

**EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN RESOLUCION DE CONFLICTOS
SOBRE EL NIVEL DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN UN GRUPO
DE ADOLESCENTES**

LEYDI CAROLINA CORDOBA CALVACHE

LUISA FERNANDA FUERTES HERRERA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLGÍA

SAN JUAN DE PASTO

2013

**EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN RESOLUCION DE CONFLICTOS
SOBRE EL NIVEL DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN UN GRUPO
DE ADOLESCENTES**

LEYDI CAROLINA CORDOBA CALVACHE

LUISA FERNANDA FUERTES HERRERA

Trabajo de grado para optar el título de Psicóloga

ESP. ADRIANA PERUGACHE

ASESORA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SAN JUAN DE PASTO

2013

NOTA DE RESPONSABILIDAD

**Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son responsabilidad
exclusiva de los autores.**

**Artículo 1, del acuerdo 324 de Octubre 11 de 1966, emanada del Honorable Concejo
Directivo de la Universidad de Nariño.**

Nota de Aceptación

Firma del Asesor

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Junio de 2013

AGRADECIMIENTOS

La realización del presente estudio fue posible gracias a la colaboración de nuestra apreciada Asesora Esp. Adriana Perugache, de nuestros jurados: Mg. Sandra Cárdenas y Ps. Claudia Calvache quienes con sus valiosos aportes enriquecieron nuestra investigación.

A la Institución Educativa Simón Bolívar por permitirnos llevar a cabo el proceso interventivo y por su colaboración.

A nuestro compañero Ps. Francisco Benítez por sus valiosos aportes en el área estadística.

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre Lola Herrera, modelo de fortaleza y superación constante

*A mis abuelitos paternos: Alba Sanz y Alonso Fuertes quienes amo mucho y me vieron
crecer*

A mis abuelitos maternos: Fanny Buchely y José Luis Herrera q.e.d

A toda mi familia.

A mi padre Luis Arturo la persona que más admiro por ser un padre ejemplar

A mis hermanos Andrés y Luis.

*A todos les agradezco por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos,
los valores inculcados.*

De todo corazón Gracias.

Luisa Fernanda Fuertes Herrera

DEDICATORIA

A la memoria de mi querida y recordada madre Nelly Calvache.

A mi familia por su valiosa colaboración,

especialmente a mi padre Campo Elías

quien con su apoyo incondicional se convirtió en el

artífice de este triunfo.

A mi linda y hermosa hija Emelyn

por ser la luz de mi vida y

por brindarme la fuerza y el valor

para seguir adelante y para no desfallecer.

A John por su cariño y comprensión .

LEYDI CAROLINA CÓRDOBA CALVACHE

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
PROBLEMA	14
Planteamiento del problema.....	14
Formulación del problema	18
Sistematización del problema	18
Justificación	19
OBJETIVOS.....	24
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos	24
MARCO DE REFERENCIA	25
Marco contextual	25
Institución Educativa Simón Bolívar	25
Marco de antecedentes.....	27
Marco teórico.....	31
Consumo de alcohol	31
Efectos asociados al consumo de alcohol.....	31
Efectos psicológicos	32
Efectos fisiológicos	32
Efectos psicosociales.....	32
Características clínicas relacionadas con el consumo de alcohol	33
Abuso.....	33
Dependencia	33
Abstinencia	34

Intoxicación	34
Alcoholismo	34
Etapas del proceso de alcoholización	36
Teorías explicativas acerca del consumo de alcohol.....	36
Explicaciones biógenas.....	36
Explicaciones psicológicas	37
Factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de alcohol	39
Factores Individuales	40
Factores Sociales	40
Factores Relacionales	41
Adolescencia	41
Problemas derivados del abuso de alcohol durante la adolescencia	43
Conflicto.....	44
Terapias cognitivo-conductuales y técnica de resolución de conflictos	45
Bases teóricas del modelo de técnicas de Solución de problemas (SP).....	46
Antecedentes que facilitaron el surgimiento de las técnicas de solución de problemas.	46
Técnica en resolución de problemas	47
Objetivo del entrenamiento en resolución de problemas (SP)	49
Fases de la técnica de resolución de problemas D´Zurilla y Goldfried (1971)	49
Orientación del problema	49
Formulación y definición del problema	50
Generación de alternativas:	50
Toma de decisiones	51
Puesta en práctica y verificación de la solución	52

MÉTODO	52
Enfoque Metodológico	52
Tipo de Estudio	52
Diseño	53
Participantes	54
Instrumentos de medición	54
Variables	56
Variable Dependiente	56
Variable Independiente	56
Variables intervinientes	57
Hipótesis	57
Hipótesis de trabajo	57
Hipótesis nula	57
Procedimiento	58
Plan de análisis de datos	59
Elementos éticos y bioéticos	61
RESULTADOS	62
Caracterización de la población objeto de estudio: Puntuaciones obtenidas por los participantes en la Escala Drug Use Screening Inventory DUSI y el Inventario de Solución de problemas sociales revisado SPSI-R.....	62
Equivalencia de los Grupos Control y Experimental Respecto a Género y Edad	64
Comparación Grupo Control y Experimental Respecto a Género	64
Comparación grupo control y experimental respecto a edad	65
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control.....	66
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según edad.....	67

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según género	68
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según grado	69
Comparación grupo control y experimental respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test.....	70
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el POST-TEST, en los grupos experimental y control.....	71
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test, en los grupos experimental y control según edad.....	72
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test, en los grupos experimental y control según género	73
Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test, en los grupos experimental y control según grado	74
Diferencias entre puntuaciones pre-test y pos-test de los grupos experimental y control	76
Comparación entre puntuaciones del grupo experimental en el pre-test y post-test.....	76
Comparación entre puntuaciones del grupo control en el pre-test y post-test	77
DISCUSIÓN.....	79
CONCLUSIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
ANEXOS	97

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS SOBRE EL NIVEL DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

RESUMEN

La presente investigación permitió determinar los efectos de un programa de resolución de conflictos basado en el modelo de D´Zurilla y Goldfried (1971) sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes de octavo y noveno grado la Institución Educativa Simón Bolívar. Se contó con la participación de 24 jóvenes cuyas edades estaban entre los 14 y 16 años de edad.

Para identificar el nivel de consumo de riesgo en la población objeto de estudio se aplicó el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT-C). El tipo de estudio fue cuasiexperimental con un diseño pre-test pos-test con grupo experimental y control, esto con el fin de conocer la incidencia y eficacia de la ejecución del programa de resolución de conflictos (variable independiente) sobre la disminución del nivel de consumo de riesgo de alcohol (variable dependiente).

El análisis de datos se realizó a partir de procedimientos estadísticos, aplicando las pruebas: Chi cuadrado, Wilcoxon y la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes, mediante el programa estadístico SPSS versión 19.

Los resultados mostraron cambios estadísticamente significativos en la disminución del nivel de consumo de riesgo de alcohol en el grupo experimental. Se demostró que el programa de intervención de resolución de conflictos sustentado en el modelo de D´Zurilla y Goldfried (1971), fue eficaz en la reducción del nivel de consumo de riesgo de alcohol en la población objeto de estudio; en donde los jóvenes aprendieron un método sistemático para resolver problemas generalizable a diferentes contextos, además de aumentar su competencia social mejorando las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo y por ende la convivencia en la comunidad educativa en general.

Palabras clave: resolución de conflictos, alcohol, adolescencia, consumo de riesgo de alcohol, test AUDIT-C.

ABSTRACT

This project aimed to determine the effects of a conflict resolution program based on the model of D'Zurilla and Goldfried (1971) on the risk level of alcohol consumption among adolescents in eighth and ninth grade Simon Bolivar Educational Institution. It was attended by 24 young people whose ages were between 14 and 16 years old.

To identify the risk level of consumption in the population under study applied Identification Test disorders due to alcohol consumption (AUDIT-C).

The type of study was quasi-experimental design with a pre-test to post-test experimental and control group, this in order to know the impact and effectiveness of the implementation of conflict resolution program (independent variable) on the level of consumption (dependent variable).

Data analysis was performed based on the application of statistical procedures, using the Chi cuadrado, Wilcoxon, U de Mann- Whitney test for independent samples, using SPSS version 19.

The results showed statistically significant changes in the lower level of risk of alcohol consumption in the experimental group. Was demonstrated that the intervention program sustained conflict resolution in the model of D'Zurilla and Goldfried (1971), was effective in reducing the risk level of alcohol consumption in the population under study, in which young people learned a systematic approach to solve problems to different contexts while increasing social competence improving interpersonal relationships between group members and thus coexistence in the wider education community.

Keywords: conflict resolution, alcohol, risk consume, adolescence, test AUDIT-C

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS SOBRE EL NIVEL DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES

PROBLEMA

Planteamiento del problema

El consumo, abuso y dependencia de alcohol se ha incrementado notablemente en la población mundial, especialmente en personas jóvenes, mundialmente se concibe como un flagelo que representa una amenaza al bienestar de la humanidad. Ante esto Rodríguez, Castillo y Torres (2011) mencionan que tanto el abuso como la dependencia del alcohol es un problema de salud pública que desafortunadamente se ha propagado en la población joven dado el inicio del consumo a temprana edad. Por tal motivo muchos países especialmente los suramericanos están invirtiendo recursos materiales, económicos y humanos en la investigación, prevención e intervención del consumo de alcohol.

Pese a que el alcohol forma parte de las sustancias psicoactivas (SPA) y que su consumo deteriora la dimensión física, psicológica y social de quien lo ingiere generando consecuencias a corto y largo plazo, es legal y socialmente aceptado. Por tanto es completamente esperable la presencia de alcohol en diferentes actividades sociales, culturales e incluso deportivas.

Para contrarrestar el consumo perjudicial de alcohol, en el 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en consenso en la asamblea anual de los 193 estados miembros de la Organización sugirió el incremento de impuestos a bebidas alcohólicas y regulaciones de marketing cada vez más severas, sin embargo, esta medida ha dado lugar a que personas inescrupulosas se dediquen al contrabando y adulteración de bebidas alcohólicas, esto con el fin de que el costo de la sustancia disminuya, siendo más asequible para los jóvenes ya que el precio de este licor disminuye hasta tres veces del valor original. En Colombia, de acuerdo al protocolo de vigilancia y control de intoxicaciones por licor adulterado realizado en Agosto de 2010 y liderado por el Instituto Nacional de Salud destaca que a nivel fisiológico y psicológico la ingesta de bebidas alcohólicas genera efectos nocivos a corto y largo plazo para quien la consume, sin embargo, resalta que cuando se ingiere bebidas adulteradas estos son aún más perjudiciales causando

instantáneamente cefalea, pérdida parcial o total de la visión, daño gastrointestinal e incluso la muerte si la persona no recibe atención médica oportuna. A nivel psicológico genera ansiedad, angustia, impulsividad, agresividad hacia sí mismo y hacia los demás (Álvarez, 2010).

La corporación colombiana Nuevos Rumbos (2001) entidad sin ánimo de lucro que trabaja para y por la comunidad se destaca por su trabajo integral en prevención e investigación del consumo de sustancias especialmente con jóvenes y adolescentes de ciudades como Armenia, Antioquia, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Popayán y Cali. En los resultados de sus diversos estudios resalta la incidencia y reincidencia de la población adolescente en el consumo de alucinógenos y de sustancias psicoactivas SPA socialmente aceptadas: tabaco y alcohol, ante lo cual Nuevos Rumbos, el gobierno nacional y el Ministerio de Educación Nacional (MEN) consideraron pertinente empezar a vincular en los procesos pedagógicos y curriculares de Instituciones educativas lineamientos orientados a la prevención del consumo de SPA haciendo especial énfasis en el consumo de alcohol y cigarrillo. Inicialmente esta propuesta se desarrollará en 40 instituciones del país y posteriormente se ejecutará en la totalidad de las instituciones educativas públicas y privadas.

Pérez (2008) expresa que en Colombia el consumo de alcohol en menores de edad es un asunto de gran importancia dado que el 90 % de jóvenes han consumido alcohol, cerca del 70% lo hizo el último año (bebedores activos), 28 % ingirió alcohol en el último mes (lo que indica un consumo más frecuente), y 13 % en la última semana (probables bebedores problemáticos). Lamentablemente estas cifras han incrementado debido a la presencia de bares, discotecas y lugares de expendio de licor cerca de universidades, colegios y zonas concurridas por consumidores y potenciales interesados en hacerlo. Para el autor especialmente en la población adolescente el consumo de alcohol se prolifera con mayor facilidad, dado que el adolescente quiere adoptar comportamientos adultos, además cuando en su grupo de pares el joven consume alcohol es más respetado y admirado por los demás, incluso a mayor ingesta y tolerancia de alcohol mayor es el reconocimiento.

De acuerdo con Pérez (2008) generalmente esta población se reúne para hablar de sus problemas ya sean familiares, personales, sentimentales o académicos combinándolos con la ingesta de alcohol, siendo las tiendas, parques, plazoletas, los lugares más

frecuentemente usados para consumirlo, estos últimos se consideran focos de concentración para enfrentamientos con otros grupos de adolescentes y para el vandalismo. En ocasiones el consumo de alcohol se realiza a bordo de vehículos, generando desastres automovilísticos. Al respecto las estadísticas nacionales del Ministerio de Transporte (2011) evidencian que el 80% de accidentes de tránsito se asocian al consumo de alcohol. El 60 % de los responsables de estos eventos son jóvenes estudiantes de secundaria y universidad entre los 16 y 25 años de edad. El 40 % restante lo conforman personas con rango de edad de 25 a 38 años y adultos mayores.

Tomando en cuenta lo anterior Matellanes (2003) expresa que algunos factores que influyen para el inicio y permanencia en el consumo de alcohol son curiosidad, baja autoestima, dificultad para la toma de decisiones y para la resolución de conflictos, presión de grupo, soledad, frustración e incomprensión del entorno, dinámicas familiares complejas y antecedentes en la misma de consumo de alcohol, entre otros. López (2001) por su parte añade que el joven puede recurrir al alcohol cuando experimenta situaciones conflictivas a nivel familiar, escolar o social, creyendo erróneamente que el beber licor es un rápido remedio para aliviar su situación, que además le brinda valentía suficiente para sobrellevar su malestar. Sin embargo esta alternativa que el joven escoge hace evidente un déficit en habilidades de resolución de conflictos como lo refiere Alonso y del Barrio (1996 citados en Espada, Griffit, Bolvin & Méndez, 2003).

A los factores anteriormente mencionados como señala Vega (1997) se “suma el papel desempeñado por los medios de comunicación social en la difusión y refuerzo del consumo y del abuso de bebidas alcohólicas así como de cigarrillo”. Dichos medios incitan al consumo de alcohol para lograr un aparente bienestar y en ocasiones lo presentan como una alternativa para solucionar situaciones. Según Cárdenas (1991, citado en Vega, 1997) “la televisión y la publicidad configuran un mensaje alcohólico global claramente positivo”. La autora refiere que desde la teoría del aprendizaje social estos mensajes contribuyen a un aprendizaje incidental de consumo de alcohol. Desde la teoría cognitiva por su parte, los mensajes contribuyen “a la aceptación e integración del alcohol como elemento positivo y deseable, así como el mantenimiento de un entorno favorecedor y permisivo que validará el consumo de estas sustancias”.

Cuando el adolescente empieza a consumir alcohol experimenta sensaciones percibidas como agradables, sin embargo, cuando el consumo incrementa el organismo empieza a tolerar la presencia de alcohol siendo necesario cantidades cada vez mayores para lograr los efectos deseados y sin siquiera percatarse la persona puede llegar al abuso y dependencia de alcohol lo cual conlleva a diversos problemas.

El abuso de alcohol se presenta gradualmente y para conseguir la sustancia es más probable que el adolescente se involucre en actos que van en contra de su formación moral, puede iniciar fingiendo necesidad de dinero exigiéndolo a sus padres, es posible que recurra al hurto de objetos en casa, incluso estas actividades ilícitas se extienden a otros contextos como el escolar o social, generando deterioro en las relaciones e interacción social (García, 2006).

En palabras de Matellanes (2003), es clara la incidencia negativa de todo lo referente al consumo de alcohol en las diferentes dimensiones del individuo y de la sociedad, pues cuando un sujeto decide involucrarse en el alucinante y desenfrenado mundo del licor, sus relaciones personales e interpersonales paulatinamente se degeneran originando situaciones de angustia, desasosiego, dependencia, abandono de antiguos esquemas morales y principios que evidentemente al hacer parte de este campo han perdido su valor original. La Institución Educativa Simón Bolívar no es ajena a esta situación.

Cabe resaltar que hasta la fecha el consumo de alcohol aún se presenta especialmente en jóvenes escolares, motivo por el cual para el presente estudio se eligió trabajar en esta institución La población elegida es el grado octavo y noveno dada la asistencia de estudiantes entre los 14 y 16 años. Además según Vega (1997) “los 13 y 14 años se consideran edad de prueba para experimentar la ingesta de licor, los 14 y 15 años como edades de inicio con cierta habituación”. El rango de edad elegido para realizar el estudio forma parte de la adolescencia y como lo menciona Papalia (2005), es un periodo en el que se presenta una búsqueda de sensaciones nuevas y en que el adolescente por diferentes motivos vivencia diferentes conflictos que en su gran mayoría no los afronta adecuadamente, por lo cual es vulnerable a adoptar conductas de riesgo en este caso iniciar o permanecer en el consumo de alcohol.

