

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA BASADO EN
EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES SOBRE EL CONTROL
DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES**

(Trabajo de Grado)

GIOVANNA CRISTINA PEREZ PAREDES

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO**

2010

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA BASADO EN
EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES SOBRE EL CONTROL
DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES**

(Trabajo de Grado)

GIOVANNA CRISTINA PEREZ PAREDES

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Psicóloga**

Asesor:

Psicóloga Claudia Mercedes Calvache Cabrera

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO**

2010

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo de grado, son responsabilidad del autor”

Artículo 1 del acuerdo N° 324 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

Nota de aceptación

Presidente de Tesis

Jurado A

Jurado B

San Juan de Pasto, Marzo de 2010

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
Planteamiento del problema	16
Formulación del problema	19
Sistematización del problema	20
Justificación	20
Objetivos	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos	22
ASPECTOS TEÓRICOS	23
Marco Contextual	23
Consumo de Alcohol del Adolescente en el Contexto Social Colombiano	23
Consumo de alcohol en el contexto tuquerreño	24
Institución educativa San Francisco de Asís	26
Misión	27
Visión	27
Objetivos Generales	28
Marco de Antecedentes	28
Marco teórico conceptual	33
Adolescencia	33
Consumo de sustancias	35
Características clínicas relacionadas con el consumo de alcohol	35

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

<i>Dependencia:</i>	36
<i>Abuso de alcohol:</i>	36
<i>Intoxicación por alcohol:</i>	37
Síndrome de abstinencia	37
Etapas del proceso de alcoholización	38
<i>Etapas prealcohólica:</i>	38
<i>Etapas sintomática:</i>	38
<i>Etapas crítica:</i>	38
<i>Etapas crónica:</i>	39
Teorías explicativas del consumo de alcohol	40
<i>Enfoque biológico:</i>	40
<i>Factor genético:</i>	41
<i>Factor psicológico:</i>	44
Factores de riesgo y factores protectores	45
Factores de riesgo para el consumo de alcohol	47
<i>Conducta:</i>	47
<i>Estado emocional:</i>	47
<i>Comportamiento social:</i>	48
<i>Familia:</i>	48
<i>Académico:</i>	48
<i>Relación con pares:</i>	48
<i>Tiempo libre y recreación:</i>	48
<i>Uso de drogas:</i>	48
Habilidades sociales	49
Habilidades para la comunicación	56

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

<i>Observar y escuchar:</i>	59
<i>Habilidades para la escucha activa:</i>	60
<i>Iniciar y mantener una conversación:</i>	61
<i>Formular y rechazar peticiones:</i>	62
<i>Enfrentar la crítica:</i>	64
<i>Presión de grupo:</i>	66
<i>Expresar desacuerdos:</i>	67
<i>Resistir la tentación:</i>	69
Habilidades sociales y estado emocional	70
Psicología de la salud	75
Psicología preventiva	76
<i>Interdisciplinarietàad:</i>	76
<i>Proactividad:</i>	77
<i>Utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención:</i>	77
<i>Ética:</i>	77
<i>Visión totalizadora:</i>	77
<i>Prevención:</i>	78
<i>Niveles de prevención:</i>	79
<i>Primaria:</i>	79
<i>Secundaria:</i>	80
<i>Terciaria:</i>	80
Etiología cognitivo-comportamental del consumo de alcohol	81
Elementos cognitivos en la prevención del consumo de alcohol	85
Elementos del modelo de terapia grupal en el entrenamiento de habilidades sociales	95
Aprendizaje estructurado	98

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

<i>Modelamiento:</i>	99
<i>Entrenamiento Asertivo:</i>	99
<i>Juego de Roles:</i>	100
<i>Técnica de disco rayado:</i>	100
<i>Banco de niebla:</i>	100
Técnicas cognitivas	100
<i>Registro diario de pensamientos disfuncionales:</i>	100
<i>Ensayo cognitivo:</i>	101
ASPECTOS METODOLÓGICOS	102
<i>Enfoque</i>	102
<i>Tipo de estudio</i>	102
<i>Diseño</i>	102
<i>Análisis de datos estadísticos</i>	103
<i>Población y muestra</i>	103
<i>Instrumentos</i>	104
<i>Escala DUSI Abreviada para Jóvenes R. Tarter:</i>	104
Procedimiento	106
Fase 1	106
<i>Establecer el problema:</i>	106
Fase 2	106
<i>Diseño:</i>	106
Fase 3	107
<i>Formación de grupos:</i>	107
Fase 4	108
<i>Preprueba:</i>	108

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes

Fase 5	108
Fase 6	108
<i>Postprueba:</i>	108
Fase 7	108
<i>Análisis de datos:</i>	108
Variables	109
<i>Variable independiente:</i>	109
Variable dependiente	109
Variable control	109
Hipótesis	109
Hipótesis general	109
Hipótesis nula	110
Hipótesis estadísticas	110
ANALISIS DE RESULTADOS	111
Resultados de aplicación de preprueba.	113
Factores de riesgo identificados	113
<i>Grupo experimental:</i>	113
Resultados de aplicación de postprueba	123
Discusión	129
CONCLUSIONES	136
RECOMENDACIONES	138
BIBLIOGRAFÍA	140
ANEXOS	146

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de análisis de las habilidades sociales (Del Prette, 2002).	52
Figura 2. Promedio de Riesgo en Grupo Experimental.	115
Figura 3. Promedio de Riesgo en Grupo Control.	117
Figura 4. Promedio de Riesgo en Grupo Experimental Postprueba.	125
Figura 5. Promedio de Riesgo Grupo Control en Postprueba.	127

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Diseño preprueba postprueba con grupo control	103
Tabla 2. Tabla de Frecuencias Directas de Evaluación de Riesgo en Preprueba	114
Tabla 3. Porcentaje de Riesgo en Grupo Experimental	114
Tabla 4. Tabla de frecuencias directas de evaluación de riesgo en preprueba grupo control.	116
Tabla 5. Promedio de Riesgo en Grupo Control	116
Tabla 6. Conducta.	118
Tabla 7. Estado Emocional.	119
Tabla 8. Comportamiento Social.	119
Tabla 9. Familia.	120
Tabla 10. Académico.	121
Tabla 11. Relación con Pares.	122
Tabla 12. Recreación	122
Tabla 13. Tabla de Frecuencias Directas de Evaluación de Riesgo en Postprueba Grupo Experimental.	124
Tabla 14. Promedio de Riesgo en Grupo Experimental Postprueba.	124
Tabla 15. Tabla de Frecuencias Directas de Evaluación de Riesgo en Postprueba Grupo Control.	126
Tabla 16. Promedio de Riesgo en Grupo Control en Postprueba.	127
Tabla 17. Resultados Evaluación de Postprueba	129

RESUMEN

Implementar un programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector sobre el control de factores de riesgo para el consumo de alcohol dirigido a adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Asís de la ciudad de Túquerres, teniendo en cuenta que las habilidades para la comunicación facilitan el establecimiento de relaciones con los demás, otras aunque se emplean en contextos interpersonales, sirven para alcanzar objetivos o conseguir reforzadores, que en si no son de naturaleza social.

El diseño y la aplicación del programa se fundamentaron en la intervención psicológica de orientación cognitiva (Beek, Ellis, Mahoney) y se organizaron en diez sesiones grupales en las cuales se utilizó estrategias de intervención como banco de niebla, ensayos cognitivos, ensayos conductuales entre otras.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten afirmar que la implementación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector es efectivo en el control de factores de riesgo para prevenir el inicio del consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 14 años; se comprobó estadísticamente que el programa de entrenamiento en habilidades sociales si actuó como factor protector sobre los factores de riesgo en los que se pretendió influir, es decir el de habilidades sociales y estado emocional. Lo anterior se afirma porque la disminución de riesgo en los factores mencionados para los integrantes del grupo experimental so comprobó de forma estadística.

ABSTRACT

To implement a program of training in social abilities as protective factor on de control of factor of risk for the consumption of alcohol directed to adolescents of the Institution Educational Saint Francisco of Asís of the city of Túquerres, keeping in mind that the abilities for the communication facilitate the establishment of relationships with the other, other although they are used in interpersonal context, they are good to reach objectives or to get reinforcements that in yes they are not of social nature.

The design and the application of the program were based in the psychological intervention of orientation cognitive (Beek, Ellis, Mahoney) and they were organized in ten group sessions in which was used intervention strategies like bank of fog, rehearsals cognitive, behavioral rehearsals among others.

The results obtained study presently allow to affirm that the implementation of a program of training in social abilities as protective factor is effective in the control of factors of risk for the behavior of consumption of alcohol in adolescents; he/she was proven that the program of training in social abilities yes it acted as protective factor about the factors of risk in those that was sought to influence, that is to say in that of social abilities and emotional state. The above-mentioned is affirmed because the decrease of risk in the factors mentioned for the members of the experimental group was proven statistically.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se constituye en la etapa de mayor riesgo para el inicio del consumo de alcohol, lo anterior si se tiene en cuenta que en esta etapa, el individuo se aleja del contexto familiar para acercarse al grupo de pares los que ejercen presión en diferentes aspectos del comportamiento social del adolescente, entre ellos el consumo de alcohol.

En esta etapa de la vida durante la cual el sujeto forma su individualidad y crea un sistema de valores adultos, el uso de alcohol constituye un obstáculo serio al desarrollo intelectual y social de los jóvenes, que impide su evolución natural hacia la edad adulta al prolongar la dependencia y la inmadurez.

Para los adolescentes el alcohol, como sustancia de consumo más popular, constituye sin duda una droga peligrosa con consecuencias que pueden poner en riesgo la vida, la estabilidad familiar, e influenciar la deserción escolar.

El ámbito y la cultura en la que se desenvuelve el adolescente, cobran importancia en el inicio del consumo de bebidas alcohólicas, muchas veces las primeras experiencias con el alcohol ocurren dentro de la familia, la cual influye en el proceso de socialización durante el principio y mediado de la infancia, mientras que la influencia de los compañeros es más importante durante la adolescencia.

El consumo de alcohol representa una de las mayores preocupaciones de la sociedad, en especial cuando se habla de la edad de inicio, la prevención de situaciones que puedan o estén afectando a la comunidad se presenta como una opción importante en este campo de acción. El diseño de estrategias de prevención primaria de consumo de alcohol en la población adolescente representa una herramienta importante para evitar el inicio del consumo y disminuir la edad de inicio del mismo.

Así se formuló como problema de investigación el diseño y aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector sobre el control de factores de riesgo sobre la conducta de consumo de alcohol en los adolescentes de una institución educativa, con el objetivo de entrenar y optimizar herramientas para realizar procesos comunicativos y mejorar el desenvolvimiento social orientado a intervenir en los factores de riesgo conexos; se aplicó un instrumento de medición como preprueba y posterior a la implementación del programa una postprueba orientada a identificar los factores de riesgo como también comprobar la influencia del programa en los participantes, luego se realizó la comparación entre el grupo experimental y el de control para comparar los resultados obtenidos e identificar si existen diferencias significativas entre los grupos y así determinar la efectividad del programa.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

El consumo de bebidas alcohólicas se constituye en una práctica social desde tiempos inmemoriales (Díaz del Castillo, 2002), desde el punto de vista cultural esta práctica se aprueba y acepta por diversos motivos (favorece la interacción social, acompaña las fiestas populares, las celebraciones religiosas y las fiestas patronales) hasta considerarse que su consumo sea una actividad social normal, sin embargo también desde tiempo atrás, ha sido un problema agravado por esa aceptación, las condiciones negativas de vida y de relaciones (problemas familiares, dificultades económicas, autodecepción). Así cuando se presente la oportunidad de ingerir alguna sustancia que haga sentir un cambio así sea momentáneo, el sujeto tenderá a aprovecharla (Pérez, Peña y Scoppetta, 2002). La influencia del grupo varía de una época a otra de la vida, de todas maneras, tal influencia potencial existe siempre; en la etapa de la adolescencia se presenta inseguridad que conduce a la búsqueda de apoyo en los iguales en quienes se descubren formas de manejar situaciones nuevas y obtener un sentido de pertenencia al grupo.

Un joven sin amigos con relaciones familiares escasas en comunicación y con predominio de conductas agresivas o abandonicas, y bajo rendimiento académico puede ser presa fácil de un líder desafiante que asegure que el consumo de alcohol no tiene ningún perjuicio y que la oposición de los adultos es prueba de los deseos de estos por controlar a los jóvenes, y que quien quiera pertenecer a su grupo deberá necesariamente tener una posición diferente a la de los adultos y probarlo. Si no se accede a consumir se discute sobre el “por qué no”, y el joven se encuentra sin argumentos ante el grupo, lo que genera temor al rechazo y a ser ridiculizado, por otra parte uno de los factores

influyentes en el acceso al consumo es el déficit en habilidades comunicativas asertivas para argumentar la negativa sin temor al rechazo como también el acceso fácil que tienen los jóvenes a adquirir alcohol en cualquier establecimiento comercial. Una persona con dificultades en sus relaciones con los demás tiene mayores probabilidades de buscar escapar fácilmente a diferencia de una que posea las habilidades necesarias y destrezas comunicativas, quien tendrá mayor facilidad para negarse a consumir alcohol de una manera asertiva contrariamente a otra que tema la burla, el desprecio o que no tenga las capacidades para comunicar la negativa al consumo de la sustancia.

Al respecto el Observatorio de Drogas desde el año 2002 al 2007 demuestra que los adolescentes entre los 12 y 18 años se encuentran en el grupo de mayor riesgo en el consumo de alcohol (72%) en la zona occidente del Departamento de Nariño, los de 12 a 14 años presentan un menor porcentaje de consumo, pero el riesgo de inicio es mayor en este rango de edad, teniendo en cuenta las características propias de esta etapa evolutiva. Otros estudios internacionales refuerzan la afirmación de que la adolescencia presenta riesgos en el inicio del consumo de alcohol como el realizado por Moral en 2002 en España donde se observó que las edades comprendidas entre los 12 a 14 años son la etapa asociada a la experimentación inicial. Teniendo en cuenta que los jóvenes inician a consumir alcohol en edades tempranas se han investigado diferentes factores de riesgo que inciden en este contacto con la bebida como el contexto familiar, el nivel socioeconómico entre otros, y en consecuencia los programas de prevención han apuntado a intervenir sobre estos agentes de conflicto.

El diseño de un programa de prevención, a partir de la consideración de los factores de riesgo, detectados en este estudio como en otras investigaciones debería incluir diferentes ámbitos de actuación (familia, escuela, ocio, iguales etc.) y no

centrarse específicamente en la información, sino también en el cambio de las dinámicas de interacción y funcionamiento de estos grupos; aunque es necesario un esfuerzo por integrar actuaciones en los distintos ámbitos donde se desarrolla el adolescente, la complejidad de una intervención en todos estos niveles y la dificultad de producir cambios estructurales a nivel social, ha llevado consigo el desarrollo de programas que tienen como objetivo aumentar la competencia social y personal del adolescente (Gómez, 1994).

De esta forma las habilidades sociales entendidas como un conjunto de cogniciones y comportamientos dirigidos a objetivos sociales o interpersonales orientados a que el individuo socialice dentro de un grupo con efectividad y asertividad conducente a una convivencia agradable dentro del entorno y conservar los refuerzos obtenidos de este, entender al otro y hacerse entender depende de las habilidades que se posean para ello y la forma adecuada de emitir respuestas asertivas con intercambios favorables (Caballo, 1986); estudios realizados en este campo permiten decir que las destrezas sociales permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de modo que disminuyen el riesgo en el consumo de alcohol (Hawkins, 1985). Las actitudes contemporáneas hacia el consumo de alcohol son ambivalentes, teniendo en cuenta los imaginarios culturales acerca del consumo, la venta indiscriminada de éste a menores de edad es un grave error, también lo es considerar que beber es una práctica que aporte al desarrollo de la personalidad y en particular a la masculinidad (Pérez, Peña y Scopetta, 2002).

La salud es un requisito imprescindible para lograr el desarrollo de las capacidades, desde la perspectiva de la salud pública es definida por Winslow (1926)

desde el objetivo de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud; también J. H. Horton (Álvarez, 2002 pag. 14 – 16) afirma que “en la salud pública deben realizarse acciones de saneamiento ambiental en forma comunitaria, entre ellas la prevención de la enfermedad” (citados en, Álvarez, 2002); partiendo de lo anterior la promoción y prevención se presentan como medios importantes para el desarrollo de la salud en las comunidades. Cuando se habla de promoción de la salud se dice que es acción de acciones condicionadas con una dirección y una finalidad; cuando se usa este término implícita o explícitamente se está planteando la necesidad de defender, elevar la calidad y la dignidad de vida de las personas (Estrada, 2006), igualmente la prevención juega un papel fundamental en fomentar la calidad de vida de las comunidades.

De esta forma la prevención primaria ofrece una perspectiva esperanzadora en cuanto a evitar el consumo de alcohol en adolescentes, teniendo en cuenta que la prevención primaria trata de evitar la aparición del malestar y va dirigida hacia la remoción o modificación de las causas predisponentes, condicionantes y predictivas, en este caso los factores de riesgo asociados al inicio del consumo de alcohol; así mismo el diseño de un programa de entrenamiento en habilidades sociales que fortalezcan los procesos de comunicación de emociones, ideas, pensamientos, como también en la participación en los procesos académicos y el mejorar de manera integral tanto el componente comportamental como el cognitivo, ofrece una alternativa viable para la prevención del inicio del consumo de alcohol e identificar el efecto del programa.

Formulación del problema

¿Qué efectos tiene la aplicación de un programa de prevención primaria basado en el entrenamiento en habilidades sociales sobre el control de factores de riesgo para el

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes 20

consumo de alcohol en los adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa San Francisco de Asís de la ciudad de Túquerres?

Sistematización del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo más prevalentes para el consumo de alcohol en los participantes del grupo control y el grupo experimental?

¿Cómo diseñar y aplicar un programa de prevención primaria con base en el entrenamiento en habilidades sociales?

¿Qué factores de riesgo se vieron afectados significativamente luego de la aplicación del programa?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones preprueba y postprueba?

Justificación

El consumo de alcohol es frecuente en la etapa de la adolescencia debido a las características propias de esta etapa evolutiva cuando se es más sensible a influencias tanto familiares como sociales y el inicio de su consumo se presenta cada vez a más temprana edad. La ocasión para iniciar el consumo es variable y el tipo de bebida también, los motivos que impulsan a consumir alcohol por primera vez son principalmente la curiosidad y la imitación de conductas adultas (Díaz del Castillo, 2002). También existe una cierta presión social que predispone al consumo, pues oponerse a él puede condicionar situaciones indeseables, como el surgimiento del miedo al rechazo social al cual son muy sensibles los adolescentes. Estos factores coadyuvan a que ellos inicien cada vez a edades más tempranas la ingesta de alcohol, como lo indica el estudio realizado por el Observatorio de Drogas en su investigación en los años 2006

y 2007 donde se observa que en los municipios de la zona occidente del departamento de Nariño el 72, 8% de la población ubicada entre los 12 a 18 años consume alcohol.

Después de lo mencionado en lo referente a la edad de inicio y factores de riesgo asociados al consumo, en este estudio se plantea como una opción importante la prevención del consumo teniendo en cuenta el componente de las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego la personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente (Kelly, 2002), también como seres sociales que son las personas se encuentran durante la mayor parte del tiempo en interacción con otros, por lo que manejar habilidades sociales adecuadas determina su calidad de vida y su estado emocional.

Una manera de categorizar las habilidades interpersonales se basa en su función o utilidad para el individuo, algunas sirven para facilitar el establecimiento de relaciones con los demás, otras aunque se emplean en un contexto interpersonal, sirven para alcanzar objetivos o conseguir reforzadores que, en sí, no son de naturaleza social; otras, principalmente para impedir que los demás eliminen o bloqueen el reforzamiento al que el individuo tiene derecho (Kelly, 2002). El entrenamiento en habilidades sociales ofrece un instrumento de prevención en el manejo de factores de riesgo que permite el aprendizaje de herramientas que le permitan al individuo expresar efectivamente el rechazo de conductas que conlleven consecuencias negativas tanto para el individuo como a su entorno y no acceder ante la presión social en situaciones donde se consumen bebidas alcohólicas, como también evitar sentimientos de minusvalía al rechazar el consumo de alcohol.

La intervención desde la prevención primaria sobre el entorno de los adolescentes de la Institución Educativa San Francisco de Asís permitirá de igual forma obtener

información reciente acerca de la conducta de consumo de alcohol, teniendo en cuenta que la institución no ha realizado intervenciones ni se ha investigado el problema lo que permite implementar los principios de la promoción y prevención en este caso del consumo de alcohol con una población en la que no se ha llevado a cabo otro tipo de estudio.

Objetivos

Objetivo general

Determinar el efecto de la aplicación de un programa de prevención primaria basado en el entrenamiento de habilidades sociales sobre el control de factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa San Francisco de Asís de la ciudad de Túquerres.

Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes de 12 a 14 años a partir de la aplicación de la preprueba.

Diseñar un programa de entrenamiento en habilidades sociales para realizar prevención primaria sobre el control de factores de riesgo sobre la conducta de consumo de alcohol en los adolescentes de 12 a 14 años.

Aplicar el programa de entrenamiento en habilidades sociales en el grupo experimental.

Verificar la diferencia entre puntuaciones de postprueba de los grupos y su significación estadística.

Establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones preprueba y postprueba después de la intervención en los grupos.

ASPECTOS TEÓRICOS

Marco Contextual

Consumo de Alcohol del Adolescente en el Contexto Social Colombiano

Actualmente la mayoría de las personas, son conocedores y en alguna ocasión consumidores de sustancias psicoactivas, desde la infancia (Feldman, 1994), se ingiere vitaminas, aspirinas, analgésicos y otros medicamentos. Si bien este tipo de sustancias, no tiene mayor efecto sobre el juicio, percepción o responsabilidad, ya que actúan principalmente sobre las funciones biológicas; también es frecuente el consumo de las que afectan el comportamiento, las que se denominan sustancias psicoactivas como el café y la cerveza o, en general, sustancias que tienen un contenido alcohólico cuyo consumo es considerado como legal según la legislación colombiana.

El alcohol es una sustancia que todas las personas conocen y con la cual han estado en contacto alguna vez. Por tanto, no es nada nuevo hablar de este tema. Beber licor o preparados con contenido alcohólico (hervidos o cócteles) forma parte de nuestra cultura y acontecer social, el consumir alcohol es sinónimo de alegría, se piensa que es necesario tomar para desinhibirse y pasar un buen rato, como también se argumenta que ayuda a sobrellevar las penas u olvidar desilusiones amorosas.

Ciertas características que presenta la ingesta de alcohol y las diferentes formas según la situación pueden considerar el consumo como: (a) experimental: cuando un adolescente desea conocer sus efectos y realiza su experiencia inicial, de lo que esta investigación intenta prevenir, después de la cual puede continuar o abandonar totalmente el consumo; (b) esporádico: Se puede repetir el consumo una vez conocidos los efectos, buscándolos pero solo en determinadas circunstancias como fiestas o reuniones con amigos; (c) repetitivo: No sólo las circunstancias impulsan el consumo,

se aumenta la frecuencia y la cantidad de alcohol llegando al abuso; (d) compulsivo: Utilización excesiva y persistente, que corresponde en realidad a la dependencia farmacológica, donde aparecen las dificultades familiares y escolares donde el consumo de la sustancia, en este caso el alcohol, puede desencadenar patologías relacionadas con su ingestión (Díaz del castillo 2002).

Consumo de alcohol en el contexto tuquerreño

En el contexto de la ciudad de Túquerres se observa que el consumo de alcohol predomina en todo tipo de actividades donde los padres de familia aceptan la ingesta de licor de los adolescentes y los más viejos lo enseñan a los niños, en actividades como novenas, cumpleaños o celebraciones religiosas, los niños consumen preparados con contenido alcohólico a vista y paciencia de los adultos, e incluso los ancianos “dan la probadita” a los niños para que “vayan aprendiendo a ser hombres”, lo que se interioriza como un comportamiento característico del género. en el pasado de la ciudad también se encuentran referentes sobre el consumo de alcohol, en 1968 a la clandestinidad de los estancos y casas asociadas a la prostitución, se suman los cafés y billares abiertos al público masculino, los cuales cumplen un papel importante como puntos de encuentro fuera de la familia, ya sea para realizar negocios o socializar la cotidianidad. Los domingos, después de la misa, los hombres juegan naipes y acuden a los espacios comunales para jugar gallos, cucunubá, chaza y fútbol, combinando estas actividades con ingestiones de aguardiente que se vuelven parte de la sociedad y la cultura popular.

De igual manera en las reuniones de matrimonio, graduación o de quince años las familias invierten bastante dinero en licor y comida, pues en la capacidad de gasto en estos rubros se juegan su prestigio y se determina el posicionamiento social. Por razones parecidas, es común invitar a los políticos que tienen influencia y que además se

consideran fichas claves que sirven de vínculo para la difícil tarea de adquirir un futuro empleo (Ceron, 2003).

En el siglo XIX y hasta el siglo XX Túquerres como parte del sur de Colombia fue importante para la posible expansión del territorio ecuatoriano por el aprovechamiento de las tierras agroganaderas de los altiplanos de Túquerres y Pasto y las minas de oro en Barbacoas, además la relevancia del territorio suroccidental de Colombia para fines estratégico-militares de las dos naciones, la producción agropecuaria estaba dedicada al mercado interno, y para el intercambio con las comunidades costeras, buena proporción era de subsistencia para la población. En 1970 hay en Túquerres unas 5.307 familias para quienes la agricultura es la principal actividad económica seguida de la ganadería incluso para las familias radicadas en la cabecera municipal quienes dependen económicamente del campo, más que de las ocupaciones urbanas. A comienzos del 60 Túquerres tiene como principales productos con posibilidades de comercialización la papa, trigo, maíz y cebada que se combinan con las hortalizas y otros de autoconsumo como las ocas, habas y ollocos. Es de destacar que la producción agropecuaria se realiza bajo las diferentes formas de tenencia y apropiación de la tierra, pero cuantitativamente se enmarca en una economía parcelaria, con predominio de cultivos de subsistencia y técnicas rudimentarias acompañadas de una incipiente educación.

Túquerres es cabecera provincial de los distritos de Ancuya, Guaitarilla, Imues, Linares, Los Andes, Mallama, Ospina, Samaniego y Santacruz, los cuales tienen una relación directa que contribuye al sostenimiento de su mercado regional.

Por otra parte la mayor fuente de trabajo es la administración municipal donde se reciben innumerables hojas de vida a diario, pero que la disponibilidad de plazas es muy reducida para cubrir la demanda de empleo del municipio, por lo que muchos jóvenes

profesionales y bachilleres tienen que salir del municipio en busca de empleo (Plan de Desarrollo, 2007).

