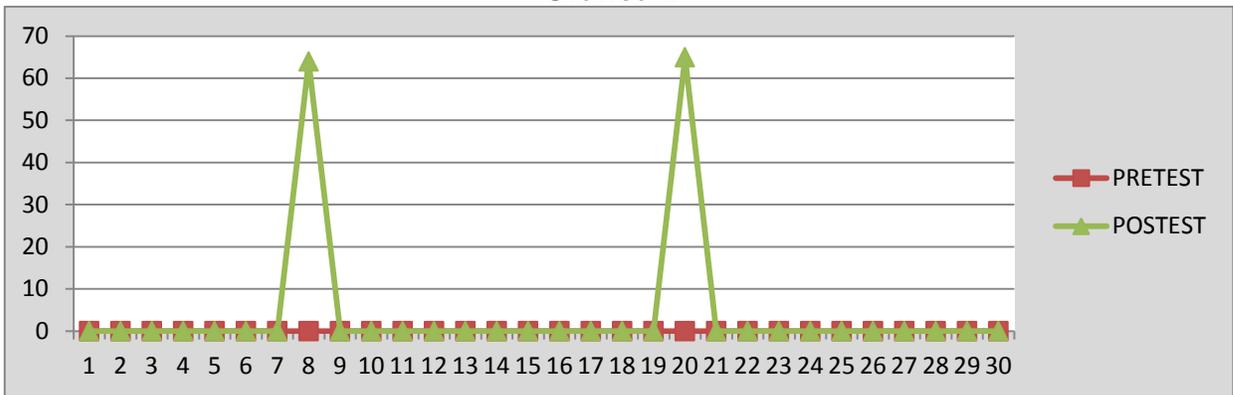
(ESC STROOP Ansiedad escolar)							
Nombre del sujeto	clave	Tiempo total	Latencia media	Aciertos 60 total	iineg	latneg	latneu
1	01	9243	156.80	57	31.56	219.85	157.88
2	02	9158	147.62	56	48.85	198.73	155.87

3	03	9346	159.67	51	27.93	187.86	125.88
4	04	10034	189.56	55	47.16	178.65	128.29
5	05	9874	167.89	56	54.67	195.85	126.51
6	06	9445	143.95	53	35.43	199.63	184.50
7	07	10575	152.57	55	38.58	138.34	168.92
8	08	10239	136.96	57	63.98	179.32	149.39
9	09	9984	132.21	55	49.25	187.11	119.94
10	10	9111	156.85	51	56.49	205.67	129.57
11	11	9785	169.87	55	49.54	245.34	135.67
12	12	11025	151.33	58	49.11	236.95	145.23
13	13	9889	135.78	55	46.65	217.85	128.81
14	14	9867	169.59	56	38.67	186.97	149.67
15	15	10987	169.98	56	21.33	178.65	128.29
16	16	10134	170.55	50	37.56	195.85	126.51
17	17	9564	189.99	59	56.67	199.63	124.50
18	18	9768	163.21	51	45.67	138.34	168.92
19	19	11578	132.11	52	34.56	179.32	149.39
20	20	11233	156.76	54	64.98	187.41	119.94
21	21	9534	143.22	55	43.25	205.67	129.57
22	22	9231	186.34	51	55.89	245.34	135.67
23	23	9995	179.21	58	59.54	236.95	145.23
24	24	10225	156.33	56	49.50	217.85	128.81
25	25	9812	169.59	50	31.56	219.85	129.88
26	26	11631	159.21	57	48.85	198.73	115.87
27	27	11289	176.33	56	27.93	187.86	125.88
28	28	9110	152.67	54	47.16	178.65	128.89
29	29	11456	184.50	56	54.67	195.85	136.59
30	30	12985	178.65	53	35.43	199.63	154.51

Análisis comparativo resultados pre y postest

La comparación de los resultados identifica en dos participantes el sesgo perceptual, el grado de interferencia se relaciona a la morfología del estímulo, así como, a la carga emocional del ensayo, el resto de los participantes no mostraron variaciones significativas que muestren un sesgo respecto a la prueba.

Grafica 2



La grafica 2, muestra a detalle el análisis comparativo de la prueba de Stroop, ansiedad general.

3. Afecto positivo-negativo, versión corta (PANAS-28).

Resultados Pretest

Los resultados generales para toda la serie de ensayos se muestran en la tabla 12, que muestra el tiempo total de respuesta, la latencia media, el número de aciertos de cada uno de los participantes, índices de interferencia ineg e ipos al inicio de la intervención.

Tabla 13

Prueba Stroop: PANAS-28									
Nombre del sujeto	clave	Tiempo total (ms)	Latencia media (ms)	Aciertos Total 60	lineg (ms)	Latneg (ms)	lipos (ms)	Latpos (ms)	Latneu (ms)
1	01	8640	144.00	55	1.33	140.67	12.00	142.00	.00
2	02	9260	154.33	48	24.67	140.67	25.33	142.00	.00
3	03	10880	181.33	57	6.00	168.00	48.67	173.33	.00
4	04	10034	189.56	50	9.65	168.73	34.65	136.75	.00
5	05	9874	147.89	51	6.54	187.86	16.00	164.50	.00
6	06	9485	143.95	51	28.76	178.65	28.05	128.32	.00
7	07	10575	152.57	54	16.78	195.85	15.78	117.31	.00
8	08	10239	116.96	54	3.56	192.11	44.00	109.54	.00
9	09	9984	132.21	53	28.75	205.67	14.33	129.85	.00
10	10	9161	156.85	54	21.33	245.34	11.33	145.45	.00
11	11	9785	169.87	52	9.56	236.95	19.56	139.63	.00
12	12	11825	141.33	50	6.17	217.85	47.89	158.34	.00
13	13	9879	135.78	53	9.45	186.97	43.95	129.32	.00
14	14	9984	132.45	51	25.15	213.53	12.57	102.11	.00
15	15	9111	156.05	53	6.67	155.96	16.96	119.33	.00
16	16	9785	169.87	53	7.95	160.67	32.21	134.17	.00

17	17	9698	166.45	50	11.45	213.33	16.85	135.63	.00
18	18	8569	168.22	59	13.45	185.16	19.87	143.65	.00
19	19	9165	157.89	51	19.30	198.67	41.33	116.78	.00
20	20	9978	145.22	50	18.65	166.65	35.78	127.89	.00
21	21	11987	169.98	52	21.44	178.76	29.87	143.45	.00
22	22	11134	170.55	53	6.67	168.71	41.33	126.68	.00
23	23	10564	189.39	54	5.67	127.86	35.78	125.76	.00
24	24	9458	163.51	58	34.56	138.62	32.45	134.50	.00
25	25	10578	132.91	57	6.98	175.80	16.05	128.32	.00
26	26	11783	156.66	52	4.25	193.67	19.87	110.31	.00
27	27	9594	143.98	50	15.89	129.32	16.45	109.14	.00
28	28	9671	176.34	53	9.54	162.11	18.22	139.85	.00
29	29	9095	139.26	56	9.50	215.97	57.89	125.45	.00
30	30	11525	156.33	58	11.56	225.34	45.22	139.63	.00

Resultados Posttest

Los resultados generales para toda la serie de ensayos se muestran en la tabla 13, que muestra el tiempo total de respuesta, la latencia media, el número de aciertos de cada uno de los participantes, índices de interferencia ineg e ipos al finalizar la intervención.