En este orden de ideas es pertinente que el adolescente a través del entrenamiento en resolución de conflictos de D' Zurilla y Goldfried (1971) empiece a afrontar de manera

eficaz las diversas situaciones percibidas como problema y despliegue un abanico de posibles soluciones, que si bien en inicio no serán totalmente ajenas al consumo de alcohol, al menos se disminuya la probabilidad de recurrir al licor.

Finalmente es importante destacar que los siguientes autores Chaney, O' leary y Marlatt (1978 citados en Labrador, Cruzado & Muñoz 1999), mencionan la terapia de resolución de problemas sociales D'Zurilla y Goldfried (1971) entre las aplicaciones más importantes en el consumo de alcohol.

Formulación del problema

¿Cómo influye la ejecución de un programa de resolución de conflictos sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar?

Sistematización del problema

¿Cuál es el nivel de consumo de riesgo de alcohol previo a la ejecución del programa de resolución de conflictos en adolescentes de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar?

¿Cuál es el nivel de consumo de riesgo de alcohol posterior a la ejecución del programa de resolución de conflictos en adolescentes de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de consumo de riesgo de alcohol previas y posteriores a la ejecución del programa de resolución de conflictos en adolescentes de de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar?

Justificación

Según Pérez y Scoppetta (2008), el consumo de alcohol por parte de la población adolescente se constituye como un problema de salud pública debido al elevado consumo, al inicio en edades muy tempranas y a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la vida actual y futura del joven, entre las cuales se encuentran el aumento de riesgos para la salud causando daño físico como enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares, además su efecto desinhibitorio incrementa los actos agresivos y delictivos, influyendo en el comportamiento sexual. A lo anterior se suman las dificultades académicas y familiares que causa el abuso en cuestión (Donovan, 2004; Gruber et al., 1996; Johnson et al., 2006, citados en Cicua, Méndez & Muñoz, 2008).

Samper (2006 citado en Cicua et al., 2008) expresa que el alcohol está presente de forma lícita formando parte de la vida cotidiana del joven, tanto en espacios de ocio como en los de convivencia y a pesar de que en Colombia el consumo de alcohol en menores de edad se considera ilegal, en la realidad es un comportamiento socialmente aceptado. El autor refiere que al adolescente se le permite la asistencia a bares, discotecas, realización de reuniones en las casas y participación en actividades extraescolares realizadas en sitios públicos, en los que la venta del alcohol es condición para realizar la actividad. Actividades como el *Prom* (celebración que se realiza al finalizar el grado once), los *Fashions* (desfiles de moda), excursiones y otras actividades de esparcimiento en general son siempre realizadas bajo el marco del alcohol como elemento para celebrar y disfrutar.

En este orden de ideas el consumo de alcohol se puede convertir como lo menciona Cornejo (2006), en una práctica habitual que con el tiempo modifica la percepción del riesgo en los jóvenes y que se distorsionen las formas de socialización con los otros, pues si ya no se está bajo el efecto del alcohol, la relación con los otros resulta difícil ya que el licor es percibido como un elemento que ayuda a socializar a los individuos, facilitando conductas sociales que difícilmente surgirían en condiciones regulares. Lo anterior de acuerdo con Álvarez y Velasco (2002 citados en Albarracin & Muñoz, 2008) se torna en algo a lo que se le otorga más importancia que a los efectos nocivos tanto a nivel social como individual.

Según Gil (2008 citado en Cicua, Méndez & Muñoz, 2008), entre los factores de riesgo que se asocian al consumo de alcohol se encuentran la carencia de habilidades para la resolución de problemas y otras relacionadas con la baja autoestima, las actitudes antisociales y la insatisfacción con el uso del tiempo libre. Relacionados también con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas según Saiz (1999 citado en Cicua, et al., 2008) están los rasgos como extraversión y el perfil de búsqueda de sensaciones nuevas.

Cornejo (2006) también menciona que los adolescentes tienen experiencia limitada en el desarrollo de habilidades en resolución de conflictos, bien sea porque existe un déficit en estas o porque no las posee. Además los jóvenes son más susceptibles a realizar actos impulsivos e ilegales, conductas arriesgadas y a adquirir enfermedades de transmisión sexual. También son más vulnerables a presentar la enfermedad de adicción al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, porque en ellos la progresión desde abuso hasta dependencia está acelerada en comparación con los adultos. Grau (1992, citado por Rodríguez et al., 2008) señala la existencia de estudios que han demostrado que los adolescentes tienen más probabilidad de consumir otras drogas debido a que el alcohol es considerado como una droga de entrada.

Pedrero, Fernández, Casete y Bermejo (2008) mencionan que dada la limitada habilidad de los jóvenes para afrontar situaciones problema y su reflejo en la adopción de conductas de riesgo, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) dispone técnicas como la de resolución de problemas para contribuir a la disminución de estas conductas, dichas técnicas han sido las más utilizadas y estudiadas en su aplicación al tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas el alcohol. Pedrero et al., (2008) expresan que diversas investigaciones han aportado evidencia sobre los beneficios y las limitaciones de este tipo de terapias y por supuesto de sus técnicas en el tratamiento de la dependencia de sustancias. Los indicadores de efectividad más ampliamente utilizados para estimar el efecto de las TCC han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la reducción de sintomatología asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en personas que consumen sustancias psicoactivas

(Keegan, 2013). De acuerdo con Azrin, Crum, DeCato (2001, citados en Pedrero et. al., 2008) el empleo de la técnica de resolución de problemas ha mostrado su eficacia en el tratamiento de adolescentes con niveles generales de consumo de sustancias psicoactivas así como en otros indicadores tales como estado de ánimo general, problemas de conducta, rendimiento escolar y laboral (También ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio (Esposito-Smythers, Spirito, Uth y LaChance, 2006).

O'Farrell, Choquette y Cutter (1998 citados en Secades & Fernández, 2001) resaltan que la TCC cuenta con suficiente evidencia empírica que destaca la eficacia de su aplicación en sujetos rehabilitados del alcoholismo, dicha terapia también ha sido eficaz para la prevención de recaídas, para afrontar el *Craving* (anhelo por la sustancia a la que se es dependiente) así como para el afrontamiento de *Lapses* (consumos aislados).

Como se expuso en líneas anteriores los jóvenes adolescentes son más vulnerables a iniciarse en el consumo de alcohol ya que la adolescencia es un periodo de transición de la infancia a la madurez en el que se producen gran cantidad de cambios físicos, afectivos, cognitivos y de valores que junto con un mayor deseo de obtener sensaciones novedosas e intensas, ampliar las redes sociales, así como la búsqueda de autonomía y de una identidad propia, le convierten en un periodo estresante y de especial vulnerabilidad al desarrollo de conductas de riesgo (Jiménez, Musitu & Murgui, 2006)

El adolescente recibe sus primeras pautas en su familia que es la encargada de inculcarle al individuo los primeros conocimientos para la integración a la comunidad. Como destaca Mora (2003 citado en Cornejo, 2006) ésta proporciona la información sobre su historia y procedencia en sentido cultural, además de prepararlo para la escuela. Es entonces en el hogar donde el individuo empieza su desarrollo y aprendizaje sobre el mundo que lo rodea. Sin duda esta responsabilidad no recae únicamente en la familia, la escuela también juega un rol importante en el crecimiento social del individuo, de ahí que las acciones preventivas contra el uso de alcohol en el ámbito escolar deban considerarse como prioritarias (Cornejo, 2006). Por lo tanto la prevención es la medida más eficaz que se pueda tomar a fin de desarrollar en los estudiantes estrategias para afrontar esta problemática.

Existen escasos programas centrados específicamente en desarrollar habilidades para la resolución de conflictos orientadas a disminuir y/o prevenir la conducta de consumo de alcohol, sin embargo el programa “Saluda” realizado en Madrid, España (2003) trabaja estas habilidades simultáneamente con otras, resaltando el entrenamiento de las habilidades directamente relacionadas con los factores de riesgo. Dentro de sus componentes básicos se trabajaron la resolución de problemas utilizando la adaptación del procedimiento de D’Zurilla y Goldfried (1971), entre otras como: actividades de ocio saludable, resistencia a la presión y habilidades sociales (Espada et al., 2003).

No obstante, se mencionan estudios que correlacionan las dos variables anteriormente mencionadas, considerando relevantes los programas que propenden por la prevención, la rehabilitación del alcoholismo y su tratamiento, en donde se propone que la estructura básica de un programa cognitivo-conductual de tratamiento de alcoholismo incluye la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como una serie de herramientas encaminadas al afrontamiento tanto de la sintomatología de abstinencia como de aquellos factores que hayan guardado relación tanto en el inicio como en el mantenimiento del hábito alcohólico. Se citan entre otras las técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ansiedad, depresión y habilidades sociales (Madoz, Muelas, Natividad & Ochoa, 2009).

De igual manera Olivares (1991) mencionan que se han aplicado programas de este tipo a los problemas clínicos más frecuentes entre los que se encuentran los de adicciones además de estrés, depresión, ansiedad, obesidad, comportamiento antisocial, problemas de pareja, retraso mental y a múltiples problemas comportamentales infantiles.

En la Institución Educativa Simón Bolívar el consumo de alcohol en los adolescentes ha generado un impacto social que se ve reflejado en relaciones familiares disfuncionales, deterioro físico, falta de responsabilidad y autonomía en la resolución de problemas.

Tomando en cuenta lo anterior surge el interés de la Institución Educativa para que se implementen programas de prevención de consumo de alcohol para darle un adecuado manejo a la problemática ya existente.

El proyecto está dirigido a adolescentes escolarizados del grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar, ya que las investigaciones muestran que las etapas de transición son las de mayor riesgo para insertarse en el consumo de sustancias. La primera gran transición es cuando dejan la seguridad de la familia e ingresan al colegio, de la misma manera cuando dejan la primaria y pasan a la secundaria, y por último, al abandonar la secundaria, los jóvenes enfrentan desafíos sociales, psicológicos y educativos vinculados a su preparación para el futuro (Chávez, Musayón, Sánchez & Torres, 2005). Para Espada et al. (2003) la adolescencia es una etapa de cambio, representa un periodo crítico en el inicio y experimentación de conductas de riesgo, conductas que constituyen, según Moffit (1993, citado en Jiménez et. al., 2006) un indicador importante de desajuste psicosocial en la etapa adolescente.

El presente programa de resolución se justifica en el ámbito práctico ya que fortalece las habilidades personales del joven. En donde como lo señala D'Zurilla (1993, citado en Olivares, 1991) el entrenamiento en resolución de problemas pretende enseñar al adolescente un método sistemático para la resolución de los mismos, proporcionando métodos para que la persona analice y evalúe posibles opiniones, ofreciendo un modo de enfocar el mundo que excluya la ansiedad y el estrés innecesarios, que les permitan hacerle frente a las situaciones percibidas como problemáticas por los jóvenes, aumentando su efectividad ante la resolución de las mismas.

El proceso implica una variedad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentarse a situaciones problema y que aumenta la probabilidad de escoger la respuesta más eficaz entre las diferentes alternativas ya que según Espada et al. (2003) los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol, así estas motivaciones personales hacen que los adolescentes beban licor para olvidar preocupaciones, penas, disgustos, engaños, problemas, en lugar de enfrentarlas.

El modelo del programa de entrenamiento en resolución de conflictos cuenta con estrategias cognitivas conductuales que contribuyen a su eficacia y a posibilitar soluciones a la problemática existente en la Institución Educativa Simón Bolívar. La identificación del nivel de consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes del grado octavo y noveno se

disminuirá a través del entrenamiento en resolución de conflictos. Además el programa tiene validez teórica que le permite aplicarse en otros entornos escolares cuyos sujetos tengan características similares a la población objeto de estudio del presente proyecto. La culminación de este estudio puede dar inicio a diferentes investigaciones encaminadas a detectar, difundir y generar los cambios sociales necesarios que posibiliten estilos de vida saludables en la comunidad en general, brindando así soluciones a las diversas problemáticas.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el efecto de un programa de resolución de conflictos sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes entre 14 y 16 años de edad de los grados octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de consumo de riesgo de alcohol previo a la ejecución del programa de resolución de conflictos en adolescentes entre 14 y 16 años de edad de los grados octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto.

Diseñar e implementar un programa de resolución de conflictos dirigido a los adolescentes entre 14 y 16 años de edad de los grados octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto.

Establecer si existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de riesgo de alcohol previo y posterior a la ejecución del programa de resolución de conflictos en los adolescentes entre 14 y 16 años de edad de los grados octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto.

MARCO DE REFERENCIA

Marco contextual

Institución Educativa Simón Bolívar

La Institución Educativa Simón Bolívar está ubicada en el sur occidente de la ciudad de Pasto en el barrio Lorenzo de Aldana, fue creada en Junio de 2009 dada la necesidad de los vecinos del sector por acceder a un tipo de educación personalizada. La atención educativa que brinda la institución es acorde al nivel y tipo de necesidades de la comunidad, las metodologías de enseñanza tienen los procesos productivos y la vida social y cultural de la comunidad.

La Institución brinda educación básica primaria y secundaria hasta el grado noveno, cuenta con docentes capacitados para desarrollar procesos que contribuyen al desarrollo socio – afectivo, cognitivo y psicomotriz de los estudiantes; orientados a la creación de líderes escolares y de personas idóneas para la construcción de una sociedad mejor. La Institución ha organizado la distribución del trabajo de docentes y planeación de proyectos de tal manera que se pueda brindar una educación que garantice la formación integral de los estudiantes, basados en las leyes emanadas por el gobierno nacional y las expuestas en la Constitución Política de Colombia de 1991, la Ley General de Educación y sus decretos complementarios.

El objetivo de la institución está encaminado a la formación integral de los estudiantes basada en el respeto, tolerancia y promoción de derechos y deberes para formar personas capaces de dar lo mejor de sí para la transformación de la sociedad a través de educadores idóneos, estudiantes inquietos por el saber; padres de familia y representantes legales que vivan y acepten la filosofía de la Institución. El trabajo en conjunto permitirá examinar los aciertos y desaciertos de la comunidad educativa, buscando y ofreciendo soluciones para educar y formar mejor a los futuros jóvenes.

Misión

La Institución Educativa Simón Bolívar tiene la misión de formar integralmente a los estudiantes en principios y valores fundamentales como la libertad, espíritu crítico, creatividad e iniciativa personal; con conocimientos y competencias necesarias fortalecidas por los estándares educacionales exigidos por el Ministerio de Educación Nacionales con altos niveles de eficiencia, responsabilidad y rigurosidad.

Esta formación y trabajo académico se desarrolla con un trato personal entre el docente y el estudiante, en un clima de diálogo y participación. Creemos en la tutoría y orientación individual como elementos esenciales en la preparación y apoyo de nuestros estudiantes como los futuros líderes.

Visión

La visión de nuestra Institución es la de consolidarnos como una de las mejores en la ciudad de San Juan de Pasto, dedicada a la formación de estudiantes líderes y emprendedores sustentados en valores. Lo anterior, soportado por una gestión educativa que favorece la mentalidad positiva y una comunicación e interrelación entre el personal directivo, administrativo, prestadores de servicios académicos y padres de familia, todo esto con responsabilidad y respeto, hacia nuestro principal beneficiario que es el estudiante

Actualmente la Institución cuenta con 99 estudiantes, 7 en grado preescolar, 9 en grado primero, 10 en grado segundo, 10 en grado tercero, 11 en grado cuarto, 7 en grado quinto, 10 en grado sexto, 11 en grado séptimo, 11 en grado octavo y 13 en grado noveno. Las directivas de la institución manifiestan que se están presentando inadecuadas maneras de afrontar problemas, además informan que se ha evidenciado situaciones asociadas al inicio de consumo de alcohol.

Marco de antecedentes

Con respecto a los antecedentes relacionados con el presente tema de investigación no se encuentran específicamente programas de resolución de conflictos en cuanto a prevención o disminución de consumo de alcohol, sin embargo a continuación se presentan algunos estudios asociados a esta temática.

Espada et al. (2003) implementaron un programa en España con estudiantes de secundaria denominado Saluda al fin de semana de prevención de abuso de alcohol y el consumo de drogas de síntesis en contextos que estuvo comprendido por diez sesiones a razón de dos por semana. Un estudio piloto reveló que el programa aumentaba el nivel de conocimientos sobre el alcohol y las drogas de síntesis, y modificaba la percepción normativa del consumo. Su eficacia preventiva fue media-alta ($d_+ = 0,78$), al compararlo con un grupo control sin intervención (Espada et al., 2003).

Sus objetivos generales fueron retrasar la edad de inicio del consumo, promover la abstinencia o el uso responsable, reducir el abuso de alcohol y el consumo de drogas de síntesis. La finalidad es romper el binomio "diversión-droga", asociado a los actuales patrones de consumo de sustancias como facilitadoras de la diversión en los períodos de ocio. El programa actúa a nivel cognitivo, actitudinal y conductual, con respecto a este último se entrenaron repertorios básicos de habilidades sociales para desarrollar la capacidad de relacionarse sin recurrir al alcohol y especialmente para resistir la presión de grupo en situaciones de consumo de drogas en momentos de ocio. Se enseñaron habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones, para buscar ofertas saludables de tiempo libre en la ciudad e implicarse como alternativa al aburrimiento y al abuso de sustancias, y para adoptar una decisión personal sobre el consumo expresado en forma de compromiso público. Fomentó también las habilidades de autocontrol, como el autorreforzamiento del consumo responsable los fines de semana.