Institución educativa San Francisco de Asís

La Institución Educativa San Francisco de Asís, se encuentra situada al noreste de la ciudad de Túquerres en el barrio San Francisco, entre la carrera 16 y la calle 14. Fue establecido y fundado en el año 1965 y comenzó a funcionar con los grados primero y segundo de primaria. En 1970 abrió sus aulas para la educación secundaria, su primer rector fue el Rvdo. Padre Bernardo de Silos, en sus inicios también en la institución funcionaba un seminario para la formación sacerdotal de los jóvenes, por lo tanto predominaban los lineamientos de educación religiosa católica que con el pasar del tiempo y con la nacionalización del colegio los cambios administrativos y políticas educativas nacionales, la influencia de la comunidad religiosa franciscana paso a un segundo plano.

Algunas de las actividades culturales y con proyección a la comunidad que se desarrollan en la institución son: El concurso de teatro, poesía y cuento que se realiza en el mes de abril en el cual participan estudiantes de diferentes instituciones educativas y municipios circunvecinos, cuyos ganadores son elegidos por un jurado especial y son premiados con elementos de utilidad escolar.

El reinado de la simpatía que se realiza en la última semana laboral del mes de diciembre cada año, con la participación de una candidata por curso en primaria y bachillerato, una vez elegida la candidata los compañeros de curso colaboran en las actividades previstas para el reinado como son la danza que cada curso debe presentar, las murgas y comparsas para el desfile por las calles de la ciudad y la elaboración de la carroza de la candidata, posteriormente el baile de elección y coronación.

Misión

La Institución Educativa San Francisco de Asís, es una institución de carácter oficial, que ofrece los niveles de preescolar, básica y media académica que asume la educación como un proceso de formación humana, orientada a la construcción de una sociedad más solidaria, justa y participativa (Manual de Convivencia, 2010).

Sus principios reformados promueven la formación de un ser humano autónomo, crítico, reflexivo e investigativo con capacidad para comprender y construir desde la ciencia, la tecnología y demás bienes y valores de la cultura las mejores condiciones de vida para sí, su prójimo y el mundo natural y social que le rodea (Manual de Convivencia, 2010)..

Desarrollo de procesos curriculares centrados en la indagación y construcción del conocimiento a partir de ambientes pedagógicos en los que se prioriza el diálogo de saberes y el aprendizaje significativo como elementos esenciales para el desarrollo humano.

Mantener los miembros de la comunidad educativa unas relaciones de carácter democrático participativo, la gestión escolar centra su atención en el diseño y aplicación de estrategias para el mejoramiento permanente del quehacer educativo (Manual de Convivencia, 2010).

Visión

La Institución Educativa San Francisco de Asís, será reconocida a nivel municipal y departamental, como una institución, que desde la tradición pedagógica reformada – (siempre reformándose) – asumirá como compromiso la comprensión y transformación de la realidad a partir de un proyecto socio-histórico, político, cultural de hombres y mujeres que asociados por la dignidad, el amor y la valoración de la especie, logren

armonizar los desarrollos científicos y tecnológicos con el desarrollo humano (Manual de Convivencia, 2010).

Objetivos Generales

La Institución Educativa San Francisco de Asís dirigida por su rector y con la colaboración de un competente equipo de profesores y administrativos, tiene como fin:

Despertar y promover el desarrollo integral de la persona humana dando a sus estudiantes una sólida formación intelectual y física basada en los postulados educativos de la pedagogía moderna.

Como institución oficial, ofrece servicio a la familia y a la comunidad, partiendo de los objetivos y niveles legalmente establecidos en las leyes que garanticen a los padres de familia la incorporación de sus hijos a la sociedad en las mejores condiciones posibles.

Marco de Antecedentes

En el ámbito de la salud pública y en lo referente a promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas se han realizado diferentes estudios, a este respecto que proporcionan diferentes visiones de la prevención y que sirven como puntos de referencia para el diseño e implementación de programas que beneficien a la población y a la investigación como los que a continuación tendremos en cuenta.

El programa de entrenamiento en habilidades de vida realizado por el Departamento de Psicología Clínica y Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela (Gómez, 1994) con dos grupos experimentales y uno de control con preprueba y postprueba donde se tienen en cuenta los factores de riesgo y presta gran atención al desarrollo de habilidades personales y sociales y en la adquisición de habilidades generales de vida, habilidades asertivas de carácter general, resistir la

presión social, con el fin de mejorar su competencia general, mientras otra parte va dirigida a un modo más específico al problema del consumo de drogas.

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes:

a. Favorecer el desarrollo del pensamiento crítico y la toma racional de decisiones que promuevan una forma más adaptativa de relación del adolescente con su medio.

b. Incrementar las habilidades sociales y de comunicación de los adolescentes para resistir la presión de los iguales.

c. Mejorar otras capacidades que conforman la competencia personal y social del adolescente.

d. Aprender estrategias no violentas del manejo y resolución de conflictos

e. Adquirir información adecuada sobre las características y los efectos de las diferentes sustancias.

f. Desarrollar actitudes negativas hacia el consumo de drogas y las conductas violentas.

g. fomentar actitudes de tolerancia interpersonal y grupal.

Los resultados indican que se produce una reducción significativa en el inicio del consumo y en el incremento del mismo en dos sustancias, el tabaco y la cerveza, este hallazgo parece especialmente interesante si se tiene en cuenta que estas dos sustancias son las que constituyen el inicio de una potencial involucración en el consumo.

Otro estudio realizado en Argentina denominado factores protectores frente al consumo de alcohol, en 40 jardines de infantes buscó comprender la concepción de maestros a nivel inicial sobre factores protectores frente al consumo de alcohol basándose en los modelos teóricos de resiliencia y promoción de la salud (Carvalho, 2005), de enfoque metodológico cualitativo exploratorio, aplica entrevistas semi-

estructuradas y observación no estructurada a una muestra de 25 maestras; del análisis surgen tres categorías temáticas: significado alcohol/alcoholismo interpretado como sustancia nociva y situación problema sociocultural; las escuela como espacio de protección frente al consumo de alcohol y el maestro como agente de protección. Como resultado se obtiene que los maestros tengan una base conceptual, afectiva e instrumental que los moviliza a desarrollar factores protectores frente al consumo de alcohol en los niños de nivel inicial de educación, teniendo en cuenta que las mismas no se sienten preparadas para realizar este tipo de actividades para las cuales han recibido poca información.

Se implementó el programa de prevención primaria para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media (Pillon, 2004) con un diseño cuasiexperimental de mediciones repetidas con grupo experimental y grupo de control con preprueba y postprueba en estudiantes de educación media básica con una muestra de 40 estudiantes de entre 12 y 13 años en cada grupo, en el cual la intervención tuvo una duración de 6 semanas donde se realizo entrenamiento en habilidades sociales y se desarrollo una intervención educativa encaminada a fortalecer los factores protectores autoestima y asertividad, los resultados reflejan un efecto significativo que tuvo el programa educativo en los participantes del grupo experimental y se concluyo que los participantes del grupo experimental presentaron niveles mayores de autoestima y de asertividad que los del grupo de control.

El programa de variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en la provincia de Granada en España (Martínez, 2001), el objetivo del estudio fue conocer el efecto de determinadas variables de protección sobre el consumo de sustancias legales, se utilizo una metodología cuasiexperimental con un diseño de

grupos no aleatorios, aplicando la prueba de t de student con un nivel de significación de 0.05, la muestra utilizada estuvo compuesta de 534 sujetos con edades de 14 a 21 años de edad estudiantes de enseñanza media, los resultados mostraron 14 variables protectoras de las 21 medidas presentaban diferencias estadísticamente significativas a favor de sujetos que no consumían alcohol habitualmente, una vez más el apego familiar, el hecho de valorar la salud y el cumplimiento de leyes-normas de la comunidad parecen ser variables que podrían proteger a los sujetos en determinadas edades para el consumo habitual de alcohol y tabaco.

En la Institución Educativa Ciudad Bolívar Argentina se realizó el proyecto prevención de prevención del uso de drogas y promoción de la salud Colegio Ciudad Bolívar Argentina (Torres, 2007) donde su objetivo general fue promover la construcción de una cultura de la protección a la vida y la promoción de la calidad de vida que hagan a los niños, niñas, jóvenes y demás grupos que conforman la comunidad educativa, menos vulnerable en el uso, abuso o dependencia de sustancias alteradoras anímicas y como objetivos específicos adecuar la interiorización normativa mediante el desarrollo de habilidades sociales, desplegar información sobre las drogas y sus efectos, reducir la tolerancia social frente al alcohol y al cigarrillo; en una población universal de docentes, personal administrativo y alumnos entre los grados preescolar y bachillerato.

Otros programas desarrollados en el ámbito de la prevención primaria del consumo de alcohol, que se vienen realizando en Colombia son:

En Cartagena, Caribe Colombiano, el proyecto vida y memoria, comunicación y convivencia escolar desde la radio y el cine; se centró en temas relacionado con el problema del consumo y el tráfico de SPA, la resolución de conflictos, convivencia pacífica, derechos fundamentales e identidad cultural, el proyecto benefició de manera

directa a 150 jóvenes, 10 docentes y 4 periodistas para el desarrollo comunitario (Observatorio de Drogas Colombia, 2008).

En Ibagué de manera conjunta con la Secretaria de Salud Municipal se implementó el proyecto titulado Formador de Mediadores en Prevención dirigido a 10 instituciones educativas, la primera estrategia relacionada con el diseño y publicación de un material educativo para jóvenes y su compromiso con la promoción comunitaria y la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas; la segunda estrategia fue la realización del proceso de sistematización del programa de prevención integral Atrévete a Vivir sin Drogas, programa que viene funcionando en el municipio desde hace siete años.

La alcaldía de Riohacha, adelantó el proyecto titulado Prevención Integral en los Colegios de Riohacha, el cual benefició a más de 2400 niños donde actualmente en cada institución ha diseñado su proyecto pedagógico de prevención sobre estilos de vida saludables y comunicación escolar, donde se trabajaron temas relacionados con la prevención integral como liderazgo, asertividad, familia, drogas; habilidades personales y sociales etc. (Observatorio de Drogas Colombia, 2008).

En Nariño en el municipio de Samaniego se realizó un estudio sobre el consumo de alcohol en adolescentes de los grados 9° 10° y 11° en el cual aparecen cifras preocupantes: el 85% de los padres sabe que sus hijos consumen alcohol, un 24% de estos tiene conocimiento de que los estudiantes asisten a clases en estado de «guayabo», 86% de los estudiantes consumen bebidas embriagantes, un 85% de estos se consideran bebedores ocasionales y el 2% se considera bebedor habitual (Andrade, Benavides y Caéz, 1998).

Marco teórico conceptual

Adolescencia

La palabra adolescencia viene de *adolescere* que significa crecer. La adolescencia abarca gran parte de la segunda década de la vida. Esta lenta transición de la niñez a la edad adulta es un fenómeno moderno que puede definirse como el periodo entre la infancia y la edad adulta y trae consigo un conjunto especial de dificultades de adaptación, a causa de los cambios que ocurren, en todos los sentidos (Papalia y Wendkos, 1996).

Durante la adolescencia no se producen cambios esenciales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente en función del aprendizaje y el entorno en el que se desenvuelven, en esta etapa las emociones juegan un papel importante donde la tensión provocada por situaciones agobiantes es inevitable aunque está determinado por factores socioculturales que influyen en el comportamiento del adolescente, donde el objetivo de este es la evolución de una persona dependiente hasta otra dependiente, cuya identidad le permita relacionarse con los demás de una manera autónoma.

En esta etapa de transición aparece el consumo abusivo de sustancias, donde el alcohol tiene puesto relevante, pues es la sustancia de la que más abusan niños y adolescentes. La mayoría de ellos empiezan a tomar bebidas alcohólicas porque parece cosa de grandes y continúan haciéndolo por las mismas causas que los adultos.

El consumo de alcohol en la adolescencia suscita preocupación social cuando se trata especialmente de la edad de inicio, que es cada vez menor, y por tanto, la posibilidad de convertirse en alcohólico aumenta y aumentan las consecuencias negativas físicas y psicológicas para el individuo. por un lado ciertas características de

este periodo evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y se ha considerado que la adolescencia es una etapa que presenta alto riesgo ante el problema del abuso de sustancias psicoactivas debido a las circunstancias y situaciones que la caracterizan: El adolescente debe soportar transformaciones físicas y psicológicas en las que se obliga a responder a exigencias tanto biológicas como sociales, donde ha de resolver conflictos cruciales como el de dependencia – independencia y el de adoptar una identidad personal, para lograr su ubicación dentro del grupo al cual pertenece, gracias a conductas sociales y culturalmente aceptables como lo es el consumo de alcohol.

Este proceso implica la capacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas por lo que es normal que busquen en los grupos de iguales una identidad de conjunto transitoria que le apoye mientras adquiere la propia, que les brinde seguridad y autoestima. Justamente en ese momento de mayor necesidad de desarrollo de la identidad individual, se concreta el riesgo de adquirir identificadores negativos al hacerse inalcanzables las figuras positivas o cuando carece de ellas, lo que puede llevarlo a grupos de consumidores de alcohol u otras sustancias psicoactivas (Cepeda, Pezzano y Racedo, 1990).

En la adolescencia, las personas tienen contacto con diversos comportamientos y estilos de vida, frente a los cuales adoptan ciertas conductas y evitan otras. Una decisión fundamental se refiere a la participación en el uso y abuso de sustancia psicoactivas. La presión del grupo social en que se mueve el individuo influye en su comportamiento de los individuos, que tratan de adecuar el cambio de comportamiento o de actitudes que se estimulan con el deseo de seguir las creencias o patrones de otras personas. En algunas situaciones y etapas, como en la adolescencia, la presión social es mucho más fuerte, y existe una presión directa y explícita para acatar un particular punto de vista o para

adoptar comportamientos, conducta que se denomina acatamiento, y que depende de lo atractivo del grupo, o si la respuesta que se espera que se emita sea pública o privada. Tal es el caso del uso habitual del alcohol y el tabaco que se considera, lamentablemente, por muchos adolescentes como un indicio de que ya se es adulto y de que se ha adquirido la madurez social, es de anotar que en determinadas épocas ocurren brotes cíclicos o epidémicos de abuso, seguidos por retrocesos notables. en los últimos tiempos, el fenómeno muestra una expansión social y a pesar del control ejercido, el consumo masivo ha desbordado los límites de los pequeños grupos (Díaz del Castillo, 2002).

De esta forma la ingestión de alcohol o de otros psicoactivos logra generar abuso en especial en la población adolescente, y en dosis excesivas puede implicar riesgos para el sujeto que la utiliza o para quienes lo rodean.

En ésta etapa el adolescente se encuentra en riesgo de consumir alcohol, y no tiene el suficiente conocimiento de las consecuencias del consumo y si las conoce afirma que eso no le pasara a él, para entender mejor los resultados de esto observemos las características que presenta el consumo y sus consecuencias en el individuo.

Consumo de sustancias

Características clínicas relacionadas con el consumo de alcohol

Sobre las patologías relacionadas con la ingestión y abuso del alcohol, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, la dependencia de la sustancia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con su consumo.

Existe un patrón de repetida autoadministración que, a menudo, lleva a la tolerancia, es decir, a la necesidad de mayor cantidad para producir el mismo efecto, a los síndromes de abstinencia, es decir, estados de ansiedad cuando se suspende el consumo y, finalmente, a una ingestión compulsiva de la sustancia. Los trastornos por el consumo de alcohol se clasifican como:

Dependencia:

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por el aumento de la tolerancia o de síntomas de abstinencia. Puesto que los síntomas pueden ser desagradables e intensos, los sujetos con dependencia del alcohol pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la manifestación de las consecuencias adversas físicas o psicológicas (depresión, pérdida de memoria, enfermedades hepáticas entre otras).

Abuso de alcohol:

Consiste en un patrón desadaptativo de consumo, demostrado por consecuencias adversas significativas y procesos que se repiten con frecuencia. Sus actividades académicas o el rendimiento laboral pueden verse afectadas por los efectos de la bebida. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo un vehículo o manejando maquinaria pesada), beber alcohol puede 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.

Intoxicación por alcohol:

La característica esencial de la intoxicación es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión que se caracteriza por cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos que incluyen agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social entre otros debido a los efectos fisiológicos directos del alcohol sobre el sistema nervioso central y que se presentan durante el consumo del mismo o poco tiempo después.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con relación con componentes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de alcohol en la sangre o los tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de etanol. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, que se presentan después de frenar o reducir el uso continuo de grandes cantidades de alcohol, y que incluyen dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica, aumento del temblor distal de las manos, insomnio, náuseas, vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación.

Como las consecuencias del consumo del alcohol y el deterioro posterior que se puede presentar aumentan cuando hay una iniciación temprana en el consumo y no se interviene en su control, la intervención en esta etapa inicial se debe ofrecer creando oportunidades que eviten situaciones que colocan al adolescente en riesgo de comenzar el consumo. Mientras más tarde se intervenga, más arduo es el proceso puesto que al presentarse adicción al alcohol, las patologías que produce son cada vez más difíciles de

tratar. Entonces, si se tiene en cuenta que consumir alcohol afecta al individuo desde su iniciación y si tomamos en cuenta la edad en que se comienza a introducir en el repertorio del adolescente la conducta de consumo, se puede prevenir en edades tempranas haciendo más tardío el inicio de este, lo que evitara la posibilidad de perder el control de el consumo de alcohol en los jóvenes.

Etapas del proceso de alcoholización

Díaz del Castillo, (2002), nos ofrece una clasificación de las etapas que se atraviesan en el consumo y adicción al alcohol, a continuación se las menciona para considerar como el adolescente podría iniciar y mantener el consumo de alcohol.

Etapas prealcohólica:

También llamada del bebedor social. En la etapa prealcohólica la persona utiliza el alcohol para sentirse bien, aliviar tensiones o celebrar una emoción, entre otras. En esta etapa las actividades sociales están mediadas por el alcohol.

Etapas sintomática:

La etapa sintomática también se conoce con el nombre de precursora. En esta etapa, en el desarrollo de la cual se toman tragos de un solo golpe o como se lo conoce popularmente “fondo blanco”, cada vez más seguidos, se pueden empezar a experimentar lagunas mentales y al otro día se siente el malestar físico comúnmente denominado guayabo. Los amigos y familiares son los primeros en darse cuenta de que algo no está bien, pero el bebedor generalmente no cree que así sea, y busca y propicia las oportunidades de beber.

Etapas crítica:

La etapa crítica se divide en dos momentos: (a) Etapa inicial, en la que se pierde el control, se bebe compulsivamente, aumenta la tolerancia y se incrementan las

cantidades para sentir el efecto deseado. Muchas veces se siente la necesidad de desenguayabar con una cerveza o más licor para neutralizar el malestar. (b) Etapa avanzada: Se presentan manifestaciones de cambios de personalidad, se pasa de ser una persona pacífica a violenta, a tener problemas en las relaciones afectivas, de trabajo, de familia, se pierde la tolerancia y puede emborracharse cada vez con menos cantidad de alcohol. En esta etapa es común que se beba solo si no hay con quien hacerlo.

Etapa crónica:

La etapa crónica es la fase fulminante. La persona necesita que beber todos los días para sentirse bien, y se caracteriza por un temblor permanente en manos y cuerpo cuando no consume licor. Se puede abandonar el consumo, aún días o semanas, y al regresar al estado de sobriedad, se experimenta tremenda dependencia física, con temblores, vómitos, espasmos, y el temido delirium tremens.

Como se puede observar las consecuencias del abuso de alcohol, afectan todos los círculos de actividad de los individuos, quienes argumentan razones varias para justificar el consumo, que van desde el placer de la experiencia, hasta el escape de las tensiones cotidianas por la sensación de bienestar que brinda el consumo. Hay otro tipo de factores también conducen a los jóvenes al consumo. Por ejemplo, afirmar que figuras populares o símbolos de autoridad que funcionan como modelos (estrellas de cine o política) consumen o han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, la fácil disponibilidad del alcohol y la presión de grupos, son factores que desempeñan un importante papel en la decisión de consumir alcohol. En algunos casos, el motivo es simplemente la emoción de experimentar nuevas sensaciones o tal vez transgredir la legalidad. Por último, el sentimiento de desamparo que experimentan individuos pobres

y sin empleo, pueden llevarlos a probar las drogas como escape a la desolación de sus vidas.

Citadas ya las causas del consumo de alcohol y las consecuencias sociales, familiares y personales del individuo que consume alcohol, se debe tener en cuenta también el punto de vista que se ha formado desde la perspectiva biológica y los factores genéticos que influyen sobre las personas haciéndolas proclives al consumo de alcohol, como lo son también las carencias en habilidades sociales que el individuo pueda experimentar y así sentir una dificultad para expresar emociones o ideas, interrelacionarse con otros y manifestar una negativa apropiada al ofrecimiento de alcohol lo que le hace difícil no consumir puesto que puede sentir temor a ser rechazado socialmente dentro de un contexto donde el consumo es parte importante de las celebraciones, teniendo en cuenta esto las habilidades sociales tienen gran importancia.

Existen diversas explicaciones sobre el consumo de alcohol y estudios que tratan de demostrar componentes importantes en el plano biológico, algunas de ellas se mencionarán a continuación.

Teorías explicativas del consumo de alcohol

Enfoque biológico:

Existen estudios en los cuales se intenta explicar el por qué las personas consumen diversas sustancias psicoactivas. Entre ellos están los propuestos por las teorías biológicas, las cuales por medio de investigaciones científicas en las que se tienen en cuenta las funciones corporales, marcadores genéticos y factores bioquímicos, contribuyen con otras disciplinas, como la psicología, para buscar alternativas que puedan llevar a un mejor manejo de este tipo de adicciones y hacerlo de una manera interdisciplinaria. a continuación se exponen algunas investigaciones realizadas en el

campo biológico. Desde la perspectiva biológica se ha podido determinar que muchos de los efectos de reforzamiento del consumo de alcohol se debe su acción a nivel del sistema mesolímbico dopamínico, especialmente del núcleo acumbens. Del mismo modo se ha podido comprobar que diversos receptores cerebrales juegan un papel en las adicciones, entre ellos están los receptores opioides, el GABA, el N-metil-D-Aspartato e incluso los receptores serotoninérgicos. a su vez una de las más recientes hipótesis postula que los estímulos condicionados asociados con el uso de alcohol y drogas pueden elicitar sustratos neuronales (predominantemente de opioides endógenos) que son similares a los producidos por la droga, incrementado así anhelo intenso y el consumo de la sustancia. Muchos de estos cambios son responsables de la llamada "neuroadaptación", que corresponde a la tolerancia celular o farmacodinámica, condición que se refiere a cambios neuroquímicos complejos en la membrana celular con una subsecuente alteración en el fluido iónico por lo cual el cerebro requiere de la sustancia adictiva para funcionar apropiadamente (Camporencimiento, 2008).

Factor genético:

Para intentar estudiar este factor se han usado tres tipos de métodos: estudios de caso de adopción, estudios con marcadores genéticos, y estudios con gemelos.

Estudios sobre casos de adopción y descendencia incompleta: Goodwin (1970), comenzó su estudio en 1970 en Dinamarca con la ayuda del Instituto Nacional contra el Alcoholismo. En una primera fase estudió a un grupo de hombres daneses cuyos padres biológicos fueron diagnosticados con alcoholismo, que habían sido adoptados en sus primeras semanas de vida por personas con las que no tenían ningún parentesco biológico y de los que no se conocían antecedentes alcohólicos. el promedio de edad era de treinta años, y dio como resultado que los hijos de padre alcohólico adoptados tenían

mayor tendencia a ser alcohólicos y a serlo en edades más jóvenes, pero los hijos de alcohólicos no tenían tendencia a ser bebedores fuertes, ni a presentar más trastornos psicológicos que el promedio de la población. Se observó un predominio de alcoholismo en personas con progenitor alcohólico, pero la convivencia con el mismo o la adopción, no modificaban sensiblemente la predisposición al alcoholismo.

Goodwin (1970), estudió a personas separadas de su padre biológico alcohólico, y otros criados por un padre adoptivo alcohólico, concluyó que aquellos que provenían de un hogar con padres separados – un 62 % de alcohólicos – tenían un padre alcohólico, pero un 20% eran alcohólicos, si solo habían convivido con un padre adoptivo alcohólico (www.psicologiaonline.com).

Otros estudios, como el de Bohman, M. y Cadoret, O. (1970), parecen indicar que el alcoholismo en los padres biológicos predispone a un mayor riesgo de alcoholismo, independientemente de la adopción. Los investigadores aun no han identificado qué genes concretos podrían ser los responsables, pero han encontrado evidencias de que una región concreta de un cromosoma, alberga los genes responsables del alcoholismo y también de la depresión.

John Nurnberger (1970), director del instituto de investigaciones psiquiátricas de la Universidad de Indiana, dice que los genes pueden predisponer a una persona hacia el alcoholismo, pero su presencia en el ADN humano no significa la aparición automática del problema, ya que los factores ambientales se consideran tan o más importantes que los genéticos. Nurnberger ha investigado las características genéticas de hermanos, con algún progenitor alcohólico, en busca de marcadores sobre alcoholismo, depresión y desordenes afectivos. Los resultados sugieren que un gen o genes del cromosoma 1, pueden predisponer a algunos individuos al alcoholismo y otros a la depresión que

podría ser inducida por el alcohol. También advierten que en algunas regiones en otros cromosomas diferentes al 1, podrían ser de interés en el caso del alcoholismo y la depresión. La idea de que el alcoholismo pudiera ser hereditario y que afecte a miembros de una misma familia, procede de los años 70. Hasta cuando se descodificó el genoma humano, lo que marco un hito en las investigaciones médicas, muchos de los estudios sobre genética, se realizaban con hermanos gemelos, que tienen exactamente los mismos genes. Si uno de los hijos de un alcohólico mostraba predisposición hacia esa enfermedad, su hermano gemelo también debería tenerla. Aunque las estadísticas no han sido concluyentes, muchos de los estudios revisados por el Instituto Nacional del Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de EEUU han comprobado que es así en buena medida (El cromosoma 1, 2004).

Los investigadores de la Universidad de Illinois manifestaron que en experimentos realizados con ratas descubrieron que los roedores que carecían de una copia del gen consumían cantidades excesivas de alcohol y preferían beber etanol en vez de agua. En otro estudio, los científicos indicaron que el gen procesa una proteína llamada CREB que regula la función cerebral durante el desarrollo y el aprendizaje. Ésta es la primera prueba de que existe una relación entre la deficiencia del gen y el comportamiento vinculado con el alcohol, manifestó Subhash Pandey, profesor de Psiquiatría y director de investigaciones sobre alcoholismo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois.

En la investigación, los roedores que tenían una sola de las dos copias del gen producían niveles por debajo de lo normal de la citada proteína y de otro compuesto vinculado al consumo de alcohol. Esas ratas consumían un 50% más de alcohol que sus otras compañeras de camada y se mostraban mucho más ansiosas. La preferencia por el

consumo de alcohol para reducir la ansiedad es una situación que no es extraña entre los seres humanos, afirmó Pandey. Entre un 30 y un 70% de los alcohólicos sufren de ansiedad y depresión, para estos individuos, el consumo de alcohol es una forma de automedicación.

