



Universidad de San Carlos de Guatemala

Departamento de Estudios de Postgrado

Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

Marilyn Bridgett Castañeda Girón

Guatemala de la Asunción, julio del año 2024

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León

Secretaria

M.A Karla Amparo Carrera Vela

M.Sc. José Mariano González Barrios

Representantes de los Profesores

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

Representantes Estudiantiles

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONCEJO ACADÉMICO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Maestro Ronald Amilcar Solís Zea

Director Departamento de Postgrado

Maestra Gabriela Alvarez García

Maestro Francisco José Ureta Morales

Maestro Miguel Alfredo Guillén Barillas

Maestro José Mariano González Barrios

Docentes titulares

Cc. Archivo

CODIPs. 2607-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN TRABAJO DE GRADUACIÓN

24 de julio de 2024

Licenciado (a)

Castañeda Girón Marilyn Bridgett

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Maestrante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO CUARTO** del **Acta TREINTA Y OCHO- DOS MIL VEINTICUATRO (38-2024)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de julio del año 2024, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO CUARTO: Se conoció el expediente que contiene el Trabajo de Graduación titulado: **“Prevención del Consumo de Alcohol en adolescentes de la Ciudad de Guatemala”** de la maestría en **Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas** realizado por:

Castañeda Girón Marilyn Bridgett

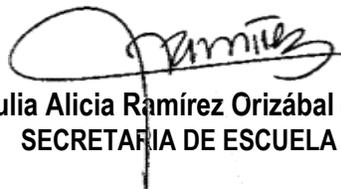
Registro Académico: 201115405

CUI: 2244211070101

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Trabajo de Graduación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas 2da. cohorte con categoría en artes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA DE ESCUELA II





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 206
Tel. 2418-7572 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps 168-2024
Guatemala 17 de julio de 2024

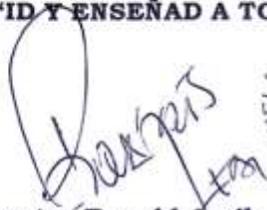
**Autorización para impresión trabajo de graduación
Maestría en Prevención y Atención Integral
de Conductas Adictivas 2º cohorte**

Licenciado (a)
Castañeda Girón Marilyn Bridgett
Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestrante:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto SEXTO del ACTA No. CADEP-Ps-08-2024 de fecha veinticuatro de junio del dos mil veinticuatro El director del Departamento de Estudios de Postgrado solicitó al Mtro. Mario Colli como coordinador de la maestría para que presente el informe como responsable del dictamen técnico favorable de los trabajos finales de los maestrantes de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas 2da. cohorte. Este trabajo representa el último paso para culminar con los requisitos de graduación de la Maestría. Para tal efecto, los miembros del Concejo Académico del Departamento revisaron los documentos que fueron presentados y realizaron algunas preguntas sobre contenidos que fueron de interés debido a lo innovador del tema, la metodología utilizada, entre otros. Considerando, Reglamento del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Concejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos, se **ACUERDA:** Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con título **"Prevención del Consumo de Alcohol en adolescentes de la Ciudad de Guatemala"**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 27 de abril del 2022

Maestro
Ronald Solís Zea
Director Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación de la estudiante Marilyn Bridgett Castañeda Girón con registro académico 201115405, previo a optar al grado de Maestra en Prevención y atención integral en las conductas adictivas, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título "Prevención del Consumo de Alcohol en adolescentes de la Ciudad de Guatemala".

Atentamente,

M. Sc. Mario Colli Alonso
Coordinador Maestría en Prevención y atención integral de las conductas
adictivas. Asesor de trabajo de graduación (según contrato)
Colegiado No. 4323.

Marilyn Bridgett Castañeda Giron, Licenciada en Psicología, Colegiado 14714

Índice	No. Pagina
Introducción	1
Capítulo 1 Generalidades	3
1.1 Línea de Investigación.	3
1.2 Planteamiento de Problema	5
1.3Justificación	9
1.4 Alcances	11
1.5 Objetivos	13
General	13
Específicos	13
1.6 Definición De Variables Conceptual Y Operacional	14
Mapa Conceptual de las Variables	15
Operacionalización de variables	16
2.1 Marco referencial	25
capítulo 3 Marco Metodológico	57
3.1 Diseño de la Investigación	57
3.2 Sujetos	57
3.3 Instrumentos Confiabilidad y Validez	58
3.4 Procedimientos de la investigación	64
3.5 Diseño y metodología de la investigación.	65
Capítulo 4 Resultados Del Trabajo De Campo	65

4.1 Variables destacadas	67
4.1.1. Funcionamiento Familiar	67
4.1.2. Autoestima	68
4.1.3. Clima Escolar	69
Cuadros Y Gráficas, Análisis Y Contenido	72
Análisis Cuantitativo	72
Capítulo 5	83
Conclusiones	83
Recomendaciones	86
ANEXOS	90
Capítulo 6	90
Propuesta de Intervención.	90
6.1 Análisis De Participantes	90
Matriz de análisis de participantes	92
6.2 Análisis de problemas/ Árbol de problemas	99
6.3 Análisis contextual y diagnostico	101
6.4 Análisis de objetivos, objetivos de la intervención	104
6.5 Análisis de opciones	106
6.6 Marco Conceptual	113
6.7 Matriz del proyecto (marco lógico)	119
6.8 Presupuesto	135
6.9 Cronograma	136
6.9 Evaluación.	137
6.10 Anexo Carta de Autorización Instrumento	138
Referencias	139

Introducción

La investigación, cuyo informe se presenta a continuación, se ejecutó en el marco del estudio del grado Maestría en Adicciones y Conductas Adictivas de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, y fue realizado a adolescentes de 13 a 17 años de Ciudad de Guatemala.

El consumo de bebidas alcohólicas por la población adolescente, constituye un creciente problema social que causa impacto social, económico y psicológico en los jóvenes que lo padecen y sus hogares. Estos impactos causan serios problemas subsecuentes en el plano educativo del joven y en el funcionamiento institucional de los centros escolares.

La investigación tuvo como objetivo general determinar los factores de prevención en el consumo de alcohol en un segmento de adolescentes guatemaltecos, comprendidos en las edades de 13 a 17 años en función de identificar la autoestima, el funcionamiento familiar y el clima escolar como factores de protección para el consumo.

La investigación fue aplicada en una muestra intencional y selectiva que implicó convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los 6 meses.

Estudio transversal cuantitativo que implica la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.

Se concluye que la institución educativa y la familia son los espacios adecuados para abordar nuevas propuestas que se adapten al contexto actual; las mismas no pueden permanecer ajenas a las problemáticas sociales. La escuela posee la responsabilidad de capacitar de forma integral a los adolescentes, desde un marco de promoción de la salud. Es importante que fomente una actitud crítica y reflexiva en los jóvenes preparándolos para su inserción en la sociedad de consumo. Por el grado de complejidad de la problemática existe la necesidad de un compromiso desde distintos ámbitos de la sociedad.

Se considera oportuno valorar el hecho de que la información científica aquí contenida, puede servir como punto de referencia para la búsqueda de soluciones al problema del alcoholismo juvenil.

Capítulo 1 Generalidades

1.1 Línea de Investigación.

Partiendo de la definición de las conductas adictivas como una enfermedad se toma como referente el área de salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca, específicamente la línea de: adicciones, causas y efectos, prevención y tratamiento, estas se justifican debido a que el consumo de alcohol en adolescentes en nuestro país constituye un creciente problema social que causa impacto moral, económico y psicológico en los jóvenes que lo padecen y sus hogares. Estos impactos causan serios problemas subsecuentes en el plano educativo del joven y en el funcionamiento institucional de los centros escolares.

En Guatemala se realizó un estudio por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en el año de 2009, los resultados se presentan en un informe titulado “Encuesta Mundial de Salud Escolar”, el cual concluyó en que la edad promedio para iniciar el consumo de bebidas alcohólicas es de 12 o 13 años en todos los establecimientos del país. También demuestra que, de los alumnos de los establecimientos privados de la capital (16.3% de la población total), el 29.3% tomó su primer trago entre los 12 y 15 años constituyendo el mayor porcentaje. Este estudio también asevera que la forma en la que obtuvieron bebidas alcohólicas los adolescentes escolares fue por algún amigo (6.6% del total), seguido por su adquisición en tiendas, mercados y negocios informales clandestinos (MSPAS, 2009)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), América ocupa el segundo lugar en el consumo de alcohol por habitante a nivel de continente. Guatemala es uno de los países de Latinoamérica con el mayor índice de consumo de alcohol, así como también es considerado uno de los países con las tasas más altas de mortalidad por causas atribuidas al consumo de alcohol. El consumo precoz de alcohol en los adolescentes es un problema predominante en la Sociedad, ya que la edad de inicio de consumo tiene una relación directamente proporcional con el abuso en el consumo del mismo (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Tabla # 1. Líneas de Investigación.