Tabla 14

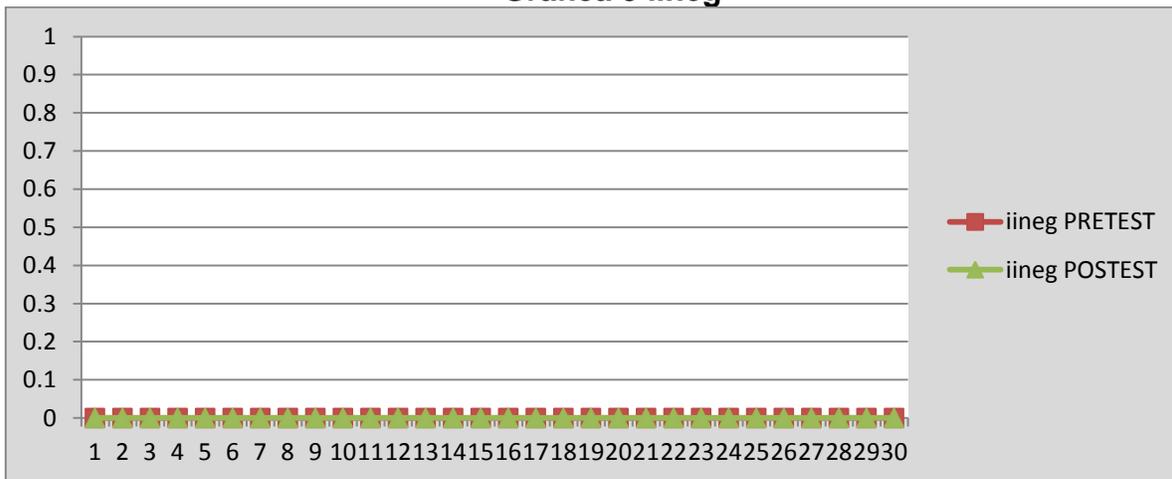
Prueba Stroop: PANAS-28									
Nombre del sujeto	clave	Tiempo total (ms)	Latencia media (ms)	Aciertos Total 60	lineg (ms)	Latneg (ms)	lipos (ms)	Latpos (ms)	Latneu (ms)
1	01	9114	132.21	54	6.67	182.11	21.35	108.14	.00
2	02	9350	156.85	53	5.67	205.17	25.18	119.15	.00
3	03	9125	169.87	54	14.56	225.34	29.87	115.95	.00
4	04	11575	152.57	52	14.98	236.34	41.95	126.75	.00
5	05	11239	136.96	50	4.25	221.85	35.78	124.50	.00
6	06	10984	132.21	53	5.89	175.97	31.85	128.32	.00
7	07	9111	156.85	51	9.54	225.53	12.87	117.31	.00
8	08	9034	189.56	53	9.50	155.96	14.96	109.54	.00
9	09	9074	167.89	53	11.56	160.80	38.21	109.85	.00
10	10	9225	143.95	50	18.85	212.95	26.85	145.15	.00
11	11	10225	152.57	59	28.76	185.16	39.87	139.63	.00
12	12	10119	136.96	51	11.78	198.50	41.30	118.34	.00
13	13	9984	132.21	58	13.56	146.61	35.18	169.32	.00
14	14	9981	156.85	57	8.75	138.76	19.87	102.11	.00
15	15	9785	169.87	57	9.33	198.73	41.35	119.33	.00

16	16	9025	151.33	54	9.56	177.86	35.18	134.67	.00
17	17	9809	135.78	58	16.17	128.61	32.45	135.67	.00
18	18	9817	169.59	57	11.45	165.85	16.95	143.65	.00
19	19	10131	129.21	52	5.15	183.67	19.65	116.75	.00
20	20	11270	116.33	50	16.67	149.32	16.95	157.80	.00
21	21	10975	137.12	53	7.95	162.15	12.50	143.15	.00
22	22	11245	134.16	56	11.75	215.22	26.96	126.96	.00
23	23	9420	143.95	58	13.25	221.34	22.21	115.26	.00
24	24	9785	145.57	56	19.97	216.95	13.85	109.14	.00
25	25	9139	116.90	50	18.45	178.34	18.87	139.85	.00
26	26	9854	132.29	59	16.68	129.32	41.33	125.45	.00
27	27	9051	156.25	57	14.25	192.11	33.78	125.14	.00
28	28	9720	169.17	55	5.89	195.67	19.87	119.85	.00
29	29	10725	141.90	58	11.54	215.37	21.33	125.45	.00
30	30	9032	135.61	57	9.34	216.85	30.78	102.45	.00

Análisis comparativo resultados pre y postest

La comparación de los resultados (grafica 3), muestra que en los ensayos de discriminación simple no se encontró un sesgo perceptual de afecto positivo, la carga emocional para los participantes no mostro interferencia sobre la identificación del color en que está escrita.

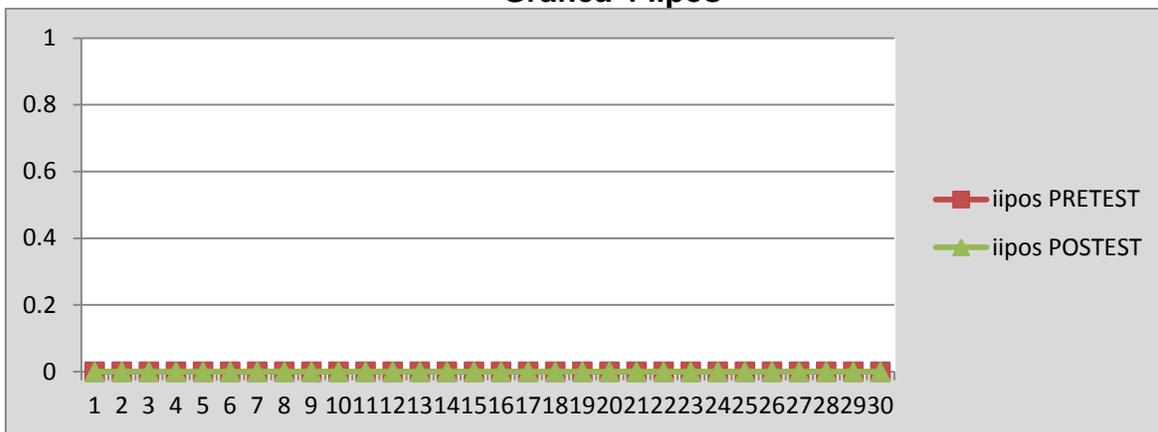
Grafica 3 iineg



La grafica 3, muestra a detalle el análisis comparativo de la prueba de Stroop, percepción positiva-negativa en el índice iineg.

La comparación de los resultados (grafica 4), muestra que en los ensayos de discriminación simple, no hubo un sesgo perceptual, los valores en todos los casos fueron por debajo del índice de medida en el pre y post test.

Grafica 4 iipos



La grafica 4, muestra a detalle el análisis comparativo de la prueba de Stroop, percepción positiva-negativa en el índice iipos.