Es de anotar que los factores biológicos y genéticos dan una explicación sobre el por qué del consumo y como estas cargas genéticas afectan al individuo, y en especial en la etapa de la adolescencia, donde el joven quiere ser aceptado socialmente y formar una imagen de madurez en su entorno, entonces estos elementos biológicos proveen información para actuar a nivel preventivo sobre la predisposición de algunos individuos hacia el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Factor psicológico:

Las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y sus contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas. No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de estos programas.

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos

factores de naturaleza multidimensional. Así, el denominado modelo bio-psico-social (o bio-conductual) es el marco contextual aceptado por la gran mayoría de los autores, que tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. Se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen, Las variables incluidas bajo la denominación de contexto (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico, operante y observacional, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo consecuencias. La conducta incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La vulnerabilidad o susceptibilidad incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Factores de riesgo y factores protectores

Los factores de riesgo son un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de

drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento), existen ciertos factores predisponentes de las enfermedades, también consideran factores de riesgo a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad.

Así mismo entiende por factor de protección un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de alcohol o la transición en el nivel de implicación de las mismas (Clayton, 1992). Entonces podríamos decir que los factores de riesgo son todo aquello podría constituir un incremento en la posibilidad de adquirir comportamientos en los adolescentes para que inicien el consumo de alcohol, estas situaciones no establecen por si solos el consumo, sino que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad que tiene un joven para iniciar el consumo. Factor de riesgo entonces vendría a ser la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

Factores protectores han sido definidos por Jessor como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado (Factores protectores, 2008). Los factores de protección son aquellos factores biológicos, psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática, o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (Hawkins, D. 1985). De aquí surge la propuesta de tomar las habilidades sociales como factor protector para el consumo, siendo este tipo de habilidades reforzadoras del individuo no solo en situaciones

sociales, también en lo referente a componentes afectivos y cognitivos del participante fortaleciendo las herramientas que se requieren en procesos socioafectivos elevando la autoestima, así identificar si este programa ejerce la función de influir positivamente en ellos generando así una prevención primaria.

Factores de riesgo para el consumo de alcohol

Es fundamental conocer los factores de riesgo, ya que permiten establecer parámetros para la atención del problema de acuerdo a como se interrelacionan, creando los factores de protección correspondientes; en diferentes estudios como el del Observatorio de Drogas (2007) se tienen en cuenta el nivel socioeconómico, ocupación o desocupación, practica de ejercicio físico entre otras; de esta forma los factores de riesgo que observa la escala DUSI son de naturaleza afectiva, social, familiar y del estado de salud; siendo este instrumento de medición bastante completo y fácil de contestar por parte de los participantes lo que lo hace idóneo en el trabajo con adolescentes. En el presente estudio se medirán los siguientes factores de riesgo propuestos por la escala DUSI de esta forma los factores de riesgo que se tienen en cuenta en el instrumento de medición son:

Conducta:

Su objetivo es medir el componente de irritabilidad, el grado de aislamiento social, ira y autocontrol del individuo.

Estado emocional:

Su objetivo es medir el componente de agresividad y síntomas asociados con la ansiedad, depresión, psicosis y problemas de comportamiento.

Comportamiento social:

Su objetivo es medir el componente de las habilidades sociales y el grado de interacción social.

Familia:

Su objetivo es medir el componente de familia, evaluar la disfunción, el conflicto, la supervisión paterna y la calidad de la relación conyugal.

Académico:

Su objetivo es medir el componente de escolaridad, determinar el desempeño académico y el grado de ajuste escolar.

Relación con pares:

Su objetivo es medir el componente de la relación con pares, el cual evalúa las redes sociales de apoyo e involucra las pandillas y la calidad de relación con los amigos.

Tiempo libre y recreación:

Su objetivo es medir el componente recreación y determinar la calidad de las actividades desarrolladas durante el tiempo libre.

Uso de drogas:

Su objetivo es medir el componente de problemas con drogas, evalúa el grado de compromiso, severidad y consecuencias del uso de sustancias psicoactivas. La adolescencia como transición a la edad adulta constituye una etapa crucial en el establecimiento de los rasgos del futuro adulto, siendo sensibles a diferentes estímulos del ambiente que influirán el joven y en su comportamiento, así las habilidades sociales presentan un importante papel para el desenvolvimiento social y el reforzamiento positivo del joven, de esta forma es importante tener en cuenta ciertos conceptos sobre este tema.

Habilidades sociales

Se puede definir habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo (Kelly, 2002). Cuando se habla de habilidades sociales decimos que una persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables. El término habilidad puede entenderse como destreza, capacidad, competencia o aptitud; su relación conjunta con el término social nos revela una importancia de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno (intercambio).

La capacidad de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables (habilidades sociales) entraña una serie de factores, se refiere a la capacidad de ejecutar la conducta, la conducta en sí, el resultado y lo favorable de esta; la capacidad de ejecutar la conducta supone la posibilidad de realizar una acción, esta acción que se revierte en la posibilidad de construir hechos se traduce en la persona en lo que constantemente llamamos actos, la acción de la persona se determina en una o varias conductas interpersonales relacionadas entre sí (intercambio), siendo la conducta empleada un medio para alcanzar una meta, como el expresar de forma asertiva la negativa al consumo de alcohol sin el temor al rechazo o el ridículo .

Para abordar el constructo de habilidad social es importante tener en cuenta la definición de interacción social; la diferencia entre intercambio e interacción estriba en que el primero se refiere a un trueque entre objetos y personas mientras que el segundo se refiere a una acción mutua o de reciprocidad, dicho de otro modo la acción se desarrolla entre varias personas lo cual da la posibilidad de una retroalimentación, así la noción de habilidad social entra en el ámbito de lo recíproco y del continuo de la acción

del uno sobre el otro y de este sobre aquel, la interacción fundamenta la respuesta del otro en una combinación de la acción iniciada; de manera que la habilidad social no termina sin la acción del otro (Martínez 2004).

Otra definición de habilidad social es la que propone Caballo (1986): “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (w3.mantra.com). las habilidades sociales son un constructo descriptivo, como el conjunto de los desempeños presentados por el individuo frente a las demandas de una situación interpersonal, considerando la situación en un sentido amplio que incluya variables de la cultura por tanto, hablando de modo genérico, comportamiento y desempeño social, o interpersonal son términos equivalentes al de habilidades sociales, en cuanto constructo descriptivo, es importante caracterizar ese desempeño en sus componentes comportamentales (acciones molares y moleculares), cognitivo afectivos mediadores (habilidades y sentimientos involucrados en la decodificación de las demandas interpersonales de la situación, en la decisión sobre el desempeño requerido en esa situación, y en la elaboración y automonitoreo de ese desempeño) y fisiológicos (procesos sensoriales y de regulación o control autónomo) (Del Prette, 2002).

La competencia social que el adolescente posea en ámbitos sociales es fundamental en desarrollo de sus relaciones con otros y el sentimiento que generen en él, por tanto entendemos como competencia social a un constructo evaluativo que supone criterios para la atribución de funcionalidad inmediata y a largo plazo del desempeño

social, se puede definir a la competencia social como la capacidad del individuo (autoevaluada o evaluada por otros) en presentar un desempeño que garantice de modo simultáneo a) la consecución de los objetivos de una situación interpersonal, b) el mantenimiento o mejoría de su relación con el interlocutor, incluyéndose la búsqueda de equilibrio del poder y de las transacciones en esas relaciones, c) el mantenimiento o mejoría del autoestima, d) el mantenimiento o ampliación de los derechos humanos socialmente establecidos; no obstante que esos criterios suelen ser aceptados en análisis del desempeño social, el peso relativo atribuido a cada uno de ellos no está establecido de manera uniforme entre los investigadores y profesionales del área.

El concepto de competencia social destaca la capacidad del individuo para expresarse con honestidad, defender derechos, lograr objetivos propios y de otras personas maximizando las consecuencias positivas y con pérdida mínima de reforzadores, esto no significa, por tanto, que el comportamiento social competente cumpla siempre y necesariamente con todos los criterios de funcionalidad ya referidos o que alcancen un grado máximo. Estas competencias se hacen necesarias en el repertorio del adolescente tanto en el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias que ofrezcan sentimientos de bienestar, aceptación y autoestima como en lo referente al rechazo asertivo del consumo de alcohol. El concepto de respuesta mínima efectiva es definido en esa área, tal vez como una forma de aumentar la probabilidad de atender al mismo tiempo aunque no por completo a todos esos criterios (Del Prette, 2002)

Los criterios de funcionalidad suponen entonces la capacidad del individuo para articular los componentes de su desempeño (comportamentales, cognitivo-afectivo y fisiológico), las demandas interpersonales de la situación y de la cultura considerando

criterios más involucrados y universales (incluso éticos) que deberían orientar las relaciones interpersonales (Del Prette, 2002) (Ver figura 1).

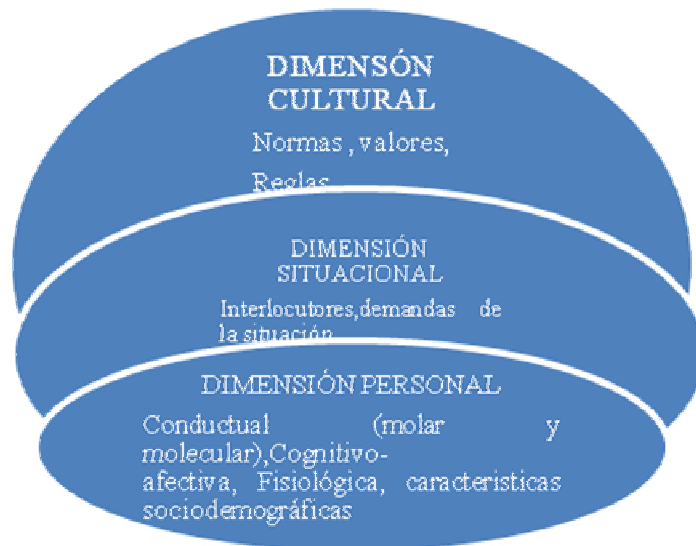


Figura 1. Esquema de análisis de las habilidades sociales (Del Prette, 2002).

Las personas, como seres sociales que son, se encuentran durante la mayor parte del tiempo en interacción con los demás, por lo que poseer buenas habilidades sociales determina su calidad de vida. Conseguir que las relaciones interpersonales, la comunicación y el diálogo con el entorno sea natural, espontáneo, fluido, sin malos entendidos y sin conflictos es más difícil de lo que se puede suponer. por ende, cuando se habla sobre conductas de consumo de alcohol en los adolescentes, relacionadas con las habilidades sociales, se hace evidente la relevancia de estas en el momento de expresar una negativa frente al ofrecimiento de etanol así como sobre la manera apropiada de emitir la respuesta; no solo en éste ámbito las habilidades sociales comunicativas resultan útiles para el adolescente, sino también en lo referente al

contexto académico, al establecer relaciones amorosas, relaciones familiares y con amigos lo que refuerza positivamente al joven y le proporciona mayor seguridad para establecer relaciones socio afectivas y aumentar la autoestima.

Las habilidades sociales son aquellas conductas que las personas emiten en situaciones de relación interpersonal para obtener respuesta positiva de los demás. en la medida en que una persona se relaciona de forma adecuada con otros, recibe *reforzamiento social positivo*, lo cual eleva la autoestima del individuo, y la autoestima es un elemento fundamental para el ajuste psicológico, de aquí las habilidades sociales representan un factor protector para evitar el consumo como se lo menciono anteriormente. En cambio, cuando las relaciones sociales con otros están determinadas por la ansiedad, la inhibición o el *reforzamiento negativo* de los demás, la persona adquiere un pobre concepto de sí misma. de acuerdo con Rojas (1999,) las habilidades sociales son las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal que implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad y, por tanto, son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas.

Las relaciones sociales pueden ser el origen tanto de satisfacción como de frustración, muchas personas se ven afectadas psicológicamente debido a que tienen dificultades para establecer y mantener relaciones sociales con otros; muchos encuentros cotidianos pueden ser desagradables o infructuosos debido a un comportamiento social inadecuado en especial en el contexto cultural en el que se desenvuelven. Dificultades de este tipo pueden incrementar en los adolescentes conductas favorables a la ingestión de etanol. Una manera de categorizar o definir las habilidades interpersonales se basa en

su función o utilidad para el individuo, algunas sirven para facilitar el establecimiento de relaciones con los demás, otras aunque se emplean en un contexto interpersonal, sirven para alcanzar objetivos o conseguir reforzadores que en sí no son de naturaleza social, otras principalmente para impedir que los demás eliminen o bloqueen el reforzamiento al que el individuo tiene derecho (Kelly, 2002).

Tomando en cuenta las definiciones anteriores y teniendo en cuenta sus aspectos básicos, los siguientes aspectos son relevantes para hacer claridad sobre el campo de las habilidades sociales y la manera asertiva en la que se pueden manejar las habilidades para comunicarse con los demás: (1) Contexto interpersonal, hay que examinar el contexto, con quien se está y cuándo se emiten las respuestas hábiles, para nuestro caso, en el momento de aceptar o rechazar el ofrecimiento de bebidas alcohólicas o preparados que contengan licor. (2) Respetando las conductas de los Demás, tan hábil es expresar un cumplido como aceptarlo de forma adecuada; la manera como se reacciona frente a las conductas de los demás tiene siempre sus consecuencias.(3) Resuelve y minimiza problemas, las habilidades sociales están situadas a un objetivo y pueden ser de varios tipos: (a) objetivos materiales, efectividad en los objetivos (por ejemplo, no aceptar el ofrecimiento de licor en una fiesta); (b) objetivos de mantener o mejorar la relación, efectividad en la relación (por ejemplo, no tener un conflicto con aquel a quien se le rechaza el ofrecimiento de alcohol); (c) objetivo de mantener la autoestima, efectividad en el respeto a sí mismo (por ejemplo no sentirse inferior si no consume alcohol, no autocriticarse por ello).

Las personas no son hábiles socialmente por diferentes razones. Aunque es en la infancia cuando se aprende en mayor medida a relacionarse con los demás, este es un proceso continuo durante toda la vida, existen razones por las cuales las personas puede

no ser hábiles socialmente y se pueden agrupar en dos categorías: personas que nunca las ha aprendido, ya sea porque o bien no ha tenido un modelo adecuado o no hubo un aprendizaje directo; y que poseen estas habilidades, pero el cuales influyen factores que inhiben o interfieren con las conductas.

Para la mayoría de los individuos, el establecimiento de relaciones con otras personas es un objetivo deseado o una experiencia reforzante; por consiguiente las relaciones sociales pueden considerarse como eventos reforzantes para la mayor parte de la gente. entre estas interacciones se incluyen cosas tales como conseguir citas, tener amigos con los que charlar cordialmente y tener facilidad para conocer gente nueva en reuniones informales no obstante para conseguir cada uno de estos objetivos socialmente deseables, es preciso que el individuo domine una serie de habilidades conductuales (Kelly, 2002)

Para establecer conversaciones o amistades con otras personas que aún no se conoce, se necesita un tipo de competencia social relacionado, pero más general. todas las habilidades interpersonales que facilitan el asentamiento de relaciones tienen en común el hecho de que aumentan el atractivo social o el valor de reforzamiento de la persona que las exhibe puesto que los demás responden positivamente ante los individuos hábiles en materia de conversaciones, iniciación de citas, cumplidos o en el caso de niños conductas de juego prosocial tales competencias no sólo sirven como medios por los que una persona puede iniciar relaciones reforzantes, sino que también incrementan la probabilidades de que los demás busquen la ocasión de interactuar en el futuro con ese individuo

Las habilidades sociales, como cualquier otra competencia humana, pueden mejorarse a través del aprendizaje, de ahí la importancia del entrenamiento en

habilidades sociales. Adquirir nuevas habilidades para interaccionar en ámbitos sociales ofrece también la posibilidad de elevar la autoestima, mejorar el autoconcepto, manifestar los sentimientos de una forma asertiva o, como en el caso de el presente estudio a evitar el consumo de bebidas alcohólicas. la dificultad para evitar el consumo de bebidas alcohólicas puede presentarse por el déficit de habilidades sociales, lo que ocasiona acceder a la presión social, el miedo al rechazo y a la crítica, conductas asociadas al desconocimiento de estrategias de expresión. para evitar que se presenten problemáticas que requieran una intervención de prevención secundaria donde el problema se está presentando ya en bajas proporciones o terciaria, se tiene la opción de intervenir antes de que el problema se presente o se incremente el riesgo tomando las habilidades sociales como un factor protector sobre el consumo de alcohol. se puede tener, así, una herramienta adecuada en la prevención del consumo de alcohol.

Este estudio propone como factor protector a las habilidades sociales sobre los demás factores de riesgo para el consumo de alcohol por ejemplo, en los procesos de comunicación con los padres y expresión de sentimientos, de esta forma entrenando en habilidades sociales a los adolescentes se espera que ellos obtengan herramientas que le ayuden a mejorar los procesos de comunicación de sus sentimientos, ideas expectativas etc., que renueven su relación familiar, en el ambiente escolar y en la relación con el grupo de pares, así con elementos de la terapia cognitivocomportamental se espera un cambio en los ámbitos de comportamiento y vida emocional.

Habilidades para la comunicación

El ser humano es primordialmente social en el sentido el que se pasa la mayor parte del tiempo con otras personas, por consiguiente es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales.

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información, la comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor; la comunicación se divide en comunicación verbal, que se refiere a las palabras que se utilizan y las inflexiones de la voz, y la comunicación no verbal que hace referencia a un gran número de canales como el contacto visual y los gestos faciales, para comunicarse eficazmente los mensaje verbales y no verbales deben coincidir entre sí.

En los procesos de comunicación de los niños y adolescentes con respecto a los adultos (padres y docentes), en las que el joven se encuentra en una situación difícil al desear emitir una respuesta o expresar desacuerdo, existe una alternativa para aprender a comunicarse de una manera cómoda para el adolescente de acuerdo con el principio de desajuste óptimo planteado por Piaget, puede explicar como la discusión entre compañeros en grupos heterogéneos suele resultar mucho más eficaz para favorecer el desarrollo que escuchar al profesor o discutir con él. Los estudios realizados con adolescentes han permitido comprobar la eficacia del conflicto que se produce al discutir con compañeros en grupos heterogéneos para favorecer el desarrollo de niveles superiores de razonamiento.

En la primera de dichas investigaciones, Blatt y Kohlberg (1975) comprobaron con alumnos de once a dieciséis años, la eficacia de un curso de discusión moral en el cual los alumnos discutían en grupos heterogéneos y el profesor intervenía aclarando y apoyando los argumentos pertenecientes al estado superior al que se encontraba la mayoría del grupo, la comparación de los resultados obtenidos antes y después del programa en el grupo experimental y el de control demostraron la eficacia de la discusión para mejorar el estadio de razonamiento donde los jóvenes expresaron un

mayor interés por comunicarse en una discusión, incluso que habían supuesto para ellos un auténtico conflicto y se habían beneficiado con el tratamiento experimental.

Un repertorio conversacional efectivo no sólo permite al individuo salir airoso en las interacciones informales, sino que además es un precursor probable del desarrollo de relaciones duraderas dado que la formación de tales relaciones requiere en primer lugar, que el individuo interactúe satisfactoriamente con los demás, a diferencia de otros tipos de habilidades sociales que sirven para propósitos relativamente limitados, la competencia conversacional es necesaria en un amplio abanico de situaciones interpersonales cotidianas, al enseñar habilidades para la comunicación el terapeuta ayuda a los participantes a aprender nuevas conductas verbales, no verbales y de estilo que habrá de utilizar al conversar con otros.

El entrenamiento se dirige a instaurar aquellas competencias conductuales que permitan alcanzar el objetivo de conocer a otros y conversar con ellos de un modo efectivo; asimismo, se pretende incrementar el propio valor de reforzamiento del participante ante los demás, de modo que éstos lo consideren como un agente de refuerzo social y estén más predispuestos a la reciprocidad o a mantener interacciones con él. Con posterioridad se han realizado numerosas investigaciones en la misma línea donde se describe la eficacia de la discusión moral para estimular en los adolescentes el desarrollo de niveles de razonamiento (relatividad en las diferencias sociales, derechos humanos, etc.) que favorecen la superación de los prejuicios sociales en general como en el caso del consumo de alcohol; así vemos la importancia que aprender a comunicarse beneficia al joven tanto en niveles cognitivos como en lo eferente a las habilidades sociales y la interrelación en primer lugar con el grupo de iguales y luego con padres y docentes. Las habilidades sociales para la comunicación que el programa de prevención

Intervendrá en adolescentes de doce a catorce años presenta una alternativa de instrucción con un grupo de iguales donde se aprenderán comportamientos y pensamientos apropiados para establecer un nivel de comunicación adecuado, así los jóvenes afianzaran habilidades como el habla y la escucha. El contenido verbal de la comunicación es lo que determina el objetivo o lo que se propone el individuo al hablar con los demás, algunos de los objetivos que se proponen al hablar son escuchar y observar, iniciar y mantener una conversación, formular y rechazar peticiones, enfrentar la crítica, defender derechos o expresar desacuerdos, manejar la presión de grupo y resistir la tentación, habilidades que se entrenarán en el presente estudio como factores protectores en el consumo de alcohol.

Durante una conversación es importante tener en cuenta el tiempo de habla, no se puede monopolizar una conversación puesto que el receptor no tendrá la oportunidad de contestar al emisor y no se puede guardar silencio ya que no habría comunicación, la retroalimentación es fundamental así se demuestra al otro que se lo está escuchando, así como la reacción que se produce con lo que el emisor dice (risa, interés etc.); la retroalimentación debe ser regular e intermitente nunca constante, el exceso de muestras de atención provocara sin duda interrupciones, y además suele ser interpretado como una señal de que en realidad la persona que está escuchando quiere que se le deje hablar a ella, la retroalimentación que proporcionemos a los demás no debe centrarse a los aspectos negativos.

Observar y escuchar:

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo proceso comunicativo es el saber escuchar, la falta de comunicación que se presenta se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás, se está más tiempo pendiente de las propias emisiones,

y en esta necesidad propia de comunicar se pierde la esencia de la comunicación, escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye, escuchar significa entender la comunicación desde el punto de vista del que habla; oír y escuchar no son lo mismo, oír es percibir el sonido mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye, la escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo.

La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona. Existen elementos para facilitar la escucha activa como la disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos, expresar al otro que se le escucha con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.) (Llull, R. w3.cop.es)

Habilidades para la escucha activa:

a) mostrar empatía: Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de "meternos en su pellejo" y entender sus motivos. Es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que "nos hacemos cargo", intentar entender lo que siente esa persona. no se trata de mostrar alegría, si siquiera de ser simpáticos. Simplemente, que somos capaces de ponernos en su lugar. Sin embargo, no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: "entiendo lo que sientes", "noto que...".

b) parafrasear. Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante en el proceso de escucha ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. c) emitir palabras de refuerzo o cumplidos. Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que se aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. d) resumir: mediante esta habilidad se informa a la otra persona del grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración (Llull, R. w3.cop.es).

Iniciar y mantener una conversación:

Es normal que romper el hielo del silencio implica un cierto riesgo e incomodidad hasta que no se ve que la relación con el otro es segura. Los modos más usuales de iniciar una conversación son: Hacer una pregunta o comentario sobre la situación común, hacer un cumplido a la otra persona sobre su conducta, apariencia o algún otro atributo, hacer una observación o pregunta casual sobre lo que la otra persona está haciendo, preguntar si puede uno unirse a la otra persona o pedirle que se una, ofrecer algo a la otra persona, dar una opinión o compartir la experiencia de lo que dice la otra persona, saludar y presentarse. el arte de mantener el equilibrio entre escuchar y hablar, haciendo que nuestra participación sea agradable algunas conductas útiles son: mirar a la otra persona, dar señales de que escucha a la otra persona ("Ajá", "hmm", "ah!", "claro") y con la cabeza asintiendo o con otra expresión acorde que de la sensación que estamos recibiendo lo que el otro dice sin indiferencia, respetar el turno (no interrumpir sin dejar al otro expresarse, a no ser que se esté propasando), hablar algo que esté relacionado con lo que la otra persona dice o sino avisar de que cambiamos de tema. ("cambiando de

tema...”, "aunque no tenga nada que ver con lo anterior..", "dejando el tema..", "si me permites ahora comentar otra cosa distinta.") usar información sobre uno mismo y también la que se ha obtenido en la conversación a base de preguntas y comentarios. Intercalar el escuchar a la otra persona con hablarle, no hablar o escuchar demasiado, iniciar temas de conversación y cambiar cuando comience a ser aburrido, pregunte sobre la otra persona, responder de forma abierta, con algo más de un si o un no para que la otra persona tenga un cabo donde agarrarse, no hay que pensar que las opiniones emitidas son estúpidas o sus conversaciones son aburridas, sino que cada cual debe cambiar la conversación si no le resulta grata (Llull, R. w3.cop.es).

Formular y rechazar peticiones:

Cuando alguien se enfrenta con cierta regularidad a una conducta de otra persona que le resulta molesta, tiene la posibilidad de pedir que deje de hacerla y, si la situación lo permite, que adopte una nueva conducta en su lugar. El propósito de esta petición tiene muchas más posibilidades de éxito si se formula de forma asertiva. La formulación asertiva aumenta la posibilidad de que el cambio se produzca dado que, por una parte, se informa a la persona del sentimiento desagradable que produce su comportamiento (cosa que podría ignorar hasta el momento), y de otra, se le brinda la posibilidad de rectificar.

A continuación se ofrece los pasos que debe seguir este tipo de petición: En primer lugar, no hay que olvidar que la persona tiene la posibilidad de decidir a) si desea hacer, o no, esta petición. Quizás no esté justificado en los casos en que es improbable que se produzca de nuevo la conducta molesta, o se prevé poca predisposición al cambio, b) Pensar qué se dirá y cómo. Normalmente una petición de este tipo no es imprescindible hacerla en el momento que se produce, sobre todo cuando quien decide hacer esta petición se encuentra "secuestrado" por emociones de tipo agresivo o por la

tristeza, es preferible esperar a que se estabilicen las emociones, ya que será más fácil mantener todos los componentes de una petición asertiva, c) escoger el momento y el lugar adecuado. Es preferible hacerlo en un momento en el que pueda mantenerse la atención, sin que existan otros eventos que distraigan o dispersen la atención. Se intentará evitar la presencia de otras personas que pudieran tomar partido a favor o en contra de cualquiera de las dos personas dialogantes, ya que ello podría predisponerlas desfavorablemente, d) describir la conducta molesta.