Áreas	Líneas de Investigación	Justificación
Salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca	Psicología de la salud: Adicciones, causas y efectos, prevención y tratamiento. Componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos de las adicciones.	En Guatemala la salud mental se ha visto afectada como consecuencia del conflicto armado interno, además de la violencia común, organizada y la estructural que figuran como un círculo de injusticia social y falta de voluntad política para su solución. Todo esto evidencia la necesidad del trabajo asistencial en material de la salud mental

Fuente: Líneas de investigación aprobadas por Junta Directiva de la FAHUSAC en el Punto 16º del Acta 17-2011; Líneas del Instituto de Investigaciones Humanísticas 2012; Prioridades en Investigación del Programa Universitario en

Educación DIGI (Aprobadas en actas CONCIUSAC 10-2009 y 01-2010). Líneas prioritarias de investigación establecidas en el Plan USAC 2022; Programas y Líneas de Investigación del Centro de Investigaciones en Psicología – CIEPS- “Mayra Gutiérrez” (2016).

1.2 Planteamiento de Problema

La adolescencia es un momento de la vida en que se comienza a aprender sobre el mundo que nos rodea y a encontrar un lugar en él. Este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas y peligrosas. Los adolescentes a esta edad anhelan las emociones fuertes en una forma que la mayoría de los adultos encuentran difícil de comprender, sobre todo las actividades que pueden resultar peligrosas.

Debido al área temática de la maestría en prevención y atención integral en conductas adictivas es imperante realizar el abordaje desde un enfoque multidisciplinario.

Dicho recorrido inicia en la teoría y categorías generales relacionadas con las drogas legales e ilegales, la salud física, la psicoterapia y los procesos que colaboran a la obtención de salud mental, donde las Ciencias Médica y Psicológica realizan acercamientos con la ciencia del Derecho -legislación nacional e internacional-, con la estadística -ya que los psicométricos van de la mano con el adecuado tratamiento de datos y/o cifras-, y con esfuerzos estrategias de seguridad ciudadana, a nivel local o regional

Se abordaron los factores de prevención específicos o desencadenantes del consumo de alcohol; de acuerdo a la sustancia abordada, el abordaje epidemiológico y la forma de construir insumos numéricos que justifiquen y orienten los esfuerzos preventivos en los adolescentes.

En la actualidad el alcohol está muy presente en el tiempo libre y en las relaciones sociales de los jóvenes adolescentes. Estamos viviendo un tiempo donde muchos de los referentes sociales y de identidad se han modificado y en lo particular en la ciudad de Guatemala, es evidente un proceso de agudización de las problemáticas sociales a raíz del consumo de alcohol en los adolescentes.

El alcohol es la sustancia legal más consumida por los adolescentes en nuestro país y numerosos estudios indican que la prevalencia en la vida del consumo de bebidas alcohólicas de los estudiantes de secundaria fue aumentando hasta llegar al 70 por ciento. La edad media de inicio fue bajando y se ubica en 13 años.

Según la Organización Mundial de la Salud en 2005 “El alcoholismo, también conocido como el síndrome de dependencia del alcohol según la OMS, el alcohol es considerado una droga, la cual posee etanol o alcohol etílico que es la sustancia adictiva en las bebidas alcohólicas ya que sufre un proceso que queda definido por el conjunto

de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que genera la incapacidad en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse”

El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016 murieron más de 3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol.

Ahora la principal diversión es consumir bebidas alcohólicas todos los fines de semana y hacer reuniones con los amigos. Conseguir el alcohol si eres menor de edad no está muy difícil, ya que te lo venden en muchos sitios, no existen medidas regulatorias que se cumplan a cabalidad, el alcohol es una sustancia de fácil acceso para cualquier guatemalteco tenga o no la edad para comprarla.

El consumo problemático de alcohol conlleva una serie de problemas que más adelante seguirán y les afectara en su vida personal y social, necesitarán mucha ayuda para conseguir salir de ellos. Por lo complejo del problema, el manejo de estas enfermedades requiere no solo de la participación del sistema de salud, sino de la integración dinámica de todos los factores de la comunidad, del ámbito escolar, familiar y social que permita abordar el problema en su aspecto biológico, psicológico y social.

La presente investigación se llevó a cabo con un sector de la población adolescente guatemalteca ubicada entre los 13 a 17 años de edad, el abordaje teórico

se fundamentó, mayoritariamente, en aportes de realidades occidentales que tienen un nivel de desarrollo y de generación de publicaciones más amplio que el de Guatemala, ya que no existe mayor fundamentación teórica ni estudios realizados en el país.

La investigación fue aplicada en una muestra intencional y selectiva la cual implicó convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los seis meses. Se seleccionó un sector de la población guatemalteca, integrado por adolescentes entre las edades mencionadas en el apartado anterior.

1.3 Justificación

Cada vez es mayor la población de adolescentes que consumen alcohol en la vida cotidiana ocasionando todo tipo de complicaciones a nivel personal como social; en nuestro medio la bebida forma parte de la actividad social.

Es importante mencionar que el alcohol es una droga como cualquier otra y es un hecho que cada vez sea consumida por la mayoría de adolescentes como una diversión o como un escape.

La adolescencia es una etapa decisiva para la formación de la persona, dado que es un periodo de transición en el desarrollo de la identidad, autonomía y madurez de los afectos y de las conductas, y en la que se lleva a cabo un importante desarrollo a nivel físico, académico, social y emocional.

Es un tiempo decisivo en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, dado que algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia se consolidan y otras nuevas provenientes de los entornos de influencia se incorporan. De modo que, si durante este período se potencian estilos de vida favorables se informa sobre los daños que el consumo problemático de alcohol produce es posible que se aumenten las probabilidades de adoptar estilos de vida saludables, y con ello disminuirá la probabilidad de tener hábitos nocivos en la etapa adulta.

Hay estudios que sugieren que hay situaciones psicológicas que preceden el consumo de alcohol tales como la baja autoestima. La depresión, el aislamiento, problemas de identidad, conductas rebeldes, impulsividad, conductas desviadas y su tolerancia, problemas mentales, conductas infractoras y conflictos con el rol sexual, por lo que antes éstas señales hay que estar alerta para la identificación temprana de problemas asociados al consumo problemático de alcohol.

La prevención en el consumo es importante porque es dar un paso al antes de que se inicie el consumo el mantener informado a los adolescentes y fortalecer su identidad y autoestima, lograr contar en un centro educativo con un asertivo clima escolar y que esto pueda a contribuir al evitar el uso de la sustancia.

Los resultados que se esperan obtener en el proyecto de prevención, resultante del presente trabajo de investigación lograrán cambios en los estudiantes de 13 a 17 años, donde se tendrá la oportunidad de identificar los factores de protección en el consumo de alcohol. Cuanto más formado e informado se pueda estar sobre el tema de las consecuencias del consumo de alcohol, más firme y segura será la decisión que tomen al respecto, con lo que se desarrolla una cultura de estabilidad emocional.

1.4 Alcances

El presente estudio realizado en 44 adolescentes, de las edades de 13 a 17 años, de la ciudad de Guatemala, tiene un alcance descriptivo, debido a que determina los factores de prevención del consumo del alcohol y como un proyecto preventivo puede ser de beneficio para un grupo de adolescentes identificado como vulnerables, Se decidió recolectar información sobre los distintos factores de protección sin llegar a indicar cómo se relacionan en el consumo posterior de los niños y adolescentes (lo que habría hecho de la investigación un estudio correlacional). La investigación identificó cómo se manifiestan estos factores de protección en los adolescentes de 13 a 17 años sin identificar causalidad o correlación.

Según (Baptista, Hernandez Sampieri, & Collado, 2014) estos estudios poseen valor fundamental para descubrir y prefigurar, son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, en este caso las conductas adictivas.

La investigación fue aplicada en una muestra intencional y selectiva que implicó convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los 6 meses.

En Guatemala- el abordaje de la problemática del consumo de alcohol y drogas ilícitas, se remonta (en el ámbito estatal) al año de 1992, con la elaboración del Informe Final de la "Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Drogas" en 1992, y las primeras acciones de tipo preventivo, en 1994, realizadas por el Consejo Nacional de

Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción (CONAPAD) y su “Plan maestro para prevención y abuso de sustancias adictivas”.

En nuestro país se continua con los esfuerzos creándose así la Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas (CCATID) y la Secretaría ejecutiva de la Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas (SECCATID) y la implementación del “Plan Nacional Antidrogas 1999-2003”, y la “Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008”. (Vicepresidencia de la República. SECCATID., 2018)

Por lo tanto, lo que se pretende en la presente investigación es determinar los factores de protección que pueden beneficiar al que no consumo de alcohol en los adolescentes el contar con un buen ambiente escolar, familiar, un adecuado nivel de autoestima/impulsividad el uso correcto del tiempo libre y como estos factores pueden coadyuvar a la prevención del consumo del alcohol.