En la línea de las intervenciones centradas en la mejora de la competencia personal, el programa Saluda resaltó el entrenamiento de las habilidades directamente relacionadas con los factores de riesgo. Los componentes básicos del programa Saluda fueron: Actividades de ocio saludable, resistencia a la presión, habilidades sociales y resolución de

problemas, con respecto a este último se utilizó una adaptación del procedimiento de D'Zurilla y Goldfried (1971). En donde al principio se aplicó el método a situaciones cotidianas y después se valoraron específicamente los "pros" del no consumo o del uso responsable y los "contras" del abuso de drogas, con el fin de tomar una decisión personal. Además de los elementos descritos el programa incluye: Información sobre las drogas, compromiso público y entrenamiento en autorrefuerzo.

Albarracin y Muñoz (2008) realizaron una investigación de tipo descriptivo que tuvo como objetivo determinar los factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana. Se inscribe dentro de la línea de investigación en consumo de alcohol en jóvenes de la facultad de psicología de la Universidad Javeriana. En este estudio se especifican las condiciones y los factores asociados, en términos de situaciones personales y las situaciones que involucran a otros, bajo las cuales se da el consumo en el grupo particular de universitarios de Bucaramanga. Se utilizaron dos instrumentos: El Inventario Situacional de Consumo de Alcohol ISCA y una ficha de Datos Generales. Participaron 198 estudiantes de cuatro universidades que hacen parte de la Red Emprender del Oriente Colombiano. Los resultados arrojados muestran que el 93.9% de los universitarios bumanguenses reportan consumo de alcohol, el cual se inicia, en promedio, a los 14.7 años. En un 42.4%, el consumo es mensual y se lleva a cabo con mayor frecuencia en las discotecas y en las casas. La bebida que más consumen es la cerveza (hasta 6 botellas). Prima un riesgo de consumo moderado en el 83.8% de los universitarios y los factores asociados al consumo son los estados emocionales, los momentos agradables y la presión de grupo.

Cicua et al. (2008) llevaron a cabo una investigación de corte cuantitativo con diseño transeccional correlacional que buscó describir los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Bogotá. Para esta investigación se utilizó una Ficha de Datos Generales para conocer las características generales del consumo de las personas encuestadas y el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) para medir las categorías de situaciones personales y situaciones con otros. Estos instrumentos fueron aplicados a 406 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos, pertenecientes a los estratos 4 y 5 de Bogotá, en cinco localidades. Se encontró que las situaciones

personales se establecían como factores de mayor riesgo para los adolescentes, que aquellas que implicaban una interacción con otros.

Madoz, Muelas, Natividad & Ochoa (2009), destacan la importancia de la prevención en consumo de alcohol, una de las cuestiones sanitarias de mayor interés, dada la alta prevalencia de este y las patologías asociadas, así como de las implicaciones sociales que tal dependencia ocasiona.

Consideran relevantes los programas que propenden por la prevención, la rehabilitación del alcoholismo y su tratamiento. La estructura básica de un programa cognitivo-conductual de tratamiento de alcoholismo incluye la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como una serie de herramientas encaminadas al afrontamiento tanto de la sintomatología de abstinencia como de aquellos factores que hayan guardado relación tanto en el inicio como en el mantenimiento del hábito alcohólico. Se citan entre otras las técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ansiedad y depresión, habilidades sociales. Muchas de estas terapias se complementan con, o consisten exclusivamente en, técnicas de grupo. Esta modalidad terapéutica está dirigida por un terapeuta profesional hacia determinados objetivos a través de la participación en un grupo. Se diferencia así de otras ofertas también útiles para la deshabitación como son los grupos de autoayuda, compuestos generalmente por alcohólicos y ex-alcohólicos, que comparten experiencias y se apoyan en su propósito de abstinencia y curación.

Pérez (2010) implementó un programa de entrenamiento de 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 Túquerres. Con un tipo de estudio descriptivo, diseño experimental pre-prueba post-prueba (Escala DUSI) en un grupo experimental y control con una población de adolescentes de 12 a 14 años. El diseño y la aplicación del programa se fundamentaron en la intervención psicológica de orientación cognitiva. Los resultados del estudio permitieron 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 de consumo de alcohol en la población objeto de estudio; se comprobó estadísticamente que el programa de habilidades sociales sí actuó como factor protector sobre los factores de riesgo

en los que se pretendió influir, es decir de las habilidades sociales y estado emocional. Lo anterior se afirma por la disminución de riesgo en los factores mencionados para los integrantes del grupo experimental se comprobó de forma estadística.

Pantoja y Solarte (2010) hicieron un estudio en consumo de drogas en jóvenes universitarios en donde indagan las razones de inicio, permanencia y abandono del consumo de drogas en estudiantes, lo que les permitió identificar las diversas razones para iniciar el consumo de drogas, potencializándolas en la curiosidad y en emociones positivas como: alegría, relajamiento, posibilidad de diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consumen, generando en ellos efectos positivos que refuerzan posteriormente el consumo.

El estudio también permitió determinar que los jóvenes inician consumiendo drogas socialmente aceptadas como el alcohol y el cigarrillo, llegando a consumir drogas ilegales que causan mayor efecto de satisfacción con el fin de suplir sus necesidades. Así mismo en el inicio del consumo juega un factor importante el factor social, pero la decisión de convertir el mismo en un hábito dependerá más de los factores individuales en cuanto a la personalidad y toma de decisiones del estudiante.

Concluyen que las principales razones de consumo no varían en los motivos de inicio y mantenimiento del mismo.

El Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia (2011) realizado por el Ministerio de Educación Nacional destaca que la edad de inicio muy temprano de consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas. El consumo de bebidas alcohólicas se evidencia en un porcentaje importante de niños con edades desde los once años. También se encontró en este estudio que en la medida que mejora la percepción que tiene el adolescente respecto de cuanto estén involucrados sus padres en sus vidas, así mismo disminuye o aumenta el uso de sustancias psicoactivas, contrarrestando la influencia que puedan ejercer los pares, compañeros de curso o amigos, para el uso de sustancias psicoactivas. No obstante aún cuando exista un significativo involucramiento parental, se observa que el consumo de drogas no llega a anularse por completo. Sin embargo puede disminuir en forma importante, pero queda demostrado que también hay otros factores de riesgo interactuando permanentemente en la vida de los jóvenes.

Marco teórico

Consumo de alcohol

La palabra alcohol, proviene del árabe alkahi que hace referencia a la esencia y al espíritu, el alcohol puede emplearse para la asepsia o como sedante dependiendo del contexto.

La humanidad desde la antigüedad por motivos religiosos, culturales o sociales ha consumido sustancias con el fin de alterar su conciencia y su estado de ánimo lo cual se ve claramente reflejado en el comportamiento de quien las usa. Dichos motivos han contribuido a la proliferación del consumo de alcohol.

Debido a la permisividad de la sociedad el cigarrillo, la cafeína y el alcohol se consideran las sustancias con mas alto índice de consumo en la población mundial (Rodríguez, et. al., 2011).

El alcohol forma parte de las sustancias psicoactivas depresoras del sistema nervioso central. El consumo de alcohol altera la función normal del cerebro, disminuye notablemente la comunicación neuronal ya que actúa directamente sobre el neurotransmisor GABA gammaaminobutírico aumentando la actividad del mismo (Sue, Derald & Stanley, 1994).

Efectos asociados al consumo de alcohol

La mayoría de las personas consumen bebidas alcohólicas debido a los efectos que produce inicialmente dicho consumo tales como euforia y desdeshibición. Asociado a este consumo a una motivación sencilla pero poderosa, para beber: beber para “divertirse”. Entre los aspectos de esta motivación se incluye el promover la confianza, ser sociable, conocer a gente, sentirse bien y “disfrutar” de la embriaguez. Aunque las personas que consumen alcohol reconocen fácilmente las consecuencias negativas, las positivas parecen percibirse como mas importantes, frecuentes e inmediatas (Argandoña, Frontrodona y Lombardia, 2008).

La ingesta de alcohol causa diversos efectos a corto y a largo plazo en el Sistema Nervioso Central SNC, al consumirlo lentifica el funcionamiento de dicho sistema. Los

efectos fisiológicos del alcohol son proporcionales al peso corporal de quien lo consume, a la cantidad de alimento que haya consumido la persona, a la velocidad con que se consume, factores personales, ambientales y culturales, así como previas experiencias de ingesta (Narváez, 2000).

Efectos psicológicos

Inicialmente a nivel psicológico el consumo de alcohol puede generar sensaciones somnolientas y relajantes, alegres y eufóricas pero de acuerdo al entorno de la persona que lo consume puede tornarse en tristeza, angustia, ansiedad etc. Otra de las consecuencias es la desinhibición de emociones, que provoca en el sujeto la adopción de conductas que en condiciones normales serían percibidas como inadecuadas. Altera la coordinación motora y el equilibrio de la persona. La percepción también se altera notablemente ya sea disminuyéndola o incrementándola excesivamente. Disminuye el tiempo de reacción así como la concentración generando juicio deficiente (Sue et. al., 1994).

Efectos fisiológicos

El alcohol también afecta a otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien, y esto ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos de larga evolución. También ocasiona problemas en el hígado: cirrosis hepática (Narváez, 2000).

El consumo de alcohol también altera el normal funcionamiento cardiovascular generando cardiopatías. Puede aparecer una alteración sexual causando disfunción tanto en hombres como en mujeres. Durante el embarazo puede causar problemas en el desarrollo del feto, produciendo el llamado síndrome fetal del alcohol.

Efectos psicosociales

Inicialmente el consumo de alcohol produce un efecto de desinhibición, el cual puede actuar como facilitador de las relaciones entre iguales.

Desde luego la cantidad de efectos que ocasiona el consumo de alcohol posteriormente en la persona se ven reflejados en su interacción social, deteriorando en su gran mayoría las relaciones familiares sociales laborales y académicas (Matellanes, 2003)

Pese a la gran cantidad de consecuencias negativas que implica el alcohol, es paradójica la aceptación social que este tiene y la legalidad del mismo.

Características clínicas relacionadas con el consumo de alcohol

De acuerdo a Sue (et. al., 1994) referirse al consumo de sustancias psicoactivas es necesario identificar el abuso, dependencia e intoxicación que generan en quien las usa.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, los trastornos relacionados con el uso de sustancias se diferencian entre sí con respecto a la sustancia utilizada, así como en términos de patrones de trastorno: abuso, dependencia, abstinencia e intoxicación, los cuales tienen las mismas características sin importar la sustancia consumida.

Abuso

Para Sue (et. al., 1994) el abuso de sustancias se define como un patrón desadaptativo de uso desmedido que lleva a un deterioro o angustia. A pesar de las consecuencias que la ingesta de alcohol pueda generar en el individuo a nivel social, laboral, psicológico, físico, de seguridad y en muchos casos a nivel legal, la persona tiene dificultad para reducir la cantidad de alcohol que bebe por lo cual tampoco puede dejar de consumirlo.

Dependencia

Se refiere al patrón desadaptado de uso de alcohol lo cual conlleva a consumir desenfrenadamente mayor cantidad del mismo, es decir, el organismo de quien lo consume se acostumbra a ello, desarrolla tolerancia al alcohol siendo necesario incrementar cada vez más las dosis de sustancia para experimentar los efectos deseados. Es el insaciable deseo de consumir alcohol para sentir placer y evitar el malestar.

Pese a que el sujeto conoce y ha experimentado las consecuencias del consumo de alcohol, es incapaz de controlar la ingesta de la sustancia abandonando responsabilidades y deberes, degradando así las relaciones en todos sus contextos.

Abstinencia

La abstinencia se presenta cuando el sujeto disminuye o detiene el consumo de alcohol, experimenta malestar caracterizado por temblores, angustia, irritabilidad, ansiedad por conseguir la sustancia sin importar lo que tenga que hacer para obtenerla, agresividad entre otros (Sue et. al.,1994).

Intoxicación

Hace referencia al consumo desmedido de una sustancia que afecta al sistema nervioso central en la que son evidentes ciertas conductas desadaptadas o cambios psicológicos: agresividad, juicio y funcionamiento deteriorados. Dado que el organismo desea deshacerse de la excesiva cantidad de sustancia, puede causar vomito, diarrea entre otras patologías.

De acuerdo con Gil (2012) entre los síntomas psicológicos que produce el consumo de alcohol se encuentran: depresión, ansiedad, euforia, inestabilidad emocional, deterioro en la memoria reciente, falta de atención, irritabilidad y agresividad. Hay sentimiento de invulnerabilidad. Por supuesto lapsus de memoria en casos de abuso fuerte.

Alcoholismo

Es un trastorno que surge como consecuencia del abuso y dependencia del consumo de alcohol. Se presenta en dos formas, en la primera la persona para desempeñarse diariamente en sus actividades necesita de ciertas cantidades de alcohol, es incapaz de abstenerse, si no lo consume experimenta molestias. La segunda forma se presenta cuando la persona puede abstenerse de consumir alcohol durante determinados periodos, pero como lo refieren Sue (et. al., 1994), “no puede controlar o moderar su ingestión una vez que reanuda la bebida”. Las dos formas generan deterioro en las relaciones, pérdida del trabajo, violencia familiar entre otros.

El alcoholismo se desarrolla a lo largo de años, dentro de los primeros síntomas que experimenta la persona que consume alcohol es la preocupación por la disponibilidad de este en los contextos en que interactúa, al igual que la cercanía con personas que también lo consumen. Por su parte la OMS (1976) define el alcoholismo como “la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.”

Sue (et. al., 1994), señalan que el alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una sustancia psicoactiva que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

Al principio la persona que consume alcohol puede aparentar una alta tolerancia a este, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo. Puede llegar a producirse dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia. (Sue et. al., 1994).

Etapas del proceso de alcoholización

Al referirse al proceso de alcoholización Díaz del Castillo (2002, citado en Pérez, 2010), se distingue cuatro etapas: etapa pre alcohólico, sintomático, crítico y crónico.

La etapa pre alcohólica también llamada del bebedor social. En esta etapa la persona utiliza el alcohol para sentirse bien, aliviar tensiones o celebrar una emoción, entre otras. Es característico que las actividades sociales están mediadas por el alcohol.

La etapa sintomática se asocia con la manera desmesurada que la persona ingiere alcohol, la persona al día siguiente no recuerda algunos episodios o acciones realizadas en el estado de embriaguez. La persona busca excusas para beber con más frecuencia, niega que esté perdiendo el control del consumo.

En la etapa crítica, se caracteriza por el incremento de la tolerancia hacia la sustancia, por tanto requiere de mayores cantidades para sentir los efectos deseados. La persona experimenta deseo de beber licor compulsivamente, cambios de conducta que pueden tornarse agresivos.

La etapa crónica dada la dependencia del sujeto a la sustancia, la persona experimenta ansiedad por beber diariamente, de no hacerlo siente malestar reflejado en temblores, vomito entre otros síntomas.

Teorías explicativas acerca del consumo de alcohol

Explicaciones biógenas.

Debido a que el alcohol afecta a los procesos metabólicos y al sistema nervioso central, los investigadores han explorado la posibilidad de que la herencia o los factores congénitos aumenten la susceptibilidad a la adicción.

Varios estudios evidencian que se han encontrado que indicadores biológicos que implican a neurotransmisores en el cerebro se relacionan con el alcoholismo (Tabakoff y Hoffman, 1995). Los autores mencionan que otro factor de riesgo puede ser la responsividad o insensibilidad al alcohol, las personas que no son sensibles al alcohol

pueden ser capaces de consumir grandes cantidades de éste antes de sentir sus efectos y por tanto ser más susceptibles al alcoholismo.

Explicaciones psicológicas

Una conducta, como es la del consumo de drogas, va a exigir una explicación bio-psico-social, o más bien socio-psico-biológica, porque el aspecto más importante, a nivel cuantitativo y cualitativo para explicar el consumo o no en una sociedad concreta, es en primer lugar las debidas a factores sociales, en segundo lugar a factores psicológico y, finalmente, en tercer y último lugar, a factores biológicos.

Desde una aproximación funcional, el consumo de drogas es explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta. De forma más precisa, el consumo de drogas es un hábito sobreaprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales. Se entiende como resultado de alguna combinación o producto interactivo posible de ciertos factores de control que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos (en el sentido de haber dispuesto o no de modelos reforzadores de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las drogas, etc.); un estado motivacional determinado (por ejemplo, condiciones de privación social, ansiedad, etc.); unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas (por ejemplo, ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.); y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las sustancias psicoactivas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulares asociadas a éstos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de re forzamiento de modo que acabarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual (López y Gil, 1996, citados en Secades & Fernández, 2001).

De este modo, a la hora de explicar la ocurrencia y persistencia de la auto-administración de drogas, se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interaccionan con las variables antes mencionadas (biológicas, motivacionales,

de historia de aprendizaje, repertorio conductual, etc.), y debido a que la conducta de consumo está bajo ciertos controles estimulares y de programas de reforzamiento (López y Gil, 1996, citados en Secades & Fernández, 2001). De igual manera, el tipo de sustancia puede determinar aspectos importantes del patrón de adquisición, de modo que para algunas de ellas, el inicio del consumo es una conducta gobernada por reglas o sólo es posible debido a que las contingencias sociales asociadas son más potentes que las automáticas o primarias, generalmente de un carácter aversivo que desaparece tras varios episodios de consumo. Poco a poco, las contingencias propias de cada sustancia psicoactiva se convierten en el elemento clave de control. 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. De esta manera, los posibles factores precipitantes de una conducta adictiva han de considerarse de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento del problema y la importancia relativa de las diferentes variables no es la misma en cada individuo en particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un individuo.