Se trata de explicar clara y específicamente aquella conducta que resulta molesta, aportando concreción y sin extenderse más de lo necesario. Simplemente, se expondrán los hechos (p. ej.: "me gustaría hablar contigo sobre un tema que me preocupa, ¿tienes un momento?...en las últimas semanas vengo observando que no cumples con lo establecido en cuanto al reparto de tareas domésticas, has descuidado la compra y el baño de los niños"). Deben evitarse completamente las descalificaciones personales y la atribución de intenciones (p. ej.: "eso demuestra que eres un irresponsable", "sé que lo que pretendes haciendo esto, es que sea yo quien me encargue de todo"...). Esto sólo serviría para crear malestar e incitar al otro a defenderse mediante acusaciones, justificaciones, y en última instancia, negándose a cambiar, e) Expresar cómo se siente en relación a la conducta molesta. Este punto es adecuado cuando existe una relación de confianza con la otra persona, y no tanto cuando se trata de un extraño, f) expresar que se comprende el comportamiento del otro.

A pesar de no estar de acuerdo con ello, es necesario comunicar que se conoce el punto de vista de la otra persona. Con ello se logra que esté más dispuesta a escuchar y a valorar un posible cambio. Siguiendo con el ejemplo, podría ser adecuado algo como "sé que últimamente tienes mucho trabajo y estás cansado/a", g) especificar el cambio de

conducta que se desea. La petición debe formularse clara y directamente, evitando las frases que pudieran dar lugar a confusión. El tono será cordial, amable, pero firme (p. ej.: "creo que deberías continuar asumiendo tus responsabilidades de encargarte del baño de los niños y de la compra diaria, tal como acordamos..."). En esta fase la persona que efectúa la petición debe estar abierta a la negociación, ya que es posible que el otro pida alguna cosa a cambio. A veces es más importante crear un clima de entendimiento que obtener todo cuanto se deseaba, h) exponer las razones por las que se desea el cambio. Explicar las ventajas que se derivan del mismo.

Lógicamente, las ventajas deben referirse a ambos interlocutores. Exponerlas puede ayudar a que el otro reconsidere la petición y mantenga la conducta de cambio. Hay que tener en cuenta que todo cambio de comportamiento significa un esfuerzo de adaptación; significa abandonar antiguos hábitos para adquirir otros nuevos. Todo es más fácil si se prevén las ventajas que ello supone. en el ejemplo anterior, las posibles consecuencias positivas podrían ser "así tendríamos más tiempo para compartir tiempo de ocio", o "de esta manera yo me sentiría mejor y estaría más amable contigo" i) explicar las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de no aceptar el cambio de conducta. Esta opción sólo se actuará en caso de que la otra persona mantenga una completa oposición a modificar su conducta. Es recomendable ser realista al enumerar las consecuencias negativas, es decir, cuidar que se ajusten a la realidad (Salto, C. 2007).

Enfrentar la crítica:

Afrontar la crítica es un aspecto que no siempre resulta fácil. Con demasiada frecuencia se cede a la tentación de rechazarla, negarla, o incluso responder con un ataque hacia aquel que la expresa, si la crítica está mal gestionada puede acarrear

consecuencias negativas tanto para uno mismo como para la relación con la persona que la efectúa, de todas formas, hay que reconocer que bien llevada es una ocasión para replantearse y rectificar la propia conducta; una crítica ofrece información acerca de las consecuencias de la conducta de uno en otras personas, esto, como es obvio, es imposible sin la intervención externa, una forma aconsejable de afrontar la crítica asertivamente, podría llevar los siguientes elementos: Concentrarse en lo que se están diciendo e intentar comprender ese punto de vista, en esta primera fase es necesario centrarse únicamente en el contenido de la crítica, posponiendo la posible tendencia a defenderse o a pensar en los motivos ocultos de quien la está haciendo. Intente comprender lo que se está diciendo y si no se ha entendido algo, formular una pregunta clarificadora.

No interrumpir, esperar a que acabe, escuchar y almacenar tanto la información que está recibiendo como la opinión al respecto, cuando exista una pausa en el discurso o manifieste claramente que ya ha acabado, es el momento de pasar a la siguiente fase; procesar la información y organizar la respuesta. intentar no dejarse llevar por las emociones desagradables que pudiera sentir, responda si está totalmente de acuerdo con el contenido de la crítica, ser conciso y no intentar justificarse, sólo informe, disculparse sin extenderse demasiado, y si ello es posible, explicar qué es lo que se piensa cambiar de ahora en adelante, intente que la otra persona comunique verbalmente cómo recibe su respuesta; en caso de no ser muy favorable, no intentar cambiar las cosas justificándose de nuevo, es mejor repetir brevemente la disculpa y volver a nombrar los aspectos que se piensa cambiar, eso sí, sea consecuente con el cambio de conducta que ha anunciado.

Si no se está seguro de poder mantener su propósito es preferible no decirlo, ya que si no perderá credibilidad, si no se está totalmente de acuerdo con el contenido,

diferenciar los aspectos en los que sí se está y los que no. en cuanto al resto, hacer lo mismo que en el caso anterior, si no se está de acuerdo en nada de lo que se han dicho, expresarlo añadiendo que a pesar de ello se está de acuerdo en que el otro exprese lo que piensa.

Pedir un cambio en las formas de expresar la crítica si han sido molestas. Ahora es el turno de especificar los aspectos formales que no han sido agradables y pedir que en el futuro, si se tiene que expresar una crítica de nuevo, lo haga teniendo en cuenta estos aspectos, ser concreto cuando se refiera a los mismos y no caer en acusar al otro de malas intenciones o de motivos ocultos, es preferible intentar anular la probabilidad de que ello vuelva a ocurrir definiendo las condiciones en que se desea que formule la crítica si se volviese a dar la ocasión.

Presión de grupo:

En la etapa de la adolescencia el joven se va separando del referente familiar para entrar en contacto con los grupos de pares quienes se convierten en parte importante en la toma de decisiones y utilización del tiempo libre etc., busca independencia y en consecuencia, pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna más influenciable en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo, placentero y excitante. El criterio basado en la presión social, reside en la absorción de todas las normas y valores que el medio ambiente o sociedad influyen en el individuo en forma de presión social, la guía de conducta dentro de una sociedad es pues la moda y la propaganda.

La presión social es la principal fuente que orienta y empuja la conducta de las personas cultas. En muchas ocasiones esa conducta no tiene nada de objetable, pero en

muchas ocasiones la gente se pregunta si un individuo que actuó con cierta conducta, lo hizo por responsabilidad o por simple inercia, y si pudo haber actuado de manera diferente, normalmente si confundimos la obligación como la presión social (Olarra, y Pizarro, 2008).

Expresar desacuerdos:

Realmente hay un sinfín de situaciones en las que una persona puede experimentar desacuerdo con la opinión de otros, a veces se opta por no expresarlo, otras por hacerlo de forma agresiva, y otras por la forma asertiva. inhibirse implica perder la oportunidad de darse a conocer y de exponer una opinión que puede ser valiosa para abordar un tema de interés común, la inhibición puede ser útil cuando el tema que se debate no tiene trascendencia alguna, pero aún así, enriquece poco el proceso de comunicación; la forma agresiva de expresar desacuerdo aporta muchos riesgos, puede entorpecer el avance en un posible replanteamiento de ambas partes, puede añadir nuevos problemas de comunicación, y aunque puede obtener el asentimiento del contrario por sumisión, establece una dinámica de relación de escasa confianza. El hecho de que esta modalidad sea tan utilizada podría deberse a su relación con la lucha por el poder más trivial, en la que se define quién es el vencedor y quién el vencido, pero esta lucha no permite alcanzar estados más avanzados y creativos que sí permite el contraste de opiniones, además, vencer a alguien por sometimiento siempre engendra el peligro de la rebelión.

A continuación se expone los pasos que deben tenerse en cuenta para expresar desacuerdo ante la opinión de otro y formular la propia opinión a) asegurarse de haber comprendido la opinión del otro. una forma de hacerlo es parafraseando, es decir repitiendo, lo que se ha creído entender, en este caso, la formulación del contenido del mensaje es lo único que cambia, de esta forma, se da la oportunidad de clarificar malos

entendidos y obtener una información más precisa antes de dar la propia opinión, en ocasiones y por diversos motivos, se da el caso de que tras la paráfrasis o la pregunta de comprobación, la persona niega haber sido el autor de lo que verdaderamente ha dicho puede entonces, aprovechar la ocasión para matizar lo que ha dicho.

En el caso de ser así, es conveniente hacer de nuevo una paráfrasis o resumen buscando el compromiso personal con lo dicho, sobretodo en el caso de que la persona que emite la opinión tenga alguna responsabilidad de acción en el tema, pensar en lo que se va a decir y en cómo. de nuevo no es conveniente precipitarse en emitir la opinión contraria, con más motivo si ésta supone un compromiso de acción, puede retomarse el tema posteriormente, tras haber estudiado los matices que interesa introducir.

Reconocer los aspectos positivos de la opinión del otro en caso de hallarlos. Este aspecto es aconsejable, ya que así se predispone al interlocutor a estar receptivo ante la nueva opinión que va a escuchar d) mostrar desacuerdo de manera clara, firme y amable. En este punto es conveniente no mostrar signos de inseguridad como el titubeo, o el uso del condicional como forma verbal (yo propondría..., yo diría ...). Es imprescindible utilizar el pronombre personal yo, o nosotros si representa la opinión de un colectivo, aunque el mensaje verbal y no verbal es firme, el tono debe ser amable.

Ser específico al describir la opinión con la que se está en desacuerdo. en esta fase hay que cuidar de no caer en descalificaciones personales que sólo sirven para activar una conducta defensiva del interlocutor, lo más probable es que tras este tipo de intervenciones se entre en una escalada de descalificaciones mutuas a las que tan acostumbrados nos tienen ciertos políticos, y que tan poco aportan al entendimiento mutuo y al avance en las negociaciones. Además, por poco agudo que sea el receptor de

este mensaje, pronto adivinará que el que lo emite está haciendo gala de un pensamiento deductivo erróneo, repleto de generalizaciones imprecisas.

Dar razones que sustenten el desacuerdo, aquí no se trata de justificarse, sino de dar razones basadas en el análisis de las limitaciones que tiene la propuesta del otro. g) dar la propia opinión formulándola de forma concisa. El enunciado debe ser claro, conciso, formulado en primera persona, y sin perderse en disquisiciones que se apartan del tema concreto.

Resaltar las ventajas de la nueva opinión respecto a la del interlocutor, esto otorga credibilidad a la opinión que se emite, además de aumentar la probabilidad de que el otro reconsidere su propia opinión. i) obtener la reacción de la otra persona a la nueva opinión, la finalidad no es forzarla a que esté de acuerdo y que abandone necesariamente su planteamiento inicial, sino conocer cuáles son sus puntos de discrepancia, sus nuevas argumentaciones, o si fuera el caso, las dificultades que tiene en mantener su posición inicial.

Resistir la tentación:

Resistir significa tolerar, aguantar, combatir los deseos y oponerse a llevar a cabo un comportamiento inadecuado o que ponga en riesgo la salud física y psicológica propia, pero en situaciones sociales esta resistencia se torna difícil sobre todo en lo que al consumo de alcohol se refiere teniendo en cuenta aspectos como la presión social que se ejerce sobre el individuo a consumir con argumentos que tal vez sean convincentes en esa situación y que pongan en riesgo la imagen social del joven frente a los otros, pero también la falta de herramientas necesarias para expresar una negativa adecuada que le permita evitar ese comportamiento; de ahí se observa la importancia de el entrenamiento en habilidades que protejan al adolescente tanto a nivel físico como emocional.

Habilidades sociales y estado emocional

Emociones son las expresiones de las sensaciones. Son estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos, y otras con estados anímicos permanentes, la percepción o evaluación de la situación (Cognición) es absolutamente indispensable para la experiencia emocional. Todos los estados emotivos incluyen la activación del sistema nervioso pero, conforme a la teoría cognoscitiva, la situación donde nos hallemos al sentir la activación, el ambiente, nos da pistas sobre cómo debemos responder a dicho estado.

Una de las características de las emociones sociales es que se trata de experiencias que tienen sentido en su relación con los demás. Surgen en un contexto social determinado, que es el que les confiere significación y necesitan del análisis de los otros para poder entenderse apropiadamente. Nos enamoramos de alguien, tenemos celos de otra persona, padecemos envidia por lo que otros poseen y sentimos que empatizamos con el sufrimiento o el placer de los demás. Motivos sociales como el de afiliación, o el de poder tienen efectos diversos sobre la conducta prosocial y probablemente ello sea debido, al menos en parte, al efecto que tienen sobre la capacidad de empatizar. Muy probablemente, la necesidad de afiliación favorezca tanto el conocimiento del estado de ánimo de otras personas, como la capacidad para compartir sus emociones, mientras que la necesidad de poder hace incompatible participar del estado afectivo de quien se establece una relación de dominación. En este caso se pierde la capacidad de entender y atender a las emociones de otras personas, o a sus necesidades, si ello contraviene los propios intereses de dominio sobre los demás.

De esta forma las habilidades sociales y los estados emocionales cobran importancia desde edades tempranas donde el desarrollo socio-emocional está vinculado con el éxito académico del niño y el adolescente. Un análisis reciente de las investigaciones sobre el riesgo social y emocional y los factores protectores que predicen los problemas o el éxito escolar que tienen lugar temprano concluía que los niños que no comienzan el kindergarten con competencia social y emocional no suelen tener éxito en los primeros años de la escuela y pueden verse plagados de problemas de carácter emocional, académico, de conducta o desarrollo social, los cuales continúan hasta la adultez (Desarrollo Social y Emocional, 2000). Dicho análisis describe al niño que es sano emocional y socialmente y listo para la escuela como un niño con confianza y amigable, con buenas relaciones con sus compañeros, listo para enfrentar tareas desafiantes y perseverar en ellas. El niño también tiene destrezas de comunicación eficaces y la aptitud de escuchar instrucciones (Desarrollo Social y Emocional, 2000). Estos Indicadores de la competencia social se encuentran por todos los ámbitos del marco de los resultados del niño, que abarca el desarrollo socio-emocional, desarrollo lingüístico y los enfoques de aprendizaje.

En las últimas décadas varios investigadores han considerado la regulación emocional una de las tareas más importantes del desarrollo, pues predice ajuste a largo plazo ya que facilita la conformación de relaciones. La expresión emocional puede afectar el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales y, a la vez, el ambiente social puede influir en la decisión de regular o desplegar las emociones (Rendon, M. 2007). Así pues, la habilidad para modular las emociones es pertinente y central en la interacción dado que contribuye a la función comunicativa recogiendo información acerca de los pensamientos e intenciones de las personas y coordinando los

encuentros sociales. La emoción es tanto reguladora de la interacción social, como regulada. Así, la regulación emocional puede ser definida como la habilidad para responder a las demandas en curso con un rango de emociones tolerable en el ámbito social y suficientemente flexible como para permitir reacciones espontáneas, así como la habilidad para demorar tales reacciones cuando se necesite (Rendon, M. 2007).

Las emociones ayudan a responder efectivamente ante oportunidades y desafíos; sin embargo, no siempre son útiles. Para que lo sean se requiere desarrollar la capacidad de saber cómo y cuándo regularlas para alcanzar las metas propuestas.

La consecuencia de la no gestión de la emocionalidad (descontrol, labilidad emocional, carencia de empatía, inexistencia de habilidades comunicativas, etc.) explica la agresividad y comportamientos de acoso y maltrato entre escolares, produciéndose conductas de riesgo como la delincuencia, la anorexia, el consumo de estupefacientes, entre otras, estos comportamientos de conflictividad afectan a los sentimientos y ponen de relieve la gran carencia de los adolescentes en habilidades empáticas. De otro lado, en este vasto campo aplicado también se reconoce el valor adaptativo de las emociones y de su regulación en términos del fomento de estados emocionales favorables a la interacción social y la convivencia. En general, las emociones motivan a comportarse con base en criterios morales, visión que contrasta con la de aquellos clínicos y teóricos que ven en la emoción una característica esencial e invariable de diversos trastornos.

La emoción encierra un potencial tanto de riesgo como de protección. La evidencia acumulada señala la conveniencia de fomentar la regulación emocional como uno de los pilares de la socialización saludable, así como la necesidad de intervenir en aquellas situaciones tempranas, relacionadas con una pobre regulación emocional, que pueden dar inicio a alteraciones en el funcionamiento social inmediato y posterior.

Teniendo en cuenta que las habilidades sociales, en especial las de comunicación, ofrecen un campo amplio de utilidad en lo referente a la competencia social y emocional del adolescente y como factor protector en el consumo de alcohol, la promoción y la prevención de situaciones que puedan poner en riesgo a la población adolescente representan una herramienta valiosa en el área de la psicología preventiva y de la salud. Salud (del latín *salus – salutis*) significa un estado del organismo que no está enfermo; u enfermedad (del latín *infirmas – atis*) se relaciona alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal. Esta conceptualización de salud y enfermedad por exclusión constituye una perspectiva que actualmente cuenta con muy pocos defensores (Buela, Fernández y Carrasco, 1997). Otro concepto de salud afirma que la ésta es un requisito imprescindible para lograr el desarrollo de las capacidades y las potencialidades individuales y colectivas en el trabajo, en la educación y en la cultura.

Winslow (1926) define a la salud pública en el objetivo de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia. J. H. Hanlon (Citado en Álvarez, 2002) acerca de la salud pública dice que deben realizarse acciones de saneamiento ambiental en forma comunitaria, supervisión de alimentos y agua, control de insectos y otros vectores, contaminación ambiental previniendo enfermedades y sus consecuencias (Álvarez, 2002), por otra parte la salud pública no es un campo exclusivo de los médicos y los hospitales sino que en ello intervienen otras disciplinas que contribuyen a la promoción y prevención de las enfermedades como colaboradores en la consecución de la salud individual y colectiva. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para

mantenerse sanos. El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida más digna, feliz, placentera y productiva (minproteccionsocial, 2008).

La promoción de la salud es el medio para enfrentar los problemas de la salud que aparecen como significativos en la población de un lugar, es el proceso para capacitar a las personas para aumentar el control y mejorar la salud. Las acciones de promoción de la salud deben tener, por tanto, carácter multisectorial (no solo exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (tampoco son exclusivas de la medicina) (Morales, 1999). promoción es acción, cuando se habla de promoción se está en el territorio de la acción, de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad cuando se usa este término implícita o explícitamente se está planteando la necesidad de defender, elevar la calidad y la dignidad de la vida de las personas, de acciones dirigidas a multiplicar y democratizar las oportunidades, a garantizar la satisfacción de las necesidades para más y más seres humanos; de crear y tratar de mantener mejores condiciones de vida y de salud.

Es el esfuerzo colectivo para llevar la salud y la vida a un plano de dignidad, al primer plano de la preocupación colectiva del esfuerzo y la decisión política etc., es sacar la salud del ámbito hospitalario para reubicarla en cerca de la gente, en manos de la gente con un alto nivel de importancia, entonces la promoción de la salud es para la mayoría de las personas un conjunto de actividades que las diferentes personas e instituciones realizan cada día para lograr que la vida sea posible y existan adecuadas condiciones de salud (Estrada, 2006).

Psicología de la salud

La psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. consecuentemente, a la psicologías de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben, le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado, incluyendo también entre sus intereses los problemas que se desprenden de la atención de la salud y las enfermedades de las personas.

Para B. L. Bloom (1998), la psicología de la salud se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, Stone (1991) considera que la psicología de la salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente a lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo del sistema total y agrega que cualquier rama de la psicología que tenga que ver con el sistema de salud debe ser una subdivisión de la psicología de la salud.

Teniendo en cuenta que los alcances de la psicología en el campo de la salud son bastante amplios, y el objeto de esta investigación es prevenir, se deben tener en cuenta

aquellos factores que predisponen al individuo a consumir determinado tipo de sustancia para introducir un factor protector que influya en los factores de riesgo realizar anticiparse así al inicio del consumo de alcohol.

Psicología preventiva

La psicología preventiva constituye un campo de investigación – acción interdisciplinario, que, desde una perspectiva proactiva, ecología y ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y métodos de intervención actualmente disponibles en cualquier disciplina, que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida a nivel comunitario, tanto a corto como a largo plazo. la prevención del consumo de alcohol puede incluirse en este campo, dado que su ingesta excesiva acarrea consecuencias en todos los contextos mencionados anteriormente (Buela, Fernández y Carrasco, 1997).

Las características más relevantes de la psicología preventiva, como se acaba de exponer, son las siguientes:

Interdisciplinarietà:

La interdisciplinarietà es la utilización de todo conocimiento que resulte útil para la promoción de la salud y de la calidad de vida, independiente de la disciplina de la que proceda, aunque todas hagan aportaciones útiles para la teoría y la práctica de la prevención. la interdisciplinarietà implica considerar al ser humano y su contexto sociomaterial desde una perspectiva ecológica y con una conceptualización integral, según la cual se trata de considerar una orientación totalizante y globalizadora del ser humano en su hábitat social y material.

Proactividad:

La proactividad consiste en dirigir directamente las intervenciones a las poblaciones que se hallen o no en elevados niveles de riesgo. en caso de que la intervención se dirija a poblaciones o sujetos que se encuentren en situación de riesgo, y se les entrene o intervenga para superar y afrontar las situaciones estresantes con las que se van a encontrar, se habla de prevención reactiva. en este estudio se toma como población a los adolescentes de 14 años que son quienes presentan un nivel de riesgo más alto para consumir alcohol, debido al déficit en habilidades sociales.

Utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención:

Los principios utilizados pueden proceder de cualquier campo del conocimiento (por ejemplo la sociología, la psicología, la medicina, la psiquiatría...) siempre que puedan resultar prácticos, útiles o funcionales para la promoción de la salud y de la calidad de vida, tanto a nivel individual como comunitario. en este caso la terapia cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales harán más asertivos a los adolescentes en el manejo de situaciones sociales y les permitirá manifestar una negativa frente al ofrecimiento de bebidas alcohólicas.

Ética:

Los principios teóricos y prácticos de la promoción de la salud tienen necesariamente que llevarse a cabo siempre desde una perspectiva ética. respetando los derechos y deberes individuales y comunitarios de los sujetos reales y concretos.

Visión totalizadora:

Toda intervención preventiva se llevara a cabo desde una visión totalizadora, o modelo biopsicosocial de la salud y de la calidad de vida del ser humano en una comunidad o contexto sociomaterial, delimitado desde una perspectiva integral (Buela,

Fernández y Carrasco, 1997 págs. 42 – 43). así, el programa de intervención que ofrece este estudio, no solo entrenará a los adolescentes para prevenir el consumo de alcohol, sino que también le será útil para entablar relaciones sociales asertivas, evitar problemas de salud y comportamiento social, como consecuencia de la ingestión de alcohol; previniendo que el consumo de este sea progresivo y por lo tanto tener que tomar medidas de intervención de otro orden.

Prevención:

La palabra prevención del verbo prevenir es definida como preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa (Larousse, 1950, pag. 755), también, es el conjunto de medidas directivas tomadas para bloquear la enfermedad, limitar o impedir el progreso de la misma en cualquier momento de su curso o en cualquier etapa de su historia natural, se supone que la efectividad será entre más temprano se pueda frenar el curso de la enfermedad o impedir que se desarrolle en el individuo. sin embargo, hacer prevención social en salud es necesario relacionar tanto la historia natural como la historia social de las enfermedades para transformar las condiciones de vida de la población (Estrada, 2006). queda claro entonces que al utilizar este término hace referencia a un acto anticipatorio, llevado a cabo por instituciones en salud y educación personas y comunidades donde se actúa para evitar, intervenir para la disminución y tratar cualquier tipo de dificultad que afecte al individuo y al grupo, teniendo en cuenta las diferentes disciplinas que puedan contribuir para este fin. el valor de las practicas de la prevención han sido definidas como aquellas actividades que permiten a las personas tener de estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los

riesgos de la enfermedad, por tanto la prevención es una serie de acciones de carácter anticipatorio y protección contra los riesgos y las amenazas del ambiente (Zas, 2008).

Niveles de prevención:

Las clasificaciones sobre los modelos de prevención se han realizado atendiendo a varios referentes tales como: los tipos de prevención son correspondientes a los diferentes momentos o estadios de evolución de las distintas enfermedades (modelo Clínico), los correspondientes a los diferentes niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario) con las especificidades que cada uno de ellos implica (modelo organizativo), en correspondencia con los ámbitos donde se realiza la prevención, (modelo funcional); las clasificaciones centradas en un modelo clínico de abordaje, establecen los diferentes niveles de prevención basándose en una clasificación en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad, Stevenson S. realiza la clasificación en prevención presuntiva como aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología, prevención relativa la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias, y la prevención absoluta que va hacia la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas (Zas, 2008).

Se pueden distinguir tres niveles de prevención en función de la relación que el individuo consumidor establece con la sustancia, a saber:

Primaria:

Cuando se trata de evitar la aparición de la enfermedad dirigida hacia la remoción o modificación de las causas predisponentes, condicionantes y predictivas o sea el bloqueo de la enfermedad incluso antes de la etapa prepatogénica (Estrada, 2006). la prevención primaria reúne aquellas acciones encaminadas a la obtención de la

información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud (Zas, 2008), las actuaciones propuestas se ubican antes de que la persona tenga contacto con alguno con el alcohol donde el objetivo es la protección de la salud con el fin de evitar o demorar la aparición de un problema relacionado con el consumo de este. las estrategias utilizadas desde esta perspectiva tienen como base especialmente actividades de promoción general de la salud, (prevención inespecífica), pero no obstante, cada vez más en la prevención primaria se van introduciendo intervenciones más específicas, concretamente en grupos que por su edad o situación pueden estar próximos al contacto con el alcohol (Buela, 1997), de esta forma la presente investigación ofrece un programa de prevención del consumo a partir del entrenamiento en habilidades sociales como factor protector en el control de los factores de riesgo sobre la conducta de consumo de alcohol, donde también se pretende observar si la habilidades sociales influyen o no y a qué factores de riesgo logran influir.

Secundaria:

Estas actuaciones se dirigen en colectivos en los ya se ha detectado alguna situación relacionada con la ingestión de alcohol, donde el objetivo es intentar que no se originen adicciones o consumos problemáticos, por lo que la prevención específica resulta mucho más conveniente (Buela, 1997).

Terciaria:

Actúa cuando ya ha aparecido un determinado problema y su objetivo es atenuar sus consecuencias. Es decir, una vez instaurado un consumo problemático, son todas aquellas medidas asistenciales que posibilitan la rehabilitación y reinserción del individuo (Niveles de prevención, 2005).

Teniendo en cuenta que la prevención es un campo interdisciplinario, la psicología entrega diferentes áreas de intervención que permiten no solo actuar en beneficio de un individuo, sino también de la comunidad, la psicología preventiva ofrece una alternativa adecuada para el tratamiento de dificultades colectivas e individuales (Buela, Fernández y Carrasco, 1997).

Etiología cognitivo-comportamental del consumo de alcohol

Las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas. No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas.