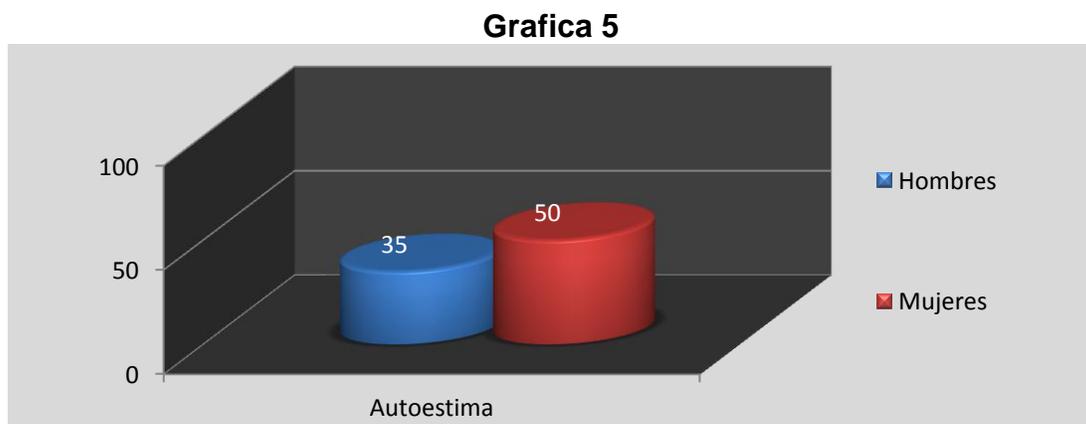
❖ Autoestima

La autoestima puede considerarse uno de los pilares sobre los que se construye la personalidad, y es uno de los más potentes predictores de ajuste psicológico. Si bien la autoestima es importante en todas las etapas, en el caso de los adolescentes, su desarrollo resulta prioritario, ya que en esta etapa los individuos empiezan a definir su identidad y es uno de los periodos más importantes para su desarrollo, quien no se quiere así mismo no puede querer a su prójimo, por ello se convierte en pieza fundamental para su desarrollo emocional, intelectual y social. Además de tener una influencia decisiva la aparición y mantenimiento de diversos trastornos como lo son las adicciones, entre las que se encuentra, el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia que nos ocupa en este caso en particular.

Resultados Pretest

La interpretación de los resultados obtenidos muestra en las mujeres un puntaje promedio de 30.8 que transformadas en puntuaciones baremadas (centiles) usando las tablas correspondientes al sexo, se ubican en 50 centiles, es decir en una autoestima media situada solo por encima del 50% de los integrantes del grupo normativo con el que se diseñó la escala. Respecto a los hombres, el puntaje promedio se ubico en 30.9 que transformado en puntuaciones baremadas se sitúa en 35 centiles, autoestima aun más baja que el de sus compañeras de sexo contrario. Conviene recordar que la autoestima ejerce un papel mediador en la

percepción de las experiencias incidiendo positiva o negativamente en el sentido de la misma en la salud mental, la adaptación social y el marco escolar. En esta línea de pensamiento, las puntuaciones obtenidas se asocian con una mayor probabilidad de que estos jóvenes adquieran el hábito de consumir bebidas alcohólicas; situación que se evidencia en esta muestra en la que el 90% de los participantes han consumido bebidas alcohólicas y que esto lo ha hecho en edades tempranas 12.57 años, y que a la fecha tanto hombres como mujeres acostumbran al menos consumir de una a dos copas en un día en promedio. (Grafica 5).

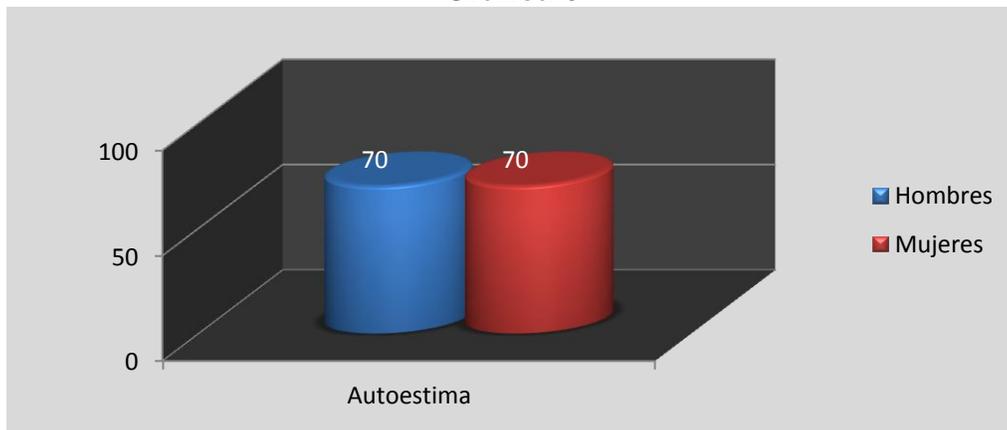


Grafica 1: Muestra los resultados obtenidos en el pretest

Resultados Postest

Los resultados del postest, muestran el impacto del taller en los puntajes obtenidos, el promedio para las mujeres se ubica en 34.1 que corresponde a 70 centiles y los hombres con un puntaje promedio de 34.7 se ubican de igual manera en 70 centiles. Lo anterior muestra un aumento significativo en la valoración que los jóvenes hacen de la percepción de sí mismos. Hemos de tener presente que una autoestima positiva permite al individuo, un buen ajuste emocional, así como sentirse capaz de afrontar los retos que se plantean en el día a día, y tomar decisiones asertivas que beneficien, su salud y su adaptación social (Grafica 6).

Grafica 6

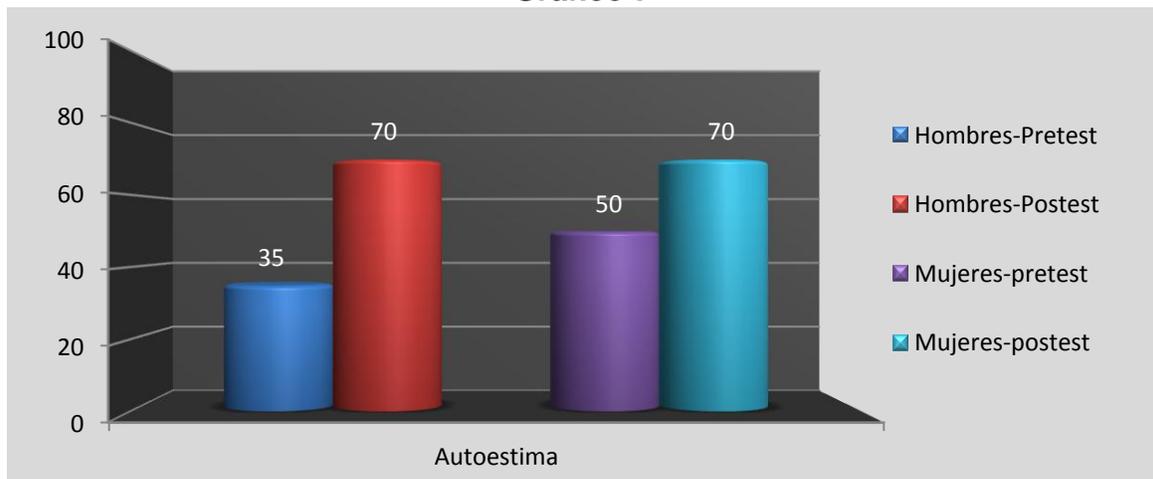


Grafica 2 muestra los resultados en el postest

Comparación de resultados Pre y postest

Los resultados comparativos pre y postest muestran un incremento significativo del 100% en el caso de los hombres y del 40% en el caso de las mujeres, que puede ser, no un incremento en la autoestima; sino el resultado de la percepción de los adolescentes de responder a lo socialmente correcto. Por lo que es necesario, continuar incidiendo en la autoestima de esta población a través de talleres de desarrollo continuo (Grafica 7).