No se propone un nuevo modelo integrador de todas las variables referidas en las distintas teorías de la adicción, sino que 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.

En este sentido de acuerdo con Carlson (1998, citado en Becoña, 2007) la explicación comprensiva del comportamiento humano exige integrar en un mismo ser humano los componentes socio-culturales, o contexto en donde ha nacido, ha aprendido, ha desarrollado sus habilidades y donde actualmente vive (esto significa que ha aprendido cosas dentro de una cultura concreta, que tiene una concepción del mundo distinta a la de otros grupos sociales, y que afronta el mundo con los valores y creencias de esa cultura); los componentes psicológicos, o modo de comprender y afrontar el mundo desde su realidad; y, el componente biológico o físico que le permite ser hombre, por una parte, y hombre social por otra, dependiendo de su estructura orgánica y de su funcionamiento

biológico a través de sus sentidos, órganos y características biológicas innatas u otras que han ido interactuando con su aspecto psicológico y social de modo mutuo a través de su ciclo vital.

Los procesos psicológicos básicos, esto es, cómo se percibe y siente, el papel de la atención, la memoria y la inteligencia, los tan importantes procesos de aprendizaje, cómo se piensa y el papel de la cognición, la comunicación, influencia social y cognición social, la personalidad, la consciencia..., los hay que tener en cuenta para comprender, explicar y poder prevenir y tratar el consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2001). Como un ejemplo, saber cómo una persona aprende es de la mayor relevancia. El aprendizaje es un proceso básico en el ser humano y en los animales. A lo largo del tiempo la persona aprende relaciones entre eventos en su ambiente y como los mismos tienen efectos sobre su conducta. La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

De acuerdo con Becoña (2007) junto a los procesos básicos anteriores, que permiten comprender y explicar el comportamiento humano desde la esfera más psicológica, hay otros procesos que se relacionan con la parte social del individuo y, naturalmente también, con su parte biológica, ya que éste se produce en un contexto social y con una persona que tiene también un sustrato biológico. De ahí la importancia que tiene conocer la cultura (y sus características) en relación con la valoración y normas que tiene sobre el consumo de drogas, el proceso de socialización del individuo, el papel de su familia y de los procesos familiares de esa persona así como el papel de la familia en ese medio social (estilos de crianza, control, expectativas hacia sus hijos, etc.). También conocer la vulnerabilidad y los procesos de predisposición biológica que puedan existir en ella

Factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de alcohol

Los factores de riesgo hacen referencia a variables, características y circunstancias que rodean a la persona y que pueden actuar como facilitadoras o predisponerla para el inicio o mantenimiento de consumo de sustancias psicoactivas que desde luego también se aplican al consumo de alcohol, ya que pertenece a este grupo de sustancias.

Tomando en cuenta la particularidad de cada caso, según Matellanes (2003), los factores pueden ser a su vez de riesgo o de protección, dentro de ellos se encuentran los individuales, sociales y relacionales, mencionados a continuación:

Factores Individuales

Los factores de riesgo individuales hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse (Cicua et. al., 2008).

En estos factores se encuentran la baja autoestima, el adolescente siente inseguridad, es fácilmente influenciado dada la ausencia de sentido crítico, sensible a la crítica y puede asociarse a dificultades en el manejo de ansiedad.

La baja tolerancia a la frustración también hace parte de factores individuales, la persona no soporta el fracaso y los resultados negativos que para ella esto implica, por lo tanto suele adoptar actitudes pasivas que conllevan a la falta de autonomía.

Las dificultades para la resolución de conflictos y la toma de decisiones están ligadas en su gran mayoría a la evitación, por lo cual para el adolescente es más benéfico atribuir la responsabilidad al entorno.

En general, el adolescente experimenta atracción por el riesgo y la curiosidad por sensaciones placenteras, búsqueda de identidad, necesidad de autoafirmación y necesidad de diferenciación del mundo de los adultos.

Factores Sociales

En esta clasificación se resalta la disponibilidad de las sustancias, especialmente aquellas que se consideran legales y al alcance de cualquier presupuesto como la cafeína, alcohol y cigarrillo. Desde luego diversas sustancias psicoactivas están disponibles de manera clandestina en la calle e incluso en las afueras de las Instituciones Educativas, incrementando el riesgo cuando se habita en sectores de distribución secreta.

Factores Relacionales

Tienen que ver con el entorno más cercano a la persona: contexto familiar, escolar y de amigos. Las relaciones familiares son importantes a la hora de iniciar el consumo de SPA, por lo tanto si estas son positivas el riesgo será menor, pero si son negativas o disfuncionales incrementa el riesgo. El bajo rendimiento escolar puede propiciar el consumo así como la presión grupal de pares.

Otro factor importante son los medios de comunicación: Internet, televisión, radio, música entre otros. Es común mirar eventos deportivos o culturales patrocinados por empresas de tabaco o alcohol.

Resumiendo y de acuerdo con Papalia (2005) estudios e investigación en el campo de las SPA evidencian diversos de factores de riesgo, entre los cuales se encuentra pobre control de impulsos asociado a experiencias negativas del sujeto, grupo de amigos o familiares iniciados en el consumo de algún tipo de SPA . El caso de amigos consumidores conlleva a la presión de grupo para que el sujeto buscando aceptación de sus pares inicie el consumo. Inadecuadas pautas de crianza en las que se el adolescente no cuenta con la orientación o información necesaria frente a las SPA, lo que generalmente suscita curiosidad en la persona. Dinámicas familiares complejas: familias disfuncionales, padres autoritarios o permisivos, fracaso escolar debido a inadecuados desempeño escolar que puede ocasionar frustraciones, rebeldía e inconformidad, inadecuada resolución de problemas y ausencia de asertividad entre otros. A mayor existencia de factores de riesgo para consumo mayor probabilidad de uso y abuso de sustancias. Cabe resaltar que los factores anteriormente mencionados pueden tornarse como factores de riesgo o como factores de protección.

Adolescencia

Es un periodo de transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios en todas las dimensiones del adolescente. Según Matellanes (2003), la adolescencia “es una etapa de la vida de la persona definida por las transformaciones que van a producirse en todos los niveles: psicológicos, fisiológicos y sociales, etc., y para lo que se requiere no solo la adaptación continua del adolescente a las nuevas situaciones, sino

también la de la familia y su entorno cercano”. Este periodo implica la despedida de la etapa infantil y el ingreso a la etapa adulta caracterizada por la independencia y autonomía.

Papalia (2005), menciona que surgen en el adolescente cuestiones acerca de su ser, de los principios y valores inculcados en su infancia, tiende a objetarlos e inicia la búsqueda de otras alternativas incluso irreverentes que soporten sus actitudes generalmente evasivas y que en la mayoría de los casos tiende a asociarse al inicio en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse. La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20, y conlleva grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo.

Para Craig (1997), la adolescencia es una construcción social. Antes del siglo XX, no había concepto de adolescencia; por lo tanto, en las culturas occidentales los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban físicamente o cuando empezaban como aprendices en un oficio. En la actualidad, el ingreso a la edad adulta lleva más tiempo y está menos definido. La pubertad empieza antes de lo acostumbrado, y el ingreso a una vocación tiende a ocurrir más tarde, ya que las sociedades complejas requieren periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional antes de que un joven logre asumir responsabilidades de adultos.

En cuanto a las definiciones sociológicas, una persona puede llamarse adulta cuando se mantiene a si misma o a elegido una carrera, cuando se ha casado o formado una relación significativa o ha iniciado una familia.

También existen definiciones psicológicas, a menudo se considera que la madurez cognoscitiva coincide con la capacidad para el pensamiento abstracto. La madurez emocional puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y la formación de relaciones. Algunas personas nunca abandonan la adolescencia, sin importar su edad cronológica.

La adolescencia temprana (aproximadamente de los 11 o 12 a los 14 años), que es la transición de la niñez, ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en las

dimensiones físicas sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autonomía, la autoestima y la intimidad. No obstante, este periodo también supone grandes riesgos. Algunos jóvenes tienen dificultades para manejar demasiados cambios a la vez y pueden necesitar ayuda para superar los peligros a lo largo del camino. La adolescencia es una época en que aumenta la divergencia entre la mayoría de los jóvenes, quienes se dirigen a una adultez satisfactoria y productiva, y una importante minoría que enfrentará problemas importantes (Craig, 1997).

Problemas derivados del abuso de alcohol durante la adolescencia

Espada et al. (2003), mencionan que cuando el adolescente abusa del consumo de alcohol se presentan consecuencias negativas como intoxicación etílica aguda o embriaguez, problemas escolares, sexo no planificado, accidentes de tráfico, problemas afectivos y legales.

En cuanto a la intoxicación etílica o embriaguez, ésta es proporcional a la cantidad de alcohol ingerido, si el adolescente no recibe atención médica oportuna puede generarse un estado de coma e incluso la muerte.

El consumo de alcohol se evidencia en el rendimiento escolar del adolescente e incluso en la deserción académica ya que el joven descuida sus deberes y evade sus responsabilidades.

Aunque los adolescentes tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos y sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, según Cooper (1994, citado en Espada et al. 2003), el estado de embriaguez puede impedir la puesta en práctica de dichos conocimientos las conductas de salud.

De acuerdo con Romero (1994, citado en Espada et al., 2003), la ingesta de alcohol especialmente en el fin de semana incrementa el riesgo de sufrir un accidente vehicular dada la pérdida de reflejos y déficit perceptivos. Además esta situación puede generar problemas legales ya que los adolescentes que tienen acceso a la conducción de un vehículo generalmente lo hacen sin licencia de conducción. El adolescente premeditadamente puede causar daño a bienes públicos o fomentar riñas callejeras.

Finalmente en relación a los problemas afectivos, varios estudios han puesto en manifiesto la relación entre abuso de alcohol y suicidio. Pons y Berjano (1999, citados en

Espada et al., 2003) señalan que aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol.

Lo anterior indica la dificultad del adolescente para buscar soluciones reales y eficaces a situaciones que él percibe como problemáticas, convirtiéndose esta dificultad en un factor de riesgo para la iniciación del consumo de alcohol como lo mencionan López y Gil (1996, citados en Secades & Fernández, 2001). Los autores refiere además la presencia de otros factores que facilitarían también el consumo tales como: la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el uso del tiempo libre. Los rasgos como extraversión y el perfil de búsqueda de sensaciones nuevas también se relacionan con el consumo de dicha sustancia (Saiz, 1999 citado en Cicua et al., 2008).

En acuerdo con Gil (2012), también mencionan que los adolescentes tienen experiencia limitada en el desarrollo de habilidades en resolución de conflictos, bien sea porque existe un déficit en estas o porque no las posee. Además según Espada et al. (2003), los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol.

Conflicto

La palabra conflicto proviene del latín *conflictus*, que significa chocar, se define como una situación que exige una respuesta, sin embargo no hay ninguna respuesta aparente o disponible o hay incompatibilidad entre dos o más respuestas.

La existencia del conflicto está aceptada como una parte inevitable del funcionamiento social (D'Zurilla y Goldfried, 1971 citados en Enríquez y Revelo, 2003).

Los problemas o situaciones problemáticas son normales en la vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria a la que se tiene que dar solución, pero la cual no se dispone en el momento. Al no encontrar solución a un problema surge, o se incrementa. El estrés y otros estados emocionales. Y si se actúa sin tener una solución adecuada, se hace de un modo que no se desea o de un modo poco eficaz. O no se actúa, al no encontrar solución.

Terapias cognitivo-conductuales y técnica de resolución de conflictos

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivo conductuales fue la publicación del libro de Ellis (1962). Años después a mediados de los setenta, se publicaron los primeros manuales sobre las terapias cognitivo conductuales (Kendall y Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977, citados en Labrador et al., 1999) produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación. Actualmente hay una eclosión de terapias cognitivo-conductuales.

Existen un gran número de terapias cognitivo-conductuales que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas comportamentales. Después de la aparición e importante aceptación de este conglomerado de terapias, ha existido una criba entre las mismas fundamentalmente basada en su aceptación o no por parte de los terapeutas e, implícitamente, en que las mismas fuesen útiles y demostrasen una adecuada eficacia. Esto se aprecia claramente en un grupo homogéneo de terapias, dentro de las genéricas cognitivo-conductuales, que se han denominado específicamente como terapias o técnicas de solución de problemas. En el influyente artículo dividieron las terapias cognitivas en tres grandes grupos: Terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas. Dentro de estas últimas distinguieron tres: la terapia de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971), la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974, citados en Olivares & Méndez 1999) y la ciencia personal de Mahoney (1974 a, 1977, citado en Olivares & Méndez 1999).

De las tres terapias de solución de problemas indicadas por Mahoney y Arknoff (1978, citados en Aguilera y Castaño, 2007), la que más atención ha recibido, mayor aceptación y utilización tiene es la terapia de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971), que en los últimos años ha sido redenominada como terapia de solución de problemas sociales (D´Zurilla y Nezu, 1982, citados en Olivares & Méndez 1999), dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales. La terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure

(1974) tiene un campo específico de aplicaciones en niños y adolescentes con problemas de ajuste social, y en conductas concretas como impulsividad e inhibición (Spivack, Platt y Shure, 1976; Spivack y Shure, 1974). Por el contrario, la ciencia personal de Mahoney se ha quedado fundamentalmente en una formulación, a excepción de su aplicación a problemas de obesidad. En este último caso la ciencia personal no ha sido utilizada sistemáticamente al ocurrirle algo semejante a la última formulación del entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum (1985): los principios, pasos y técnicas que utiliza son los que dispone el terapeuta de conducta cuando se enfrenta con un problema al que hay que dar una solución, no aportando una técnica única y exclusiva.

Bases teóricas del modelo de técnicas de Solución de problemas (SP)

Como le ha pasado a un gran número de terapias cognitivo conductuales las terapias de SP han asumido los genéricos principios cognitivos basados fundamentalmente en Mahoney (1974) y Mahoney y Arknoff (1978). Estos se han mantenido hasta el presente con los retoques debidos a los cambios que en estos últimos años se han producido en la modificación de la conducta en general (Ingram y Scoot, 1990). Pero aquellas terapias que han tenido una buena acogida se han visto obligadas a dar un paso más y junto a los principios asumidos por todas las terapias cognitivo conductuales, han especificado a nivel teórico la fundamentación de técnicas cognitivas específicas, dada la presión y necesidad que se ha visto reflejada en estos últimos años en la publicación de varios libros de contenido teórico o de búsqueda de fundamentación de las técnicas cognitivas y de las conductuales en general. En este contexto, ha habido un importante esfuerzo de basar teóricamente la terapia de SP.

Antecedentes que facilitaron el surgimiento de las técnicas de solución de problemas.

Para D'Zurilla (1986) los cuatro hechos que considera que han tenido influencia en el surgimiento de esta orientación han sido el interés por la creatividad, el surgimiento de la aproximación de competencia social a la psicopatología como una oposición al modelo médico, el rápido desarrollo y expansión de la aproximación cognitivo-conductual dentro de la modificación de conducta, y el desarrollo de una teoría transaccional del estrés.

La investigación en creatividad, de gran importancia en la década de los cincuenta en Estados Unidos, se realizó bajo la implicación práctica de ser necesaria para un adecuado desarrollo de cualquier sociedad, e incidió en el área de solución de problemas. Los métodos y técnicas de entrenamiento específico de Osborn (1963), y su técnica de tormenta de ideas, han sido incluidos dentro del entrenamiento en SP.

El rechazo del modelo médico para explicar muchos fenómenos psicopatológicos ha sido común desde la década de los cincuenta. El modelo de competencia, como alternativa al anterior, ha sido considerado por D'Zurilla como otro aspecto importante para el desarrollo de las técnicas de SP.

La aproximación cognitiva-conductual al tratamiento ha aportado la idea de que, cara a la facilitación y adquisición de la competencia social, es necesario introducir elementos cognitivos para lograr el autocontrol y conseguir la generalización de los programas utilizados. Ejemplo de ello son los programas para entrenar a los sujetos en habilidades de SP para facilitar y generalizar las mejoras en competencia social.

El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) se centra en específicas transacciones persona-ambiente en el que las variables ambientales (por ejemplo, demandas de la tarea) y variables de la persona (por ejemplo, valoraciones cognitivas, respuestas de afrontamiento) interactúan y se influyen entre sí. Este modelo ha tenido incidencia en la actual aproximación de SP, sugiriendo que la naturaleza de un problema de la vida real y los procesos de SP sociales pueden conocerse mejor desde una perspectiva transaccional; han apuntado al hecho de que los problemas de la vida son a menudo estresantes y que las variables emocionales probablemente influyen el proceso de SP significativamente y se ha sugerido que el entrenamiento de SP puede ser exitoso como una aproximación al manejo del estrés.

Técnica en resolución de problemas

En el área de psicología clínica la resolución de problemas vitales es conocida como resolución de conflictos sociales, resolución de problemas interpersonales y resolución de problemas aplicados, por tanto, dado que se pueden encontrar en la literatura cualquiera de

estas denominaciones, se las considera como sinónimas (Olivares, 1996)

El término “social”, en esta teoría es usado para destacar el hecho de que el foco de estudio es la solución de un problema que ocurre dentro del ambiente social – natural. De este modo, la teoría y la investigación en resolución de problemas sociales trata con todos los tipos de problemas de la vida, incluyendo los impersonales, personales / intrapersonales, interpersonales e incluso problemas societales y comunitarios. D’Zurilla y Nezu ((1985 citados en Olivares y Méndez, 1999) definen la técnica en resolución de problemas como un proceso cognitivo – afectivo comportamental mediante el cual un individuo o grupo identifica o descubre medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano.