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Así, el denominado modelo biopsicosocial (o bioconductual) es el marco contextual aceptado por la gran mayoría de los autores, que tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de drogas

vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. Se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen, las variables incluidas bajo la denominación de contexto (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo consecuencias. La conducta incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol, como el rechazo de la sustancia y la resistencia a consumir. La vulnerabilidad o susceptibilidad incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Un conocimiento completo de la conducta adictiva requerirá también un análisis funcional que explique las relaciones entre estos elementos. Así, existirían asociaciones críticas que denotarían relaciones muy cerradas, como las que se dan entre las conductas y las contingencias reforzadoras y los efectos de estas consecuencias sobre la conducta que la precede. Mientras que entre otros elementos existiría una asociación de tipo correlacional o moduladora. Por ejemplo, las consecuencias de una conducta pueden cambiar el contexto instigando una conducta motora que modifique el ambiente o el estado interoceptivo, mientras que los factores de susceptibilidad pueden influir, no sólo en cómo afecta el contexto, sino también en la intensidad y el tipo de conducta que

ocurrirá en unas circunstancias particulares o en qué sentido serán las consecuencias que siguen a esa conducta. En el modelo bioconductual, las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia a las drogas juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. Existe una amplia evidencia empírica de que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsquedas y auto-administración y de que los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la auto-administración de drogas. Es decir, la conducta de auto-administración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta normal.

Una línea de investigación importante se centró en la aplicación de los principios de la Economía Conductual al análisis de las conductas del uso de drogas. La Teoría de la Elección Conductual (Vuchinich y Tucker, 1988) surge de la aplicación de las leyes empíricas (conductuales) de la elección de reforzadores al problema de las drogas y aporta un análisis muy pertinente de las conductas de consumo de drogas dentro del contexto social (de los factores socio-culturales). Otro factor fundamental para entender las conductas de uso de drogas es el papel de la demora temporal. En el contexto natural, los individuos con frecuencia eligen entre consumir drogas en el presente frente a abstenerse y experimentar las consecuencias positivas en el futuro. Los estudios de laboratorio demuestran como la demora temporal disminuye la potencia del reforzador alternativo para competir con las consecuencias reforzantes inmediatas del uso de drogas. En lo referente al ámbito cognitivo las personas no soportan mantener al mismo tiempo dos pensamientos o creencias contradictorias, y automáticamente se justifica dicha contradicción aunque para ello sea necesario recurrir a argumentaciones absurdas, de esta forma la toma de decisiones erróneas se ha relacionado con la disonancia

cognitiva, debido a que aquel que las sufre se aferra a su primera decisión y elude, minimiza o manipula todo lo que la niega, para de este modo reducir el conflicto interno y así su disonancia, las personas pueden recurrir a argumentaciones absurdas (autoengaño) para reducir su nivel de disonancia en un tema concreto como: a) Buscar coherencia interna con uno mismo o por intereses materiales. (por el yo), b) Aparentar de cara a la sociedad que son personas que no cambian su opinión, es decir, que son personas seguras, coherentes, maduras, profesionales, sabias, que saben de lo que hablan. (por el tú/vosotros/él/ellos), c) Miedo a crear disonancia en la relación entre él y sus círculos íntimos (familiar, pareja, amistades, religioso) en los que sabe que hay una opinión mayoritaria contraria al hecho/idea que le provocó su disonancia por lo que se podrían ver dañadas sus relaciones personales de afecto en dicho/s círculo/s si cambia de opinión. El cambio, es decir, lo que es nuevo o extraño, puede alterar el orden tradicional/conservador, sus concepciones, rutinas, relaciones, estabilidad (por el nosotros).

Por otro lado añadir que también se puede observar como la publicidad en los medios de comunicación intenta cambiar o mantener la percepción que tiene el receptor sobre un producto, o directamente influir en sus valores o creencias con el objetivo de darle a éste más valor, para ello se lanzan determinados mensajes visuales y auditivos con la intención de reducir en el receptor una posible disonancia cognitiva que lo tenga paralizado ante la compra ayudándolo de esta manera en su autoengaño. También la publicidad puede intentar crear disonancia al mismo tiempo que se ofrece el producto que la hará desaparecer.

Generalmente la gente sigue aquellos medios de comunicación con los que se identifica, es decir, aquellos con los que su disonancia ideológica es menor

independientemente de la objetividad informativa, ya que lo que se busca es confirmar que las ideas propias del individuo son generalizadas y por tanto razonables, no si son las correctas. Se puede observar en los diferentes medios de comunicación que el mensaje sobre el consumo de alcohol es generalizado, y que está de moda o sirve para pasar un buen momento, crear un estatus social o mejorar el desenvolvimiento en el grupo, lo que genera en el adolescente pensamientos de aceptación del consumo de alcohol.

La necesidad que tienen las personas de justificar lo innecesario o, incluso, lo injustificable, como en el caso de el consumo de alcohol es creer que no existen contradicciones entre varios de nuestros pensamiento y creencias, y no sólo se necesita convencer a los demás de la coherencia de determinados actos, sino también a sí mismos. Por tanto, no se actúa por alguna razón, sino que se actúa y luego se busca razones que expliquen dicha actuación.

Todo tiene una explicación aunque ésta no sea agradable. Y aferrarse a ideas cuando parecen, o realmente son, incongruentes traerá un beneficio inmediato pero un perjuicio para mucho tiempo.

Elementos cognitivos en la prevención del consumo de alcohol

El modelo de terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia que se basa en un modelo de las dificultades que las personas experimentan en los ámbitos psicológicos, donde la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afecta sus sentimientos y su conducta (Beck, 1967 / 1976). la terapia cognitiva está relacionada, teóricamente, con la psicología cognitiva que se ocupa del estudio de los procesos y estructuras mentales, según Mackay y Fannig (1991), las distorsiones cognitivas son hábitos de pensamiento que se utilizan para interpretar la realidad de

forma irreal. estas formas de pensar distorsionadas, separan al individuo de su contexto real.

Las distorsiones son valorizantes; automáticamente aplican rótulos a personas y objetos antes de ser evaluados de manera objetiva; tienden a ser inexactas e imprecisas, deformando la propia realidad del ambiente. los pensamientos son mensajes específicos, casi siempre creados y apropiados por el individuo, expresándolos en términos de “habría que... tendría que... debería...”

Se basa, también, en el método científico de investigación de los resultados del tratamiento y en un modelo de la terapia, basado en la colaboración del paciente con su terapeuta que tiene como fin la comprobación de los significados personales y subjetivos, con la realidad y el desarrollo de habilidades para la solución de problemas. los adolescentes beneficiados con el entrenamiento en habilidades sociales, orientado por elementos de la terapia cognitiva, ofrecerá al adolescente, no solamente un cambio comportamental sino también de manejo de sentimientos, pensamientos e imaginarios culturales creados alrededor del consumo de bebidas alcohólicas especialmente en el contexto de la ciudad de Túquerres,.

Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Se destacan fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos, pero también se tienen en cuenta los otros factores señalados. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias...) se consideran esenciales para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel. esto no quiere decir que los otros componentes sean olvidados; al contrario se trabaja a menudo con todos ellos

en la terapia (métodos de manejo afectivo, modificación de la conducta...). lo importante es que todos esos componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos, que organizan la experiencia de las personas, sobre todo en adolescentes, quienes aun se encuentran en procesos de formación emocional y comportamental.

Dicho de otra manera, aunque todos los componentes de los trastornos son importantes, los más relevantes son los relacionados con cuestiones del significado. el significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos. el término significado se refiere al sentido que tienen los acontecimientos de la vida actual, los recuerdos, lo que se espera del futuro y como se considera el individuo a sí mismo. la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas, Beck (1967, 1976).

Ellis Diguseppe, y Yeaguer (1958) y su terapia racional emotiva, dicen que, la TRE está destinada a ayudar a la gente a vivir mayor cantidad de tiempo, minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes y a autoactualizarse para que vivan una existencia más llena y feliz. Tiene en cuenta lo que se conoce como el A B C de la terapia racional emotiva donde A son acontecimientos activadores, B creencias actitudes pensamientos y auto afirmaciones y C consecuencias emocionales y conductuales, de tal forma que al conocerse estas se van reemplazando por alternativas racionales por medio de establecer metas y submetas. una vez elegidas las metas deseadas (TRE, temas a elegir), se elige las submetas que pueden estar científicamente (lógica y empíricamente) determinadas, tanto si realmente funcionan como si no, y de

hecho dan lugar a una vida más larga y feliz para la mayoría de las personas durante el mayor tiempo posible.

Las principales submetas de la TRE consisten en ayudar a la gente a pensar más racionalmente (científica, clara y flexiblemente) y a sentir de forma apropiada y actuar funcionalmente (de manera eficaz e inalterable), con miras a conseguir sus metas de vivir más tiempo y feliz. Consecuentemente la TRE define la racionalidad como el sentimiento apropiado y la conducta funcional en términos de las metas básicas.

Los pensamientos racionales (ideas o creencias racionales) se definen en la TRE como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y mejor, particularmente por (a) presentar o elegir por si misma ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente) productores de felicidad, y (b) utilizar formas eficaces, flexibles, científicas, y lógico-empíricas de alcanzar (presumiblemente) estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes. los sentimientos convenientes se definen en la TRE como aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y frustran, esto ayuda a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones; dentro de las emociones negativas convenientes se incluyen dolor, pesar, incomodidad, frustración y displacer. Dentro de las emociones positivas convenientes se incluyen amor, felicidad, placer y curiosidad, las cuales tienden a incrementar sin limitaciones las satisfacciones y longevidad humana. Según la TRE, los sentimientos inconvenientes son aquellas emociones., como los sentimientos de depresión, ansiedad, desesperación, insuficiencia e inutilidad, que tienden a hacer peores las circunstancias y situaciones molestas, más que a ayudar a vencerlas.

Los sentimientos positivos inconvenientes, tales como grandilocuencia, hostilidad y paranoia, se ven como aquellos que temporalmente tienden a hacer que la gente se sienta bien (y con frecuencia superior a otros), pero que conducen a resultados desafortunados y a mayores frustraciones. uno de los supuestos principales de la TRE, es que virtualmente todas las preferencias, anhelos, deseos y ansias humanas son convenientes, incluso cuando no son realizables con facilidad; pero prácticamente todas las órdenes, demandas, insistencias y deberes absolutistas, tanto como las imposiciones sobre sí mismo y sobre los demás que generalmente las acompañan, son inconvenientes y potencialmente autosaboteadoras.

La TRE ve las creencias irracionales, los sentimientos inconvenientes y las conductas contraproducentes como interactivas y transaccionales, y parte de la hipótesis de que si las metas principales de la gente son permanecer vivo, evitar las penas innecesarias y actualizarse a sí mismos, en general, sería mejor que se esforzaran en conseguir un grupo de submetas importantes que les ayuden en los siguientes aspectos: (a) interés en sí mismo, interesarse por sí mismo y poner sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás.

Se sacrifican en cierta medida por aquellos a los que tienen que cuidar, pero no de una forma presuntuosa o absoluta; (b) interés social, es generalmente racional y en beneficio propio porque la mayoría de la gente elige vivir y disfrutar en un grupo social. Si no actúan moralmente, no protegen los derechos de los demás, y no alientan la supervivencia social, no es probable que creen la clase de mundo en el que puedan vivir de una manera confortable y feliz; (c) dirección propia, la gente sana tiende a asumir básicamente la responsabilidad de sus propias vidas, mientras simultáneamente ofrecen su cooperación a los demás. No necesitan o demandan apoyo; (d) tolerancia, los

individuos racionales se conceden a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Incluso cuando están francamente a disgusto con su propia conducta y la de otros, se abstienen de reprobarse a sí mismos o a los demás como personas por esa conducta molesta; (e) flexibilidad, los individuos sanos, tienden a ser flexibles en sus pensamientos, abiertos al cambio, no fanáticos, y pluralistas en su visión del resto de las personas. No tienen reglas rígidas e invariables para sí mismos y para los demás; (f) aceptación de la incertidumbre, los individuos sanos tienden a reconocer y aceptar la idea de que parece que vivimos en un mundo de probabilidad y azar, donde las certezas absolutas no existen, sienten que a menudo es fascinante y excitante vivir en este tipo de mundo, disfrutan del orden pero no lo demandan quejosamente; (g) compromiso, la mayoría de las personas inteligentes y formadas, tienden a estar más sanas y felices cuando están vitalmente absortas en algún asunto fuera de ellos mismos, y preferentemente tienen algún interés fuertemente creativo, que consideren tan importante que estructuran buena parte de su existencia diaria en torno a él; (h) pensamiento científico, los individuos no perturbados tienden a ser más objetivos, racionales y científicos que los perturbados, son capaces de sentir con profundidad y actuar convenientemente; tienden a regular sus emociones y actuaciones mediante la reflexión sobre sí mismos y sus consecuencias, a evaluar estas consecuencias mediante la aplicación de las reglas de la lógica y el método científico; (i) autoaceptación, la gente sana en general está contenta de estar viva, se aceptan a sí mismos, y tienen cierta capacidad para disfrutar de sí mismos.

Rehúsan medir su valía intrínseca por sus logros extrínsecos o por lo que otros piensen de ellos, eligen aceptarse a sí mismos de forma incondicional e intentan evitar clasificarse sobre quiénes y cómo son. Procuran disfrutar en vez de probarse; (j)

arriesgarse, la gente emocionalmente sana tiende a aceptar una cierta cantidad de riesgo, con miras a hacer lo que quieren hacer, incluso cuando existe la posibilidad de que fallen. Tienden a ser aventureros pero no temerarios; (k) hedonismo a largo plazo, la gente que no está perturbada emocionalmente tiende a perseguir tanto los placeres del momento, como los del futuro, son hedonistas, es decir persiguen la felicidad y evitan el dolor. la TRE es un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas auto-derrotistas, y realizarse a sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante, una vez que se han elegido estos objetivos, entonces la submetas sobre la mejor forma de pensar sentir y comportarse parece derivarse de estos propósitos principales; y el que estas submetas realmente funcionen y contribuyan o no a hacer la vida de la mayoría de las personas más largas y felices, casi siempre puede ser determinado científicamente (es decir, lógica y empíricamente) , así mismo la TRE mantiene qué hasta la fecha el método científico (lógico empírico) aparece como el mejor modo (el más eficiente) para descubrir qué técnicas de psicoterapia producen mejores resultados para qué personas bajo qué condiciones a fin de que puedan alcanzarse sus principales metas y submetas.

Las principales submetas de la TRE consisten en ayudar a las personas a pensar de manera más racional (científica, clara y flexiblemente), sentirse de un modo adecuado y actuar más decididamente (de manera más eficiente y sin derrotismos) a fin de lograr sus metas de vivir más y más felizmente, es por eso por lo que la TRE define la racionalidad, los sentimientos adecuados y la conducta funcional en términos de estas metas básicas e intenta ser lo más preciso posible sobre estas definiciones.

Pensamientos racionales se definen en la TRE como aquéllas ideas que ayudan a las personas a vivir más y mejor, especialmente (1) mediante el establecimiento o la

elección para sí mismas de ciertos valores fines metas o ideales que genere (presumiblemente) felicidad y (2) el empleo de medios eficientes, flexibles científicos y lógico-empíricos para conseguir (presumiblemente) estos valores y metas y evitar resultados contradictorios y auto-derrotistas, en la TRE, se asume, que para la mayoría de las personas, el emplear un pensamiento científico les ayudará a elegir e incrementar sus fines productores de felicidad; las más de las veces, pero también se sabe que esto es una hipótesis no un hecho probado y por lo tanto puede no cumplirse en ocasiones para algunas personas.

Los sentimientos negativos adecuados se definen en la TRE, como aquellos que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas son bloqueados y frustrados y que ayudan a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones, las emociones negativa adecuadas incluyen las penas incluyen las penas, la lamentación, el malestar, la frustración y el desasosiego, la emociones positivas adecuadas son el resultado de realizar los ideales o metas determinadas y de la satisfacción de las preferencias y deseos humanos; incluyen el amor, la felicidad, el placer y la curiosidad; todo lo cual tiende a incrementar en gran medida la longevidad y la satisfacción, los sentimientos negativos inadecuados se definen en la TRE como aquellas emociones tales como los sentimientos de agresión, ansiedad, desesperación y las inutilidades que provocan que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren en lugar de posibilitar su superación; los sentimientos positivos inadecuados del tipo de grandiosidad, hostilidad y paranoia, son contemplados como aquellos que tienden de manera provisional a hacer que las personas se sientan mejor (y a veces superior al resto) pero que antes o después conllevan resultados desafortunados y mayores frustraciones

(tales como peleas, toma de decisiones precipitadas sin una adecuada valoración, homicidios, guerras y encarcelamiento).

Uno de los principales puntos de partida de la TRE es que prácticamente todas las preferencias, deseos, esperanzas y anhelos humanos son adecuados incluso aunque no sean fácilmente alcanzables; mientras que prácticamente las ordenes, demandas, insistencias y deberes absolutistas, junto a las imposiciones que acarrearán hacia uno mismo y hacia los demás son inadecuadas y normalmente auto-saboteadoras. La TRE define las conductas, o actos inadecuados o auto-derrotistas, como aquellas acciones humanas que intervienen seriamente y sin necesidad en la vida y en la felicidad, y más específicamente en las metas individuales a corto y largo plazo; por lo tanto, los actos que son rígidamente compulsivos, adictivos y estereotipados tienden a ir contra los intereses de la mayoría de las personas y de los grupos sociales en los que se hallan, a sí mismo los actos que implican un severo retraimiento, fobia y demora en la resolución de acontecimientos futuros también suponen una lesión personal y social; por otro lado las ideas adecuadas tienden a fomentar la supervivencia y la felicidad.

La TRE contempla las creencias irracionales, los sentimientos inadecuados y las conductas auto-derrotistas como hechos interactivos y transaccionales, la TRE plantea la hipótesis de que si los objetivos principales de las personas son el mantenerse vivos evitando el dolor innecesario y buscando la realización plena de sí mismos, habrá de comenzarse por intentar adquirir e interiorizar los siguientes valores, muchos de los cuales pueden verse como actitudes racionales (Bernard, 1990).

La terapia racional emotiva conductual parte de la suposición de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo en su interpretación de la realidad. Define la TREC como una disciplina con base cognitivo-

conductual, el objetivo principal de la TREC es facilitar la identificación de pensamientos considerados como irracionales y buscar sustitución por otros racionales de mayor efectividad, de acuerdo con las metas personales. parte de la hipótesis de que las disfunciones psicológicas se relacionan con la forma en que el individuo evalúa su realidad, tal evaluación puede tener el carácter absolutista (“debo”, “tengo que”) sobre sí mismo, los otros y la vida; dejando de lado la cualidad de probables y relativos de los eventos y situaciones y, también, la posibilidad del individuo de alterar tanto su ambiente como el pensamiento y la conducta.

Cabe al terapeuta de la TREC rechazar las creencias erróneas del participante lo que, en el entrenamiento en habilidades sociales puede asociarse con el ensayo conductual. por ejemplo, ensayando determinadas conductas de iniciar y mantener una conversación, insistiendo en “descomponer” las creencias irracionales: “usted está diciendo que nada le resulta acertado, pero ayer conto que le resultó bien”; “solo en la ficción existen personas aventuradas”; “nadie puede agradar a todo el mundo”; “existen personas con conductas altruistas o egoístas”; “no es verdad que usted sea incapaz”. Además combinando otras técnicas, podrá también enseñar al participante algunas verbalizaciones autorreforzadoras como: “mi desempeño fue bueno”, “me siento bien hoy”, “la práctica asertiva me está ayudando”, “siento que le agrado a algunas personas”; “mi exposición fue buena, observé que mucha gente prestó atención”. Debe ejercerse cuidado al emplear la TREC en personas con creencias irracionales muy arraigadas, que se permiten poca flexibilidad, en esos casos según Guilhardi, un análisis del origen de estas creencias a partir de la historia de vida del paciente sería de gran utilidad, lo que permitiría la identificación de las contingencias pasadas y presentes que mantienen ese sistema inflexible (Del Prette, 2002).

Elementos del modelo de terapia grupal en el entrenamiento de habilidades sociales

El presente estudio se realizara teniendo como base elementos de la terapia grupal puesto que las mediciones se realizaran entre grupos y también porque el ambiente de la terapia grupal se asemeja al modelo educativo al cual los participantes se encuentran familiarizados.

A partir de 1985 se incrementó el interés por la dimensión grupal, dado que muchos de los problemas que se discuten en los grupos cognitivo conductuales son sociointeraccionales. La presencia de otros participantes supone, para el terapeuta, la oportunidad de observar y, para los coparticipantes, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales o afianzar otras. El grupo permite la interacción con otros compañeros en un entorno de protección. De esta forma la terapia cognitivo conductual ofrece a los participantes muchas oportunidades de aprender y practicar conductas y cogniciones a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución; en los grupos cognitivo conductuales los integrantes del grupo aportan consejos a los otros participantes.

Como resultado desarrollan importantes habilidades de liderazgo ayudando a otros con lo que generalmente aprenden a ayudarse a sí mismos de una forma más eficaz de cuando son receptores únicos de una terapia particular. para los adolescentes, el estar en grupo con compañeros de su misma edad, que enfrentan realidades similares en el manejo de situaciones sociales, facilita el proceso de asimilación de comportamientos asertivos en un ambiente controlado, que pueden ensayar con los compañeros. Afianzan, así, habilidades para emitir conceptos, opiniones, sentimientos y comportamientos asertivos en situaciones sociales. Además encuentran la oportunidad de tener refuerzos por medio de los compañeros. A todos los coparticipantes se les

ofrecerá la posibilidad de aprender la habilidad de administrar refuerzo a otras personas en situaciones sociointeraccionales y con la familia y, como el refuerzo es una habilidad muy útil en la sociedad, a medida que las personas aprendan a reforzar a las demás son reforzados recíprocamente.

El modelo cognitivocomportamental en grupo no carece de limitaciones. Aunque el orden del día de una sesión puede servirle al terapeuta como criterio para saber cuándo pone límites a la excesiva profundización en un tema irrelevante, también puede impedir la exploración de las necesidades idiosincrásicas de algún participante determinado. a cada participante se le asigna un tiempo en cada sesión para discutir sus problemas específicos; por ello no se puede permitir que uno o dos o más integrantes del grupo se apropien de la sesión.

Un modelo ideal de tratamiento o intervención puede ajustarse a los siguientes criterios: (a) A fin de mantener la atención de los adolescentes, las sesiones deben constar de varios segmentos cortos, cada uno con un inicio y un fin determinados; además, éstos deben contar con señales verbales o visuales; (b) el modelo debe abarcar formas de captar la atención y los recuerdos de los miembros (c) los integrantes deben conocer de antemano las tareas que realizarán, a fin de que tengan tiempo de organizar sus pensamientos; (d) deben tomarse medidas para que los miembros retengan conceptos y practiquen su aplicación entre las sesiones de tratamiento.

En este caso en especial el modelo de intervención grupal debe semejarse a una labor educativa, pues un procedimiento de enseñanza tiene sentido tanto en un nivel psicológico como en uno práctico. Los miembros del grupo que, quizás, no estén acostumbrados a la idea de recibir ayuda psicológica en una situación de grupo, se sentirán más dispuestos y menos incómodos ante la perspectiva de asistir a un salón de

clases, ya que los adolescentes están familiarizados con la metodología del área educativa, y no será tan extraño para ellos compartir con un grupo en este escenario, y esto los ayuda a efectuar con facilidad la transición al ambiente de terapia grupal. Dicha estructura externa puede simplificar la adquisición de conocimientos objetivos, comprensión de conceptos, y mejor ejecución de tareas de aprendizaje (Yost 1991) pero la estructura educativa no puede predominar al grado de que inhiba una fácil exploración de aspectos de fuerte contenido emocional. Mantener este equilibrio es otra de las funciones del terapeuta dentro del grupo.

La importancia de los grupos con adolescentes radica en que no implica que, en este tipo de grupos, exista un problema psicológico, y por lo tanto deban estar en la posición de pacientes. Se considera que se incluyen en el grupo personalidades normales que desean crecer, cambiar y desarrollarse, ya que al igual que en la terapia individual, se ayuda a los participantes a resolver problemas diarios; sin embargo se focaliza en problemas de relación, en este caso el aprendizaje de habilidades sociales. Debido a que el grupo es una representación en miniatura del mundo real, las dificultades, problemas y decepciones que causan que el adolescente no sea hábil socialmente, se reactivan en el grupo. además la causa de los puntos ciegos de los participantes en cuanto a sus comportamientos, sobre todo los desadaptativos además de las dificultades interpersonales, se hacen mucho más evidentes y claras, en las conductas aquí y ahora grupales que en la descripción que ellos puedan hacer de sí mismos.

Así, pues, en la medida en que se pueda asumir que cada miembro actuará con los otros de manera bastante similar a como actúa afuera, el grupo resulta el marco ideal para descubrir y practicar nuevas formas de abordar las relaciones sociales, puesto que el grupo es un contexto nuevo para probar otras formas de comportamiento en un ambiente

creado para ello. De esta forma, al cambiar de contexto se facilita el surgimiento de nuevas soluciones a antiguos problemas, ya que gracias a la comunicación abierta a través de la exploración interpersonal honesta de los miembros, tienen la oportunidad de aprender sobre sí mismos y entender como son comprendidos por las demás personas.

Aprendizaje estructurado

El aprendizaje estructurado y en especial en el contexto de esta investigación es utilizado específicamente para aumentar conductas prosociales, interpersonales y manejar habilidades sociales de una forma funcional; dichas habilidades debe dominarlas el adolescente en todos los lugares en los que convive y dominar una serie cada vez más compleja de situaciones sociales. Al implementar el programa de entrenamiento y enseñar al adolescente habilidades sociales que no han sido aprendidas o las que posee no son utilizadas de forma efectiva se aprenda el manejo adecuado de situaciones sociales y el reconocimiento identificación y administración adecuada de sentimientos que en algún momento impidieron la naturalidad en el proceso de socialización.

El objetivo general del aprendizaje estructurado es aumentar la capacidad de aprendizaje y en consecuencia llevar una vida más efectiva y satisfactoria. En una sesión típica se enseña a los asistentes en qué consiste una conducta competente, se les da oportunidad para que ensayen lo que han visto, se les suministra una retroalimentación sistemática en relación con el rendimiento y se les anima de varias formas para que utilicen sus nuevas habilidades (Aprendizaje estructurado, 2005). El objetivo es enseñar y aprender habilidades sociales útiles para comunicar ideas y sentimientos.

El aprendizaje estructurado se llevara a cabo en un escenario parecido al entorno cotidiano de los participantes y amueblado en forma similar, si será más factible la

generalización, la distribución de los asientos en forma de herradura suele funcionar detrás de uno de los participantes puede estar la pizarra donde se anotan los diferentes pasos a seguir de la habilidad que se trabaja en ese momento, el coordinador ira indicando cada uno de los pasos de su representación (Bernabeu, 2004). En la sesión inicial se dedicará a estimular el interés del participante en el grupo y se dará más información sobre lo que se pretende con esas sesiones, el instructor abre la sesión con un breve periodo de familiarización con la finalidad de que los participantes se sientan cómodos con ellos, luego se describe con brevedad lo que es el aprendizaje de habilidades, hablar de la importancia de las habilidades interpersonales para llevar una vida satisfactoria ejemplos de habilidades que se enseñarán y su utilidad en la vida cotidiana, también es necesario describir los procedimientos específicos del tratamiento de forma que todo el grupo pueda entenderlos con facilidad (Bernabeu, 2004). Diversas técnicas se utilizan dentro del aprendizaje estructurado entre ellas las siguientes que se utilizarán en el presente estudio.