Grafico 7



Grafica7. Muestra los resultados comparativos pre y postest.

❖ **Habilidades relacionales**

El adolescente se encuentra en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo

de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. Es en esta etapa en la que lo social cobra un especial protagonismo; son muchos los desafíos y las experiencias a las que se enfrenta, por lo que dominar ciertas habilidades que les permitan afrontar este momento evolutivo con ciertas garantías de éxito, se vuelve una necesidad insustituible. En este sentido, se puede considerar a las habilidades relacionales como un tipo de herramientas personales muy útiles para un óptimo desarrollo y mantenimiento de las relaciones personales con especial énfasis en esta etapa de la vida. En la presente intervención, se investigaron específicamente las habilidades relacionales, la asertividad y la resolución de conflictos, cuyos resultados se muestran a continuación.

Resultados pretest

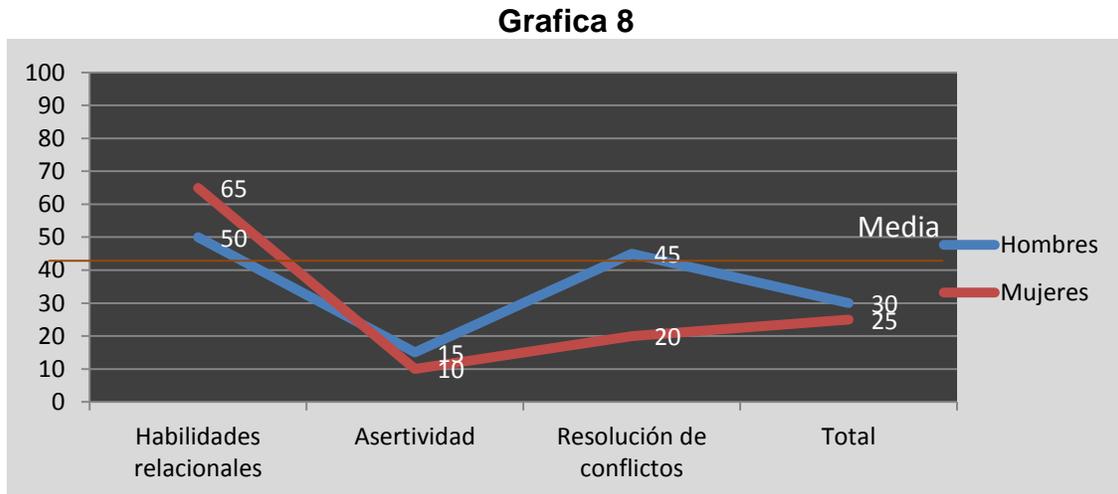
Habilidades sociales	Hombres		Mujeres	
	Centiles	Puntaje	Puntaje	Centiles
Habilidades relacionales	50	19.6	20.6	65
Asertividad	15	12.3	12.4	10
Resolución de conflicto	45	16.6	16.1	20
Total	50	48.5	49.2	25

Tabla 5: muestra los resultados de habilidades sociales en el pretest.

La interpretación de los puntajes obtenidos en promedio y transformados en centiles conforme a las tablas de interpretación correspondientes por sexo, muestra tanto en los hombres como en las mujeres resultados negativos en cuanto a sus habilidades sociales, siendo relevante el rubro de asertividad donde los hombres obtuvieron en promedio 15 centiles y las mujeres 10; lo que significa áreas de riesgo, y de oportunidad para trabajar con los jóvenes a favor de evitar, se conviertan en puertas de entrada no solo para el consumo de bebidas alcohólicas, sino también para otras adicciones.

En este caso, los bajos niveles en habilidades sociales se asocian a consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de inicio temprano y a consumos de hasta 5

copas por día, así como, a niveles socioeconómicos bajo y medio, ya que el 93.34% de los participantes se ubican en estos niveles sociales (Grafica 8).



Grafica 4: muestra los resultados en habilidades sociales obtenidos en el pretest.

Resultados Posttest

Habilidades sociales	Hombres		Mujeres	
	Centiles	Puntaje	Puntaje	Centiles
Habilidades relacionales	70	24.6	24.3	80
Asertividad	13.2	20	13.7	15
Resolución de conflicto	18.1	70	18.2	40
Total	55.9	70	56.2	55

Aunque los resultados del posttest, muestran el impacto del taller en los puntajes obtenidos, continua siendo un área importante que hay que abordar ya que los sujetos que se sitúan en el polo bajo de la escala, como es el caso de la asertividad y las habilidades de resolución de conflictos, suelen tener conflictos con los demás que no resuelven de forma adecuada, presentando problemas de agresividad o de pasividad ante este tipo de situaciones. Cuando expresan sus ideas, sentimientos o deseos, lo hacen de forma inadecuada o simplemente no los expresan. Pudiendo ser presa fácil del consumismo y la publicidad, y en

consecuencia de la adquisición de hábitos dañinos a la salud, como lo es el hábito en consumir bebidas alcohólicas (Grafica 9).

Grafica 9

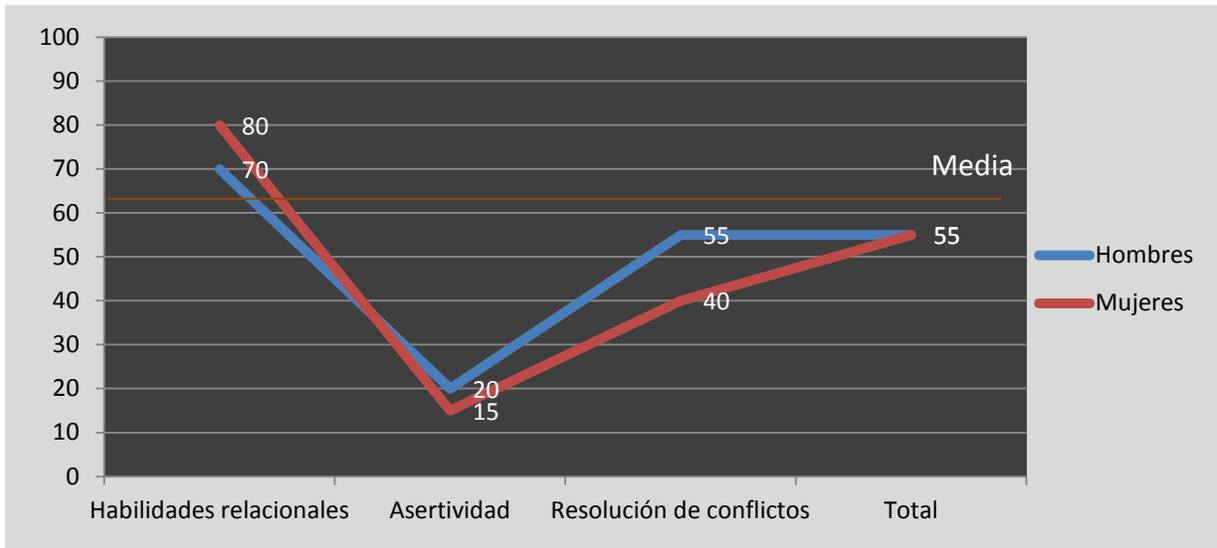


Grafico 5: muestra los resultados de habilidades sociales obtenidas en el postest.