D’ Zurilla y Golgfried (1971), después de revisar los trabajos que hasta la fecha se habían realizado sobre la resolución de problemas, propusieron un modelo normativo de resolución de problemas sociales para dirigir el desarrollo de programas de entrenamiento en resolución de problemas en el campo de la psicología clínica. Esta técnica, basada en el modelo cognitivo conductual, trata de explicar cómo los individuos deben resolver los problemas con el fin de aumentar su efectividad. Los mismos autores lo definen como un proceso que hace que estén disponibles una variedad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentarse a situaciones problema, aumentando la probabilidad de escoger la respuesta más eficaz entre las distintas alternativas.

El entrenamiento en solución de problemas consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema (Labrador, 1999).

La solución de problemas de D’ Zurilla y Golgfried (1971 citados en Olivares, 1992) posteriormente revisada por D’Zurilla y Nezu (1982), consta de cinco fases: Orientación del problema, formulación y definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de resultados.

El orden en que se presentan los cinco componentes del modelo es la secuencia más útil y lógica para una aplicación sistemática, pero no implica que al resolver el problema se deba siempre seguir una secuencia ordenada, unidireccional. Por lo que la resolución eficaz de problemas implica pasos de avance y retroceso de una fase a otra antes de finalizar el proceso de resolución.

Destacando con esto que el proceso es en todo momento flexible, que unas fases están íntimamente relacionadas con las otras.

Objetivo del entrenamiento en resolución de problemas (SP)

Para D'Zurrilla y Goldfried (1971) la meta de la SP y de la modificación de conducta es la misma, es decir producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. Para ellos, la SP es una técnica de modificación que facilita una conducta eficaz. D'Zurilla (1986) ha analizado específicamente la fundamentación teórica de la terapia de SP. La asunción fundamental de la que parte la terapia de SP es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas u otras personas existen diferencias en esta habilidad.

Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Aquellos que carecen de dicha competencia para solucionar problemas pueden también ser entrenados para resolver tanto problemas cotidianos como, más importante problemas clínicos o comportamentales.

Fases de la técnica de resolución de problemas D'Zurilla y Goldfried (1971)

Orientación del problema

La orientación que posea un sujeto ante una situación influye en su manera de responder, esta orientación será el resultado de su sistema de creencias, valores y de la experiencias previas que haya tenido. Implica aprender a identificar las situaciones problema y pensar en las causas de forma objetiva, evitando las culpabilizaciones destructivas.

En donde el individuo debe reconocer que ante determinada motivación personal (positiva o negativa) el recurrir al consumo de alcohol ya implica un problema. Ésta habilidad se denomina sensibilidad hacia los problemas que constituyen las habilidades de solución de problemas básicas (Spivack y Shure, 1976, citado en Labrador, 1979)

Formulación y definición del problema

Esta fase es una de las más relevantes, pues una buena definición del problema facilita la proposición de soluciones eficaces. El objetivo fundamental de esta etapa consiste en evaluar el problema e identificar una solución realista.

En esta fase se identifica ante que situaciones el adolescente ingiere alcohol, recopilando información relevante sobre el problema basada en hechos, se describe estos hechos relacionados con el problema en términos claros, precisos y objetivos. Así mismo se identifican los factores que hacen de la situación, persona o pensamientos un problema. Dentro de este proceso es necesario mirar si el problema es un problema real, si el problema es tal problema o es la causa de un problema antecedente y si el problema es parte de un problema mucho más amplio, puede ser útil que el joven realice una lista de los mismos, de manera que se pueda distinguir entre problema y sub problemas (Labrador, 1979). Finalmente se plantean metas de soluciones realistas.

Generación de alternativas:

La tarea principal de esta etapa consiste en generar el mayor número posible de alternativas, pues de esta manera es más probable que se encuentren soluciones eficaces. Al enseñar a los sujetos a generar alternativas se les instruye para que sigan unos principios básicos (Osborn, 1963 citado en Olivares & Méndez, 1999):

Principio de cantidad. Cuantas más alternativas diferentes se producen es más probable que aumente la calidad de algunas opciones.

Principio de aplazamiento de juicio. No hay que valorar las consecuencias de las alternativas en esta etapa, cualquier opción puede ser válida.

Principio de variedad. Hay que proponer soluciones diferentes y evitar centrarse en pocas ideas.

De acuerdo con Parnes, Noller y Biondi (1977, citados en Labrador, 1999) el propósito de esta fase es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para maximizar la probabilidad de que la mejor solución este entre ellas. Los mayores obstáculos para la generación creativa de soluciones alternativas son el hábito y la convención. Los hábitos pueden ser buenos en la solución de problemas sociales cuando las repuestas efectivas de solución de problemas se generalizan a nuevas situaciones problemáticas con sus hábitos previos aprendidos que no llevan a una solución. Las primeras soluciones que vienen a la mente no siempre son las mejores en donde el adolescente acude al alcohol como una forma de aparente solución a sus problemas.

En esta parte del proceso es necesario considerar que la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información son los factores más importantes que interfieren o impiden llegar a formular adecuadas alternativas de solución.

Una vez que se ha generado la lista de soluciones alternativas la cantidad y variedad de soluciones disponibles puede incrementarse generando combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de esas soluciones.

Toma de decisiones

El objetivo de esta fase es elegir la o las alternativas más apropiadas, para lo cual la persona debe valorar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa a corto, mediano y a largo plazo. Es decir, evaluar evaluar comparar y juzgar las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor para ponerla en práctica. La elección de la conducta está basada en un análisis racional coste / beneficio que incluye resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema); bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado); tiempo / esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido) y bienestar personal y social en conjunto (razón coste / beneficio esperado total).

En el programa dentro de esta fase se procurará que el adolescente evalúe los pros del no consumo y las desventajas del consumo

Puesta en práctica y verificación de la solución

En las fases anteriores el sujeto ha estado trabajando a nivel cognitivo, esta fase implica la ejecución, poniendo en práctica las alternativas que ha escogido y valorando en qué grado resuelven el problema en qué medida se alcanzan los objetivos propuestos. La eficacia de la solución debe comprobarse empíricamente, aplicándola en la vida real y observando y registrando los resultados.

Este proceso se refiere tanto a la elaboración de soluciones como a la toma de decisiones, en el área de psicología la resolución de problemas vitales es reconocida como la resolución de conflictos sociales, resolución de conflictos interpersonales, resolución de problemas personales y resolución de problemas aplicados.

La técnica de resolución de problemas aplicada en el presente proyecto va mas allá de su incidencia en la disminución del consumo de riesgo de alcohol permitiéndole al joven generalizarla a otras situaciones que se le puedan presentar, incrementando su competencia social en su repertorio conductual.

MÉTODO

Enfoque Metodológico

La presente investigación se orientó bajo la concepción del paradigma cuantitativo, donde los fenómenos del estudio parten de un marco referencial basado en una teoría establecida, entonces, la información recogida de manera empírica es medible y cuantificable mediante procedimientos estandarizados que luego se interpreta por técnicas estadísticas (Lerma, 2001).

Tipo de Estudio

El tipo de estudio desarrollado fue explicativo ya que se encargó de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación post-facto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de

conocimientos (Hernández, Fernández y Baptista. 2010).

Para esta investigación se realizó una intervención a un grupo de individuos, estudiantes de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto y se determinó el efecto del programa de intervención de Resolución de conflictos, en el nivel de consumo de riesgo de la población. Así se intentó dar cuenta de un aspecto de la realidad, explicando su significatividad dentro de una teoría de referencia, a la luz de leyes o generalizaciones sobre hechos o fenómenos que se producen en determinadas condiciones (Hernández, Fernández y Baptista. 2010).

Diseño

El tipo de estudio realizado fue cuasiexperimental, el cual supone la manipulación de variables ya que en este tipo de estudios “el investigador modifica a voluntad una o algunas de las variables del fenómeno estudiado; generalmente modifica las variables consideradas como causa dentro de una relación de causa a efecto” (Hernández, Fernández y Baptista. 2010).

En esta investigación se manipuló la variable independiente, en este caso el programa de resolución de conflictos basado en el modelo de D’Zurilla y Goldgried (1971) para saber cómo se comportó la variable dependiente: nivel de consumo de riesgo de alcohol.

El diseño es cuasi experimental con pre-test y post-test (ver figura 1); para el desarrollo de la investigación se consideraron dos grupos, uno de ellos recibió tratamiento experimental y el otro no, se les administró una pre-prueba a los dos grupos la cual sirvió para verificar la equivalencia inicial entre ellos, los grupos fueron comparados en la pos-prueba para analizar si el tratamiento experimental tuvo efecto sobre la variable independiente (Hernández, Fernández y Baptista. 2010).

GE	O1	X	O2
GC	O1	-	O2

Figura 1. Diseño cuasi experimental con pre-test y post-test.

Participantes

El presente estudio se llevó a cabo con 24 estudiantes adolescentes entre 14 y 16 años de edad grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto, los cuales hacían parte de la totalidad de la población de dichos grados.

Cabe resaltar que las directivas de la Institución manifestaron especial interés para que la intervención se llevara a cabo con esta población ya que se evidenciaba consumo de alcohol en ésta.

La población objeto de estudio estuvo conformada por el 55% de los participantes perteneciente al género femenino y el 45% perteneciente al género masculino. La asignación de los estudiantes a los grupos experimental y control se realizó al azar y cada grupo se conformó por doce estudiantes.

En el grupo experimental y control se tienen en cuenta características como: igual número de participantes, rangos de edad y etapa de desarrollo similares, distribución equitativa de género en cada grupo, grupos equiparables en competencias académicas y jornada escolar igual.

Instrumentos de medición

Para realizar una caracterización de la población se aplicaron los siguientes instrumentos:

Inicialmente se realizó una caracterización de la población objeto de estudio aplicando un cuestionario conformado por 20 ítems seleccionados de la escala Drug Use Screening Inventory DUSI conformado por ocho dominios: conducta, estado psicológico, comportamiento social, familia, académico, amigos, recreación y dependencia.

La identificación de las estrategias de resolución de conflictos empleadas por los participantes de la investigación se realizó a través del SPSI-R Inventario de Solución de problemas sociales revisado que incluye las siguientes escalas: Orientación positiva hacia el problema, orientación negativa hacia el problema, solución racional de problemas, estilo impulsivo y estilo de evitación. Cabe anotar que los anteriores instrumentos únicamente tenían el fin de conocer las características de la población y no constituyen otras variables dentro de la investigación.

Para determinar el nivel de consumo de alcohol se utilizó el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT-C, el cual permitió identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) como un método de screening del consumo de alcohol, el cual puede ayudar a la identificación del consumo excesivo como causa de una enfermedad presente. Proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a las personas con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello se puedan evitar consecuencias perjudiciales que originan el consumo.

Se sugiere la aplicación de esta prueba a aquellos grupos considerados por un comité de expertos de la OMS como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol. Entre ellos se menciona el de los adolescentes.

El AUDIT proporciona una medida correcta del riesgo del consumo de alcohol según el género, la edad y las diferentes culturas; comprende diez preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Para la presente investigación se utilizó el AUDIT-C el cual consta de las tres primeras preguntas del AUDIT, ha sido validado y se ha mostrado como una herramienta con una efectividad similar a la forma completa para la detección del consumo de riesgo de alcohol. La primera pregunta interroga sobre la frecuencia del consumo, la segunda valora la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal y la tercera versa sobre la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4 y la suma final permite identificar el consumo de riesgo. Se recomiendan unas puntuaciones totales entre 0 a 8 (zona I) que requiere educación sobre el alcohol y 8 y puntuaciones de 15 como indicadores de consumo de riesgo (zona II), que requieren consejo breve.

Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT cuenta con una estandarización transnacional que ha sido validado en pacientes de atención primaria de seis países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional.

El test identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia. Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT. Los

resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable. El test cuenta con una alta fiabilidad ($r=86$). Con las crecientes evidencias sobre fiabilidad y validez del AUDIT, se han llevado a cabo estudios en los que se utilizaba el test para establecer la prevalencia. Lapham et al. (1998) lo utilizaron para estimar la prevalencia de los trastornos debidos al uso de alcohol .El AUDIT funcionó bien en la identificación de los trastornos relacionados con el alcohol, así como para el consumo de riesgo (Ivis, et al, 2000). Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Ha sido utilizado en trabajos de investigación en atención primaria y en estudios epidemiológicos para la estimación de la prevalencia en población general, así como en grupos institucionales específicos (p.ej, pacientes en régimen hospitalario, pacientes de atención primaria).

Variables

En este estudio se manejaron tres tipos de variables:

Variable Dependiente

Hace referencia al nivel de consumo de alcohol en adolescentes de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar, el cual se identifica a través del test Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT.

Variable Independiente

Se trató del programa de resolución de conflictos basado en el modelo de D´Zurilla y Goldfried (1971) que se refiere al proceso cognitivo-afectivo- conductual a través del cual un individuo, o un grupo, identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentran en la vida diaria el cual consta de cinco fases: Orientación general hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación ;orientado a disminuir el nivel de consumo de alcohol en adolescentes de grado octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar.

Variables intervinientes

Para garantizar una eficacia del tratamiento se ejerció control sobre cuatro variables que de alguna manera pueden afectar los resultados.

Lugar de intervención. El pre-test, el programa interventivo y el post-test se realizaron en un lugar fijo e invariable en este caso en el aula de clases de la Institución Educativa Simón Bolívar.

Estilo de intervención. Las investigadoras estandarizaron dentro del programa el estilo de intervención que garantizó ausencia de cambios y tergiversación de las temáticas; ya que son dos las personas que realizaron la intervención.

Tiempos de intervención. Se mantuvo un tiempo fijo para cada sesión evitando prolongaciones o disminuciones sustanciales de tiempo. El tiempo de trabajo de cada sesión se estimó en 45 minutos y 15 minutos para la evaluación de la misma.

Material y metodología de trabajo. Los recursos y materiales que se utilizaron en la ejecución del programa guardaron homogeneidad de tal forma que no existían en el transcurso de las sesiones y los módulos diferencias significativas.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

La implementación de un programa en resolución de conflictos disminuye el nivel de consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes de los grados octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar.

Hipótesis nula

La implementación de un programa en resolución de conflictos no disminuye el nivel de consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes de los grados octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar.

Procedimiento

1. Se inició con la revisión teórica respecto a resolución de conflictos, consumo de alcohol y adolescencia, lo cual contribuyó a establecer el tema de investigación y el planteamiento del problema.
2. Posteriormente se estructuró la metodología de investigación determinando el paradigma, la formulación de hipótesis, la identificación de variables, el procedimiento y el plan de análisis de datos.
3. Se diseñó el programa de resolución de conflictos contextualizado al consumo de alcohol en adolescentes.
4. Se realizó el contacto con las directivas de la Institución Educativa Simón Bolívar quienes manifestaron su interés por trabajar con la población objeto de estudio de esta investigación dada la problemática de consumo de alcohol presentada.
5. Para iniciar con la presente investigación se dio a conocer el programa interventivo a la comunidad educativa y se realizó la entrega del consentimiento informado a los padres de los estudiantes para que aprobaran la participación de sus hijos en esta.
6. Posteriormente se eligieron a los participantes de la presente investigación que corresponde a la totalidad de la población de los grados octavo y noveno de la institución.
7. Se realizó la caracterización de dicha población a través de la aplicación del SPSI- R y de determinados ítems de la escala DUSI.
8. Posteriormente al azar se realizó la asignación de los participantes a los grupos experimental y control.
9. Se llevó a cabo la aplicación del pre- test administrando AUDIT-C. a los participantes del grupo experimental y control para determinar el nivel de consumo de riesgo de alcohol en el que se encontraban.
10. Una vez realizada la evaluación se procedió al ajuste y ejecución del programa de resolución de conflictos de D'Zurilla y Goldfried (1971) para desarrollarlo con el grupo experimental y con el grupo control por criterios éticos se aplicó un programa de relajación.

El presente programa se desarrolló según el modelo de D'Zurilla y Goldfried (1971), el cual presenta cinco fases: orientación hacia el problema, formulación y definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, evaluación y verificación de la solución. El proceso interventivo se realizó en doce sesiones a razón de dos por semana con una intensidad horaria de una hora por cada sesión de trabajo durante dos meses.

11. Concluido el programa de intervención sobre Resolución de Conflictos se realizó la aplicación del pos-test (Test AUDIT-C) al grupo experimental y control con el fin de determinar los efectos de dicho programa sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol.

Plan de análisis de datos

En la tabla uno se observan los tipos de análisis más adecuados teniendo en cuenta las variables y el diseño de investigación empleado, los cuales se realizaron de acuerdo con el momento de la investigación:

Tabla 1.

Plan de Análisis de Datos

Fase	Tipo de estadística	Tipo de prueba
Verificación de la equivalencia de los grupos control y experimental.	Estadística no paramétrica	U de Mann-Whitney (edad, nivel de consumo de riesgo) Prueba Chi-Cuadrado (género)
Comparación del nivel de consumo de riesgo en relación a edad, género, y	Estadística descriptiva	Medias del nivel de consumo de riesgo por cada

grado de los grupos experimental y control en el pre-test y en el post-test.	Estadística no paramétrica	una de las categorías. U de Mann- Whitney.
--	----------------------------	---

Verificar si hay diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del grupo experimental (pre-test y post-test) así como entre las puntuaciones del grupo control (pre-test y post-test).	Estadística no paramétrica	Wilcoxon
---	----------------------------	----------

Inicialmente se verificó la equivalencia de los grupos respecto a edad, género y nivel de consumo de riesgo de alcohol. En el caso de la categoría género se utilizó la prueba Chi-Cuadrado puesto que la escala es de tipo nominal. Para las variables edad y nivel de consumo de riesgo se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes que está diseñada para datos de tipo ordinal, en los cuales no hay distribución normal de los datos, además permitió comparar la media de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control. (Greene & D'Oliveira, 2006).