Modelamiento:

Muchas cosas las aprendemos observando primero a quienes las hacen y luego intentando hacerlas nosotros mismo. A este proceso de aprendizaje se le denomina modelamiento o imitación (Stumphauzer, 1998)

Entrenamiento Asertivo:

Como cualquier otra habilidad humana, la asertividad es susceptible de aprenderse, entenderse y mejorarse. La asertividad es una habilidad básica para el desenvolvimiento en la vida cotidiana ya que consiste en que, a partir de diferentes técnicas, el individuo aprende a emitir respuestas más apropiadas y eficaces.

Juego de Roles:

Esta técnica es indicada para desarrollar comportamientos de asertividad. Es importante asegurarse de que el paciente tendrá cierto éxito con la tarea. Con la ayuda del terapeuta se hace un ensayo de comportamientos y conductas, como si estuviera enfrentando realmente su problemática, con lo que se busca incrementar las habilidades de afrontamiento del paciente (Caballo, 1991).

Técnica de disco rayado:

Consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos una y otra vez, ante la insistencia de otros por acceder a los suyos. Evita el tener que poner excusas falsas y ayuda a persistir en los objetivos que la persona tiene inicialmente.

Banco de niebla:

Técnica que ayuda a aprender a responder a las críticas manipulativas de otra persona reconociendo su posibilidad o su parte de verdad.

Técnicas cognitivas

Registro diario de pensamientos disfuncionales:

Consiste en enseñar a los participantes a hacer un autoregistro de sus pensamientos. esta observación y registro de pensamientos aumentara al darse cuenta el paciente del «flujo de pensamientos» y el desfile de imágenes que influyen sobre sus sentimientos y su conducta. un registro diario de pensamientos disfuncionales debe llevar la siguiente estructura: (a) fecha y hora, (b) situación o contexto, (c) emoción o emociones, (d) pensamientos automáticos, (e) distorsiones cognitivas, (f) respuestas racionales, (g) resultado final: (ver tabla 19).

Ensayo cognitivo:

Consiste en que para lograr algunas acciones u objetivos, el paciente debe imaginarse a sí mismo realizando cada paso o fase de la tarea de un modo sistemático y focalizado. De esta manera, la tarea se puede descomponer en pasos manejables, lo que hace posible anticipar obstáculos y da al paciente la sensación de que es posible llevar a cabo la tarea (Caballo, 1991).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Enfoque

La investigación está inscrita dentro del paradigma cuantitativo de tipo experimental donde se trata de evaluar, valorar, cuantificar, el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales orientado a controlar factores de riesgo a partir del proceso de prevención primaria sobre el consumo de alcohol.

Tipo de estudio

El tipo de estudio en esta investigación es el descriptivo que sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición y análisis estadístico de uno o más de sus atributos.

Diseño

Se utilizó un diseño de experimental con preprueba postprueba en un grupo experimental y en otro de control. Los sujetos son asignados al azar a los grupos: Un grupo recibe el tratamiento experimental y otro no (grupo control); finalmente se administra una postprueba (Hernández, Fernández y Baptista 1991) lo que en este estudio servirá para establecer si la optimización de las habilidades sociales como factor protector que pueda controlar la incidencia de factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes.

El diseño puede diagramarse así: (Ver tabla 1)

Grupos	Procedimiento		
RG1	O1	X	O2
RG2	O3	—	O4

Tabla 1. Diseño preprueba postprueba con grupo control

Análisis de datos estadísticos

Para realizar el análisis de datos estadísticos se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis (de William Kruskal y W. Allen Wallis) que es un método no paramétrico para probar si un grupo de datos proviene de la misma población. Intuitivamente, es idéntico al ANOVA con los datos reemplazados por categorías. Ya que es una prueba no paramétrica, la prueba de Kruskal-Wallis no asume normalidad en los datos, en oposición al tradicional ANOVA. Si asume bajo la hipótesis nula que los datos vienen de la misma distribución cuya fórmula es $H = [12 / n(n+1)]$ (sumatoria de $R^2/n - (n+1)$). El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa SPSS en su versión 13.

Población y muestra

La población es el grupo de adolescentes de 12 a 14 años matriculados en la Institución Educativa San Francisco de Asís de la ciudad de Túquerres. Teniendo en cuenta que los estudios realizados por el Observatorio de Drogas afirman que los jóvenes entre los 12 a 14 años se encuentran en mayor riesgo de iniciar el consumo de alcohol debido a las características propias de la etapa de la adolescencia y su sensibilidad al consumo, tomando en cuenta los diferentes factores de riesgo como el ámbito cultural en el que desenvuelven. Se realizó una convocatoria abierta a toda la población de estudiantes y posteriormente se informó de que trata el programa, y se

obtuvo el consentimiento informado para evitar que personas que ya han iniciado el consumo se unan a uno de los grupos, después de esto se hizo distribución al azar de los jóvenes en dos grupos iguales quienes consintieron hacer parte del programa, y acepten las condiciones en el que éste se llevó a cabo informándoles de su contenido y evaluación. Se aplicó la preprueba teniendo en cuenta que el grupo experimental recibió el tratamiento y el de control no. Al final se aplicó la postprueba al final del programa.

Instrumentos

Escala DUSI Abreviada para Jóvenes R. Tarter:

Para identificar los factores de riesgo de consumo, se aplicó la escala del sistema interamericano de datos uniformes sobre el consumo de drogas SIDUC / SICAD, en su versión DUSI abreviada para jóvenes, la cual fué validada para Colombia en el año de 1996 dentro del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas y Factores Asociados en Estudiantes de Colombia. Esta escala tamiza y cuantifica los factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y su severidad, distribuidos en ocho dominios, que constan de 83 ítems, con respuesta SI o NO, cada uno correlacionado a través de un listado de síntomas del DSM – III – R. Posteriormente se incluye el cuestionario del sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas VESPA, que comprende las preguntas de la 84 a la 95, las cuales identifican la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (Anexo B).

La escala DUSI -Drugs Screening Inventory-, (Tarter, R., 1996) es un cuestionario multidimensional, diseñado para evaluar los factores de riesgo asociados con el uso de sustancias psicoactivas. Esta prueba puede aplicarse en forma autoadministrada y diligenciarse con papel y lápiz o por medio de un computador en aproximadamente 20 minutos, además puede ser aplicada leyendo los ítems a individuos que tienen una

Efectos de un programa de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes 105

educación inferior al cuarto grado. Esta escala permite obtener información que ayuda a cuantificar la exposición a los factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y su severidad en la población objeto de estudio. La escala, además, mide variables como edad, género, nivel educativo y estado de salud, las cuales facilitan caracterizar la población. La metodología de validación incluyó el análisis factorial y el análisis de confiabilidad de la escala DUSI -R modificada y el análisis de la vulnerabilidad para Consumo de Sustancias y su relación con los dominios del DUSI-R Abreviado (Lopera, Mejía y Rodríguez 1999). La escala antes mencionada se aplicó como pre y postprueba dentro de la investigación.

Se evaluó si la confiabilidad de la escala conformada por 72 ítems, se ve afectada con la reducción de un 50% de las preguntas, se analizó comparativamente la confiabilidad de las escalas DUSI-R abreviada y DUSI-R modificada, encontrándose que el instrumento continúa presentando una excelente confiabilidad (α : .86) comparada con la original (α : .91). Teniendo el género masculino una confiabilidad ligeramente superior a la del femenino (.88 vs .84) (Lopera, 1999). En la confiabilidad general y por dominio de la escala DUSI se observa que todos los alfa de Cronbach están por encima del 0.8, teniendo los mejores valores el dominio académico con 0.92 y el dominio de estado emocional con 0.91, como lo indica la Tabla 3.

Para estudiar la validez de la escala DUSI orientada a la aplicación de la misma en población colombiana se llevó a cabo un análisis de componentes principales, utilizando la rotación Varimax para todos los dominios.

Inicialmente se realizó una matriz de correlación tetracórica entre los puntajes dicotómicos, posteriormente esta matriz fue utilizada para obtener la carga factorial de cada componente principal.

La escala FRP-SPA es la simplificación y validación de la escala DUSI realizada en la ciudad de Cali en el año 2006 en la Pontificia Universidad Javeriana.

Procedimiento

Partiendo de la observación y diseño del proyecto, se tiene en cuenta diferentes pasos para la realización, implementación y evaluación del programa de prevención

Fase 1

Establecer el problema:

A partir de la observación continua del comportamiento social de los adolescentes y las características propias de esta etapa, se estableció que el consumo de alcohol representa un problema en los adolescentes partiendo del análisis del comportamiento observado y los altos índices de ingesta de bebidas alcohólicas que presenta la ciudad como fenómeno cultural, se determinó que el consumo de alcohol está presente en todos los ámbitos sociales de la ciudad como un fenómeno cultural, a partir de esto surge la idea de conocer qué factores de riesgo están asociados al consumo de alcohol y desde esta evaluación diseñar, aplicar y evaluar un programa de prevención primaria en entrenamiento en habilidades sociales orientado a la población adolescente con el fin de identificar el efecto de este sobre la prevención en el consumo de alcohol en los jóvenes, desde la optimización de las habilidades sociales como factor protector.

Fase 2

Diseño:

El diseño del programa se basó en el modelo experimental con pre y postprueba con un grupo de control.

Fase 3

Formación de grupos:

Se llevó a cabo una convocatoria abierta y se brindó la información concerniente al programa a implementar. Se empleó un consentimiento informado; a los padres de familia de los participantes y se aplicó el asentimiento a los estudiantes quienes decidieron participar en el estudio, seguidamente se dividió en dos grupos al azar, uno control y otro experimental, con un mínimo de 15 participantes en cada grupo, el grupo experimental recibió diez sesiones de entrenamiento en habilidades sociales con duración de una hora y media semanal (Anexo A).

Se inició el proceso de implementación del programa de entrenamiento en habilidades sociales con una reunión general con los padres de familia de toda la institución educativa, se invitó a los talleres y se explicó su contenido, lo que se pretendía lograr y las edades de los participantes así como explorar el interés de los padres de familia por el contenido de los talleres.

Convocatoria a la que se inscribieron 35 personas entre los 12 y 14 años de los grados 6° 7° y 8°.

Posteriormente se realizó una reunión con los padres de familia y estudiantes que se inscribieron para concertar horario y compromisos de los jóvenes y de los padres de familia y dar a conocer las reglas y contenidos de los talleres como también el objetivo general del programa al cual acudieron 30 padres y 30 estudiantes.

Se realizó la asignación de los estudiantes a los dos grupos por medio de una rifa con balotas para garantizar la distribución al azar.

Fase 4

Preprueba:

Se aplicó la escala DUSI abreviada para jóvenes como pre prueba antes de la aplicación del programa para la posterior comparación entre pre y post prueba.

Fase 5

Se aplicó el programa de entrenamiento en habilidades sociales a los adolescentes del grupo experimental, en la preprueba se encontraron falencias en diferentes factores de riesgo (ver tabla 5) y posteriormente a la aplicación del programa se observó mejoramiento en los factores afectados.

Fase 6

Postprueba:

Luego de la aplicación del programa al grupo experimental se aplicó la postprueba, la escala DUSI en su versión FRP-SPA a los grupos experimental y de control para iniciar el proceso de análisis de datos con el fin de establecer el efecto del programa y la influencia del mismo sobre los factores de riesgo (ver tabla 6).

Fase 7

Análisis de datos:

El análisis de datos estadísticos muestra que los participantes del grupo experimental se encontraba en riesgo en los componentes de: Estado emocional un 40,7 %, comportamiento social un 22,2 %, familia 14,8 %, relación con pares 11,7 % donde en el componente de uso de drogas no presentan riesgo teniendo en cuenta que estos no han iniciado el consumo de alcohol, por lo tanto se realizó un proceso de prevención primaria (ver tabla 3).

En cuanto a la post prueba se observó el efecto favorable del programa en cuanto a habilidades sociales, malestar emocional, satisfacción en relaciones interpersonales, no presentan riesgo según ésta; en cuanto a los componentes de preconceptos y valoración de las SPA existe riesgo en un 50 % de la población, espiritualidad 27,8 %, permisividad social y accesibilidad a las SPA con un 22,8 % de la población en riesgo; de esta forma se observa que el programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector en el control de factores de riesgo si es efectivo, teniendo en cuenta la disminución en el riesgo en los factores examinados en la preprueba.

Variables

Variable independiente:

Programa de prevención primaria basado en el entrenamiento en habilidades sociales en el control de factores de riesgo para la conducta de consumo de alcohol.

Variable dependiente

Factores de riesgo para la conducta de consumo de alcohol.

Variable control

Edad de los adolescentes participantes del programa.

Hipótesis

Hipótesis general

La implementación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector es efectivo en el control de factores de riesgo para la conducta de consumo de alcohol en adolescentes de 14 años.

Hipótesis nula

La implementación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector no es efectivo en el control de factores de riesgo para la conducta de consumo de alcohol en adolescentes de 14 años.

Hipótesis estadísticas

Existen diferencias estadísticas significativas entre grupos en aquellos adolescentes que forman parte del grupo experimental los cuales recibieron el programa de entrenamiento en habilidades sociales, con relación a los del grupo control.

Existen diferencias estadísticas significativas intragrupos en aquellos adolescentes que forman parte del grupo experimental los cuales recibieron el programa de entrenamiento en habilidades sociales, con relación a los del grupo control.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las habilidades sociales constituyen un indicador de competencia psicosocial y las dificultades en las mismas representaron un factor de riesgo para la génesis del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. De ahí que se haya propuesto un programa de entrenamiento encaminado a la prevención del inicio del consumo de alcohol en edades tempranas mediante la optimización de los recursos personales que hacen menos difícil el rechazo del ofrecimiento de alcohol.

Mediante multitud de contactos interpersonales se va (re)construyendo la identidad psicosocial, de ahí que es la interacción social el aspecto más importante de cualquier proceso formativo-socializador. Esta cuestión implica que los individuos deberían poseer unas adecuadas habilidades sociales e interpersonales que les permitan interactuar positiva y eficazmente con los demás.

El hecho de que se haga recaer en el entrenamiento en habilidades sociales una posibilidad de enriquecimiento social y personal se fundamenta en un supuesto central admitido y es que, el ser humano es un ser social. Desde la perspectiva teórica adoptada en esta investigación no es posible, pues, concebir al individuo como un mero ser reactivo sujeto a las influencias del medio o describir la realidad como una totalidad organizada y coherente, indivisible en componentes, de modo que el ser humano construya activamente su conocimiento desconectado de los condicionantes sociales, sino sobre la conformación de las habilidades intelectivas, comunicacionales, interpersonales, atencionales, entre otras y se aproxima a un modelo dialéctico contextual desde el cual se enfatiza la importancia del contexto social. Se refiere al desarrollo individual en constante interacción con un contexto histórico-social que lo condiciona y que actúa como signo y síntoma de otras búsquedas.

Los conflictos personales e interaccionales derivados de la insuficiencia/inadaptación de las habilidades sociales de algunos adolescentes representan factores de riesgo para el consumo de alcohol. El suplir este déficit de ciertas habilidades sociales o de rechazo mediante el empleo de alcohol representa un recurso al que se acude con relativa frecuencia. Acuerdo frente a que los déficits en habilidades sociales actúan como un elemento presente en diversos problemas entre los que se halla el consumo de la sustancia mencionada y, por otro lado, la conformación de una identidad personal y social adaptativa al escenario vital puede actuar como factor protector ante la dependencia de sustancias psicoactivas. Asimismo, un eficaz grado de competencia en las habilidades emocionales es fundamental para un satisfactorio funcionamiento social, lo cual influye en la adaptación psicosocial y escolar. Se ha propuesto el entrenamiento en habilidades sociales dentro de la terapia cognitivo-conductual como una medida preventiva, dada la relación constatada entre su desarrollo en la infancia y adolescencia y la salud mental adulta.

También resulta importante el componente emocional, concatenado con el entrenamiento en habilidades sociales, teniendo en cuenta que las emociones forman parte importante del comportamiento social teniendo en cuenta que estas predisponen al individuo frente al grupo en situaciones sociales, así, para la puesta en práctica del programa objeto de este estudio se tuvieron en cuenta componentes emocionales evaluados en la preprueba como el miedo al rechazo, la imagen que se presenta al grupo, la ansiedad y las dificultades para entablar relaciones interpersonales efectivas. Así aprovechando los componentes de las habilidades sociales se trabajó el manejo de las emociones teniendo en cuenta las herramientas y técnicas aplicadas donde se integró a este identificación de emociones, niveles de ansiedad entre otras, ofreciendo al

participante la oportunidad de evaluar sus emociones, e identificar como lo afectan en contextos sociales como el grupo de pares, familia y adultos en general.

De esta forma se aprendió a reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas, como también similitudes y diferencias entre individuos y grupos e identificar sus propios sentimientos y autocontrol de los mismos, al igual entender y colocar en práctica la empatía en los talleres de enfrentar la crítica, expresar desacuerdos y observar y escuchar.

Resultados de aplicación de preprueba.

Factores de riesgo identificados

Al aplicar el instrumento de medición, en el caso de este estudio la escala DUSI abreviada para Jóvenes, se identificó que los factores de riesgo más importantes, en los cuales los sujetos presentan mayor riesgo de consumo son: el estado emocional con un 40,7% de población en riesgo y el comportamiento social con 22,2%, y que el género femenino es el que se encuentra en mayor riesgo con un 66,7% en el grupo experimental. En cuanto al grupo de control se observa mayor riesgo en el estado emocional con un 31,4% de la población en riesgo y el comportamiento social 20% de la población en riesgo como se observa en la tabla de frecuencias (ver tabla 2).

Grupo experimental:

En la tabla se puede observar la frecuencia directa de riesgo en la población del grupo experimental teniendo en cuenta edad y genero, como también el promedio de riesgo de los participantes del grupo, de esta forma se aprecia que en el grupo experimental, el dominio que presenta un riesgo más alto es el de estado emocional y en segundo lugar en riesgo de consumo es el 3 que es el de habilidades sociales.

GRUPO EXPERIMENTAL						
Dominio	En Riesgo	Femenino	Masculino	12 Años	13 Años	14 Años
1 Conducta	3	2	1	1	2	0
2 E. Emoc.	15	10	5	7	6	2
3 Comp. Soc.	6	4	2	3	2	1
4 Familia	4	3	1	2	2	0
5 Académico	0	0	0	0	0	0
6 Rel. Pares	3	2	1	0	3	0
7 Recreación	0	0	0	0	0	0
8 Consumo	0	0	0	0	0	0

Tabla 2. Tabla de Frecuencias Directas de Evaluación de Riesgo en Preprueba

En la siguiente tabla se consignan los datos con respecto al promedio de riesgo estadístico en el grupo experimental

DOMINIO	PORCENTAJE	EN RIESGO
1 Conducta	11,1	3
2E. Emocional.	40,7	11
3 Comp. Soc.	22,2	6
4 Familia	14,8	4
5 Académico	0,0	0
6 Rel. Pares	11,1	3
7 Recreación	0,0	0
8 Consumo	0,0	0
TOTAL	100,0	27

Tabla 3. Porcentaje de Riesgo en Grupo Experimental

En la siguiente figura se observa el comportamiento de los factores de riesgo que presenta la población del grupo experimental, donde se observa con mayor claridad los factores de riesgo que presentan mayor influencia para incidir en el inicio de consumo de alcohol en los participantes del grupo experimental.

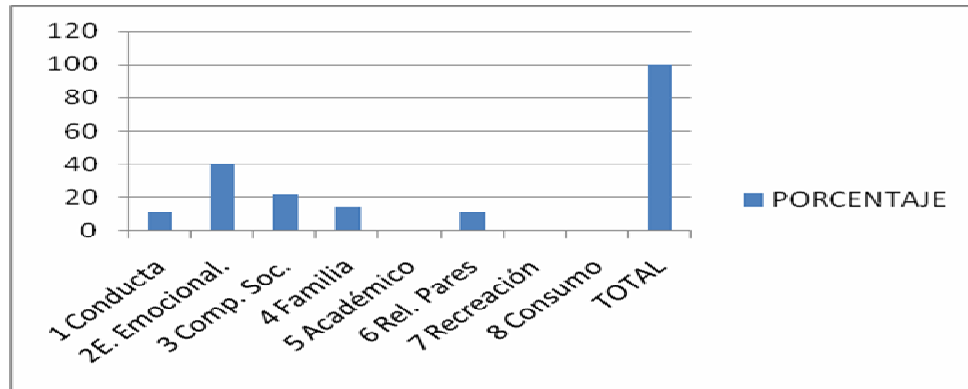


Figura 2. Promedio de Riesgo en Grupo Experimental.

En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia directa de riesgo en la población del grupo control teniendo en cuenta edad y genero, como también el promedio de riesgo de los participantes del grupo, de esta forma se aprecia que en el grupo control, el dominio que presenta un riesgo más alto es el de estado emocional y en segundo lugar en riesgo de consumo es el 3 que es el de habilidades sociales de forma similar que los participantes del grupo experimental.

GRUPO CONTROL

Dominio	En Riesgo	Femenino	Masculino	12 Años	13 Años	14 Años
1 Conducta	6	5	1	1	2	3
2 E. Emoc.	11	6	5	2	6	3
3 Comp. Soc.	7	3	4	1	4	2
4 Familia	4	2	2	2	0	2
5 Académico	1	0	1	0	1	0
6 Rel. pares	4	3	1	1	1	2
7 Recreación	2	1	1	0	0	2
8 Consumo	0	0	0	0	0	0

Tabla 4. Tabla de frecuencias directas de evaluación de riesgo en preprueba grupo control.

En la siguiente tabla (ver tabla 5) se consignan los datos con respecto al promedio de riesgo estadístico en el grupo control.

DOMINIO	PORCENTAJ	EN RIESGO
1 Conducta	17,1	6
2 E. Emoc.	31,4	11
3 Comp. Soc.	20,0	7
4 Familia	11,4	4
5 Académico	2,9	1
6 Rel. Pares	11,4	4
7 Recreación	5,7	2
8 Consumo	0,0	0
TOTAL	100,0	35

Tabla 5. Promedio de Riesgo en Grupo Control

En la siguiente figura se observa el comportamiento de los factores de riesgo que presenta la población del grupo control.

En la siguiente figura se observa el comportamiento de los factores de riesgo que presenta la población del grupo control, donde se observa con mayor claridad los factores de riesgo que presentan mayor influencia para incidir en el inicio de consumo de alcohol en los participantes del grupo control. (Las coordenadas consignadas en la figura corresponden a la posición de cada factor de riesgo asignadas en la tabla 5).

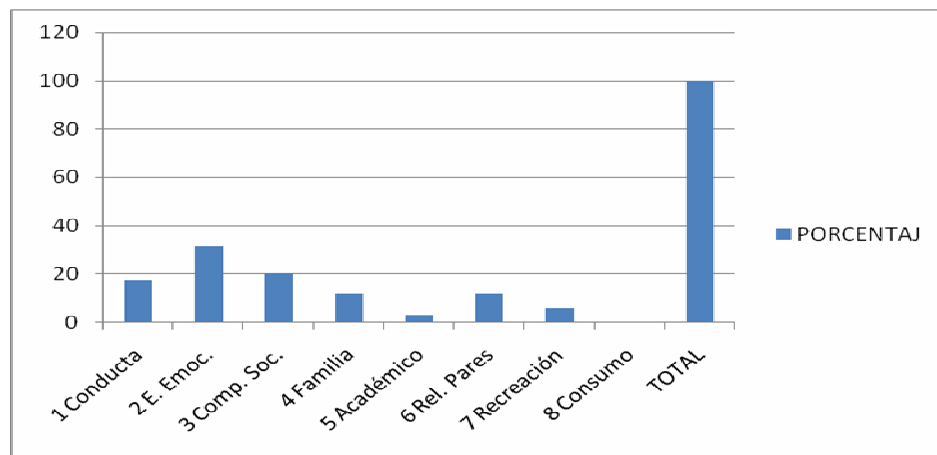


Figura 3. Promedio de Riesgo en Grupo Control.

En cuanto a la estimación de riesgo por dominio teniendo en cuenta el género se observa que, el género femenino se encuentra en mayor riesgo que el masculino como lo demuestran los siguientes gráficos de cada uno de los dominios en la preprueba (ver tablas 6 a13) de la siguiente forma.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo conducta en los grupos control y experimental en preprueba.

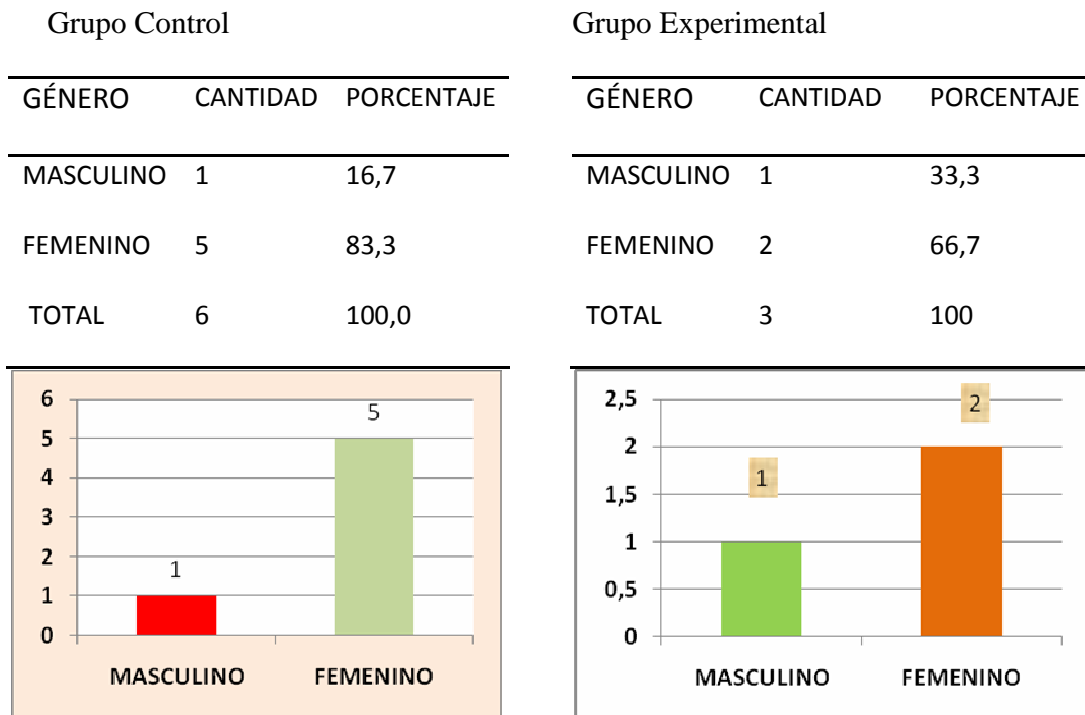


Tabla 6. Conducta.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo estado emocional en los grupos control y experimental en preprueba.