1.5 Objetivos

General

1. Determinar los factores de prevención en el consumo de alcohol en un segmento de adolescentes guatemaltecos, comprendidos en las edades de 13 a 17 años.

Específicos

1. Analizar la magnitud del consumo de alcohol de los adolescentes, comprendidos en las edades de 13 a 17 años.
2. Demostrar la influencia del nivel de autoestima, hacia el consumo de alcohol en adolescentes, comprendidos en las edades de 13 a 17 años.
3. Demostrar la influencia del funcionamiento familiar, hacia el consumo de alcohol en adolescentes, comprendidos en las edades de 13 a 17 años.
4. Demostrar la influencia de un asertivo clima escolar, hacia el consumo de alcohol en adolescentes, comprendidos en las edades de 13 a 17 años.

1.6 Definición de Variables Conceptual y Operacional

Todos los conceptos utilizados en el abordaje teórico están estrechamente ligados entre sí por su caracterización como factores protectores para el consumo, los cuales podrían ser definidos de la siguiente forma:

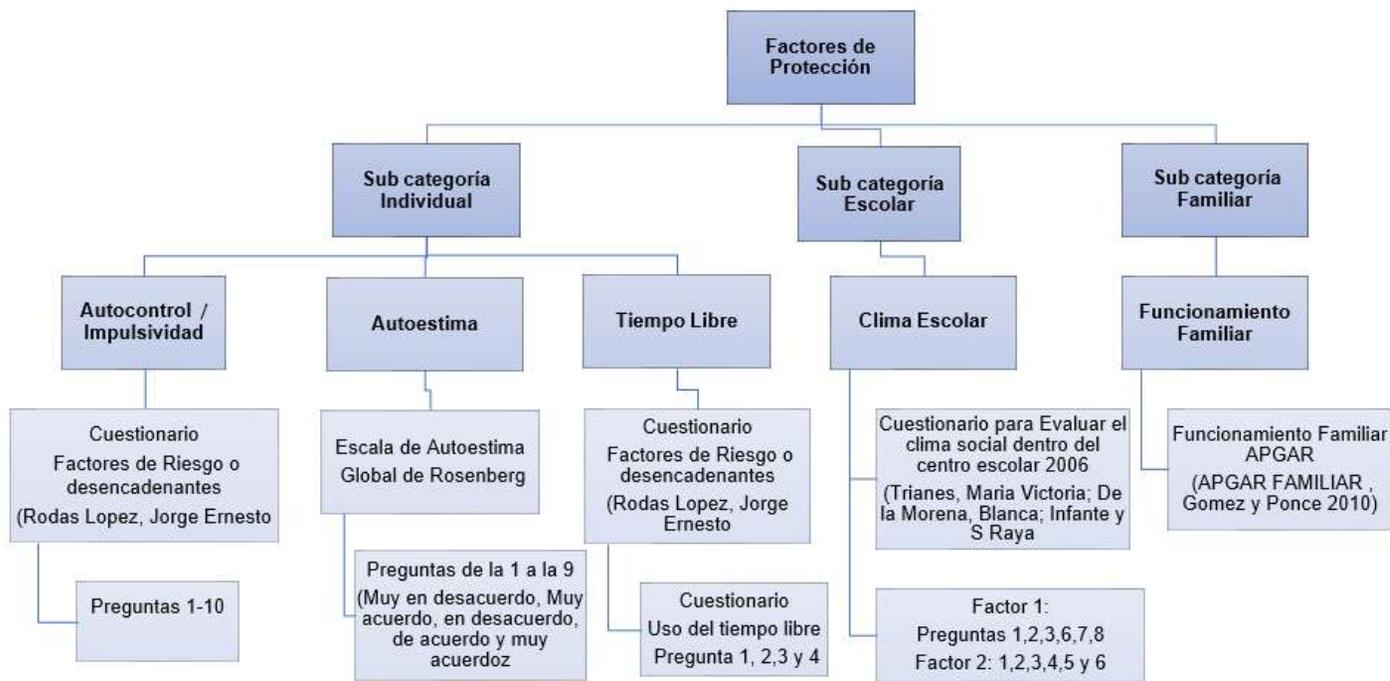
En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica (Ángeles Páramo, 2011)

Las variables se engloban en la siguiente tabla.

Mapa Conceptual de las Variables

Grafica #1

Título: “Factores de protección en el consumo de alcohol del adolescente”



Fuente: Elaboración Propia

Operacionalización de variables

Tabla # 2

TITULO: “FACTORES DE PROTECCION EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES”

CATEGORIA 1				
FACTORES DE PROTECCIÓN				
INDIVIDUAL				
INSTRUMENTO Escala de Autoestima Global de Rosenberg (Atienza, L., & Balaguer, 2000)				
SUB CATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL	EXPLICACIÓN INSTRUMENTO	ITEM	DETALLE
Autoestima	Definición: Este constructo ha sido definido por diversos autores como el conjunto de percepciones que tiene un individuo acerca de sí mismo y que son producto de sus propias experiencias con los demás; de las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976); o bien, ha sido entendido como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García y Musitu, 1999). La importancia del auto concepto –que para este trabajo se utiliza como sinónimo de autoestima- radica en que impacta de manera relevante en la formación de la personalidad del sujeto, pues tiene que ver con la competencia social e influye sobre cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clemes y Bean, 1996; Clark, Clemes y Bean, 2000)	La escala de autoestima de Rosenberg consta de diez ítems; cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas.	Preguntas de la 1 a la 9 (Muy en desacuerdo, Muy acuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y muy acuerdo. (Rosenberg, 1965) Realización: El instrumento, se elaborará y realizará en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Forms.	¿Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás? ¿Siento que tengo cualidades positivas? ¿En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado? ¿Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás? ¿Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás? ¿Siento que no tengo mucho de lo que enorgullecerme? ¿Adopto una actitud positiva hacia mí mismo/a? ¿En conjunto, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a? ¿Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a? ¿A veces me siento ciertamente inútil?

CATEGORIA 1				
FACTORES DE PROTECCIÓN				
INDIVIDUAL				
INSTRUMENTO Cuestionario Factores de Riesgo o desencadenantes. (Rodas & Ureta, 2019)				
SUB CATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL	EXPLICACIÓN INSTRUMENTO	ITEM	DETALLE
Autocontrol - Impulsividad	Definición: El autocontrol es un término que se compone de la unión de dos vocablos que provienen de idiomas diferentes: la palabra "auto" procede del griego autos que se traduce como "sí mismo", mientras que la palabra "control" emana del francés y es sinónimo de dominio. En consecuencia, el autocontrol se define como la capacidad consciente de regular voluntariamente los impulsos, con el objeto de alcanzar un equilibrio personal y relacional en el manejo de las emociones y la regulación del comportamiento (Bisquerra, 2003).	Estudio transversal cuantitativo, correlacional, que implica la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.	•Preguntas: 1,2,3,4,5,6,7,8,9, y 10 Realización: El instrumento, se elaborara y realizara en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.	¿Has molestado a los demás? ¿Te has aprovechado de otras personas? ¿Has amenazado con lastimar o hacer daño a otras personas? ¿Has dañado intencionalmente cosas de otras personas? ¿Has hecho cosas que pongan en peligro o riesgo a los demás? ¿Has discutido con otras personas hasta el punto de llegar al insulto o los golpes? ¿Has actuado sin pensar en las consecuencias? ¿Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros? ¿Has hecho cosas que consideres peligrosas o riesgosas para ti? ¿Te ha sido difícil permanecer largo rato quieto(a)?

CATEGORIA 1				
FACTORES DE PROTECCIÓN				
INDIVIDUAL				
INSTRUMENTO Cuestionario Factores de Riesgo o desencadenantes. (Rodas & Ureta, 2019)				
SUB CATEGORIA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	EXPLICACIÓN INSTRUMENTO	ITEM	DETALLE
Tiempo libre	Definición: El tiempo libre es un período cronológico situado después de las obligaciones laborales, escolares, sociales y familiares, en el que pueden desarrollarse actividades de ocio, deportivas y/o culturales positivas y saludables para las personas. En la actualidad, la sociedad de consumo ha traído consigo la aparición de nuevas prácticas en el uso del tiempo libre, algunas de las cuales conllevan una serie de disfunciones y problemáticas que no contribuyen a reforzar los espacios educativos y las relaciones sociales y familiares (Elizalde y Gomes, 2010).	Estudio transversal cuantitativo, correlacional, que implica la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.	Realización: El instrumento, se elaborara y realizara en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs. Cuestionario Uso del tiempo libre Pregunta 1, 2,3 y 4 Preg. 1: Nunca, De vez en cuando, Casi siempre, Siempre, Solo fines de Preg. 2: Nunca, De vez en cuando, Casi siempre, Siempre, Solo fines de Solo fines de semana Preg. 3: Muy satisfecho(a), Satisfecho(a), Insatisfecho(a), Muy Insatisfecho (a) Preg. 4: Nunca, Ocasionalmente, Una vez al mes, Una vez entre semana, Cada fin de	¿Qué hacías en tu tiempo libre? a) Navegar por Internet b) Chatear/Estar en redes sociales c) Escuchar música d) Ver Televisión, VHS, DVD, Cable, TV Satelital y/o Netflix e) Dormir f) Leer libros g) Practicar algún deporte h) Estar con amigos i) Ir al cine y/o al teatro j) Salir con la familia k) Salir con amigos(as) l) Visitar museos y exposiciones m) Ir a una discoteca o un bar con los amigos(as) n) Ir a una fiesta, concierto o "rave" en un local o) Ir a un repaso o una fiesta privada, en casa de amigos p) Asistir a coloquios y conferencias p) Hacer actividades artísticas (dibujar, bailar, tocar música, etc.) r) Colaborar con alguna causa social s) Salir en excursiones, paseos o actividades al aire libre ¿Juegas Videojuegos? ¿Qué tan satisfecho(a) estás con la forma en la que ocupas tu tiempo libre? ¿Con qué frecuencia sales por las noches con tus amigos(as) para divertirte?