Análisis comparativo resultados pre y postest

El análisis comparativo muestra un incremento representativo, en la escala de habilidades relacionales, aproximadamente de 40% en el caso de los hombres y 23% en el caso de las mujeres. Situación que no se refleja en el rubro de asertividad, donde los niveles continúan en el polo bajo de la escala. (Grafica 10).

Grafica 10

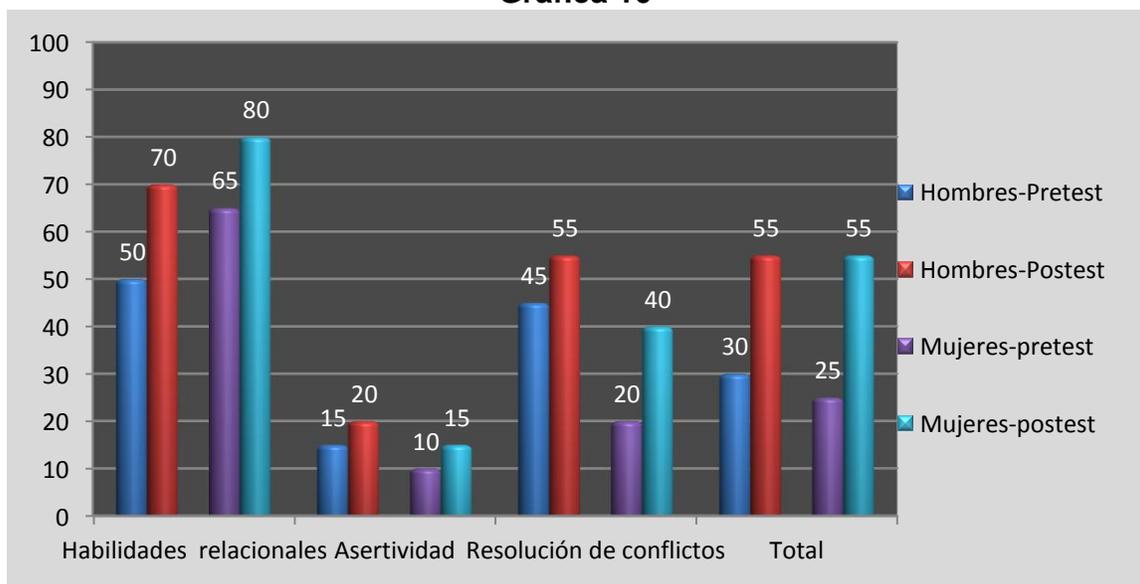


Grafico 10. Muestra resultados comparativos pre y postest.

V DISCUSIÓN

A través del presente estudio fue posible detectar los factores asociados al riesgo del consumo de bebidas alcohólicas, de esta población en particular, a partir de un enfoque cognitivo-conductual e identificar un perfil del adolescente en riesgo.

En el estudio se encontró que el 90% de los adolescentes encuestados respondieron haber consumido por lo menos una vez alguna bebida alcohólica en su vida, del total de los consumidores de bebidas alcohólicas en sus diferentes categorías, el 20% representa la población femenina y 30% la población masculina, en edades de entre los 14 y los 17 años, superior a lo referido en revisiones previas, donde se daba razón por sexo de 3.5 hombres por cada mujer como en trabajos citados de Caraveo-Anduaga, y cols.

La edad de mayor prevalencia en la población de bebedores, se encontró en el grupo de los 15 años (20%), seguido de los grupos de 14 y 16 años (13.33%) respectivamente y finalmente el grupo de los 17 años (3.33%); el total de la población que bebe en el estudio es del 50% de la muestra.

En cuanto al paradigma de Stroop computalizado, utilizados en el presente estudio se evaluó la capacidad de los participantes para clasificar la información del entorno, la reacción selectiva de la información, la inhibición de la tendencia automática, la resolución controlada a los estímulos presentados. Observándose que los participantes enfocan su atención en la rapidez al contestar la prueba y no en la ejecución precisa de identificar las propiedades relevantes del estímulo (identificar el color en que está escrita una palabra con carga emocional), sin embargo, aunque el sesgo de inferencia ineg e ipos fue negativo en este estudio, es significativo el hecho de que el 90% de la población de la intervención ha consumido aunque sea una sola vez en su vida alguna bebida alcohólica, por lo que es importante continuar realizando intervenciones que traten esta temática.

VI CONCLUSIÓN

Actualmente en México, el uso de alcohol es la cuarta causa de mortalidad (8.4%), Así mismo, el consumo de alcohol está asociado con mayor riesgo de accidentes, violencia física, conductas sexuales riesgosas, homicidios, discapacidades, suicidios, diversos tipos de cáncer; la pérdida de productividad, problemas familiares y deterioro cognoscitivo. Así mismo, la ingesta de bebidas alcohólicas puede acabar convirtiéndose en un componente del estilo de vida para algunos adolescentes, sobre todo cuando el hábito queda arraigado en una etapa de la vida tan decisiva como lo es, la adolescencia, lo que interferirá notablemente en el crecimiento y posterior desarrollo psíquico y social del joven.

Podemos concluir que la autoestima y las habilidades relacionales, son factores significativos que inciden en el adolescente para empezar a consumir bebidas alcohólicas y mantener e incrementar paulatinamente este hábito aún en contra de su salud. En este caso los bajos niveles en estos rubros, se han asociado al consumo de bebidas alcohólicas, ya que el 90% de los jóvenes encuestados señalan haber consumido alguna bebida alcohólicas por lo menos una vez en su vida, además se relacionan con el inicio temprano del hábito de beber, alrededor de los 12 años, en ambos sexos, y al mantenimiento del consumo en promedio de una copa al día. La adolescencia es sin duda una etapa difícil, de retos continuos y de la necesidad apremiante de pertenencia, a la que se suman en este caso en particular bajos niveles en autoestima y habilidades sociales, herramientas imprescindibles, en esta época de cambio vulnerabilidad y adaptación.

Por lo general, los adolescentes que ya tienen el hábito de consumir bebidas alcohólicas, continúan haciéndolo, lo que dificulta el dejarlo de hacer, porque su cuerpo ya se ha acostumbrado a la dependencia y a los cambios que se producen en su organismo y al dejarlo de hacerlo, les produce ansiedad, estrés, alteraciones en su comportamiento y estado de ánimo.

Lo anterior revela la necesidad de crear talleres preventivos, sobre los riesgos de consumir bebidas alcohólicas para la salud a nivel físico y cognitivo; así como, la

concientización sobre los efectos negativos tanto bebedores como para quien esta a su alrededor. Por lo que resulta relevante trabajar aspectos de autoestima y habilidades sociales de manera programada y oficial en los centros educativos, solo así se podrá brindar a los adolescentes de la oportunidad de responder de manera asertiva al reto de no consumir bebidas alcohólicas o a dejar de hacerlo al concientizarse de los efectos negativos para su salud.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acker C. (1985). *Performance of female alcoholics on neuropsychological testing. Alcohol and Alcoholism*, 20, 379-386.