Ahora bien, las diferencias son significativas si $p \leq 0,05$. Esto significa que la probabilidad de que un resultado se deba al azar es menor o igual al cinco por ciento (Greene & D'Oliveira, 2006). El criterio de p-valor fue aplicado para todos los resultados obtenidos a partir de la utilización de pruebas estadísticas de tipo inferencial desarrolladas en esta investigación.

La identificación del nivel de consumo de riesgo en relación a la edad, género, y grado de los sujetos tanto para los datos obtenidos en el pre-test como en el pos-test fue

realizado a partir del análisis univariado, el cual obtuvo puntuaciones medias del nivel de consumo de riesgo por cada una de las categorías.

Finalmente, fue aplicada la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas a fin de establecer si existe diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del pre-test y post-test del grupo experimental y entre las puntuaciones del pre-test y post-test del grupo control. Además la prueba es apropiada para datos ordinales (Greene & D'Oliveira, 2006).

Elementos éticos y bioéticos

Para el desarrollo de la presente investigación se emplearon procedimientos coherentes a los lineamientos establecidos en el código deontológico y bioético del ejercicio Psicológico en Colombia. Se solicitó a los padres o acudientes de los estudiantes el consentimiento informado por medio del cual autorizaron la participación de sus hijos en el estudio (Ley 1090 de 2006; Resolución No 008430 de 1993). Posteriormente se dio a conocer a la población los objetivos de la investigación, el tiempo y espacio en el que se llevó a cabo la misma.

La información recolectada durante el proceso fue seleccionada de acuerdo a la relevancia que tuvo para la investigación, además se garantizó a los participantes el derecho de decidir qué información proporcionar y cual no.

De la misma manera, como lo establece el código deontológico y bioético de la Psicología, la información recolectada en el proceso interventivo fue almacenada bajo condiciones de seguridad y confidencialidad para impedir que personas ajenas a esta investigación tengan acceso a ella.

En general, el desarrollo de la investigación se basó en principios éticos de respeto y dignidad, lo cual garantizó el bienestar y los derechos de los participantes así como la objetividad de los hallazgos del estudio, los cuales bajo ningún punto de vista fueron sesgados o manipulados para beneficio personal (Ley 1090 de 2006).

RESULTADOS

Los resultados son presentados en función de las fases del proceso investigativo: (1) Caracterización de la población objeto de estudio: Puntuaciones obtenidas por los participantes en la Escala Dusi y el SPSI ; (2) Análisis de la equivalencia de los grupos control y experimental respecto a género y edad; (3) Comparación del grupo control y experimental respecto al nivel de consumo de riesgo en el pre-test; (4) Comparación del grupo control y experimental respecto al nivel de consumo de riesgo en el post-test; (5) comparación entre puntuaciones del grupo experimental en el pre-test y pos-test, comparación entre puntuaciones del grupo control en el pre-test y post-test.

Caracterización de la población objeto de estudio: Puntuaciones obtenidas por los participantes en la Escala Drug Use Screening Inventory DUSI y el Inventario de Solución de problemas sociales revisado SPSI-R

Para la caracterización de la población objeto de estudio se aplicó un cuestionario conformado 20 ítems seleccionados de la escala DUSI. Los resultados de dicho cuestionario evidenciaron que el 70.84% de los sujetos tienden a adoptar conductas impulsivas las cuales dificultan reflexionar sobre las consecuencias de sus actos, mientras que el 29.16 % manifiesta que antes de actuar piensan en los posibles resultados de sus acciones.

En cuanto al aspecto psicológico el 66.7% de la población manifiesta haber experimentado con facilidad frustración, tristeza y angustia, el 33.3% niega haber sentido con frecuencia dichos sentimientos.

En los resultados se observa que el 60% de los estudiantes presenta bajos niveles de asertividad y de seguridad en sí mismo, así como inadecuado manejo de presión social, el 40% reporta adecuado manejo de presión social.

El 73% de los sujetos provienen de familias disfuncionales y con antecedentes de consumo de alcohol, en su mayoría habitan con la familia predominantemente materna, el 27 % restante procede de familias funcionales.

Respecto al campo escolar el 30% de la población se ha ausentado del contexto escolar situación que se ha reflejado en el bajo rendimiento académico. El 70% manifiesta haber asistido al colegio sin inconveniente alguno.

El 70% de los estudiantes evidencia que se involucra en actividades escolares y de sano esparcimiento, el 30 % de la población tiende a involucrarse en situaciones de riesgo asociadas al consumo de alcohol.

En cuanto a la resolución de problemas se evidenció a través de los ítems del test SPSI- R que el 40% población atribuye una connotación negativa la situación problema, tiende a comportarse impulsivamente manifestando que ante ésta suelen hacer lo primero que se les ocurre, eligiendo apresuradamente aparentes soluciones a la hora de enfrentarse a dicha situación, cabe resaltar que el recurrir al consumo de licor es considerada una de ellas. El 35% manifiesta adoptar conductas evitativas delegando la solución a personas y factores externos, sin siquiera intentar resolverlo por sus propios medios. El 25% reporta que ante la situación problema prefieren reflexionarla y limitar el problema para encontrar la solución adecuada, dependiendo de la gravedad del problema buscar orientación.

La población en general manifiesta dificultad para encontrar soluciones eficaces a sus problemas lo cual puede asociarse a un déficit de habilidades para la resolución de los mismos. Éste déficit se refleja en la inadecuada orientación y definición del problema, en no considerar diversas alternativas de solución ancladas al coste beneficio de las mismas, eligiendo por tanto soluciones ineficaces que generan malestar en las relaciones interpersonales.

Equivalencia de los Grupos Control y Experimental Respecto a Género y Edad
Comparación Grupo Control y Experimental Respecto a Género

Para verificar la equivalencia entre los grupos control y experimental respecto a género, se aplicó la prueba estadística Chi-Cuadrado con la cual se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla No 2

Comparación grupo control y experimental respecto a género

			Grupo		
			Experimental	Control	Total
GENERO	Femenino	Recuento	7	8	15
		% dentro de GRUPO	58,3%	66,7%	62,5%
	Masculino	Recuento	5	4	9
		% dentro de GRUPO	41,7%	33,3%	37,5%
Total	Recuento	12	12	24	
	% dentro de GRUPO	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi cuadrado=0.1780 GI= 1 p-valor=0.673

En la tabla dos se encontró que en los grupos experimental y control no hay diferencias estadísticamente significativas, teniendo en cuenta que el p- valor arrojado por la prueba chi-cuadrado es 0.67, el cual es mayor al criterio especificado $p\text{-valor} \leq 0.05$ según Greene y D'Oliveira (2006). Lo que significa que los grupos son equivalentes en cuanto a género.

Comparación grupo control y experimental respecto a edad

Para verificar la equivalencia entre los grupos control y experimental respecto a edad, se aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney con la cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla No 3.

Comparación grupo control y experimental respecto a edad.

Grupos	N	Test	Significancia
Experimental	12	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	0.633
Control	12		

En la tabla tres se encontró que en los grupos experimental y control no hay diferencias estadísticamente significativas respecto a edad, puesto que el p- valor arrojado por la prueba U de Mann-Whitney es 0.63, el cual es mayor al criterio especificado, p-valor ≤ 0.05 según Greene y D'Oliveira (2006). Lo que significa que los grupos son equivalentes respecto a edad.

Comparación grupo control y experimental respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test

Para determinar si hay diferencia estadística significativa en el pre-test a partir de la aplicación del test AUDIT-C respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol en los grupos experimental y control se aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney, con la cual obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 4.

Comparación grupo control- experimental y consumo de riesgo de alcohol en el pre-test

Grupos	N	Test	Significancia
Experimental	12	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	.859
Control	12		

La tabla cuatro muestra que no hay diferencias estadísticas significativas en los grupos experimental y control respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol dado que el p- valor arrojado por la prueba U de Mann-Whitney es .859, el cual es mayor al criterio especificado según Greene y D'Oliveira (2006), p-valor ≤ 0.05 .

Los resultados mostrados por las tablas uno, dos y tres indican que los grupos experimental y control son equivalentes en relación a género, edad y nivel de consumo de riesgo de alcohol, lo cual implica que los resultados en el post-test se deben a la manipulación de la variable independiente y no al efecto producido por variables intervinientes.

A continuación se describe detalladamente el nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre- test respecto a las categorías edad, genero y grado

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control

El nivel de riesgo de consumo del alcohol se ubica en dos zonas: la zona uno que comprende el intervalo entre cero y siete y la zona dos entre ocho y quince. La zona uno es aquella que requiere educación sobre el consumo del alcohol, la zona dos requiere consejo breve.

Para describir la tendencia central de las puntuaciones obtenidas por los grupos experimental y control en el pre-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol, se obtuvieron puntuaciones medias como se observa en la tabla cinco.

Tabla 5.

Promedio nivel de consumo de riesgo de alcohol grupo experimental y control

Grupo	Media	Nivel de riesgo
Experimental	7	Zona I
Control	8	Zona II
Zona I (0-7) Zona II (8-15)		

La tabla cinco muestra que el grupo control posee un nivel de riesgo que corresponde a la zona II (8- 15) mientras que el grupo experimental se ubica en nivel de riesgo zona I (0-7). Además esta tabla indica que el grupo control tiene una puntuación que se ubica en el límite inferior del rango que comprende la zona II. Por su parte, el grupo experimental se encuentra en el límite superior del rango que comprende la zona I. Sin embargo, la diferencia presentada no es estadísticamente significativa ver tabla 3.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según edad

Para describir la tendencia central en el pre-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol según edad, se obtuvieron puntuaciones medias en los grupos experimental y control, como se observa en la tabla seis.

Tabla 6.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según edad.

Estadísticos descriptivos

Variable dependiente: PRETEST					
Edad	Grupo	Media	Desviación típica	N	Nivel de riesgo
14	Experimental	8	1.380	7	Zona II
	Control	9	1.140	5	Zona II
	Total	8	1.240	12	
15	Experimental	6	5.508	3	Zona I
	Control	7	3.601	6	Zona I
	Total	7	3.983	9	

16	Experimental	6	7.071	2	Zona I
	Control	8	.	1	Zona II
	Total	6	5.292	3	
Total	Experimental	7	3.596	12	Zona I
	Control	8	2.623	12	Zona II
	Total	8	3.092	24	

Zona I (0-7) Zona II (8-15)

En la tabla seis se muestra que las puntuaciones de los estudiantes de 14 años tanto del grupo control como del grupo experimental se ubican en nivel de riesgo de consumo de alcohol correspondiente a la zona II (8-15), las puntuaciones promedio de los estudiantes de 15 años en ambos grupos se ubican en la zona I (0-7). Las puntuaciones promedio de los estudiantes de 16 años de edad en el grupo experimental se ubican en la zona I, mientras que las puntuaciones del grupo control se ubican en la zona II.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según género

Para evidenciar en el pre-test el nivel de consumo de riesgo de alcohol en los grupos experimental y control según género se obtuvo puntuaciones promedio (media) como se observa en la tabla siete.

Tabla 7.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según género

Estadísticos descriptivos

Variable dependiente :PRETEST

GENERO	GRUPO	Media	Desviación típica	N	Nivel de riesgo
Femenino	Experimental	8	3,505	7	Zona II
	Control	8	3,249	8	Zona II
	Total	8	3,247	15	
Masculino	Experimental	7	4,087	5	Zona I
	Control	8	,500	4	Zona II
	Total	7	3,005	9	
Total	Experimental	7	3,596	12	Zona I
	Control	8	2,623	12	Zona II
	Total	8	3,092	24	

Zona I (0-7) Zona II (8-15)

En la tabla siete se observa que el género femenino en los grupos experimental y control se ubica en la zona II de nivel de consumo de riesgo de alcohol. El género masculino en el grupo experimental se ubica en la zona I de nivel de consumo de riesgo de alcohol. El grupo control se ubica en la zona II de nivel de consumo de riesgo de alcohol.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según grado

Para describir la tendencia central en el pre-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol según grado, se obtuvo puntuaciones medias en los grupos experimental y control, como se observa en la tabla ocho.

Tabla 8.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre-test, en los grupos experimental y control según grado

Estadísticos descriptivos					
Variable dependiente: PRETEST					
Grado	GRUPO	Media	Desviación típica	N	Nivel de riesgo
Octavo	Experimental	6	4,413	7	Zona I
	Control	7	3,782	6	Zona I
	Total	7	4,024	13	
Noveno	Experimental	9	1,095	5	Zona II
	Control	8	,753	6	Zona I
	Total	8	,934	11	
Total	Experimental	7	3,596	12	Zona I
	Control	8	2,623	12	Zona II
	Total	8	3,092	24	

En la tabla ocho se evidencia que en el grado octavo tanto el grupo experimental como el grupo control se encuentran en la zona I de nivel de consumo de riesgo de alcohol.

En el grado noveno el grupo experimental y control se ubica en la zona II de nivel de consumo de riesgo de alcohol.

Comparación grupo control y experimental respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test

Para determinar si hay diferencia estadística significativa en el pos-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol en los grupos experimental y control se aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney, con la cual obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 9

Analisis no paramétrico de las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental y control en el pos test

Pos-test	N	Nivel de significancia
Grupo Experimental	12	.007
Grupo Control	12	
Total	24	

Zona I (0-7) Zona II (8-15)

La tabla nueve muestra que hay diferencias estadísticas significativas en los grupos experimental y control respecto nivel de consumo de riesgo de alcohol dado que el p- valor arrojado por la prueba U de Mann-Whitney es .007, el cual es menor al criterio especificado según Greene y D'Oliveira (2006), p-valor ≤ 0.05 .

A continuación se describe detalladamente el nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post- test respecto a las categorías edad, género y grado.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el POST-TEST, en los grupos experimental y control

Para describir la tendencia central de las puntuaciones obtenidas por los grupos experimental y control en el post-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol, se obtuvieron puntuaciones medias como se observa en la tabla diez.

Tabla 10.

Promedio nivel de consumo de riesgo de alcohol grupo experimental y control

Grupo	Media	Nivel de riesgo
Experimental	6	Zona I
Control	8	Zona II

Zona I (0-7) Zona II (8-15)

La tabla diez muestra que el grupo control posee un nivel de riesgo que corresponde a la zona II (8- 15) mientras que el grupo experimental se ubica en nivel de riesgo zona I

(0-7). Además esta tabla indica que el grupo control tiene una puntuación que se ubica en el límite inferior del rango que comprende la zona II. Por su parte, el grupo experimental se encuentra cercano al límite superior del rango que comprende la zona I.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test, en los grupos experimental y control según edad

Para describir la tendencia central en el pos-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol según edad, se obtuvo puntuaciones medias en los grupos experimental y control, como se observa en la tabla once.

Tabla 11.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pos-test, en los grupos experimental y control según edad

Estadísticos descriptivos					Nivel de riesgo
Variable dependiente: POSTEST					
Edad	Grupo	Media	Desviación típica	N	
14	Experimental	7	,816	7	Zona I
	Control	8	,894	5	Zona II
	Total	8	1,084	12	
15	Experimental	5	4,359	3	Zona I
	Control	8	3,327	6	Zona II
	Total	7	3,667	9	
16	Experimental	4	6,364	2	Zona I
	Control	8		1	Zona II
	Total	6	4,933	3	
Total	Experimental	6	2,968	12	Zona I
	Control	8	2,335	12	Zona II

Total	7	2,789	24
-------	---	-------	----

En la tabla once se muestra que las puntuaciones de los estudiantes de 14 años de edad en el grupo experimental se ubican en la zona I (0-7) del nivel de riesgo de consumo de alcohol, las puntuaciones del grupo control se ubican en la zona II (8-15).

Las puntuaciones promedio de los estudiantes de 15 años de edad en el grupo experimental se ubican en la zona I mientras que las puntuaciones del grupo control corresponden a la zona II.

Las puntuaciones promedio de los estudiantes de 16 años de edad en el grupo experimental, se ubican en la zona I, mientras que las puntuaciones del grupo control se ubican en la zona II.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test, en los grupos experimental y control según género

Para evidenciar en el pos-test el nivel de consumo de riesgo de alcohol en los grupos experimental y control según género se obtuvo puntuaciones promedio (media) como se observa en la tabla doce.

Tabla 12.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pos-test, en los grupos experimental y control según género

Estadísticos descriptivos					Nivel de riesgo
Variable dependiente : POSTEST					
Grupo	Género	Media	Desviación típica	N	
Experimental	femenino	7	2,992	7	Zona I
	masculino	5	3,130	5	Zona I

	Total	6	2,968	12	
Control	femenino	8	2,825	8	Zona II
	masculino	9	,500	4	Zona I
	Total	8	2,335	12	
Total	femenino	7	2,850	15	
	masculino	7	2,848	9	
	Total	7	2,789	24	

En la tabla doce se observa que en el grupo experimental el género femenino se ubica en la zona I (0-7) de nivel de consumo de riesgo de alcohol mientras que en el grupo control se ubica en la zona II (8-15) de nivel de consumo de riesgo de alcohol. El género masculino por su parte en el grupo experimental se ubica en la zona I de nivel de consumo de riesgo de alcohol mientras que en el grupo control se ubica en la zona II de nivel de consumo de riesgo

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test, en los grupos experimental y control según grado

Para describir la tendencia central en el pos-test respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol según grado, se obtuvo puntuaciones medias en los grupos experimental y control, como se observa en la tabla trece.