CATEGORIA 1				
FACTORES DE PROTECCIÓN				
FAMILIAR				
INSTRUMENTO Funcionamiento Familiar (Gomez Clavelina & Ponce Rosas, 2010) (Trianes, De la Morena, & Raya, 2006)				
SUB CATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL	EXPLICACIÓN INSTRUMENTO	ITEM	DETALLE
Funcionamiento familiar	Definición: El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Implica el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo opera, evalúa o se comporta (McCubbin y Thompson, 1987).	<p>Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, "para obtener una revisión.</p> <p>Rápida de los componentes del funcionamiento familiar.</p>	<p>Realización: El instrumento, se elaborara y realizara en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.</p> <p>Pregunta 1,2, 3 ,4 y 5 Casi nunca A veces Casi siempre</p>	<p>¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?</p> <p>¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?</p> <p>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?</p> <p>¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?</p> <p>¿Siente que su familia le quiere?</p>

CATEGORIA 1				
FACTORES DE PROTECCIÓN				
ESCOLAR				
INSTRUMENTO Cuestionario para Evaluar el clima social dentro del centro escolar 2006 (Trianes, De la Morena, & Raya, 2006)				
SUB CATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL	EXPLICACIÓN INSTRUMENTO	ITEM	DETALLE
Clima escolar	Definición: El clima escolar es la percepción por parte de alumnos y profesores de bienestar personal, sentimientos positivos de sentirse aceptado y ser valioso para los demás en la Convivencia diaria (Trianes, 2000).	Cuestionario de Clima Social del Centro Escolar, que se centra en las relaciones interpersonales de los estudiantes y profesores. Proporciona un instrumento útil para su empleo en la evaluación y en la intervención psicoeducativa en un área relacionada con la salud, con la adaptación individual.	Realización: El instrumento, se elaborará y realizará en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs. Factor 1: Preguntas 1,2,3,6,7,8 Respuestas: Si, No Factor 2: 1,2,3,4,5 y Respuestas: Si, No	Factor 1 ¿Cuando hay una emergencia, hay alguien para ayudarme? ¿El instituto está muy ordenado y ¿Se puede confiar en la mayoría de la gente de este Instituto? ¿Mi clase tiene un aspecto muy agradable? ¿La gente de este instituto se cuida uno al otro? ¿Mi instituto es un lugar muy seguro? Factor 2 ¿Los profesores de este centro son agradables con los estudiantes? Trabajo en los deberes escolares? ¿Cuando los estudiantes rompen las reglas son tratados justamente? ¿Los profesores me dicen cuando hago un buen trabajo? ¿Los profesores hacen un buen trabajo buscando a los alborotadores? ¿Me siento cómodo hablando con mis profesores de mis problemas?

CATEGORIA 2				
CONSUMO DE ALCOHOL				
INSTRUMENTO AUDIT, 2010 (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2010)				
SUB CATEGORIA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	EXPLICACIÓN INSTRUMENTO	ITEM	DETALLE
Alcohol	Es la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y drogas y las cantidades que se consumen de las mismas.	El AUDIT es un instrumento de tamizaje utilizado para evaluar el nivel de riesgo del consumo de alcohol, además de ser un apoyo en las intervenciones breves realizadas en pacientes con consumo de riesgo. Detección temprana, consumo de sustancias psicoactivas, consumo riesgoso, consumo peligroso, dependencia, AUDIT.	Preguntas: 1 a 10 (Nunca, De vez en cuando, Frecuentemente, Muy frecuentemente, Realización: El instrumento, se elaborará y realizará en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.	<p>¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?</p> <p>¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día?</p> <p>¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?</p> <p>¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?</p> <p>¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?</p> <p>¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?</p> <p>¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?</p> <p>¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?</p> <p>¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?</p> <p>¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?</p>

CONSUMO DE ALCOHOL

SUBCATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO	EXPLICACION INSTRUMENTO	DEL ITEM	DETALLE
ALCOHOL	Definición: Es la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y drogas y las cantidades que se consumen de las mismas	AUDIT, 2010	El AUDIT es un instrumento de tamizaje utilizado para evaluar el nivel de riesgo del consumo de alcohol, además de ser un apoyo en las intervenciones breves realizadas en pacientes con consumo de riesgo de alcohol o superior.	Preguntas: 1 a 10 (Nunca	¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?
		(Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2010)	Detección temprana, consumo de sustancias psicoactivas, consumo riesgoso, consumo peligroso, dependencia,	De vez en cuando	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?
				Frecuentemente	¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?
				Muy frecuentemente	¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?
				Siempre)	¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la
					¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante
				Realización: El instrumento, se elaborará y realizará en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma	¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?
					¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?
					¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?
					¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TITULO: "FACTORES DE PROTECCION EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES"



CONSUMO DE ALCOHOL						
SUBCATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO	EXPLICACION INSTRUMENTO	DEL ITEM	DETALLE	
ALCOHOL	Definición: Es la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y drogas y las cantidades que se consumen de las mismas	AUDIT, 2010	El AUDIT es un instrumento de tamizaje utilizado para evaluar el nivel de riesgo del consumo de alcohol, además de ser un apoyo en las intervenciones breves realizadas en pacientes con consumo de riesgo de alcohol o superior.	Preguntas: 1 a 10 (Nunca	¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?	
		(Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2010)	Detección temprana, consumo de sustancias psicoactivas, consumo riesgoso, consumo peligroso, dependencia,	De vez en cuando	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?	
				Frecuentemente	¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?	
				Muy frecuentemente	¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?	
				Siempre)	¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la	
					¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante	
				Realización: El instrumento, se elaborará y realizará en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma	¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?	
					¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?	
					¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?	
					¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?	

2.1 Marco referencial

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública por las alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que provoca. Se ha reportado asociación de este consumo con accidentes de tráfico, homicidios, suicidios, actividad sexual temprana de riesgo, fracaso escolar; dificultades en habilidades psicológicas como percepción y razonamiento, y problemas en la salud adulta representadas por enfermedades cardiovasculares, mentales por lo que es considerado como una sustancia dañina para la salud humana. Sin embargo, a pesar de los riesgos que implica el consumo de bebidas alcohólicas, esta conducta tiene alta prevalencia en los adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el alcoholismo (alcohol-dependencia), como el consumo crónico y continuado o periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación, obsesión por el mismo y consumo a pesar de sus consecuencias adversas. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

El alcohol o etanol Es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro, la conducta y la cognición, actuando como depresor del sistema nervioso central; su consumo crónico y excesivo se asocia a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida del consumidor; es la sustancia adictiva de uso más extendido en la población mundial. El uso excesivo de esta droga lícita causa cerca de 2,5 millones

de muertes por año en el mundo y en orden de importancia es considerado como el tercer factor de riesgo para enfermedad y discapacidad. (UNODC, 2017)

Según la Encuesta Global de Alcohol reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 indicaron que en un lapso de cinco años el 71 % de los países encuestados registró un incremento en el consumo de alcohol por parte de la población menor de edad. Por el contrario, solo el 11 % de los países registraron una disminución en el consumo de bebidas alcohólicas (4). Asimismo, es preocupante que en la actualidad los adolescentes comienzan a reproducir los patrones de consumo excesivo de la población adulta.

Según Arias Duque, (2005) un hecho conocido que el consumo excesivo de alcohol o etanol causa una disfunción aguda y crónica del cerebro, produciendo trastornos en el sistema nervioso central, presentando alteraciones en la memoria y en las funciones intelectuales como cálculo, comprensión y aprendizaje.