Alfonso M. e Ibáñez P. (1992). *Todo sobre las drogas legales e ilegales*. Madrid: Dykinson.

Baumrind D. y Moselle K.A. (1985). A developmental perspective on adolescent drug use. *Advances in Alcohol and Substance Use*, 5, 41-67.

Berjano E. y Musitu G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.

Berjano E. (1986). *Drogas y delincuencia: Población de alto riesgo*. Valencia: Conselleria de Treball i Seguretat Social.

Berjano E. (1988). *Análisis psicosociológico del consumo de drogas en el contexto escolar: Mecanismos de prevención. Tesis Doctoral*. Dirs.: G. Musitu y J.M. Peiró. Universitat de Valencia.

Berjano E. (1991). *El uso indebido de drogas*. En: J. García (Ed.), La Comunitat.

Berjano E. y Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.

Blum R. (1973). *Un hombre de ciencia juzga la droga*. En: L. Daufí (Ed.), La verdad sobre la droga. Barcelona: Promoción Cultural.

Brown S., McGue M., Maggs J., Schulenberg J., Hingson R., Swartzwelder S., et al. (2008). *A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age*. *Pediatrics*, 121 (Suppl 4:S290-310).

Brunt P. (1982). *Treatment of alcohol dependence: The alcoholic patient*. *British Medical Bulletin*, 38, 103-108.

Caraveo-Anduagas J., Colmenares-Bermudez E., Saldivar- Hernández G. (1999). *Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México*. *Salud Pública. Mx.* 41:177-188.

Carey K., & Maisto S. (1987). *Effect of a change in drinking pattern on the cognitive function of female social drinkers*. *Journal of Studies on Alcohol*, 4, 236-242.

Castro F., Newcomb M. y Cadish K. (1987). *Lifestyle differences between young adult cocaine users and their nonuser peers*. *Journal of Drug Education*, 17, 89-111.

Comas D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.

Comas D. (1990). *El síndrome de Haddock: Alcohol y drogas en Enseñanzas*. Medias. Madrid: CIDE.

Cortes T., Espejo T., & Gimenez Costa, J. (2008). *[Cognitive aspects of binge drinking]*. *Psicothema*, 20(3), 396-402.

Crawford S., & Ryder D. (1986). *A study of sex differences in cognitive impairment in alcoholics using traditional and computer-based test*. *Drug and Alcohol Dependence*, 18, 369-375.

Dante C. (2007). *Evaluación de la eficacia de un programa de intervención. Evolución neuropsicopatológica del funcionamiento ejecutivo en pacientes drogodependientes*. Salud y drogas, 7(2), 235-248.

Durazzo T., Rothlind J., Gazdzinski S., & Meyerhoff D. (2008). *The relationships of sociodemographic factors, medical, psychiatric, and substance-misuse comorbidities to neurocognition in short-term abstinent alcoholdependent individuals*. Alcohol, 42(6), 439-449.

Easton C., Sacco K., Neavins, T., Wupperman P., & George T. (2008). *Neurocognitive performance among alcohol dependent men with and without physical violence toward their partners: a preliminary report*. Am J Drug Alcohol Abuse, 34(1), 29-37.

Eshel N., Nelson E., Blair R., Pine D., Ernst M. (2007). *Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulate cortices*. Neuropsychologia. 45(6):1270-9.

Ferrer X. y Pérez C. (1991). *Panorámica actual y tendencias futuras en la prevención*. Revista de Serveis Socials de la Generalitat Valenciana, 15-16, 19-29.

Freixa F. (1976). *El alcohol, droga institucionalizada*. Jano, 246, 10.

Freixa F. (1991). *Una reflexió sobre la salut i el seu concepte*. Quaderns SEIC, 0, 30-45.

Freixa F. y Alarcón, C. (1981). Alcohol. En: F. Freixa y P. Soler (Eds.), *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.

Freixa F. (1993a). *El fenómeno droga*. Barcelona: Salvat.

Freixa F. (1993b). Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes. En: M. Sánchez-Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: PPU.

Fujiwara E., Brand M., Borsutzky S., Steingass H., & Markowitsch H. (2008). *Cognitive performance of detoxified alcoholic Korsakoff syndrome patients remains stable over two years*. J Clin Exp Neuropsychol, 30(5), 576-587.

García D. y Muñoz P. (2000). *Funciones ejecutivas y rendimiento escolar en educación primaria*. Un estudio exploratorio. Revista Complutense de Educación, 11 (1), 39 – 56.

García G., García O., Secades R. (2011). *Neuropsicología y adicción a las drogas*. *Papeles del Psicólogo*. 32(2):159-65.

García-Moreno, Exposito J., Sanhueza C., & Angulo M. (2008). *[Prefrontal activity and weekend alcoholism in the young]*. Adicciones, 20(3), 271-279.

Giancola P., Moss H. (1998). *Executive cognitive functioning in alcohol use disorders*. Recent Dev Alcohol. 14:227-51.

Golden C. (1978). *Stroop Color and Word Test*. A manual for clinical and experimental uses. Wood Dale, Illinois: Stoelting Co.

González-Llera F. (1980). *Aspectos psiquiátricos en la criminalidad de las drogodependencias*. Comunicación presentada al IX Congreso Internacional sobre Drogodependencias. Madrid.

González-Pinto R. y González-Pinto A. (1984). *Frecuencia de celotipias en pacientes diagnosticados de alcoholismo crónico*. Psiquis, 5 (3), 52-54.

González J., Sáinz C. y Mateos P. (1988). Atención selectiva. En J.L. Vega (ed.), *Desarrollo de la atención y trastorno por déficit de atención*. III (pp. 53 – 115). Salamanca: Ediciones Universidad.

Grodzinski G, & Diamond R. (1992). *Developmental Neuropsychology*, 8(4), 427-445.

Kahneman D. y Treisman A. (1984). *Changing views of attention and automaticity*. En R. Parasunaman (Ed.): *Varieties os Attention*. New York: Academic Press.

Kalechstein A., & Van Gorp W. (2007). *Neuropsychology and Substance Use. State of the art and Future directions*. New York and London: Taylor and Francis.

Kessel N. y Walton H. (1989). *Alcoholism. A reappraisal: Its causes, problems and treatment*. Londres: Penguin Books.

Kramer J. y Cameron D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS

Labudda K., Todorovski S., Markowitsch H., & Brand M. (2008). *Judgment and memory performance for emotional stimuli in patients with alcoholic Korsakoff syndrome*. *J Clin Exp Neuropsychol*, 30(2), 224-235.

Manual diagnostic y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Marsh P. y Fox K. (1992). *Drinking and public disorder*. Londres: The Portman Group.

Meier S., Brigham T., & Andel G. (1987). *Accuracy of drinkers' recall of alcohol consumption in a field setting*. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 325-328.

McClain L. (1983). *Stimulus – response compatibility affects auditory Stroop interference*. Perception and Psychophysics, 33, 266 – 270.

McLeod C. (1991). *Half a century of research on the stroop effect: an integrative review*. Psychological Bulletin, 109, 163 – 103.

Merrill J., Milner G., Owens J. y Vale A. (1992). *Alcohol and attempted suicide*. British Journal of Addictions, 87, 83-89.