Tabla 13.

Nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pos-test, en los grupos experimental y control según grado

Estadísticos descriptivos				
Variable dependiente: POSTEST				Nivel de riesgo
Grupo	Grado	Desviación		N
		Media	típica	
Experimental	Octavo	5	3,512	7 Zona I
	Noveno	8	,894	5 Zona I
	Total	6	2,968	12
Control	Octavo	8	3,271	6 Zona I
	Noveno	9	,837	6 Zona II
	Total	8	2,335	12
Total	Octavo	6	3,508	13 Zona I
	Noveno	8	,944	11 Zona II
	Total	7	2,789	24

En la tabla trece se evidencia que en el grado octavo tanto el grupo experimental como el grupo control se encuentran en la zona I (0-7) de nivel de consumo de riesgo de alcohol.

En el grado noveno el grupo experimental y control se ubica en la zona II (8-15) de nivel de consumo de riesgo de alcohol.

Diferencias entre puntuaciones pre-test y pos-test de los grupos experimental y control

Para evidenciar las diferencias presentadas en el nivel de consumo de riesgo respecto al pre-test y pos-test del grupo experimental y control se obtuvo puntuaciones promedio (media) como se observa en la tabla catorce.

Tabla No. 14

Medidas pre-test y post-test grupo control y experimental

Grupo		Pre-test	Pos-test
Experimental	Media	7	6
	N	12	12
	Desv: tip	3.596	2.968
Control	Media	8	8
	N	12	12
	Desv.tip	2.623	2,335

Comparando el grupo control y experimental respecto a la media se encuentra que en el pre-test el grupo experimental tiene una media de 7 y en el pos-test una media de 6, lo cual indica que hay una disminución del nivel de consumo de riesgo de alcohol después de la aplicación del programa interventivo. Mientras que en el grupo control se encuentra una media en el pre- test de 8, puntuación que se conserva en el pos- test.

Comparación entre puntuaciones del grupo experimental en el pre-test y post-test

Los siguientes resultados se obtuvieron por medio de la prueba Wilcoxon utilizada para diseños relacionados cuando las dos condiciones (pre-test y post-test) se aplican a los mismos participantes y los datos son ordinales a fin de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pre-test y post-test en cada una de los grupos. (Greene & D'Oliveira, 2006).

Tabla 15.

Análisis no paramétrico pre-test y pos-test de las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental

Nivel consumo riesgo alcohol	Nivel de significación	de Rangos negativos	Rangos positivos	Empates
Pre-test	0.010	8	0	4
Pos-test				

La tabla quince muestra que el nivel de significación es adecuado (0.01) puesto que es menor al p-valor 0.05, criterio especificado según Greene y D'Oliveira (2006), p-valor \leq 0.05.

Los rangos negativos indican que hay ocho personas que se alejan de un nivel de riesgo de consumo de alcohol, mientras que 4 personas conservan el nivel de riesgo de consumo de alcohol. Lo que sugiere que el programa es efectivo.

Comparación entre puntuaciones del grupo control en el pre-test y post-test

Los siguientes resultados se obtuvieron por medio de la prueba Wilcoxon utilizada para diseños relacionados cuando las dos condiciones (pre-test y post-test) se aplican a los mismos participantes y los datos son ordinales a fin de establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pre-test y post-test en cada una de los grupos. (Greene & D'Oliveira, 2006).

Tabla 16.

Análisis no paramétrico pre-test y pos-test de las puntuaciones obtenidas por el grupo control

Nivel consumo riesgo alcohol	Nivel de significación	de Rangos negativos	Rangos positivos	Empates
Pre-test/	0.317	1	3	8
Pos-test				

La tabla dieciséis muestra que el nivel de significación es adecuado (0.317) puesto que es menor al p-valor 0.05, criterio especificado según Greene y D'Oliveira (2006), p-valor ≤ 0.05 . Indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de consumo de riesgo de alcohol en el pre- test y pos-test del grupo control.

Los rangos negativos indican que una persona se aleja de un nivel de riesgo de consumo de alcohol, mientras que 3 personas tienen un el nivel de riesgo de consumo de alcohol mayor .Los empates indican que ocho personas se mantienen en el mismo nivel.

DISCUSIÓN

El presente estudio se desarrolló con 24 estudiantes en edades comprendidas entre los 14 y 16 años de edad, estudiantes de octavo y noveno de la Institución Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Pasto, cuyo objetivo fue determinar el efecto de un programa de resolución de conflictos sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol basado en el modelo de D'Zurilla y Goldfried (1971).

Se encontró diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en el pre-test y post-test, lo que demostró que el programa fue efectivo para reducir el nivel de consumo de riesgo de alcohol, lo anterior apoya lo propuesto por los autores Chaney, O' leary y Marlatt (1978, citados en Labrador, Cruzado & Muñoz 1999), quienes señalan a la técnica de resolución de problemas sociales D'Zurilla y Goldfried (1971) entre las aplicaciones más importantes en el consumo de alcohol. Dicho programa permitió al joven identificar y definir el problema, tomando una actitud de solución de problemas positiva generando diversas soluciones alternativas y creativas ajenas al consumo de alcohol, dichas soluciones fueron analizadas a través del coste - beneficio que cada una de ellas implicó tanto a mediano como a largo plazo.

Posteriormente el joven llevó a la práctica lo ejercitado anteriormente, obteniendo como resultado una solución eficaz al problema planteado. El programa permitió al adolescente además aumentar su competencia social mejorando las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo y por ende la convivencia en la comunidad educativa en general.

El adolescente a medida que interactúa en los diferentes contextos, se enfrenta a diferentes situaciones, algunas percibidas como placenteras o agradables y otras con cierto matiz conflictivo que pueden generarle malestar, lo cual implica que el joven posea habilidades adecuadas para enfrentarlas.

De esta manera desde el campo de la psicología se plantea la técnica de resolución de conflictos la cual se define como un proceso cognitivo y comportamental a través del cual un individuo o grupo identifica y descubre medios efectivos para enfrentarse con situaciones problemáticas, el cual consta de cinco fases: Orientación al problema,

formulación y definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en marcha y verificación de resultados (D' Zurilla, y Nezu, 1985, citados en Olivares y Méndez, 1999). Dicha técnica fundamentó el programa de intervención desarrollado.

Por su parte Gavino (1997) refiere que el entrenamiento en solución de problemas es un método que enfatiza la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver los conflictos intra e interpersonales, dicho entrenamiento se utiliza para fomentar la autonomía y prevenir problemas tales como el consumo de alcohol. Teniendo en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia sigue siendo, desde hace décadas, una de las problemáticas que generan más preocupación social, en particular, el uso de sustancias psicoactivas legales como el alcohol por parte de adolescentes y jóvenes constituye uno de los objetivos más relevantes dentro de los programas interventivos (Pérez, 2010).

En este sentido, es necesario considerar que en la etapa de la adolescencia entre los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas se encuentra la inadecuada manera de resolver conflictos, el adolescente considera el consumo de alcohol como una manera de evadir sus problemas lo que favorece la aparición y/o mantenimiento de una serie de dificultades vinculadas al consumo de alcohol, teniendo en cuenta que se trata de un fenómeno con múltiples causas. Alonso y del Barrio (1996, citados en Espada, Griffit, Bolvin & Méndez, 2003).

De esta manera, el programa propició el aprendizaje de un método sistemático en donde los estudiantes aprendieron a potenciar los recursos que poseían para abordar sus dificultades y aumentar su sentido de control ante situaciones problemáticas (Becoña, 2007).

De acuerdo con Moya (2007), desde el punto de vista epidemiológico es importante definir y determinar el consumo de riesgo, concepto difícil de consensuar al depender del tipo de consecuencia que se esté evaluando para establecer el riesgo. En general, se define como aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. El grado de riesgo no está sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol,

sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, pobreza, etc. Sin embargo, aunque no todas las personas que se encuentran en nivel de consumo de riesgo llegan a ser dependientes, ésta dependencia no se desarrollará sin haber mantenido algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol, de ahí la pertinencia de este programa interventivo.

Ahora bien, en la investigación, los datos del pre-test tanto el grupo experimental y el grupo control fueron equivalentes con respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol, ambos grupos tenían puntuaciones que en promedio ubicaron a los estudiantes en la zona II (8 a 15) de dicho nivel establecidas por el test AUDIT-C.

Los datos obtenidos en el pre-test según edad muestran que principalmente los estudiantes de 14 años de edad se encuentran en nivel de consumo de riesgo de alcohol, como lo revela el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia (2011), en donde los jóvenes inician dicho consumo en edades cada vez más tempranas. Además según Vega (1997) “los 13 y 14 años se consideran edad de prueba para experimentar la ingesta de licor, los 14 y 15 años como edades de inicio con cierta habituación” (p21).

En relación con el género existe la creencia de que los hombres presentan un mayor nivel de consumo de riesgo de alcohol que las mujeres, sin embargo el presente estudio revela lo contrario, si bien existen programas preventivos dirigidos a disminuir la demanda de sustancias psicoactivas legales en los adolescentes, actualmente se aprecia un aumento significativo del consumo de estas en la población femenina (Bautista, Ingles & Delgado, 2005).

Respecto al nivel de consumo de riesgo de alcohol en el post-test de acuerdo a edad se encontró que las puntuaciones del grupo experimental disminuyeron ubicando a los estudiantes en la zona I, lo cual de acuerdo a lo establecido por el AUDIT-C, para estos sujetos basta con un consejo simple respecto al no consumo de alcohol que puede incluir educación sobre el alcohol y trabajar sobre factores protectores y disminución de factores de riesgo respecto al no consumo. En cuanto al grupo control se observa que las puntuaciones tienden a incrementar, no obstante continúan ubicando a los participantes en la zona II de nivel de consumo de riesgo, lo cual implica que estos jóvenes pueden llegar a convertir el consumo de alcohol en un hábito, con mayor probabilidad de tener accidentes,

realizar actos de agresión y presentar problemas familiares o de salud (Zúñiga y Bouzas, 2006).

En relación al género las puntuaciones obtenidas en el post-test muestran que en el grupo experimental el género femenino presenta un descenso en el nivel de consumo de riesgo de alcohol ya que sus puntuaciones ubican a las jóvenes en la zona I, por su parte las puntuaciones de las adolescentes en el grupo control se mantienen. La disminución del nivel de consumo de riesgo de alcohol evidenciada se obtuvo a través de la especificación de las fases anteriormente mencionadas que conforman el modelo de resolución de problemas D'Zurilla y Goldfried (1979).

De esta manera la técnica de solución de problemas se convirtió en una herramienta que les sirvió a los jóvenes para entender el manejo que se le debe dar a un problema, que éste a su vez puede ser dividido en subproblemas de manera que lo puedan dimensionar e identificar en su magnitud facilitando su control ante las situaciones presentadas. Además también comprendieron que hay diferentes posibilidades de respuesta que fueron analizadas a partir de los efectos que puedan tener a corto y largo plazo.

Cabe resaltar que en la caracterización de la población se evidenció que los adolescentes ante una situación problema la enfrentaban de una manera evitativa, poco asertiva o la enfrentaban basados en la costumbre y la imitación de inadecuados modelos observados principalmente en el entorno familiar.

Como se mencionó en líneas anteriores el proceso interventivo se realizó basado en el modelo D'Zurilla y Goldfried (1979), la literatura de dicho modelo se presentó a los estudiantes a través de actividades sencillas pero significativas contextualizadas al consumo de alcohol y apoyadas en técnicas como la lluvia de ideas, el juego de roles, la retroalimentación entre otras. Durante el proceso los jóvenes se apropiaron paulatinamente de la técnica e incluso cada una de las fases se aplicaba con fluidez cuando así se requería.

En la primera fase denominada "orientación hacia el problema", de acuerdo a lo evidenciado en las evaluaciones, los estudiantes aprendieron a considerar que el conflicto hace parte de la vida y que no necesariamente es negativo, por tanto reflexionaron acerca de

lo favorable que puede ser, además de considerarlo como una oportunidad de cambio así como a tener expectativas de resultado positivo y autoeficacia.

En un principio los estudiantes reportaron el consumo de alcohol como una manera de evadir una dificultad, a través del programa se evaluó que esta alternativa ya implicaba un problema. Esta habilidad se denomina “sensibilidad hacia los problemas”, que constituye una de las habilidades de solución de problemas básicas (Spivack y Shure, 1976, citado en Labrador, Cruzado & Muñoz, 1999), por lo cual los estudiantes aprendieron a centrarse en opciones que pudieran facilitar una buena conducta de solución de problemas. En esta fase se buscó además que el joven le dedique al problema el tiempo y esfuerzo necesario para no responder apresuradamente a dicha situación sino que más bien se involucre en un proceso efectivo que contribuya a solucionarla.

En cuanto a la formulación y definición del problema, una de las fases más relevantes del programa, se facilitó la proposición de soluciones eficaces. El objetivo fundamental de esta fase consistió en evaluar el problema e identificar una solución realista. De esta manera, ante una situación problema los adolescentes identificaron la importancia de definir el problema basado en dar respuestas a las siguientes preguntas: *¿Qué? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Por qué? ¿Dónde?* relacionado con la situación problema y planteando metas realistas de solución.

Al abordar el consumo de alcohol, los adolescentes lo atribuyeron a la idea de divertirse o de sentirse mejor, sin embargo a través de las sesiones realizadas se percataron de que puede convertirse en un hábito que conlleva a consecuencias negativas. En esta fase se identificaron las situaciones ante las cuales el adolescente ingiere alcohol recopilando información relevante sobre el problema basada en hechos descritos en términos claros, precisos y objetivos que se analizaron a través del reporte de los adolescentes quienes al consumir bebidas alcohólicas experimentaron alguna consecuencia negativa en el pasado.

Así mismo, se identificaron los factores que hacen de la situación, persona o pensamientos un problema. Dentro de este proceso fue útil que el joven realizara una lista de los mismos facilitando la distinción entre problema y sub problemas dando lugar al planteamiento de metas de soluciones realistas (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1999).

En la generación de alternativas la tarea principal consistió en generar el mayor número posible de estas ya que de esta manera es más probable que se encuentren soluciones eficaces. Los participantes aprendieron a proponer y a generar alternativas de solución basados en unos principios básicos: cantidad, aplazamiento de juicio y variedad (Osborn, 1963 citado en Olivares & Méndez, 1999). Los mayores obstáculos para la generación creativa de soluciones alternativas que se discutieron fueron el hábito y la convención. Los hábitos pueden ser buenos en la solución de problemas sociales cuando las respuestas efectivas de solución de problemas se generalizan a nuevas situaciones problemáticas con sus hábitos previos aprendidos que llevan a una solución. En el presente estudio los adolescentes se percataron de que las primeras soluciones que vienen a la mente no siempre son las mejores entre ellas el consumo de alcohol, minimizando así la probabilidad de consumir esta sustancia como una forma de evadir sus problemas.

En esta parte del proceso fue necesario considerar que la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información son los factores más importantes que interfieren o impiden llegar a formular adecuadas alternativas de solución. Una vez que se ha generado la lista de soluciones alternativas la cantidad y variedad de soluciones disponibles puede incrementarse generando combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de esas soluciones (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1999).

Esta fase se trabajó a través de la lluvia de ideas basada en la creatividad del adolescente, para lo cual fue necesario imaginar las alternativas posibles en el que no se realizaron críticas ni evaluaciones de las ideas propuestas; cualquier propuesta fue aprovechada, completada o variada para generar nuevas soluciones (Osborn, 1938, citado en Olivares & Méndez, 1999).

Hay que recordar que entre las instrucciones que se dieron en este ejercicio creativo fue la de actuar con una ausencia total de crítica para generar alternativas que serán evaluadas en otra fase. Para dar este paso es importante tener la mente abierta y la conciencia plena para poder salir de los comportamientos establecidos y automáticos (García, 2004).

En la toma de decisiones el objetivo fue elegir la o las alternativas más apropiadas, para lo cual el adolescente valoró las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa a corto, mediano y a largo plazo. De acuerdo con Olivares y Méndez (1999), la elección de la conducta se basó en un análisis racional coste / beneficio que incluyó resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema); bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado); tiempo / esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido) y bienestar personal y social en conjunto (razón coste / beneficio esperado total).

Dentro de esta fase del programa se procuró que el adolescente evalúe las ventajas del no consumo y las desventajas del consumo, esto con el fin de que el joven aprenda a postergar los aparentes efectos positivos que produce el consumo de alcohol, evaluando los riesgos a largo plazo.

Posteriormente, a través de la técnica del juego de roles se llevó a la práctica y se verificó la alternativa de solución elegida valorando en qué grado se resuelve el problema y en qué medida se alcanzaron los objetivos propuestos.

En el transcurso del programa los estudiantes comprendieron el papel de las emociones en la resolución de conflictos, y como éstas pueden facilitar o inhibir la puesta en marcha del proceso de solución de problemas, como lo mencionan Olivares y Méndez (1999), “las emociones son importantes en el reconocimiento del problema, el marco de la meta, la evaluación de soluciones alternativas y la evaluación de la ejecución de la solución” (p.713).