El alcohol ejerce su principal influencia sobre el sistema nervioso, y tanto la tolerancia como la dependencia dependen en gran medida de sus efectos neuronales. Su acción psicofisiológica y farmacodinamia es fundamentalmente depresiva, semejante a la producida por anestésicos generales. (Arias Duque, 2005)

El cerebro adolescente es más susceptible a los efectos perjudiciales del alcohol, ya que en este período de la vida se dan unos cambios en la maduración y el desarrollo

cerebral, como son: una mayor mielinización, más conectividad funcional y más plasticidad del hipocampo. El alcohol lesiona específicamente dos áreas del cerebro que durante la adolescencia presentan cambios importantes (Arias Duque, 2005)

El hipocampo, encargado de activarse en las tareas de la memoria y del aprendizaje, sufre el peor daño. Aquellos que beben más y durante más tiempo tienen hipocampos significativamente más pequeños (hasta un 10% más pequeño) y el área prefrontal es donde tienen lugar la mayoría de los cambios durante la adolescencia; el consumo de alcohol en los adolescentes podría causar cambios graves, que afectaran la formación de la personalidad y del comportamiento de los adultos. (Dillion, 2018)

Los adolescentes pueden estar comprometidos en varias formas con el alcohol. Es común el experimentar con el alcohol durante la adolescencia. Desgraciadamente, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana.

Ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles hacia los problemas que otros experimentan. El uso del alcohol a una temprana edad aumenta el riesgo del uso de otras drogas más tarde. Algunos adolescentes experimentan un poco y dejan de usarlas o continúan usándolas ocasionalmente sin tener problemas significativos. Otros desarrollarán una dependencia, usarán luego drogas más peligrosas y se causarán daños significativos a ellos mismos y posiblemente a otros. (AACAP, 2015)

Por lo tanto, los adolescentes deberían conocer los graves riesgos a los que se exponen. Deberían evitar el alcohol, o bien beber en pequeña cantidad y que no sea regularmente, por lo que la presente investigación busca encontrar los factores de protección para evitar el consumo. (AACAP, 2015)

Que es el Alcoholismo

La primera definición hecha por Jellinek mencionada en (Navellian, 1981): Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976 define al alcoholismo como el término de síndrome de dependencia alcohólica que corresponde a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.

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

Su primer síntoma es un estado de euforia tras las primeras dosis empieza a disminuir las capacidades de juicio, de atención de observación y de reflexión a partir de aquí empieza una etapa de pérdida de la conciencia y produce un daño cerebral progresivo cirrosis apática y finalmente la muerte, también es causa indirecta como factor que provoca problemas en todas las áreas de su vida, actos de agresión violenta accidentes de tránsito y conflictos familiares. (Both, 2002)

El Consumo de Alcohol

El alcohol no solo afecta la salud física y psicológica de quien lo consume, también influye en la sociedad, ya que puede verse afectada por las consecuencias que desencadena una persona bajo los efectos del alcohol, entre las que se encuentran los accidentes de tránsito y conductas violentas hacia amigos, familiares y otros. En este sentido, se estipula que las lesiones mortales que se atribuyen al consumo de alcohol tienden a ocurrir en edades relativamente jóvenes. ((OMS), 2011)

Algunas estadísticas señaladas en la ((OMS), 2011) indican que el consumo de alcohol es el causante de 2,5 millones de muertes cada año. De igual manera, se estima que un total de 320.000 jóvenes entre las edades de 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que resulta en el 9% de todas las muertes en ese grupo de edad.

(Pons & Buelga, 2011) Afirman, que el alcohol etílico es "una sustancia depresora del sistema nervioso central, cuyo efecto psicoactivo se caracteriza por desinhibición, ligera euforia y reducción de la ansiedad" (p. 81). El mismo es consumido por vía oral y sus efectos en el organismo se hacen evidentes desde el momento en que es ingerido. Entre los efectos están los temblores en las manos, daño hepático, insuficiencia cardíaca, entre otros. (Babor, Higgins, Saunders, & Monterio, 2001) .

Por su parte, el consumo perjudicial está relacionado con los efectos ejercidos sobre la salud mental, como por ejemplo sentimientos de culpa tras el consumo y lagunas de memoria, e inclusive en las interacciones sociales (Babor et al., 2001). Estos tipos de consumos están asociados a diversos factores, que por sus características predisponen al adolescente a un consumo temprano de alcohol.

Historia del Alcoholismo

Algunos historiadores no dudan en señalar que la producción de bebidas como el vino pudo ser un factor clave que llevase a la humanidad a la vida sedentaria. Los primeros seres humanos eran nómadas, y para que cultivos como la viña produjesen vino se requería permanecer sobre el terreno varios años. (Both, 2002)

Los estudios antropológicos evidencian que ciertas bebidas alcohólicas fermentadas, como el vino y la cerveza, eran ya consumidas hace al menos cinco mil

años. Las bebidas con alcohol, por su naturaleza y sus efectos, se vincularon pronto con lo divino y se asociaron a los rituales religiosos.

El alcohol forma parte de nuestra cultura. En el mundo antiguo el acceso a agua potable era un problema, solía estar contaminada y era muy peligroso ingerirla. Recordemos que hasta el siglo XVII no se ponen en marcha un sistema eficaz de alcantarillado y separación de aguas. Ello explica que el alcohol se utilizó como bebida diaria y fue muy popular, ya que era fuente necesaria para mezclarla con líquidos y una fuente de calorías, de ahí se ganó el apelativo de *aquí vitae* = agua de vida. (Guelbenzu, 2011)

El alcohol está en la naturaleza, los alimentos que contienen azúcar, por acción de las levaduras al metabolizar el azúcar extraen energía, y producen a la vez, alcohol. No sólo en el caso de las uvas y el vino, sino también en la cerveza, que se obtiene por fermentación de cereales, con almidón. El cultivo de la vid, para la elaboración de vino se atribuye al menos, alrededor de 6000 años antes de Cristo.

En esos tiempos era difícil encontrar agua potable, por lo que todo el mundo bebía alcohol en las comidas. Los griegos no dudaban en aromatizar el vino, con miel, canela e incluso tomillo. El vino era consumido generalmente aguado; el vino puro no estaba recomendado para su uso corriente. El alcohol representaba algo más que una simple bebida, era imprescindible para celebrar importantes acontecimientos como tener una nueva casa, la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales. (Hardiman, 2011)

En la Edad Media los alquimistas de Europa usaban el alcohol para obtener esencias por destilación. El alcohol es el gran desinfectante de uso común. También se utilizaba en medicina para aliviar el dolor, bajar la fiebre o calmar la acidez de estómago. En la mayoría de las culturas el alcohol servía para distraer la fatiga y el aburrimiento de la vida diaria, al tiempo que aliviaba de los dolores irremediables que acompañan a la vejez. Hoy se sigue utilizando en la elaboración de ciertos medicamentos, para producir precipitados y demás, en bebidas, jarabes, en la elaboración de perfumes y cosméticos, en distintas aplicaciones dentro de la industria, como combustible, en la fabricación de pintura, barnices, lacas, disolventes, aerosoles, etc., y en un sinnúmero de productos, unos para consumo humano y otros para uso eminentemente industrial.

De cualquier manera, podemos asegurar su existencia en algún momento de la prehistoria. En la Biblia, en el quinto libro de Moisés leemos, "toma tu dinero para adquirir aquello que produzca placer a tu alma, ya sea vino o bebida fuerte, se feliz". Esta aceptación del alcohol por medio de la mayoría de religiones se mantendrá durante toda la historia, según lo menciona. (Sumba, 2014)

Su nombre tiene raíz árabe, el cuál originariamente no se refería a una bebida sino a un polvillo finísimo usado en cosmética por las mujeres de medio y cercano Oriente: "al khol". Aceptándose el hecho de que el polvo mencionado era lo más fino que se podía fabricar. Al adaptarlo al alcohol se refería a lo "más fino" que se podía sacar del vino. Se le llamó primero Aqua Vitae, o Aqua Arde, agua de vida o agua que arde.

Fue realmente el filósofo y médico llamado Paracelso quien uso la denominación de alcohol, siendo en este momento que esta sustancia se independiza del agua como concepto. El alcohol de que hablamos es el Etilico el cual se deriva del gas etanol, debiendo diferenciarse del metílico, causante muchas veces de intoxicaciones graves que han derivado en muerte.

Luego, mediante el proceso de destilación, se separa el alcohol de otros productos contenidos no adecuados para el consumo, por ejemplo, aceites llamados fusel y aguardientes " malos".

Por lo antes dicho se puede extraer que existen dos clases de bebidas alcohólicas. Las fermentadas (cervezas y vinos), y las destiladas (uso artesanal).

Como tal la cerveza y el vino, históricamente se consolidaron en las sociedades occidentales, en el Lejano Oriente, la práctica de hervir el agua, para preparar el té, creó un suministro potable de bebidas no alcohólicas. Hasta comienzos del siglo XVII no se popularizaron el consumo de las infusiones preparadas con agua hervida, como el café, el té y el cacao, así se empezó a romper el firme monopolio del alcohol en Europa.

Por lo negativo del exceso de consumo, desde mediados del siglo XIX existe una fuerte corriente contra el consumo de alcohol, que promueve, la prohibición de su venta

y consumo. El alcoholismo es absolutamente destructivo para la mente humana e igualmente para el resto del organismo. Su abuso puede derivar en daños irreparables.