Grupo Control		
GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	5	45,5
FEMENINO	6	54,5
TOTAL	11	100,0

Grupo Experimental		
GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	5	33,3
FEMENINO	10	66,7
TOTAL	15	100,0

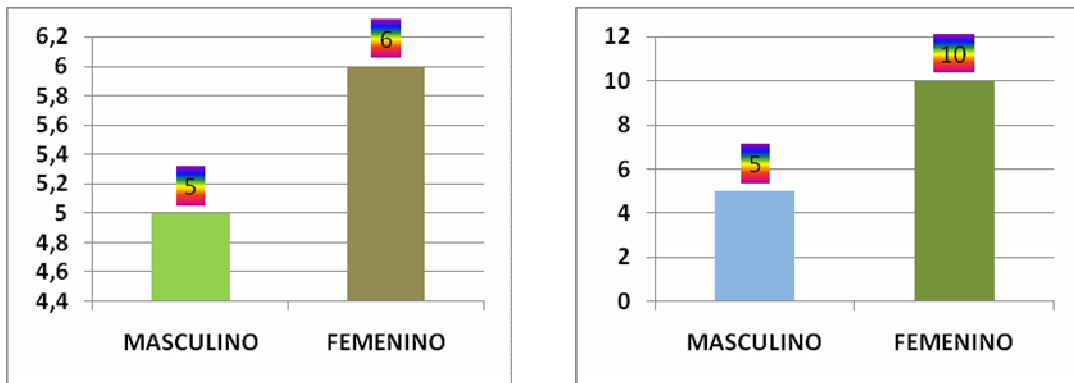


Tabla 7. Estado Emocional.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo comportamiento social en los grupos control y experimental en preprueba.

Grupo Control

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	3	33,3
FEMENINO	6	66,7
TOTAL	9	100,0

Grupo Experimental

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	2	33,3
FEMENINO	4	66,7
TOTAL	6	100,0

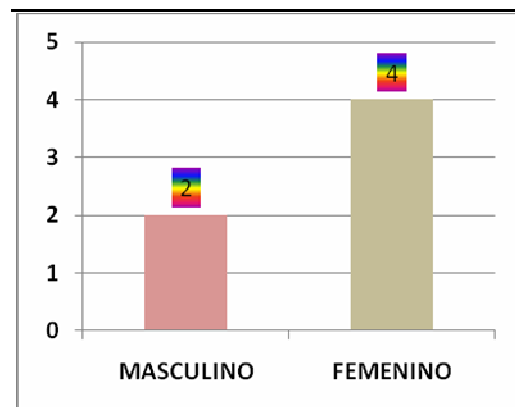
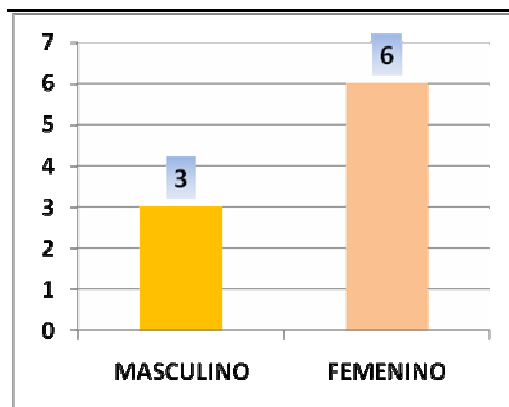


Tabla 8. Comportamiento Social.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo familia en los grupos control y experimental en preprueba.

Grupo Control

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	2	50,0
FEMENINO	2	50,0
TOTAL	4	100,0

Grupo Experimental

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	1	25,0
FEMENINO	3	75,0
TOTAL	4	100

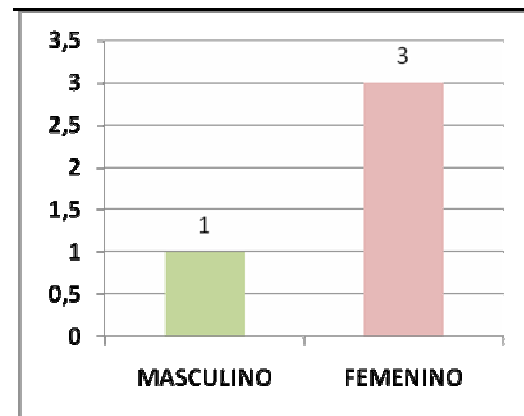
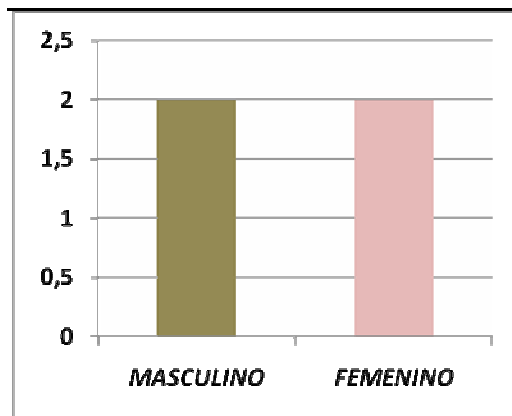


Tabla 9. Familia.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo académico en el grupo control, teniendo en cuenta que no existe riesgo en los participantes del grupo experimental.

Grupo Control

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	1	100,0
FEMENINO	0	0,0
TOTAL	1	100,0

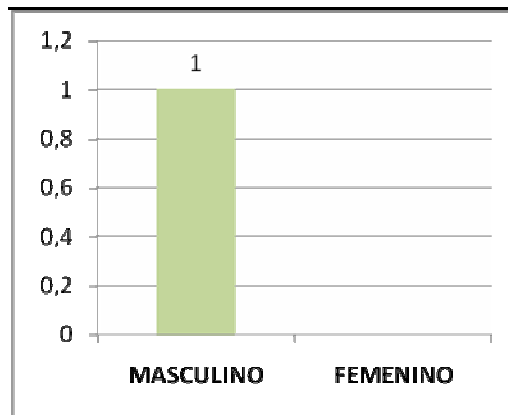


Tabla 10. Académico.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo relación con pares en los grupos control y experimental en preprueba.

Grupo Control			Grupo Experimental		
GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ	GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	1	25,0	MASCULINO	1	33,3
FEMENINO	3	75,0	FEMENINO	2	66,7
TOTAL	4	100,0	TOTAL	3	100

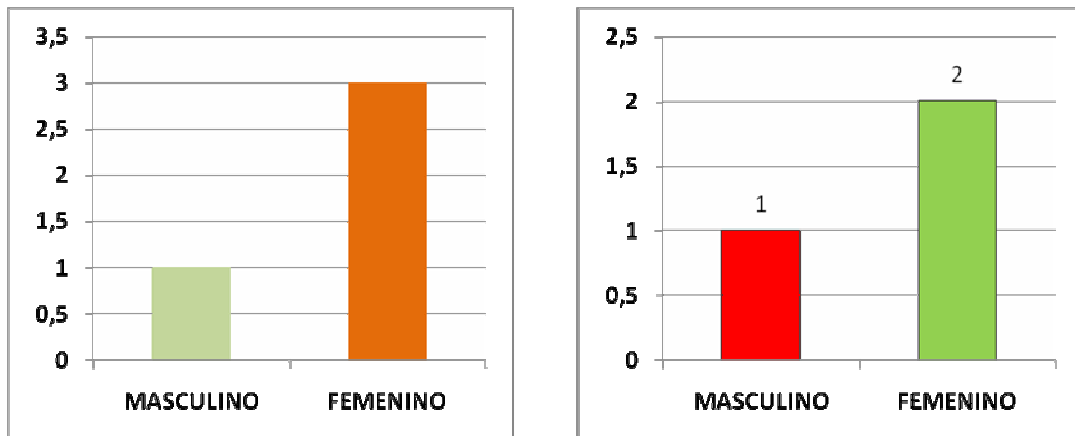


Tabla 11. Relación con Pares.

En siguiente tabla se observa el comportamiento del factor de riesgo recreación en el grupo control teniendo en cuenta que los participantes del grupo experimental no presentan riesgo en este dominio en la preprueba.

Grupo Control

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJ
MASCULINO	1	50,0
FEMENINO	1	50,0
TOTAL	2	100,0

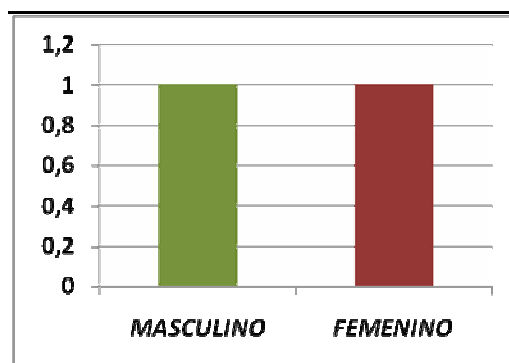


Tabla 12. Recreación

Resultados de aplicación de postprueba

En lo referente a la post prueba se observó que si existe influencia positiva en los factores de riesgo evaluados por la prueba, en especial en los componentes de habilidades sociales, malestar emocional, satisfacción en relaciones interpersonales, teniendo en cuenta que en estos dominios el riesgo ya no existe y los dominios de preconceptos y valoración de las SPA 50 % de población en riesgo, espiritualidad presenta aun un nivel de riesgo del 27,8 % y permisividad social y accesibilidad a las SPA conserva el riesgo en un 22,8 % de la población del grupo experimental. En comparación con los integrantes del grupo de control quienes continúan presentando riesgo en todos los dominios demostrando de esta forma que el programa es efectivo en el control de factores de riesgo de consumo de alcohol realizando prevención primaria.

En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia directa de riesgo en la población del grupo experimental teniendo en cuenta edad y genero, como también el promedio de riesgo de los participantes del grupo después de la implementación del programa, de esta forma se aprecia que en el grupo experimental, luego de la aplicación del programa existe riesgo en solo dos dominios que son, el dominio 3 preconceptos y valoración de las sustancias psicoactivas, el dominio 4 que evalúa espiritualidad y el dominio 5 permisividad social y accesibilidad a las sustancias psicoactivas.

GRUPO EXPERIMENTAL							
Dominio	En	Femenino	Masculino	12	13	14	Sin
	Riesgo			Años	Años	Años	Riesgo
1	0	10	5	7	6	2	15
2	0	10	5	7	6	2	15
3	9	6	3	5	4	0	6
4	5	4	1	0	5	0	10
5	4	3	1	2	2	0	8
6	0	10	5	7	6	2	15

Tabla 13. Tabla de Frecuencias Directas de Evaluación de Riesgo en Postprueba Grupo Experimental.

En la siguiente tabla se consignan los datos con respecto al promedio de riesgo estadístico en el grupo experimental luego de la implementación del programa, donde el 50% de la población se encuentra en riesgo en el dominio 3, el 27,8% se encuentra en riesgo en el dominio 4, y el 22,2% de la población se encuentra en riesgo en el dominio 5.

DOMINIO	PORCENTAJE	EN RIESGO
1 Malestar emoc.	0,0	0
2 Satisf. Rel. Int. personales	0,0	0
3 Precon. Valoración sust.	50,0	9
4 Espiritualidad	27,8	5
5 Accesibilidad SPA	22,2	4
6 Hab. Soc.	0,0	0
TOTAL	100,0	18

Tabla 14. Promedio de Riesgo en Grupo Experimental Postprueba.

En la siguiente figura se observa el comportamiento de los factores de riesgo que presenta la población del grupo experimental en la medición de la postprueba luego de la aplicación del programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, donde se observa una disminución en el promedio de riesgo en diferentes factores que se vieron afectados positivamente luego de la intervención.

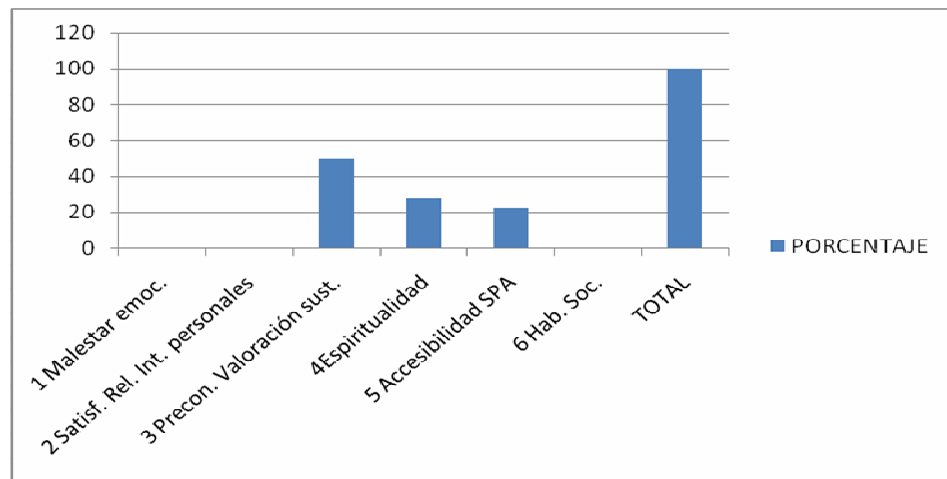


Figura 4. Promedio de Riesgo en Grupo Experimental Postprueba.

En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia directa de riesgo en la población del grupo control teniendo en cuenta edad y genero, como también el promedio de riesgo de los participantes del grupo después de la implementación del programa, de esta forma se aprecia que en el grupo control continua existiendo riesgo de inicio de consumo de alcohol, los participantes de este grupo no recibieron el programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, demostrando la efectividad del programa para los participantes que si recibieron el programa.

GRUPO CONTROL

Dominio	En	Femenino	Masculino	12	13	14	Sin	
	Riesgo			Años	Años	Años	Riesgo	
1	Mal. Emocional	7	3	4	2	4	1	8
2	Rel. Inter	3	1	2	2	0	1	12
3	Val. SPA	10	6	4	4	3	2	5
4	Espirit.	11	6	5	4	4	3	4
5		8	2	6	3	3	2	7
	Aces.SPA							
6	Hab. Soc	15	8	7	5	6	4	0

Tabla 15. Tabla de Frecuencias Directas de Evaluación de Riesgo en Postprueba Grupo Control.

En la siguiente tabla se consignan los datos con respecto al promedio de riesgo estadístico en el grupo control, donde se aprecia que el riesgo de inicio de consumo de alcohol se mantiene en el grupo control.

DOMINIO	PORCENTAJE	EN RIESGO
1 Mal. Emocional.	13,0	7
2 Rel. Interpersonales.	5,6	3
3 Valoración SPA	18,5	10
4 Espiritualidad	20,4	11
5 Accesibilidad SPA	14,8	8
6 Habilidades Sociales	27,8	15
TOTAL	100,0	54

Tabla 16. Promedio de Riesgo en Grupo Control en Postprueba.

En la siguiente figura se observa el comportamiento de los factores de riesgo que presenta la población del grupo control en la medición de la postprueba luego de la aplicación del programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales en el grupo experimental, así se observa que el riesgo continua presente en los participantes del grupo control.

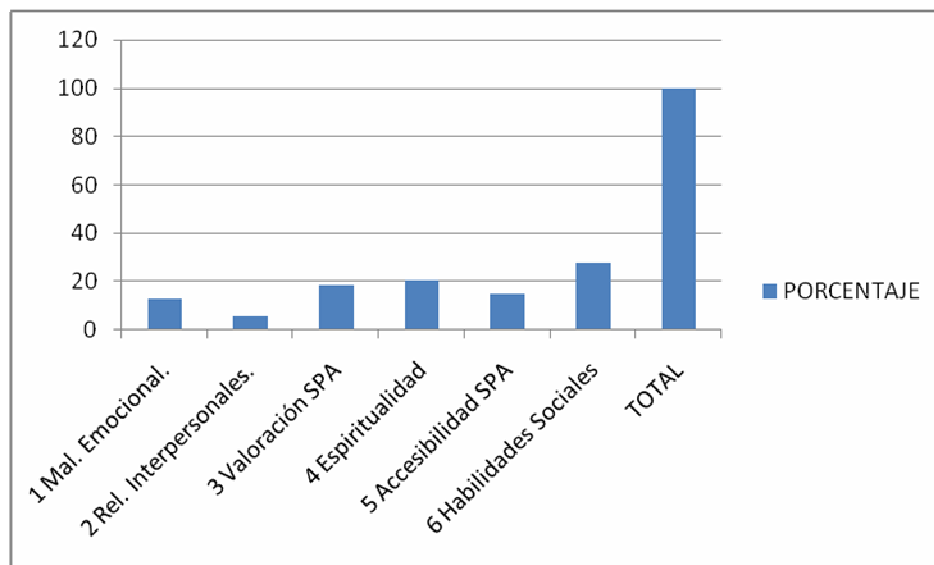


Figura 5. Promedio de Riesgo Grupo Control en Postprueba.

Al aplicar la fórmula estadística Kruskal-Wallis que es una prueba no paramétrica en la cual no se asume normalidad en los datos. En consecuencia si el resultado de los valores es $< 0,05$ significa que si existe una discrepancia estadísticamente significativa como lo indica la tabla 17 donde se evalúan los datos arrojados por la postprueba. Teniendo en cuenta que se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los dominios de malestar emocional y habilidades sociales el programa de entrenamiento en habilidades sociales si tuvo efectividad en los integrantes del grupo experimental en cuanto a disminución del riesgo en los factores ya mencionados.

Rangos

	GRUPO	N	Rango Promedio
Relaciones con pares	1,00	15	14,80
	2,00	15	16,20
	Total	30	
Malestar emocional	1,00	15	11,00
	2,00	15	20,00
	Total	30	
Comportamiento social	1,00	15	10,10
	2,00	15	20,90
	Total	30	
Consumo	1,00	15	15,50
	2,00	15	15,50
	Total	30	

Test Statistics (a,b)

	Relaciones con pares	Malestar emocional	Comporta miento social	Consumo
Chi-Square	,275	12,083	13,728	,000
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,600	,001	,000	1,000

Tabla 17. Resultados Evaluación de Postprueba

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Grupo experimental.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten afirmar que la implementación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales como factor protector es efectivo en el control de factores de riesgo para la conducta de consumo de alcohol en adolescentes; se ha comprobado que el programa de entrenamiento en habilidades sociales sí actúa como factor protector sobre los factores de riesgo en los que se pretendía influir, es decir en el habilidades sociales y estado emocional. Lo anterior si se tiene en cuenta que la disminución del riesgo en los factores mencionados para los integrantes del grupo experimental se comprueba estadísticamente.

De esta forma para contestar las pregunta de investigación con respecto a los factores de riesgo más importantes y si estos se verían o no afectados por el programa

implementado se evidencia en la preprueba que corresponden a habilidades sociales y estado emocional sobre los cuales se obtuvo efecto positivo en los integrantes del grupo.

Las habilidades sociales intervenidas en este estudio se seleccionaron a partir de pruebas preliminares realizadas en la institución y de la misma forma el rango de edad de los participantes de los grupos, se tuvo en cuenta que las habilidades sociales son aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo (Kelly, 2002), y de la misma forma se afecta el componente emocional del adolescente al ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables donde se experimenta sensaciones de bienestar emocional.

Al respecto, la interacción social y sus condicionantes consecuencias sobre la redefinición personal son uno de los temas más tratados desde la perspectiva psicosocial en el abordaje de las relaciones humanas, ha de concluirse que los déficits interpersonales favorecen la aparición y/o mantenimiento de una serie de dificultades vinculadas a la experimentación y el inicio del consumo de alcohol entre los adolescentes, teniendo en cuenta que se trata de un fenómeno con múltiples causas (Moral,2005). Así se observa que en la preprueba los déficits en habilidades sociales y estado emocional se presentaron como los factores con más incidencia para el inicio del consumo de alcohol.

Mediante la socialización en el ámbito tanto escolar como familiar se debería de fomentar el uso adaptativo de habilidades, tales como componentes verbales y no verbales, habilidades de percepción social, afectivo-emocionales, propiamente cognitivas (solución de problemas y conflictos: identificar conflictos interpersonales,

anticipar consecuencias, etc.; autocontrol: autoobservación, autoevaluación, autoconcepto y autoestima), etc.- que posibiliten, y contribuyan junto con otros factores, a enfrentarse a las demandas propias e interpersonales de una forma satisfactoria (Moral, 2005). Teniendo en cuenta lo anterior el entrenamiento en habilidades sociales objeto de este estudio contribuye de manera positiva en la optimización del desenvolvimiento social del adolescente y actúa como factor protector en la prevención del inicio del consumo de alcohol.

En este sentido, al objetivo preventivo propuesto ha de incorporarse en una estrategia común en la que se corresponsabilicen la familia, las instituciones educativas y la comunidad en general y se reformulen las estrategias de prevención del inicio y consumo de alcohol, así se observa que en el presente estudio los cambios en el dominio familia no se presentaron de una forma estadísticamente significativa debido a que no se realizaron intervenciones con los padres debido a que el diseño del programa se enfocó en la población adolescente y no en los padres y maestros.

La influencia social normativa ejercida por el grupo sobre el individuo se interrelaciona con la necesidad de construcción, por parte del adolescente, de una identidad social definida. La búsqueda de integración en el grupo social con una característica afín, concesiones e ideologías compartidas se intenta articular mediante el consumo de alcohol. Ha de interpretarse cómo que el adolescente intenta solucionar sus problemas de identidad y disminuir sus inseguridades sencillamente aumentando sus tendencias afiliativas, de ahí que el consumo se contemple como resultado de una búsqueda de identidad. De esta forma la evaluación de las habilidades sociales y su entrenamiento aportan una herramienta importante y pertinente en la prevención en el inicio del consumo.

Teniendo en cuenta que el entrenamiento en habilidades sociales contribuye al fortalecimiento de diferentes factores en aspectos como el estado emocional y la conducta, también se optimizan las habilidades para interrelacionarse con el grupo, con la familia y con los adultos, lo que genera un ajuste tanto social como emocional, lo que facilita al adolescente el autocontrol, la resistencia de críticas alusivas al rechazo del consumo de alcohol y por ende la prevención de el inicio de este edades tempranas.

Los contenidos de los programas de solución de conflictos interpersonales, de habilidades sociales, de Inteligencia emocional, de Competencia social, de autoconcepto y de autoestima, entre otros, solapan entre sí contenidos de aprendizaje que bien forman parte de uno u otro programa. Así, por ejemplo, contenidos de autoestima es fácil encontrarlos en programas de habilidades sociales. Contenidos de Solución de conflictos interpersonales, como los pasos establecidos por Spivack y Shure (1974) (1. Identificar la situación, 2. Analizar las causas, 3. Generar alternativas de solución, 4. Anticipar consecuencias y 5. Elegir y aplicar la mejor solución), los encontramos tanto en programas específicos, entre otros, como en programas de Habilidades de interacción social PEHIS (Monjas, 1993) como en este estudio en el cual se trabajaron control e identificación de emociones. Contenidos de autoconcepto los encontramos en programas con elevado componente emocional (PIELE) (Hernández y García). Las habilidades empáticas las encontramos tanto en programas específicos (DIE) (Vallés y Vallés, 1998), como en programas de Habilidades sociales (Monjas, 1993).

Los programas con contenidos de aprendizaje de carácter cognitivo han sido predominantes en las últimas décadas en el currículo escolar; sin embargo, la dimensión emocional ha estado frecuentemente olvidada, y no ha sido objeto del proceso de enseñanza/aprendizaje (Vallés, A. 2003). Salovey y Mayer fueron precursores en

acuñar el constructo de IE en el año 90. Su primera conceptualización se definía como: Una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar el pensamiento y los comportamientos. Posteriormente, estos autores y su equipo de colaboradores han reformulado sucesivamente el concepto, basándose en el procesamiento emocional de la información. En el modelo revisado por ambos (Salovey y Mayer, 1997) se define teóricamente a la IE como una habilidad mental: La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. Esta nueva definición se caracteriza por emplear una perspectiva molecular (habilidades múltiples) frente al modelo molar (capacidad general) adoptado inicialmente.

Así, por ejemplo, en las interrelaciones con los demás se producen interacciones verbales y gestuales como conversaciones, contraste de pareceres, diversidad de opiniones, omisiones, enfrentamientos e incluso las propias autovaloraciones de los acontecimientos diarios, (percibir una situación escolar de no-aprendizaje o con dificultades como un fracaso personal) etc., que dan lugar a múltiples y variadas interpretaciones cognitivas, de acuerdo con el sistema de valores y creencias de cada persona. Ello da lugar a diferentes estados emocionales que, en algunos casos, suelen ser negativos (tristeza persistente, enfado no justificado, celos, envidia, miedos, ansiedad, etc.). El que los alumnos aprendan a identificar estos estados de ánimo asociados a las situaciones interactivas les permitirá vivir con menos tensiones emocionales y afrontarlas de manera más adecuada, con el menor coste emocional posible, y la mejor

disposición cognitiva para interactuar con los demás de acuerdo con el respeto de los derechos ajenos y la defensa asertiva de los derechos propios (Valles, 2003).

Asimismo el fortalecimiento de las habilidades sociales y los estados emocionales de los participantes del grupo experimental funcionan como factores protectores para evitar el consumo de alcohol teniendo en cuenta que un factor protector es aquel factor biológico, psicológico o social que modifica la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática, o son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (Hawkins, D. 1985), en este caso el inicio del consumo, teniendo en cuenta que las habilidades sociales definidas como un conjunto de conductas emitidas por un sujeto en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación; respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986), de acuerdo con esto el mejoramiento en el desenvolvimiento social del adolescente permite que evite de una manera asertiva el consumo de alcohol y mejore las relaciones con el grupo de pares y asimismo también interviene también en el ámbito de los estados emocionales de los mismos.

Los adolescentes al manejar mejor sus habilidades sociales frente al grupo y en el colegio experimentan alivio en algunas situaciones con respecto al desenvolvimiento social en él, pero también es importante identificar emociones y sentimientos que en un momento dado podrían desequilibrar un poco la fluidez del comportamiento social al no ser capaz de entender sus emociones o actuar presionado por estas, entonces al conocer, identificar y controlar ciertos estados emocionales pueden mejorar en alguna medida la calidad de vida de los jóvenes. De esta forma la capacidad de comprender las

emociones y conducirlas, de tal manera que se pueda utilizarlas para guiar la conducta y los procesos de pensamiento, para producir mejores resultados (Montaño, 2002) refuerza al adolescente en los ámbitos emocionales y sociales.

CONCLUSIONES

De esta forma se puede concluir que, con respecto al primer objetivo específico, se identificaron los factores de riesgo que influyen en el inicio del consumo de alcohol en la aplicación de la preprueba, donde el componente emocional y el de habilidades sociales son los más significativos presentando un riesgo más alto con respecto a los demás factores que también deben requerir atención para evitar el inicio del consumo de alcohol

Tal y como se ha anotado en este trabajo, el déficit en habilidades sociales y el componente emocional constituyen factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol y que, una buena competencia social y un adecuado autocontrol y regulación de las situaciones puede ajustarlo actuando como factor protector.