El análisis cualitativo de las evaluaciones realizadas en cada sesión permitió constatar los aprendizajes obtenidos por los participantes, los cuales se evidenciaron en el desarrollo del proceso interventivo, de igual manera las directivas de la Institución reportaron cambios positivos en los estudiantes observados en las diferentes formas de afrontar situaciones conflictivas que se han presentado en el contexto escolar. Además, los estudiantes consideraron fundamentales el diálogo, la escucha activa, la asertividad, la tolerancia y el respeto en el momento de llevar a cabo la resolución de un problema lo cual se vio reflejada en una mejor convivencia entre los estudiantes.

De esta manera, la técnica de resolución de problemas aplicada en el presente

estudio si bien incidió en la disminución del consumo de riesgo de alcohol, también le permitirá al joven generalizarla a otras situaciones que se le puedan presentar, incrementando su competencia social en el repertorio conductual.

Al finalizar la intervención se realizó el post- test al grupo experimental y control, con el fin de analizar los resultados obtenidos en el pre-test y post-test. Se identificaron diferencias estadísticas significativas en los grupos experimental y control respecto nivel de consumo de riesgo de alcohol dado que el p- valor arrojado por la prueba U de Mann-Whitney es .007, el cual es mayor al criterio especificado según Greene y D'Oliveira (2006), $p\text{-valor} \leq 0.05$. Además los resultados mostrados en las tablas dos, tres y cuatro indican que los grupos experimental y control son equivalentes en relación a género, edad y nivel de consumo de riesgo de alcohol, esto implica que los resultados en el post-test se deben a la manipulación de la variable independiente y no al efecto producido por variables intervinientes. Por lo tanto dicha diferencia se relaciona con el programa de intervención desarrollado con el grupo experimental que permitió a los estudiantes descubrir e identificar medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano y especialmente los asociados al consumo de alcohol.

La técnica de solución de problemas aprendida sirvió para que el joven identifique el problema y realice un análisis detallado encaminado a la búsqueda de una solución a través de cada una de las fases que la componen, así mismo al poder dimensionar el problema pueda tener control sobre la elección de conductas saludables en coherencia con la psicología de la salud que promueve comportamientos de salud y de las conductas que favorecen la disminución de factores de riesgo que puedan conducir a conductas adictivas (Stone,1998).

En cuanto a la psicología de la salud y su aplicación en la disminución del consumo de alcohol Flórez (2004), refiere que las estrategias que resultan más eficaces son los programas llevados a cabo desde la familia y desde la escuela a través del entrenamiento de habilidades de comunicación, competencia social y resolución de conflictos como el realizado en el presente estudio, lo cual permite potenciar las estrategias para reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección asociados al consumo de alcohol.

El empleo de la técnica de resolución de problemas además de mostrar su eficacia en el tratamiento de adolescentes con niveles generales de consumo de sustancias psicoactivas como se corrobora en los resultados obtenidos en la población objeto de estudio, también ha sido efectiva en otros indicadores tales como estado de ánimo general, problemas de conducta, rendimiento escolar y laboral (Azrin, Crum & DeCato, 2001 citados en Pedrero et. al., 2008). Así mismo ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio (Esposito-Smythers, Spirito, Uth y LaChance, 2006).

El presente estudio es novedoso dado que como se mencionó en líneas anteriores no hay investigaciones al respecto en la región que relacionen específicamente el entrenamiento en resolución de conflictos con niveles de consumo de riesgo de alcohol además no se limitó a la detección del nivel de consumo de riesgo de alcohol sino que se realizó la intervención pertinente para disminuirlo. Finalmente los resultados obtenidos se convierten en un insumo que contribuye a los procesos académicos e investigativos asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitieron determinar la eficacia del programa de resolución de conflictos sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes, lo cual se corrobora por las diferencias estadísticamente significativas presentadas por el grupo experimental a quien se le aplicó el programa interventivo a diferencia del grupo control el cual no recibió ningún tratamiento, en coherencia con lo propuesto por los autores Chaney, O' leary y Marlatt (1978. citados en Labrador, Cruzado & Muñoz 1999), quienes señalan a la técnica de resolución de problemas sociales D'Zurilla y Goldfried (1971) entre las aplicaciones más importantes al consumo de alcohol.

La resolución de conflictos constituye una de las acciones vitales más importante de la existencia humana y abarca todos los espacios de su actuación. Tiene implicaciones en los procesos cognitivos y en los afectivos. La técnica desarrollada por D'Zurilla y Goldfried (1971) tiene como objetivo ayudar a tomar decisiones acertadas. Eso implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que falta una respuesta apropiada. La solución está en proveer a la persona de una estrategia o técnica que le señale la forma de enfocar y buscar soluciones válidas.

La competencia de los individuos para adaptarse al entorno va a estar en función, entre otros factores, no sólo de la disponibilidad de recursos sociales en los que confiar para obtener algún tipo de ayuda sino también de características individuales como las estrategias de resolución de conflictos empleadas, sentimientos de competencia, autoestima, habilidades de comunicación, siendo uno de los determinantes principales del bienestar y satisfacción vital de los individuos al proporcionar el entorno independencia y autonomía personal. En términos de competencia social se debe entender como la capacidad que tiene o adquiere el individuo para participar de manera interactiva con el entorno que le permitan satisfacer sus necesidades y ser protagonista de su bienestar.

La inadecuada resolución de conflictos, la falta de conocimiento de una técnica efectiva para afrontar problemas puede conducir al joven a la adopción de conductas de riesgo que pueden fortalecerse con otros factores como baja autoestima, presión de grupo, la soledad o con dinámicas familiares complejas.

A través de la ejecución del programa se desarrollaron habilidades de resolución de conflictos en los participantes de la investigación, buscando la potenciación de sus recursos

personales, quienes enfrentan una problemática común como es el consumo de riesgo de alcohol con el objetivo de promover un enfrentamiento que le permita analizar sus problemas y no intente aliviarlos o compensarlos recurriendo al consumo de alcohol, generando recursos para superarlos desde una perspectiva proactiva y preventiva, en donde los jóvenes de la Institución Educativa Simón Bolívar desempeñaron un papel activo dentro del proceso, reflejado en su participación y aportes significativos lo cual favoreció su aprendizaje y la apropiación de la técnica de solución de problemas.

En el transcurso del entrenamiento los adolescentes descubrieron que ante situaciones conflictivas las conductas alternativas asertivas contribuyen a disminuir el malestar que puede causarles el tener que enfrentar un problema.

Así mismo fue posible contribuir a mejorar la convivencia entre los estudiantes, además de que reconocieran la importancia del dialogo, la escucha activa, el respeto y la tolerancia.

RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Dado que la resolución de conflictos está presente en cualquier contexto y en cualquier etapa de la vida se considera pertinente aplicar programas como el realizado en el presente estudio, encaminados a fortalecer las habilidades personales de los estudiantes en las instituciones educativas desde los primeros años de educación escolar, ya que como lo el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia (2011) se reportan que las edades de inicio en el consumo de alcohol son cada vez más tempranas.

Así mismo es muy importante el papel de la familia de quien el adolescente recibe sus primeras pautas que son claves al momento de realizar prevención temprana de conductas de riesgo, por la influencia que tienen en sus hábitos de vida, en sus formas de expresar sus afectos y relacionarse con los demás, modelando formas básicas de interactuar con otros, de resolver conflictos, de desarrollar conductas de autocuidado, entre otros. La relación que se establece con los padres, basada en el cariño y el respeto, es un vínculo significativo y protector frente a futuras situaciones de riesgo, propias del desarrollo de los hijos aprendizaje que tendrá continuidad en la institución educativa, por lo que sería pertinente la conformación de la escuela de padres en la institución educativa, de manera que los padres de familia o acudientes se involucren activamente en los programas orientados a propender por el bienestar de los jóvenes.

Se sugiere que en la planeación institucional se conceda un espacio orientado al desarrollo personal que permita a los estudiantes su formación integral más allá de lo netamente académico.

Se hace necesario trabajar con mayor profundidad el componente emocional, si bien se lo desarrolló en el programa de resolución de conflictos aplicado sería conveniente trabajarlo con las especificidades pertinentes ya que

Para realizar el proceso interventivo en la Institución Educativa Simón Bolívar se aplicó previamente la escala DUSI abreviada y el test SPSI-R como instrumentos de caracterización de la población, sin embargo, sería interesante que para dar continuidad al proceso realizado con la población en estudios posteriores se considere el profundizar el trabajo con la información recolectada con dichos instrumentos propendiendo por el

fortalecimiento de los factores de protección identificados y por la disminución de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol estimados en la escala DUSI .

Finalmente se hace necesaria en la aplicación del programa descrito trabajar con un grupo más numeroso, dado que esta fue una limitación en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera, M. y Castaño, C. (2007). La evolución de la terapia de la conducta. Recuperado Mayo 12 de 2012 de <http://www.uco.es>

Albarracín, M y Muñoz, L (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los primeros años de carrera universitaria. Recuperado el 11 de febrero de 2012 de [http:// www.revistaliberabit.com](http://www.revistaliberabit.com)

Álvarez, V. (2010). Protocolo de Vigilancia y Control de Intoxicaciones por Metanol. Recuperado el 16 de Abril de 2012 de <http://www.minsalud.gov.co>

Argandoña, A., Frontradona, J. & Lombardia, G., (2008). Libro blanco del consumo de alcohol en España. Recuperado el 15 de Marzo de 2012 de <http://www.iese.edu.mx>

Arzin, A., Crunn, B., Decato, C., Donoue, L., Teicher, N., & Howell (2001). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. Recuperado el 20 de Junio de 2012 de <http://www.nebi.nlm.nih.gov>

Bautista, R., Delgado, B. Inglés, C. (2005). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. Recuperado el 23 de Junio de 2012 de <http://www.uaemex.edu.ex>

Becoña, E. (2001). Técnicas de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Recuperado el 12 de febrero de 2012 de <http://www.papelesdelpsicólogo.es>.

Babor, T., Higgins, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). Manual Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT. Recuperado el 13 de Febrero de 2012 de [http:// www.who.int](http://www.who.int)

Craig, G. (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall

Cornejo, H. (2006). Estrategias preventivas para evitar el consumo de drogas en jóvenes adolescentes. Recuperado el 24 de enero de 2012 de [http:// www.sildeshare.net](http://www.sildeshare.net)

Chávez, E., Musayón, Y., Sánchez, E., & Torres, C. (2005). Factores de Riesgo del Consumo de Bebidas Alcoholicas en Escolares de educación Secundaria. Recuperado el 4 de marzo de 2012 de <http://www.scielo.unal.edu.co>

Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Recuperado el 22 de enero de 2012 de www.revistaliberabit.com

Enríquez, A. y Revelo, C. (2003). Efectos de un programa cognitivo comportamental de entrenamiento en habilidades de resolución de conflictos interpersonales en adolescentes de la Escuela Normal Superior de San Juan de Pasto. Trabajo de grado. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto, Colombia.

Espada, J., Griffit, K., Bolvin, G. & Méndez, X. (2003). Papeles del psicólogo, adolescencia y consumo de alcohol. Recuperado Junio 20 de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx>

Esposito, C. Spirito, A. Uth, R & Lechance, H. (2006). Clinical Psychology: adolescent suicide, adolescent depression, adolescent substance abuse, development of cognitive behavioral prevention and intervention programs for adolescent mental health problems. Recuperado Enero 10 de 2013 de <http://www.psychology.gmu.edu>

Esguerra, J., Peñaloza, S., Perdomo, J., Wilches, J. (2011) Estudio Nacional de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2011. Recuperado Febrero 4 de 2012 de <http://www.unodc.org>

Flórez, L. (2004). Psicología de la salud. Recuperado Enero 23 de 2013 de <http://psicopediahoy.com>

García, J. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. Recuperado Marzo 30 de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx>

García, R. (2004). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes del alcohol. Recuperado Marzo 26 de 2012 en <http://www.um.es>

Gavino, A. (2007). *Guía de técnicas de Terapia de Conducta* Barcelona: Martínez Roca.

Gil, S. (2012). Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad. Recuperado Febrero 14 de 2012 de <http://eprints.ucm.es>

Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: Revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. Recuperado Marzo 15 de 2012 de <http://www.redalyc.org>

Greene, J. & D'Oliveira, M. (2006). *Test estadísticos para psicología*. España: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw- Hill.

Jiménez I., Musitu G. & Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: El mediador del apoyo social. [Versión Electrónica] *Revista de Psicología Social*, 21 (11), 21-34

Keegan, E. (2013). Perspectiva Cognitivo – Conductual del abuso de sustancias. Recuperado Abril 13 de 2013 en <http://intersecciones.psi.uba.ar>

Labrador, Cruzado & Muñoz. (1999): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Ediciones Pirámide.

Lerma, H. (2001). *Metodología de la Investigación: Propuesta, Anteproyecto y Proyecto*. Bogotá D. C. ECOE Ediciones; Segunda Edición.

López, A. (2001). *Sustancias Psicoactivas y su Consumo*. Recuperado Enero 18 de 2012 de <http://www.nuevosrumbos.org>

Madoz, A., Ochoa, E., Natividad, V. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Recuperado Abril 13 de 2012 de [http:// www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)

Martin, A. (2010). *Evaluación y entrenamiento en competencia social en personas drogodependientes*. Recuperado Mayo 17 de 2012 de <http://www.scribd.com>

Matellanes, M. (2003). Como ayudar a nuestros hijos frente a las drogas. Madrid: Eos.

Moya, A. (2007). Riesgo en el uso y abuso del Alcohol en menores. Recuperado el 1 de Marzo de 2012 de <http://www.msps.es>

Narváez, E. (2000). Alcoholismo y adolescencia. Recuperado Enero 23 de 2012 de <http://www.psicotema.es>

Olivares, J. & Méndez, F. (1999). Técnicas de Modificación de conducta. Madrid: Biblioteca nueva.

Organización Mundial de la Salud (2010). Sustancias psicoactivas. Recuperado Enero 20 de 2012 de <http://www.who.int/es>

Pantoja, A., Solarte, M. (2010). Consumo de drogas una realidad del joven universitario. Trabajo de grado. Universidad Mariana. San Juan de Pasto, Colombia.

Papalia, D. (2005). Desarrollo humano. México: Mc Graw-Hill.

Pedrero, J., Fernández, R., Casete., H., Bermejo, F. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Recuperado Abril 24 de 2012 de <http://www.pnsd.msc.es>

Pérez, A., Scoppetta, O., (2008). Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2008, un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños. Recuperado Febrero 26 de <http://www.nuevosrumbos.org>

Pérez, G. (2010). Efectos de un programa de prevención primaria basado en el entrenamiento de habilidades sociales sobre el factor de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes. Trabajo de Grado. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto, Colombia. ´

Rodríguez, I., Castillo, I., Torres, D., (2011). Alcoholismo y Adolescencia, tendencias actuales. Recuperado Enero 15 de 2012 de <http://www.paidopsiquiatria.com>

Secades, R., Fernández, J., (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Abril 1 de 2012 de <http://www.psicothema.com>

Stone, M. (1998). Psicología de la Salud y Psicología Clínica. Recuperado Febrero 6 de 2012 de <http://www.papelesdelpsicologo.es>

Sue, D., Derald, Stanley. (1994). Comportamiento anormal. México: Programas educativos, S.A de C.V

Tabakoff, B y Hoffman, P. (1995). Dependencia de alcohol. Recuperado Abril 12 de 2012 de <http://www.alcalc.oxfordjournals.org>

Vega, A. (1997). El alcohol en los medios de comunicación: la presión para su consumo-abuso. Recuperado Marzo 31 de 2012 de <http://www.redalyc.uaemex.mx>

Zúñiga, A. & Bouzas, A. (2006). Consumo de alcohol en los adolescentes: Percepción de consecuencias positivas y negativas. Recuperado Marzo 1 de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx>

ANEXOS

Anexo 1. Programa de Resolución de Conflictos

[Archivo adjunto en pdf](#)

Anexo 2. Formato de Consentimiento informado

Fecha: _____

Las estudiantes de psicología de la Universidad de Nariño se encuentran realizando su proyecto de grado para optar el título de psicólogas titulado Efectos de un programa de resolución de conflictos sobre el nivel de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Simón Bolívar. El proceso interventivo se desarrollará en doce sesiones a través de talleres en la hora de clases correspondiente a la asignatura de ética y valores; Dicho proceso se encuentra bajo la responsabilidad de Carolina Córdoba Calvache y Luisa Fernanda Fuertes Herrera con la asesoría de la Esp: Adriana Perugache. El proyecto se realizará con los estudiantes de grado octavo y noveno de la Institución.

Teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes, Yo _____, identificado con C.C. _____, como representante legal de: _____, identificado (a) con T.I. _____ de _____, confirmo su participación en dicha investigación.

Me comprometo a asistir a todos los talleres programados que serán para mi desarrollo personal.

Acepto que mi participación es voluntaria y la información que se recoja durante el proceso, será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los que tiene esta intervención.

Por otra parte, tengo claro que el proceso mencionado, cumple con todas las normas éticas y legales que están enmarcadas dentro de las leyes para el ejercicio de la Psicología en Colombia y las normas éticas y legales para la intervención en salud (Ley 1090 del 2006).

Si tengo alguna duda, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación. Si alguna de las situaciones de las actividades me parece incómoda, tengo el derecho de hacérselo saber al facilitador del proceso, antes mencionado.

Finalmente, como participante, tengo derecho a estar enterado del curso y los resultados del proceso de intervención.

Firma del padre o acudiente

C.C No