Además, que el alcohol afecta a toda su familia o seres más cercanos en todas sus áreas como económicas, emocional e incluso agresiones físicas, hasta se ha llegado al divorcio por este motivo, dejando como resultados problemas mentales o físicos, e incapacidad para trabajar. También ha existido un incremento en las estadísticas que conducir bajo los efectos del alcohol es muy peligroso.

Es así que desde sus inicios de la historia del alcohol se ha ido distorsionando su consumo llevando este a considerarse hoy en día como una enfermedad progresiva y mortal, y un tema muy importante a tratar para la sociedad y familia en general.

El alcoholismo en adolescentes

En la actualidad los adolescentes pasan más tiempo con sus amistades que con su familia, en busca de intimidad, compañía y apoyo emocional para transitar esta etapa, convirtiéndose así los pares en fuente de afecto, comprensión y una oportunidad de lograr constituir su autonomía e independencia de los padres (Papalia, Wendkos, & Feldman, 2005)

Se resalta que los adolescentes consumen alcohol como estrategia para afrontar los estresores propios de la vida académica y esto generalmente lo hacen en grupo con sus compañeros de estudio. (Arias, Vargas, & Herazo, 2013)

De esta manera, un factor común es que la iniciación del consumo es con los pares estudiantes y la frecuencia del mismo se relaciona con el trato de los adolescentes con sus compañeros, por el deseo de ser aceptado en un grupo y las creencias positivas acerca de los efectos esperados de la bebida (Londoño Pérez & Valencia Lara, 2010)

Sobre la base de la evidente importancia de la influencia que ejercen los pares en la ingesta de alcohol, (Londoño Pérez & Valencia Lara, 2008) resaltan que los adolescentes se inician en el consumo motivados por la conducta de otros y en busca de reforzamiento positivo directo, derivado de los efectos placenteros del mismo; por tal motivo, la presión de grupo es entendida como los medios que emplean los pares para instar al sujeto a consumir y, la resistencia a la presión, se refiere a la capacidad para abstenerse que el sujeto presente, estos son dos factores significativos, asociados al consumo de alcohol en adolescentes.

Por su parte, (Rodríguez Alvarado, Perozo Sánchez, & Matute López, 2014) describen la presión de grupo como la exigencia que realizan los jóvenes a los integrantes del grupo al que pertenecen, en relación a gustos, pensamientos, sentimientos, entre otros, esto debido a que los adolescentes, tienden a dar más importancia a los aspectos grupales que a los individuales. También, manifiestan que

cuando los sujetos acceden a dicha presión sin dejar de lado sus ideales propios, se favorece el sentimiento de pertenencia en el grupo.

Asimismo, (Cicua, Méndez, & Muñoz, 2008) describieron los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes, en un estudio transversal correlacional, con una muestra de 406 estudiantes de bachillerato, donde se evidenció un índice de riesgo moderado en el factor presión social, y se encontró que los adolescentes consumen alcohol con mayor frecuencia en la casa de un amigo, es decir, que las situaciones relacionadas a la ingesta que involucran a terceros fuera del hogar y el deseo del joven de experimentar momentos agradables lo incitan al consumo. Además, concluyen que el consumo de alcohol en adolescentes involucra diversos factores de riesgo y resaltan los psicosociales (actitud de la familia frente al consumo y la presión social).

Epidemiología en la sociedad guatemalteca

En un estudio realizado por la revista estadounidense EDITORIAL (2013), se expone que: “en Latinoamérica la bebida alcohólica más consumida es la cerveza, donde representa el 57,4% del total del consumo, y que esto se da en su mayoría por factores incidentes de la pobreza y lo económico”.

La Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas ((SECCATID), Primera Encuesta Nacional en hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol Tabaco y otras sustancias Adictivas, 2005)) refiere que el alcoholismo no es

un fenómeno que aparece de forma espontánea. Las causas están en el individuo y su ambiente social, que incluye la esfera de trabajo y su interactuar con los demás, incluyendo la familia y amigos. Por otro lado, la SECCATID menciona que el alcoholismo no suele presentarse como un problema aislado, es consecuencia del desarrollo de una enfermedad biológica primaria, en donde intervienen factores genéticos también.

Además, se encuentra asociado a la interacción de otros problemas relevantes a nivel individual, familiar y social, de los cuales, con toda seguridad, se pueden señalar el alcoholismo como origen. Por ejemplo: accidentes, fracaso laboral, rechazo social, crimen, violencia familiar, enfermedades de transmisión sexual e incluso la muerte del enfermo o de terceras personas.

Según la ((SECCATID), Qué es el alcoholismo , 1998) en Guatemala hay muy pocos datos estadísticos que den cuenta y validen epidemiológicamente la prevalencia, incidencia e índices de consumo de esta sustancia psicoactiva, además, no existen estudios de su relación y consecuencias económicas por los conflictos familiares y laborales que conlleva su uso y abuso; una cosa es clara: su costo e impacto social es alto y negativo.

Algunos de los datos que se pueden apreciar acerca de la realidad, el impacto y tragedia del alcoholismo en Guatemala, son los siguientes: La edad promedio a la que se inicia el consumo de alcohol en Guatemala es de 15 años. Anualmente se consumen

64.75 litros de bebidas alcohólicas, por persona. 66 de cada 100 guatemaltecos consumen alcohol. 5 de cada 10 familiares sufren maltrato por conducta ética.

El informe de la ((SECCATID), Qué es el alcoholismo , 1998) hace referencia que de cada 10 arrestos, 7 tienen en común el alcohol. 7 muertos diarios, específicamente por intoxicación alcohólica. No hay leyes que rijan la publicidad. Para la persona inmadura, el beber es símbolo de virilidad, valentía y machismo. La tasa de intentos de suicidio se eleva de un 12% en la población general a un 75% en alcohólicos.

En un estudio realizado ((SECCATID), Primera Encuesta Nacional en hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol Tabaco y otras sustancias Adictivas, 2005), se llevó a cabo la primera encuesta nacional en hogares sobre salud, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas. La encuesta se realizó en 29 ciudades del país, 15 de ellas, cabeceras departamentales y 15 cabeceras municipales, todas del área urbana, con una población igual o mayor a los 30,000 habitantes. La unidad de investigación para la Encuesta fue la persona entre 12 y 65 años dentro del hogar, donde una de ellas fue seleccionada para ser incluida en la muestra a través del procedimiento de la tabla de Kish. Luego de haber seleccionado la muestra se le pasó una boleta censal que incluía las preguntas pertinentes para recabar la información necesaria.

Según (Bolet Astoviza, 2003) el alcoholismo afecta todas las dimensiones de la persona: su cuerpo, su mente, su familia, su desempeño laboral y económico, sus

relaciones sociales y sus amistades. Entre algunas de las consecuencias que se pueden observar, están las siguientes:

Consecuencias Físicas

- Temblor de manos
- Alteración del equilibrio
- Visión doble
- Alteración en la percepción de colores, formas y distancias
- Disminución en la temperatura corporal.
- Depresión de la respiración
- Insuficiencia cardíaca
- Fragilidad de vasos capilares.
- Fragilidad de huesos.
- Crecimiento de pechos en varones.
- Inflamación del páncreas. o Crecimiento del bazo.
- Envejecimiento prematuro.
- Degeneración de glándulas sexuales.
- Irritación y várices en el esófago.
- Degeneración del hígado (cirrosis).
- Gastritis y úlceras. o Debilitación de las defensas.
- Colapso
- Disminución de los reflejos.
- Muerte.

- Consecuencias psicológicas

Según el ((SECCATID), Qué es el alcoholismo , 1998)) el alcohólico no hace frente a sus problemas, trata de olvidarlos o reprimirlos a través de la ingesta de alcohol. El individuo toma porque está angustiado, lo que lo induce a comportarse de maneras que luego le producen sentimientos de culpa, que a su vez lo impulsan de nuevo a la búsqueda de la bebida. El alcohol disminuye la capacidad de represión y tiende a liberar las inhibiciones.

Hace referencia la ((SECCATID), Primera Encuesta Nacional en hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol Tabaco y otras sustancias Adictivas, 2005) que el alcoholismo lleva a la persona a actuar y expresar en forma inapropiada sus tendencias agresivas, sexuales, de dependencia, etc. Suele manifestarse depresión, pérdida de la voluntad, ansiedad, pensamiento centrado en la bebida, desesperación, negación de su dependencia, irritabilidad, celos irracionales, sensación de no ser querido, paranoia, desintegración de la personalidad, alteración de la estabilidad emocional, tendencia al engaño y a la justificación de lo reprobable de su conducta, impulsividad y quebranto de las normas establecidas. Los afectos del alcohólico se van perdiendo y la ambición desaparece, llegando al abandono de sí mismo.