Miglioli M., Buchtel H., Campanini T., & De Risio C. (1979). *Cerebral hemispheric lateralization of cognitive deficit due to alcoholism*. Journal of Nervous and Mental Diseases, 167, 212-217.

Miranda A. y Santamaría M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia: Promolibro.

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1979). *Fichas informativas sobre alcohol y alcoholismo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Morales E., Camarena F. y Torres M. (1992). *Orientaciones terapéuticas sobre alcoholismo*. Valencia: Conselleria de Treball i Afers Socials.

Montoro L. (1989). *Alcohol, juventud y accidentes de tráfico*. Comunicación presentada al I Seminario sobre Alcohol y Juventud. Madrid.

Montoro L. (1991a). *Alcohol, juventud y accidentes de tráfico*. En: Alcohol y juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Montoro L. (1991b). *Psicología y seguridad vial: Alcohol y drogas*. Valencia: Facultad de Psicología. (mimeo).

Newcomb M. (1987). *Consequences of teenage drug use: The transition from adolescence to young adulthood*. *Drugs and Society*, 1(4), 26-60.

Newcomb M. y Bentler P. (1988). *Impact of adolescent drug use and social supports on problems of young adults: A longitudinal study*. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.

Organización Mundial de la Salud (1995). *Tabaco, alcohol y toxicomanías*. *Salud Mundial* 48 (4), 15.

Oscar-Berman M., Marinković K. (2007). *Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain*. *Neuropsychol Rev.* 17(3):239-57.

Perpiñá C., Bellver V. y Baños R. (1987). *Las amnesias*. En: A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Psicopatología y procesamiento de la información*. Valencia: Promolibro.

Piera N., Verdú F., Gisbert M. y Murcia E. (1989). *Estudio de la concentración de alcohol en sangre en cadáveres de conductores de vehículos de motor*. Comunicación presentada a las XVII Jornadas de Socidrogalcohol. Valencia.

Robinson A. (1989). *Problem drinking and parasuicide*. *British Journal of Addictions*, 84 (7), 711-714.

Robinson T., Berridge K. (2000). *The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view*. *Addiction*. 95:91-117.

Rodés J., Caballería J. y Parés A. (1992). *Efectos del alcoholismo sobre el organismo humano*. *Adicciones*, 4 (2), 135-145.

Roehrich L., & Goldman, M. (1993). *Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 812-821.

Roman P. (1988). *Biological features of women's alcohol use: A review*. Public Health Reports, 103, 628-637.

Sánchez-Turet, M. (1993). *El alcohol como tóxico y como droga*. En: M. SánchezTuret (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: PPU.

Santo Domingo J. (1984). *Intoxicación y privación de alcohol y otras drogas*. Psiquis, 5 (6), 37-43.

Santo Domingo J. (1987). *El consumo de alcohol y los accidentes de tráfico*. En: *Alcohol, drogas y accidentes de tráfico*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Santo Domingo J. (1990). *El alcohol*. Madrid: Rialp.

Santo Domingo J. y Rodríguez-Vega B. (1989). *Evolución de los hábitos de consumo de alcohol y de la dependencia alcohólica en España*. Revista Española de Drogodependencias, 14 (3), 167-175.

Secades-Villa R., García Fernández G., García-Rodríguez O., Álvarez Carriles J., & Sánchez Hervás E. (2008). *Rendimiento neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína*. Salud y drogas, 8(2), 11-28.

Stelzer F., Cervigni M., Martino P. (2010). *Bases neurales del desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y adolescencia*. Una revisión. Rev Chil Neuropsicol. 5(3):176-84.

Stroop J. (1935). *Studies of interference in serial verbal reactions*. Journal of Experimental Psychology, 18, 643 – 662.

Tapert S., Ozyurt S., Myers M., & Brown, S. (2004). *Neurocognitive ability in adults coping with alcohol and drug relapse temptations*. Am J Drug Alcohol Abuse, 30(2), 445-460.

Verdejo-García A., & Perez-Garcia M. (2008). *Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction*. Psychiatry Res, 158(2), 172-180.

Verdejo-García A., Rivas-Pérez C., López-Torrecillas F., & Perez-Garcia M. (2006). *Differential impact of severity of drug use on frontal behavioral symptoms*. Addict Behav, 31(8), 1373-1382.

Verdejo-García A., López-Torrecillas F., Aguilar de Arcos F., & Perez-Garcia M. (2005). *Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis*. Addict Behav, 30(1), 89-101.

Wiener D. (2001). *Mechanisms of inhibition in Wernicke's aphasia*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences y Engineering, 61 (9-B), 4681.

World Health Organization. Alcohol and injuries. Emergency department studies in an International perspective. Geneva: World Health Organization, 2009. [Consultado 2013 Octubre 2]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinuries.pdf]

Yucel M., Lubman D. (2007). *Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention*. Drug and Alcohol Review. 26:33-9.

Zeigler D., Wang C., Yoast R., Dickinson B., McCaffree M., Robinowitz C., et al. (2005). *The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students*. *Prev Med*.40(1):23-32.

VIII ANEXOS

Descripción de dinámicas

SESIÓN 1 “La telaraña”

Objetivo	Crear un ambiente de mayor confianza y aceptación hacia el taller. Fomentar las habilidades relacionales y de integración grupal a través del juego.
Tiempo requerido	30 minutos
Logística requerida	Salón amplio
Descripción de la actividad	Los participantes formarán un círculo etc.
Procesamiento	Una vez formado el círculo inicial, acercamos las sillas conservando este y compartimos esta experiencia.

SESIÓN 3 “Paseo por el bosque”

Objetivo	Favorecer el conocimiento propio y el de los demás Estimular la valoración positiva Promover el autoconcepto mediante el descubrimiento y aceptación de cualidades propias
Tiempo requerido	50 minutos
Logística requerida	Salón amplio Hojas blancas, lápices, colores, crayolas, diurex (cinta pegamento), grabadora, extensión eléctrica, CD con música relajante

Descripción de la actividad

Cada participante dibuja un árbol, el que más le guste, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribe las cualidades y capacidades que cree tener. En las ramas puede ir poniendo las cosas positivas que hace y en las hojas y frutos, los éxitos y triunfos. Se les pone música de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse. Tendrá 10 minutos para esta actividad

Una vez que han terminado forman grupos de cuatro personas y cada uno pondrá en el centro su dibujo y hablara del árbol en primera persona como si fuese al árbol. Tendrán 10 minutos para esta actividad, 5 minutos por participante).

A continuación de pie los alumnos se sitúan en un gran círculo y sujetan el dibujo sobre el pecho de modo que los otros lo puedan ver. La facilitadora les invita a que den un paseo por el bosque y que cada vez que encuentren un árbol, lean lo que está escrito sobre el dibujo en voz alta, diciendo en vez de yo soy, tu eres, por ejemplo: María eres...tienes..., es decir primero se dice el nombre del compañero y luego sus características. Tendrán 5 minutos para el “paseo por el bosque”.

Procesamiento

Los participantes en su totalidad se reúnen en círculo, y toman asiento se invita a dos personas para que comenten esta experiencia. ¿Cómo se sintieron en su paseo por el bosque?

¿Qué emociones, sensaciones, pensamientos, se generaron cuando hicieron su dibujo? ¿Cuando escucharon a sus compañeros describir sus cualidades y características? Se tendrán 25 minutos para esta actividad.