Teniendo en cuenta que el factor emocional presenta un porcentaje alto de riesgo, se integró como parte importante de el presente estudio, éste con los componentes propuestos para la implementación del programa según los resultados de la preprueba las emociones como tristeza, ansiedad, miedo y frustración que los adolescentes experimentan también como consecuencia de las características de este periodo evolutivo; influyen en su desenvolvimiento social en el grupo, la familia y el colegio. De esta forma se procedió a identificar esas emociones y en que situaciones se presentan con mayor frecuencia, donde la imagen personal tiene una influencia significativa en la aparición de cogniciones, sentimientos y comportamientos que hacen que el joven se vea afectado en su comportamiento social.

Los participantes del grupo experimental aprendieron a manejar pensamientos inadecuados que pueden generar sentimientos negativos que impidan la interacción con otros, de la misma manera como los comportamientos de los otros frente a uno generan

también sentimientos positivos o negativos teniendo en cuenta al manejo que se haga de la situación, interiorizando así la idea de que uno maneja sus propios sentimientos, no que estos lo manejan a uno.

Con la ayuda de las técnicas mencionadas en otros apartados se ejercitó la manera adecuada de explorar, identificar y manejar sentimientos que afectan el desenvolvimiento social y el reforzamiento del individuo frente el grupo.

Los ejes temáticos que se trataron tales como, identificación de sentimientos, exploración de reacciones fisiológicas, cogniciones resultantes en determinada situación, y los subsecuentes comportamientos de todo este proceso, ayudaron a tener claridad sobre opciones en el manejo de diferentes situaciones sociales donde se desea obtener reforzamientos positivos y aprender a reforzarse de la misma forma.

Es pertinente destacar la importancia de la psicología en cuanto a su implicación en procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación como también en la prevención del riesgo de enfermar siendo la psicología preventiva un campo de investigación - acción útil para la prevención de cualquier tipo de padecimiento y la promoción de la salud y la calidad de vida de las personas. Desde la perspectiva de la prevención primaria se ofrece la posibilidad de intervenir antes de la aparición de una situación que afecte la calidad de vida de una comunidad y en nivel individual y familiar ofreciendo a otras disciplinas la oportunidad de tomar elementos para evitar situaciones que pongan en riesgo la salud física, emocional y mental de las personas.

RECOMENDACIONES

La recomendación para las instituciones educativas está orientada hacia el fortalecimiento en la investigación, el diseño e implementación de programas de prevención primaria tanto en el ámbito de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, como de otros temas importantes para prevenir situaciones que afecten de forma negativa a los adolescentes y los expongan a situaciones que podrían representar dificultades emocionales y comportamentales que los afecten ahora como en el futuro.

Las actividades planteadas por las administraciones municipales, ICBF o Policía en el tema de prevención del consumo de alcohol deben realizarse en conjunto y no de manera aislada para optimizar las diferentes campañas que se están adelantando y se llevaran a cabo en el futuro.

Es conveniente involucrar a los padres de familia en los procesos tanto escolares como familiares y contar con ellos en el momento de decidir la implementación de programas para los adolescentes, lo mismo que poner en práctica las escuelas de padres donde se oriente y explique temáticas relacionadas con los niños, niñas y adolescentes y formarlos como factores protectores en la prevención de consumo de sustancias.

Es necesario implementar programas orientados a determinar y reeducar en imaginarios culturales que afecten el comportamiento del adolescente en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas.

Uno de los factores de riesgo que según la postprueba continua afectando a los participantes del grupo experimental es la accesibilidad que los adolescentes tienen al alcohol y la actitud que ya se había mencionado anteriormente sobre estas bebidas, donde la comunidad las instituciones y los padres deben intervenir para controlarlo y regular su venta a menores de edad. De esta forma se evidencia que el acceso fácil de

cualquier niño, niña o adolescente a conseguir alcohol u otras sustancias constituye un factor importante para tener en cuenta en otras investigaciones referentes al consumo e inicio de este.

Teniendo en cuenta que los factores de riesgo para el consumo de alcohol son numerosos sería pertinente intentar abordar varios de estos, desde programas de prevención futuros para poder intervenir en los que más se pueda, para de esta forma ampliar el rango de influencia de los programas tanto de prevención primaria como de otros niveles, involucrando a la comunidad en general e implementarlos de forma continua en las instituciones educativas.

Intervenir desde preescolar hasta grado 11 en prevención de factores de riesgo involucrado a toda la comunidad educativa, tomando como factores protectores a los docentes y padres de familia.

Profundizar en las causas que influyen este tipo de comportamientos a nivel grupal e individual.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía Túquerres. (sin fecha). Información. [Online]. Disponible en:

www.tuquerres.com [Febrero 28 2004]

Agencia México (sin fecha). Deficiencia genética es causa del alcoholismo. [Online].

Disponible en www.esmas.com/noticierostelevisa/internacionales [Abril 2008]

Andrade, M. Benavides, P. y Caéz, R. (1998). Reducción del consumo de bebidas alcohólicas para el mejoramiento del rendimiento escolar de los estudiantes de los grados 9° 10° y 11° del colegio nacional Simón Bolívar de Samaniego. Tesis no publicada Universidad de Nariño.

Aprendizaje Estructurado. (2005). [Online]. Disponible en:

<http://www.risolidaria.org.com> [Octubre 12 2005]

Ministerio de la protección social. (sin fecha). Salud pública. [Online]. Disponible en:

www.minproteccionsocial.gov [Abril 2008]

Álvarez, R. (2002). Salud pública y medicina preventiva. México: Manual Moderno.

Beck, A. (1967, 1976). Terapia cognitiva. [Online]. Disponible en:

www.psicologiaonline.com [Enero 11 2004]

Bernabeu, M. (2005). Procedimientos de Aprendizaje Estructurado. [Online].

Disponible en www.risolidaria.com [Octubre 12 2005]

Bernard, M. Ellis, A. (1990). Aplicaciones clínicas de la T.R.E. Bilbao: Desclée de

Broker Bohman, M. y Cadoret, O. (1970). Estudios sobre adopción y alcoholismo. [Online]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com> [Enero 11 2004]

Buela, G. Fernández, L. y Carrasco, T. (1997), Psicología preventiva. Madrid:

Pirámide.

Burbano, A. Estrella, E. y Riascos, P. (1998). Ambiente familiar en hogares nucleares con padre alcohólico residentes en la ciudad de San Juan de Pasto. Tesis no publicada Universidad de Nariño

Caballo. (1986). Habilidades sociales. [Online]. Disponible en: <http://www.mantra.com> [Diciembre 15 2003]

Carvalho, M. Sigampa, J. Spanó, A. (2005). Factores protectores frente al consumo de alcohol: Concepción de maestros de nivel inicial.

Cepeda, J. Pezzano, G. y Racedo, M. (1990). Prevengamos la farmacodependencia. Barranquilla: Ediciones Uninorte

Cerón, B. y Zarama, R. (2003). Historia socio espacial de Túquerres. Pasto: Graficolor

Clayto. (1995). Factores de riesgo. [Online]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe> [Octubre 2007]

Del Prette, Z. (2002). Psicología de las habilidades sociales terapia y educación. Mexico: Manual moderno

Desarrollo social y Emocional. (2000). [Online]. Disponible en: <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc> [enero 2009]

Díaz del Castillo, S. (2002). Del alcohol y otros apegos. Pasto: Graficolor
Diccionario Enciclopédico Larousse (1999). Prevención (pp. 822) Bogota: Printed Colombia S.A.

Estrada, V. (2006). Salud y planificación social. Argentina: Espacio

Ellis, A. Mcinerney, J. Diguseppe, R. y Yeaguer, R. (1992). Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos. Bilbao: Desclee de bróker

- Factores protectores. (2008). [Online]. Disponible en:
<http://www.escuelamed.com> [Abril 19 2008]
- Feldman, R (1994). Psicología con aplicaciones para iberoamérica. México: McGraw-Hill
- Frances, A. First, M. y Pincus, H. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Massons, S. A.
- Goodwin, W. (1970). Estudios sobre adopción y alcoholismo. [Online]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com> [Enero 11 2004]
- Exposición Sobre Emociones [Online]. Disponible en: <http://www.slideshare.net> [Enero 11 2009]
- Hawkins, D. (1985). Factores de riesgo. [Online]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe> [Octubre 2007]
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, L. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill
- Hawkins, J.D. Catalano, R.F. Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Disponible en www.scielo.br/ [Abril 2008]
- La comunicación. (2008). [Online]. Disponible en www.cnice.com [Octubre 2007]
- Institucion Educativa San Francisco de Asís. (2005). Manual de convivencia escolar. Colombia: Impresos Nobel
- Kelly, J. (2002). Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: Desclée de Brower
- Levine, A. y Gelles, R. (2000). Sociología con aplicaciones en países de habla hispana. México: McGraw Hill
- Lewis. (1987). Terapia de grupo. [Online]. Disponible en: [http//](http://)

www.psicologiaonline.com [Octubre 10 2003]

Lopera, J. Mejía, R. y Rodríguez, M. (1999). Validación de la escala DUSI – R Abreviada, para tamizaje de riesgo de consumo de sustancias en jóvenes de Medellín, Colombia 1999. [Online]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com> [Febrero 11 2005]

Gómez, J. Luengo, M. Romero, E. Otero, J. (1994). Programa de entrenamiento en habilidades de vida.

Luengo, Otero, Romero y Gómez, (1996). Estudio del consumo de sustancias psicoactivas en México. [Online]. Disponible en: <http://www.todosobrelasdrogas.com> [Noviembre 25 2003]

Mackay y Fanning. (1991). Distorsiones cognitivas. [Online]. Disponible en: <http://www.discoveryespañol.com> [mayo 26 2002]

Marsellach, G. Comunicación y habilidades sociales. [Online]. Disponible en www.psicologiacientifica.com [febrero 10 2008]

Martínez, D. (2004). Habilidades sociales. [Online]. Disponible en: <http://www.monografias.com> [octubre 12 2005]

Martínez, J. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Niveles de prevención. (2005). [Online]. Disponible en: <http://www.risolidaria.org.com> [Octubre 12 2005]Moral, M. Ovejero, A. (2002). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. Revista Colombiana de psicología 2005 No 14, 100- 1118

Moral, M. (2005). Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las

habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas. [Online]. Disponible en: <http://www.cop.es>

Montaño, A. (2002). La inteligencia emocional. Origen y concepto. [Online].

Disponible en: www.sapiens.com

Nurnberger, J. (Sin fecha). El cromosoma uno, podría albergar los genes del

alcoholismo. [Online]. Disponible en:

<http://www.todosobrelasdrogas.com> [Mayo 26 2004]

Observatorio Departamental de Drogas. (2007). Publicación investigación Observatorio

Departamental de Drogas. San Juan de pasto: Autor

Observatorio de Drogas de Colombia. (2007). Acciones y resultados 2007. [Online].

Disponible en: www.dne.gov.co [febrero 10 2008]

Papalia, D. y Wendkos, S. (1996). Psicología del desarrollo. México: McGraw Hill

Peña, P. Pérez, A. Scoppeta, O. (2002). La juventud y las drogas. Bogotá: Alfa

Omega.

Pillon, S. Esparsa, S. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan

el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. [Online].

Disponible en: www.tipica.com [Abril 2008]

Rendon Arango, M. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia.

[Online]. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org> [Abril 2009]

Rojas, (1999). Habilidades sociales. [Online]. Disponible en:

<http://www.psicologiaonline.com> [Diciembre 15 2003]

Salto, C. Ansiedad social. [Online]. Disponible en: www.csalto.net [febrero 10 2007]

Stumphauzen, J. (1998). Terapia conductual. México: Trillas

Tamayo y Tamayo, M. (1999). El Proceso de la investigación Científica México:

Limusa, 200 p.

Tarter, R. (1996). Inventario para el screening del uso de drogas DUSI. [Online].

Disponible en: <http://www.uniovi.es> [Octubre 28 2003]

Took, k. (2007). Presion de grupo. [Online]. Disponible en <http://www.kidshealt.org>

[febrero 10 2007]

Topf, J. (1996). El “Buen Encauzamiento” de las practicas de prevención en salud.

[Online]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com> [Febrero 2 2004]

Torres, A. (2007). Prevención del uso de drogas y promoción de la salud Colegio

Ciudad Bolívar Argentina.

Vallés, A. Habilidades sociales e inteligencia emocional para el afrontamiento de la

conflictividad. [Online]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com>

[Febrero 2 2009]

Yost, E. (1991). Terapia cognoscitiva de grupo, tratamiento para personas de edad

avanzada con depresión. México: Limusa

Zas, B. (2008). La Prevención en Salud. Algunos Referentes Conceptuales. [Online].

Disponible en psicored@infomed.sld.cu [Abril 2008]

ANEXOS

Anexo A. Escala DUSI Abreviada Para Jóvenes

El Inventario para el screening del uso de drogas es un instrumento multidimensional que evalúa el consumo de drogas y el funcionamiento del sujeto en nueve áreas, compuesto por 173 ítems, explora los factores asociados al consumo de drogas. Está diseñado para cuantificar y categorizar los indicadores de consumo de drogas en relación con el estado físico, emocional, psicosocial, laboral, familiar y académico.

Confiabilidad

Confiabilidad escala DUSI abreviada para jóvenes

DOMINIO	ALFA DE CRONBACH
Conducta	0.90
Estado Emocional	0.91
Comportamiento Social	0.87
Familiar	0.89
Académico	0.92
Relación Con Pares	0.88
Recreación	0.85
Uso de Drogas	0.93

Anexo B. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Sobre el Control de Factores de Riesgo Para el Consumo de Alcohol en Adolescentes

El programa de entrenamiento, variable de este estudio, tiene como objetivo entrenar en habilidades sociales, para reestructurar a nivel cognitivo a los adolescentes de 14 años identificados como la población que presenta riesgo alto para iniciar el consumo de alcohol e investigar el efecto del programa sobre el control de factores de riesgo en la conducta de consumo de alcohol. El programa consta de diez sesiones, con duración de una hora y media aproximadamente cada una, que se realizarán una por semana, en las cuales, por medio de técnicas de entrenamiento especializadas se adquieren las habilidades sociales para la comunicación que se presentan en la terapia grupal y la reestructuración cognitiva (Anexo C).

Participantes

Los criterios contemplados para hacer parte de los grupos de este experimento son:

- (a) Estar matriculado en la Institución Educativa San Francisco de Asís de la ciudad de Túquerres.
- (b) Tener entre 12 y 14 años cumplidos.
- (c) No estar asistiendo a terapia individual.
- (d) Firmar un compromiso voluntario por parte del estudiante y su padre o acudiente, para asistir puntualmente a las sesiones de la terapia, (Anexo D).

Las sesiones que se llevaron a cabo con los estudiantes seleccionados para participar en los grupos. En cada una de ellas se realizaron actividades de entrenamiento de los adolescentes por medio de técnicas conductuales como ensayos y juegos de roles. Estas técnicas proporcionan la oportunidad de experimentar la forma apropiada de emitir

comportamientos adecuados en los procesos de comunicación en situaciones sociales, tales como iniciar una conversación o rechazar peticiones, sobre todo aquellas que tengan que ver con consumir bebidas con contenido alcohólico, lo que permitirá establecer relaciones sociales más efectivas en las relaciones con pares. Se tiene en cuenta también la parte cognoscitiva relacionada con pensamientos y sentimientos que desencadenan comportamientos. A través de la reestructuración cognitiva se ofrece al adolescente la opción de cambiar esquemas de pensamiento inadecuados, por alternativas racionales del manejo de sus propias emociones, aprendiendo a identificarlas y modificarlas. Se propician, así, el manejo de situaciones sociales por medio de conductas y pensamientos adecuados y acertados donde se pretende controlar factores que incidan en la decisión del adolescente a consumir o no bebidas alcohólicas. A continuación se presenta el formato de las sesiones que se llevaran a cabo para la puesta en marcha del programa.

(a) Lecturas cortas: Se realizará una lectura por sesión de acuerdo al tema.

(b) Técnica de entrenamiento.

(c) Ensayo cognitivo: Los integrantes del grupo deben visualizar con detalle, lo que harían en determinada situación.

(d) Pasos conductuales: Se indican los pasos que se deben seguir, para que la situación sea manejada de una manera asertiva.

(e) Retroalimentación que evalúe la comprensión por parte del grupo sobre lo trabajado en el taller.

(f) Tarea: Auto-registros que comprenden fecha, hora, actividad, pensamientos, sentimientos, comportamiento, con el fin de analizar situaciones, errores cognitivos y conductuales, que producen un manejo poco asertivo de situaciones sociales.

El déficit en habilidades para expresar una posición acerca de la ingestión de alcohol en los adolescentes, representa un gran obstáculo en la prevención del consumo de este, puesto que al no poder manejar situaciones sociales como iniciar una conversación o invitar a bailar a alguien en una fiesta, se generan sentimientos de minusvalía y pensamientos irracionales acerca de su desenvolvimiento social, propiciando el uso de etanol para «darse valor» lo que conlleva a utilizarlo con frecuencia el alcohol como facilitador de la interacción con el grupo de pares. También en el colegio y dentro de la familia, al no poder exponer una posición, opinar o defender sus derechos, y el sentimiento de fracaso, hace que consuman bebidas alcohólicas para desenvolverse mejor y evitar sentimientos de frustración; de aquí la propuesta del entrenamiento en habilidades sociales para la comunicación que ofrezcan al adolescente la posibilidad de aprender y ensayar conductas adecuadas en la interacción por medio técnicas especializadas en el entrenamiento, observación y ensayo de comportamientos adecuados dentro del grupo y reestructurar esquemas de pensamiento mal adaptativos donde, por medio de la exploración de sus pensamientos, que a su vez generan emociones y comportamientos, se realiza un análisis dentro del grupo mismo y a nivel individual. Se proporciona, así, la posibilidad de identificar pensamientos irracionales y modificarlos hacia alternativas racionales que generen bienestar emocional y potencialicen comportamientos adecuados, son el uso de herramientas como la utilización de autoregistros de pensamientos y emociones. (ver Tabla 19)

Registro de pensamientos disfuncionales.

FECHA HORA	SITUACION	EMOCIONES	PTO AUTOMAT.	RTA. RACIONAL	RESULTADOS
	Describe un suceso real que conduce a la emoción desagradable.	Especifica triste, ansioso, molesto, etc. Puntúa el grado de emoción de 1 a 100.	Escribe los pensamientos automáticos que precede a las emociones. Valora la creencia de los pensamientos 0-100%	Escribe la respuesta racional a los pensamientos automáticos Valora la creencia de la respuesta irracional de 0 a 100%	Reevalúa la creencia en los Pts automáticos 0-100%. Especifica y puntúa las emociones provenientes de 0-100.

El programa se conforma de diez sesiones cada una con una duración aproximada de una hora y media, y utiliza estrategias de entrenamiento en habilidades sociales para facilitar la comunicación y estrategias de reestructuración cognitiva orientada a neutralizar pensamientos de desesperanza, perspectivas negativas de sí mismo y de su futuro, minusvalía y depresión, que propician el consumo de bebidas alcohólicas.

<p>escuchar</p>	<p>situaciones sociales para emitir respuestas efectivas y claras con los otros, evitando sentimientos de frustración que puedan propiciar el consumo de alcohol</p> <p>Identificar sentimientos que afecten la actividad de la escucha</p>	<p>De qué forma afecta en nuestra interacción social el escuchar y el observar</p> <p>Juego de roles</p> <p>Video</p> <p>Discusión</p> <p>Ensayo cognitivo: ¿Cuál será la manera adecuada para manejar mi conducta de escucha y observación en una situación social, y como lo lograría?</p> <p>Ensayo conductual</p> <p>Entrenamiento en autoobservación y registro de pensamientos disfuncionales, las primeras cuatro columnas</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Asignación del primer registro para la casa</p>
-----------------	---	---

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
<p>Iniciar y mantener una conversación</p>	<p>Observar errores en el inicio y mantenimiento de una conversación, presentar opciones para optimizar la comunicación con pares y en el ámbito familiar</p> <p>Identificar que sentimientos se presentan en el momento previo de iniciar y mantener una conversación y como pueden afectar el desarrollo adecuado de la misma</p> <p>Ensayo y conclusiones luego de la puesta en práctica de las técnicas y revisión de diario</p>	<p>Revisión de tarea y análisis</p> <p>Tema. ¿Cuáles son mis estrategias para iniciar y mantener una conversación?</p> <p>Identificar falencias en el inicio y mantenimiento de una conversación en diferentes situaciones, a través de autoobservacion en video</p> <p>Modelado</p> <p>Ensayo conductual</p> <p>Asignación de actividades de practica tarea</p> <p>Retroalimentación</p>

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
<p>Formular y rechazar peticiones</p>	<p>Aprendizaje de comportamientos asertivos para formular y rechazar peticiones</p> <p>Identificar y evaluar sentimientos que se generan en esta situación en específico, como afectan y como se puede manejarlos</p>	<p>Revisión de tarea y análisis del registro de pensamientos</p> <p>Tema: Formular y rechazar peticiones</p> <p>Identificar falencias en la forma en que se realizan y rechazan peticiones en diferentes situaciones, especialmente en el ofrecimiento de bebidas alcohólicas</p> <p>Ensayo cognitivo</p> <p>Juego de roles y disco rayado</p> <p>Asignación de tarea</p> <p>Retroalimentación</p>
<p>Enfrentar la crítica</p>	<p>Aprender a enfrentar la crítica de una manera asertiva dentro del colegio, con el grupo de pares y en</p>	<p>Revisión de la tarea y análisis del registro de pensamientos</p> <p>Tema: Manejo de la crítica</p> <p>Banco de niebla</p> <p>Asignación de la tares</p> <p>Retroalimentación</p>

	<p>el ámbito familiar, para evitar sentimientos de minusvalía frente a los otros</p> <p>Que sentimientos se experimentan en esta situación y como afectan</p>	
SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
<p>Expresar desacuerdos</p>	<p>Expresar desacuerdos de manera asertiva y así evitar sentimientos de inferioridad frente a los otros</p> <p>Identificar sentimientos que se presentan en este tipo de situaciones y la manera adecuada de manejarlos</p> <p>Manejo asertivo de la presión de grupo, para no acceder a</p>	<p>Revisión de tarea y análisis del registro de pensamientos disfuncionales</p> <p>Tema: Defender mis derechos de una manera asertiva</p> <p>Video</p> <p>Ensayo cognitivo</p> <p>Juego de roles</p> <p>Asignación de tarea</p> <p>Retroalimentación</p>

<p>Presión de grupo</p>	<p>comportamientos inadecuados como ingerir bebidas alcohólicas o aquellos que no sean de su agrado</p> <p>Identificar sentimientos que se experimentan en este tipo de situaciones y cómo manejarlos</p>	<p>Revisión de tarea y análisis del registro de pensamientos</p> <p>Presión de grupo</p> <p>Video</p> <p>Ensayo cognitivo</p> <p>Juego de roles</p> <p>Asignación de tarea</p> <p>Retroalimentación</p>
<p>SESION</p>	<p>OBJETIVO</p>	<p>ACTIVIDADES</p>
<p>Resistir la tentación</p>	<p>Aprender a resistir la tentación a partir de cogniciones adecuadas que vayan orientadas a evitar comportamientos inconvenientes</p> <p>Identificar sentimientos que se presentan en este tipo de situaciones y cómo manejarlos</p>	<p>Revisión de tarea y análisis del registro de pensamientos</p> <p>Resistir la tentación de consumir alcohol en situaciones sociales y expresar la negativa de manera asertiva, colocando en práctica las técnicas aprendidas y el manejo de pensamientos y sentimientos que se pudieran generar al rechazar el ofrecimiento de bebidas alcohólicas</p>

		<p>Video</p> <p>Disco rayado</p> <p>Retroalimentación</p>
SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Evaluación	<p>Evaluación del programa de entrenamiento en habilidades sociales</p> <p>Evaluar cómo se sintieron en el desarrollo de los talleres, que sentimientos experimentaron y como se vieron afectados por ellos</p>	<p>Resumen de técnicas empleadas</p> <p>Evaluación del programa por parte de los participantes y el facilitador</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Postprueba</p> <p>Agradecimientos</p> <p>Entrega de certificado</p>

Anexo C. Contrato Terapéutico

Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para Adolescentes

Nombre _____

Tarjeta de Identidad No _____

Edad _____ Genero _____ Grado Escolar _____

Dirección _____ Teléfono _____

Compromiso

Al participar en el programa de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes me comprometo a cumplir con los siguientes puntos.

1. Asistir puntualmente a todas las sesiones programadas.
2. Participar activamente en todas y cada una de las sesiones y ejercicios del programa.
3. Esforzarme por cumplir los objetivos de cada sesión.
4. Realizar de la mejor manera posible los trabajos que se asignen dentro de las sesiones y también las tareas para la casa.
5. Respetar los aspectos personales y de la vida privada de mis compañeros, que se mencionen o trabajen dentro de las sesiones del programa, no criticarlos ni hacerlos públicos.
6. Conocedor de los objetivos del programa de entrenamiento en habilidades sociales, los aspectos a trabajar y el desarrollo de este, hago constar que mi participación es voluntaria y reconozco que los resultados favorables dependen de mi esfuerzo, compromiso y cumplimiento de las actividades y tareas asignadas que hacen parte del programa.

Las sesiones se realizarán los días _____
a las _____ de cada semana, durante los meses de
_____, a partir de _____ hasta _____.

Firma del participante

T. I.

Compromisos de la Terapeuta

La terapeuta quien estará a cargo del programa de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, se compromete a:

1. Respetar las diferencias individuales de los participantes y por lo tanto no imponer ideas propias sobre ellos.

2. Asumir la responsabilidad sobre las consecuencias que puedan presentarse sobre las personas que hagan parte del grupo experimental, de la misma forma se asegura la prestación adecuada de los servicios de acuerdo con las exigencias de la profesión.

3. Informar a los participantes los aspectos que tengan que ver con el programa y la utilización que dará a los resultados que se obtengan de este.

4. Compromiso de guardar bajo secreto profesional la información concerniente a cada uno de los participantes, que se obtenga a lo largo del programa. Se revelará únicamente en casos donde el individuo, su familia o la sociedad, se encuentren en grave peligro, dada la circunstancia el participante y sus padres o acudiente deberán autorizar por escrito al terapeuta a hacer pública la información

5. No existirá responsabilidad por parte de la terapeuta de las revelaciones de la información que hagan uno o varios integrantes del grupo. Dada la circunstancia se compromete a intervenir para controlar la situación.

6. No existirá ninguna relación de índole personal con los participantes del grupo.

7. No se revelará los nombres de los participantes en ningún informe escrito que se presente a las instituciones relacionadas con el programa de intervención.

GIOVANNA PEREZ PAREDES

CC. No

Consentimiento del Padre o Acudiente

Como padre o acudiente de _____ identificado con TI No. _____ hago constar que tengo pleno consentimiento del contenido y objetivos del programa de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, y por lo tanto autorizo a mi hijo(a) para que participe en este.

Firma del padre o acudiente

C. C. No