- Consecuencias Familiares:
- Daño en la economía doméstica.
- Discusiones y violencia familiar.

- Abuso sexual intrafamiliar.
- Desorganización en el hogar.
- Accidentes domésticos
- Desintegración familiar (separación y divorcio)
- Desmoronamiento moral de la pareja.
- Cambio de hábitos en la familia.
- Maltrato infantil.
- Inseguridad y miedo en los hijos.
- Transferencia de roles y jerarquía.
- Ocultamiento/ Aislamiento.

Consecuencias Sociales:

El alcoholismo no afecta sólo a la persona que bebe; afecta a la familia y a toda la sociedad. Se pueden medir los costos directos, tales como: los gastos médicos y legales, las pérdidas de salario, e incluso la pérdida de productividad; pero los costos humanos son incalculables. Estas son algunas de las consecuencias sociales:

- Robo.
- Discusiones.
- Agresiones.
- Conflictos legales.
- Violaciones.
- Marginalidad.
- Asesinatos.

- Aislamiento social.
- Estafas.
- Pérdida de relaciones.
- Accidentes laborales y de tránsito.
- Gastos médicos.
- Promiscuidad.

La sociedad aún no ha asumido la responsabilidad que le corresponde. Aún no se ha entendido que el alcoholismo es un problema de todos, y no sólo del alcohólico. Consecuencias Laborales: La capacidad para trabajar sufre alteraciones, según ((SECCATID), Qué es el alcoholismo , 1998)

La Biología del consumo de alcohol.

Según (Guardia Serecigni, 2013) La administración aguda, tanto de alcohol como de drogas, produce efectos reforzadores positivos, mediante la activación del circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo).

El circuito de la recompensa cerebral depende en gran manera de la activación de las neuronas dopaminérgicas (DA), que provenientes del área tegmental ventral (ATV) se proyectan hacia estructuras límbicas y de la corteza frontal. Dichas neuronas dopaminérgicas presentan una activación física, en respuesta a los estímulos

reforzadores primarios, como son comida, agua o estímulos relacionados con la conducta sexual, es decir, aquellos que tienen una importancia capital para la supervivencia (del individuo o bien de la especie) y que juegan un papel decisivo en el aprendizaje motivacional, tanto de las conductas apetitivas de aproximación, como de las con sumatorias.

Además (Guardia Serecigni, 2013) hace mención que el consumo crónico de alcohol y drogas produce cambios adaptativos en diversos sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales, que van a dar lugar a alteraciones motivacionales, emocionales y en la toma de decisiones. Estos cambios neuroadaptativos generan progresivamente un “estado de necesidad” que, por un lado, adquiere preeminencia sobre otros intereses y aficiones y, por otro lado, cursa con un deterioro en la capacidad de autocontrol sobre su autoadministración.

Los adolescentes son especialmente vulnerables a una posible adicción porque sus cerebros aún no se han desarrollado del todo en particular las regiones frontales que ayudan a controlar los impulsos y a evaluar el riesgo. Los circuitos de placer en los cerebros de los adolescentes también operan a mayor velocidad, lo que hace que el consumo de alcohol y drogas resulte incluso más gratificante y tentador.

Efectos del alcohol sobre el SNC

(Schlesinger Piedrahita & Pescador Vargas, 2017) Explican el etanol o alcohol es un depresor del SNC, sin embargo, al comienzo resulta ser un estimulante debido a la depresión de mecanismos inhibidores centrales; en la intoxicación alcohólica aguda se produce un grado variable de estimulación del sistema nervioso (regocijo, excitación, desinhibición, locuacidad, agresividad, irritabilidad, descoordinación), pero en intoxicación intensa, puede seguirse de una fase inhibitoria que conduce finalmente a coma y en casos severos a muerte por depresión cardio-respiratoria.

|Los autores mencionados en el párrafo anterior en 2017 que cuando las concentraciones de alcohol son altas, se incrementa la depresión funcional de la célula nerviosa por inhibición de la respiración tisular, reduciendo el metabolismo oxidativo y con ello los fosfatos ricos en energía, esto conlleva a alteraciones en los procesos mentales que dependen de la capacitación y la experiencia, que posteriormente repercute en la disminución de la memoria y la concentración. Estas alteraciones en la memoria se deben al fallo para adquirir nueva información y no a la recuperación de la información previamente adquirida; (P.93)

Según (Schlesinger Piedrahita & Pescador Vargas, 2017) en el consumo crónico están implicados varios factores: cambios químicos en el cerebro que conllevan a la adaptación por el uso prolongado de alcohol; factores genéticos que codifican

neurotransmisores y sus receptores; efectos psicológicos y fisiológicos, deprimiendo muchos centros neuronales

En el caso particular de quienes han consumido durante mucho tiempo alcohol suelen presentarse dificultades en el reconocimiento de expresiones faciales y alteraciones prosódicas en el lenguaje que dificultan la expresión de afectos. Por otra parte, es frecuente la existencia de desinhibición e impulsividad en los alcohólicos, llegando a mostrar ausencia de preocupación por las consecuencias de sus acciones, según. (Joel Maradona Cristóvão, Broche Pérez, & Rodríguez Méndez, 2015)

La adicción y el cerebro

Funcionamiento Ejecutivo y el Alcohol

Según (Salcedo Palacios, Ramirez Nova, & Acosta Barreto, 2015) Desde el correlato neuro anatómico, se ha planteado que el consumo de alcohol de alto riesgo conlleva una mayor afección del sistema nervioso central. En su investigación hacen mención que en estudios realizados con jóvenes se ha concluido que las funciones vinculadas a la corteza prefrontal dorso lateral se encuentran más afectadas en quienes hacen un consumo intermitente de alcohol, en contraste con sujetos de control. De igual forma, en estudios de neuroimagen, se ha demostrado que el alcohol altera la estructura y la función de ciertas áreas cerebrales, de las que son especialmente vulnerables el cuerpo calloso, la corteza cerebral, el hipocampo y el cerebelo.

Como lo indica (Salcedo Palacios, Ramirez Nova, & Acosta Barreto, 2015) se ha realizado la revisión que permite evidenciar los efectos del alcohol en el funcionamiento cerebral y ha puesto de manifiesto la implicación que el consumo de alcohol puede tener en el funcionamiento ejecutivo

Para sustentar este proceso cognitivo complejo, existen diferentes modelos teóricos; Según lo explica (Salcedo Palacios, Ramirez Nova, & Acosta Barreto, 2015) uno de ellos es el propuesto por la neurociencia cognitiva social cuyos autores representativos son Zelazo, Müller, Frye y Markovitch, quienes hacia el año de 2003 plantearon una clasificación del componente ejecutivo en dos dimensiones principales: Funciones “frías” y “cálidas”.

Las funciones frías hacen referencia a las que se relacionan con el manejo racional de la información (función ejecutiva) y neuroanatómicamente se revelan en la región dorso lateral, donde se llevaría a cabo la planificación mecánica, la resolución de los problemas o el razonamiento verbal. Las funciones cálidas (conducta ejecutiva) se asocian con el tratamiento emocional de la información, relacionadas más con el área ventromedial o la corteza orbitofrontal, donde se mediaría el comportamiento interpersonal y social, y la interpretación de emociones complejas durante la interacción social, basada en la investigación de (Salcedo Palacios, Ramirez Nova, & Acosta Barreto, 2015)

Las alteraciones que presentan los individuos que tienen un consumo nocivo, se ha documentado la falta de planificación de información. Esta repercute de manera negativa en el proceso de secuenciación de la información, puesto que no realizar una ruta de acciones específicas conlleva que la capacidad de integrar y encadenar la información se vea interrumpida.

Como lo reflejan en sus investigación, (Salcedo Palacios, Ramirez Nova, & Acosta Barreto, 2015) La memoria de trabajo se ve afectada con la ingesta de sustancias etílicas en la selección y amplificación de las acciones que son relevantes para poder realizar una tarea, así como la capacidad para ignorar posibles estímulos distractores.

En su investigación acerca de la Función de la conducta ejecutiva en universitarios consumidores de alcohol (Salcedo Palacios, Ramirez Nova, & Acosta Barreto, 2015) explicaron que las dificultades en la categorización y formación de conceptos son comunes en personas consumidoras de alcohol, pues tienen dificultades para realizar tareas relacionadas con abstracción y conceptualización de la información

Los consumidores de alcohol tienden a afectar principalmente al proceso de toma de decisiones, que lleva a los individuos a elegir las opciones más atractivas en cuanto a ganancias inmediatas (como el acto de beber), en lugar de un comportamiento racional e identificar las consecuencias futuras de sus acciones.

Recompensa Cerebral y Neuro plasticidad

El alcohol y otras drogas activan el circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), utilizando los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales (agua, comida, conducta sexual).

Los estudios con animales han evidenciado que los efectos reforzadores del alcohol y las otras drogas tienen un sustrato neurobiológico común que es el efecto de liberación de dopamina en el núcleo accumbens (Wise 1988).