SESION 4 “A la bio, bio, cargada de...”

Objetivo	Determinar los riesgos que ocasiona el consumo de bebidas alcohólicas Fomentar las habilidades relacionales y de integración grupal a través del juego.
Tiempo requerido	30 minutos
Logística requerida	Salón amplio Pelota
Descripción de la actividad	Los participantes formarán un círculo etc.
Procesamiento	Se busca la participación activa y creatividad de los adolescentes, lo que ayudará a generar muchas ideas o alternativas posibles a partir de las cuales adoptara una decisión grupal. DESARROLLO Etapa 1: Preparar la sesión de la lluvia de ideas Etapa 2: Generar ideas. Etapa 4: Crear filtros. Etapa 5: Aplicar filtros. Etapa 6: Finalizar la sesión de la lluvia de ideas.

SESION 5 “Juego de roles”

Objetivo	<p>Determinar los riesgos que ocasiona el consumo de las bebidas alcohólicas en la población.</p> <p>Fomentar las habilidades relacionales y de integración grupal a través del juego.</p>
Logística requerida	<p>Salón amplio</p>
Descripción de la actividad	<p>Formar dos equipos con los integrantes del taller, adaptar un rol y representar la historia, un personaje e interpretaran dialogos.</p> <p>Los roles se tendrán escritos en papeles doblados en una caja y cada participante del equipo escogerá al azar uno, para representar la dinámica.</p> <p>Se realizara esta dinámica con tres o cuatro participantes de cada equipo.</p>
Procesamiento	<p>Se busca la participación activa y creatividad de los adolescentes en la dinámica.</p>

Carta consentimiento para instrumentos y taller



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

“Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes”

La presente intervención es conducida por Guerrero Mayo Liliana Nayelly, alumna del noveno semestre de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM-FESI-SUAYED. La meta de este proyecto es evaluar el impacto de un programa de intervención sobre la relación que existe entre la cognición de los adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas para prevenir y disminuir el hábito, así como brindar las habilidades sociales y relaciones a partir de un enfoque cognitivo-conductual.

El proyecto consta de dos etapas; la primera de ellas corresponde a la aplicación de instrumentos de evaluación, si usted accede que su hijo(a) a participe en este estudio, se le pedirá responder preguntas de algunos cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Tomare fotografías como evidencia que avalen mi trabajo.

La segunda etapa corresponde a un taller con duración de 10 horas distribuidas en 5 sesiones a las que se pedirá la asistencia puntual de su hijo(a). Lo que conversemos durante estas sesiones se grabara y fotografiara, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que el menor haya expresado.

La participación es este proyecto es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas a los instrumentos serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación en él. Igualmente su hijo(a) puede retirarse en cualquier etapa si así lo requiere, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradezco su participación.

Acepto que mi hijo(a) participe voluntariamente en este proyecto, conducido por Guerrero Mayo Liliana Nayelly. He sido informado (a) de que la meta de este proyecto es evaluar el impacto de un programa de intervención sobre las habilidades cognitivas, sociales y relacionales en los adolescentes para prevenir y disminuir el consumo de bebidas alcohólicas; a partir de un enfoque cognitivo-conductual.

Me han indicado también que mi hijo(a) tendrá que responder instrumentos, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos y participar en un taller, durante 10 horas distribuidas en 5 sesiones.

Reconozco que la información que mi hijo(a) provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que mi hijo(a) puede retirarse del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre y firma del Padre o tutor

Firma de alumno

Fecha

Escala de Autoestima Rosenberg



Universidad Nacional
Autónoma de México



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Participante: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Nivel socioeconómico: _____

Escala de Autoestima Rosenberg, (1965). (Oliva; Antolín; Pertegal; Ríos; Parra; Hernando y Reina, 2011)

Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems (por ejemplo: “En general estoy satisfecho conmigo mismo/a”), que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, obtenido para la escala es de 0.92

Instrucciones

A continuación figuran una serie de frases referidas a tus relaciones con otras personas, indica si estás o no de acuerdo con ellas. Para ello señala rodeando con un círculo el número de la opción que corresponda. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas.

Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
1		2		3		4	
1	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a	1	2	3	4		
2	A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada	1	2	3	4		
3	Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4		
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4		
5	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	1	2	3	4		
6	A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4		
7	Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4		
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	1	2	3	4		
9	Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4		
10	Tengo una actitud positiva hacía mí mismo/a	1	2	3	4		

Escala para la evaluación de habilidades sociales



Universidad Nacional
Autónoma de México



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Participante: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Nivel socioeconómico: _____

Escala para la evaluación de habilidades sociales, Oliva et al., (2011).

La versión final de la escala se compone de 12 ítems que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 y 7. Se obtiene una puntuación global en habilidades sociales, así como puntuaciones concretas de las siguientes dimensiones que componen la misma:

Habilidades comunicativas o relacionales: Se refiere al grado en que los adolescentes perciben que son hábiles o no para comunicarse y relacionarse con las personas. Está compuesta por cinco ítems (por ejemplo, "Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco"). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para la subescala es de .74.

Asertividad: Se refiere a la percepción que los adolescentes tienen sobre su capacidad para ser asertivos, es decir, para expresar sus propias ideas o pedir información de forma adecuada y sin ser agresivo. Está compuesta por tres ítems (por ejemplo, "Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo, le preguntó por qué"). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta Subescala es de .75

Habilidades de resolución de conflictos: Los cuatro ítems que componen esta subescala se refieren a la capacidad percibida del adolescente para resolver situaciones interpersonales conflictivas en las que pueden actuar para encontrar soluciones ("Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as"). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta subescala fue de .80.

En lo que se refiere a la fiabilidad de la escala total, el índice de consistencia interna alfa de Cronbach ha sido de .69 para N=2368.

Instrucciones

A continuación figuran una serie de frases referidas a tus relaciones con otras personas, indica si estás o no de acuerdo con ellas. Para ello señala rodeando con un círculo el número de la opción que corresponda. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas.

Totalmente falsa	Falsa	Algo falsa	Ni falsa ni verdadera	Algo verdadera	Verdadera	Totalmente verdadera				
1	2	3	4	5	6	7				
1	Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco			1	2	3	4	5	6	7
2	Suelo alabar o felicitar a mis compañeros/as cuando hacen algo bien			1	2	3	4	5	6	7
3	Me da corte hablar cuando hay mucha gente			1	2	3	4	5	6	7
4	Cuando dos amigos/as se han peleado, suelen pedirme ayuda			1	2	3	4	5	6	7
5	Me cuesta trabajo invitar a un conocido/a una fiesta, al cine, etc.			1	2	3	4	5	6	7
6	Me resulta difícil empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente			1	2	3	4	5	6	7
7	Me gusta decirle a una persona que estoy muy satisfecho/a por algo que ha hecho			1	2	3	4	5	6	7
8	Me resulta muy difícil decirle a un chico/a que quiero salir con él/ella			1	2	3	4	5	6	7
9	Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as			1	2	3	4	5	6	7
10	Cuando tengo un problema con otro chico o chica, me pongo en su lugar y trato de solucionarlo			1	2	3	4	5	6	7
11	Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo le pregunto por qué			1	2	3	4	5	6	7
12	Cuando hay un problema con otros chicos o chicas, pienso y busco varias soluciones para resolverlo			1	2	3	4	5	6	7