Las neuronas dopaminérgicas (DA), que provenientes del área tegmental ventral se proyectan hacia estructuras límbicas y de la corteza frontal, presentan una activación física en respuesta a los estímulos reforzadores primarios, como son comida, agua o estímulos relacionados con la conducta sexual, es decir aquellos que tienen una importancia capital para la supervivencia (Del individuo, o bien de la especie), y que juegan un papel decisivo en el aprendizaje motivacional, tanto de las conductas apetitivas de aproximación, como de las consumatorias (G. & A., 1985)

Dicho efecto de activación física de las neuronas DA, que para los estímulos reforzadores primarios desarrolla rápidamente tolerancia o habituación, tiene sin embargo un comportamiento

Diferente cuando se trata de sustancias psicoactivas, ya que los estímulos apetitivos para dichas sustancias siguen actuando como activadores dopaminérgicos

El denominado circuito de la recompensa cerebral, se compone de estructuras relacionadas con el sistema dopaminérgico meso-límbico, en conexión directa con otros sistemas de neurotransmisión, como son el sistema opioide endógeno, serotoninérgico y GABAérgico, entre otros (Koob y cols., 1992).

Es con el avance del siglo XX que comienzan a gestarse modelos neurobiológicos que intentan explicar, en términos causales, la adicción como enfermedad del cerebro. En un principio a través de modelos experimentales con animales de laboratorio, donde variables vinculadas al ambiente, la dieta y el tratamiento podían ser controladas (Planeta, 2013).

Los nuevos descubrimientos y tecnologías en neurociencias permitieron la elaboración de un modelo construido a partir del estudio in vivo del cerebro, tanto del efecto de distintas drogas, como de fenómenos específicos, como el craving, la abstinencia, o distintas alteraciones en los procesos cognitivos (Guardia, Segura, & Gonzalbo, 2000).

(Apud & Oriol, 2016) Explican que desde un punto de vista teórico surge la necesidad de explicar el fenómeno en términos evolutivos, a través de conceptos clave

como los de adaptación, neuroplasticidad, y los mecanismos de recompensa. La idea de neuroplasticidad supone la capacidad única que tiene el sistema nervioso de adaptarse ante nuevas condiciones ambientales, permitiendo cambios en el comportamiento y las estrategias de supervivencia a una velocidad mucho mayor que los tiempos manejados por la genética según (Moizeszowicz, 2000). (P.117)

(Apud & Oriol, 2016) Enuncian en su investigación que en juego los “mecanismos de recompensa”, vinculados a la manera que tiene el cerebro de promover y valorar aquellas conductas adaptativas útiles -como la alimentación o la reproducción-, a través de mecanismos vinculados al placer. El efecto hedónico de recompensa se realiza principalmente a través del sistema dopaminérgico, involucrando las vías mesolímbicocorticales: área tegmental ventral del mesencéfalo, sus proyecciones hacia el sistema límbico - principalmente nucleus accumbens-, y finalmente otras áreas, entre ellas la corteza prefrontal, explicando la “pérdida de control” y la impulsividad basándose en la investigación (de Sola, Rubio, & Rodríguez, 2013; Rodríguez, del Arco, & Ferrer, 2003). (P.117)

Las drogas actuarían entonces sobre la neuroplasticidad de los circuitos de recompensa dopaminérgicos, interponiéndose entre la recompensa y el comportamiento adaptativo, y sustituyendo al segundo por el “placer mismo” del consumo.

Cuanto más intensos hayan sido los efectos reforzadores de una determinada sustancia, más persistentes van a ser también los recuerdos relacionados con ella y más imperiosa la necesidad o el deseo (“craving”) de experimentarlos de nuevo

En esencia el craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. El manejo del craving es determinante para la adherencia al tratamiento de las personas farmacodependientes puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico.

A su vez, para que una droga sea adictiva su potencia debe ser mayor a la de los Neurotransmisores naturales, produciendo no solamente placer sino también tolerancia, síndrome de abstinencia, y finalmente dependencia física.

Motivación, memoria y aprendizaje

Según El modelo neurobiológico de adicción en (Apud & Oriol, 2016) ha debido extenderse con el paso del tiempo más allá de los límites del sistema dopaminérgico. Por un lado, porque no todas las drogas actúan directamente sobre el mismo. Los circuitos involucrados actualmente han sido extendidos hacia otros neurotransmisores (e. g. opioides peptídicos, GABA, serotonina) que actuarían de forma indirecta sobre los mecanismos de recompensa.

(Apud & Oriol, 2016) Mencionan que estas sucesivas extensiones del modelo incluyen también ir más allá de la idea de recompensa, abarcando otros procesos

cognitivos como la memoria, la motivación y el aprendizaje. Se suman entonces regiones como el hipocampo (memoria espacial y declarativa), amígdala (estados emocionales negativos), y regiones corticales implicadas en funciones ejecutivas, de control y de integración (Barrondo & Callado, 2006). El interés por éstas áreas se relaciona a su vez con el estudio del comportamiento condicionado de ansia de la sustancia en respuesta a señales como objetos, individuos y lugares (Kilts, 2006)

Se confirma según (Apud & Oriol, 2016) para que la dependencia física culmine en adicción, ésta debe asociarse a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje: de condicionamiento operante (reforzamientos positivos y negativos), de condicionamiento clásico (estímulos neutros que se asocian al craving provocándolo), y de aprendizaje explícito (memoria). Se trata de un aprendizaje del ser adicto que involucra tanto conocimientos implícitos como explícitos, siendo que muchas de las secuencias conductuales que median el abuso de drogas se automatizan y terminan realizándose sin esfuerzo cognitivo, quedando almacenadas a través del aprendizaje implícito, mucho más difícil de inhibir.

Efecto reforzador y sistema dopaminérgico

La administración de diversas sustancias, opioides, psico-estimulantes, alcohol, nicotina y cannabinoides, produce una activación del sistema dopaminérgico (DA) meso límbico. Opioides, alcohol y cannabinoides producen una inhibición de las interneuronas GABA del Área Tegmental Ventral (ATV) del mesencéfalo, liberando de este modo a las

neuronas dopaminérgicas de la acción tónica inhibitoria que las neuronas GABA mantienen sobre ellas.

En el año 1954, Olds y Milner pusieron en evidencia que los animales del laboratorio podían aprender a auto activar eléctricamente determinadas regiones cerebrales, confirmando que existe un circuito específico del cerebro que procesa las sensaciones de placer o recompensa cerebral y que es precisamente el mismo circuito cerebral que procesa el efecto de recompensa que producen los llamados reforzadores naturales, tales como la comida o el agua (necesarios para la supervivencia individual) y la búsqueda de pareja y la actividad sexual (necesarios para la supervivencia de la especie).

La teoría de la sensibilización incentiva de Robinson y Berridge (1993; 2003) postula que la motivación exagerada por las sustancias de abuso se produciría cuando se genera un estado de sensibilización del sistema de recompensa meso límbico, el cual tiene un papel prominente en la atribución de relevancia incentiva a los estímulos, de tal manera que dichos estímulos condicionados son percibidos como atractivos e inducen una motivación compulsiva o deseo imperioso (“craving”) de consumo de la sustancia. Sin embargo, con el desarrollo del proceso adictivo, la motivación hacia el consumo repetido (de la sustancia) puede ser el resultado de un proceso denominado alostasis hedónica, que es el modelo propuesto por Koob y Le Moal, (1997 y Koob y cols., 2004,

Por tanto, el alcohol y las otras drogas activan el circuito de la recompensa cerebral, que está biológicamente relacionado con la supervivencia, generando estados de “necesidad” de drogas que pueden ser vividos subjetivamente como necesarios también para la supervivencia y como primera prioridad para la persona adicta, incluso con la vivencia subjetiva de una “cuestión de vida o muerte”, en momentos de abstinencia aguda intensa

El efecto reforzador negativo

Los efectos reforzadores de las sustancias adictivas se dividen en dos grandes grupos, los efectos de refuerzo positivo, que aumentan la probabilidad de que se emita una respuesta, gracias a la presentación de un estímulo positivo o apetitivo; y los de refuerzo negativo, por los cuales también se incrementa la probabilidad de respuesta, pero mediante el efecto de evitación o alivio de un estímulo negativo o aversivo.

Según lo explica el (Pereiro Gomez, 2012) Los pacientes dependientes del alcohol, los opioides y las benzodiazepinas (BZD) pueden seguir presentando síntomas de ansiedad, insomnio, inestabilidad emocional, anhedonia, disforia, craving, descontrol de impulsos y otros síntomas, durante semanas o meses después de la retirada del alcohol (Satel y cols., 1993; Kranzler y cols., 1995; Mueller y cols., 1997 Malcom y cols., 2002); que han sido considerados como síntomas de abstinencia retardada la cual se

puede manifestar en forma de oleadas de síntomas vegetativos, ansiedad, craving y conductas de búsqueda y auto-administración de dichas sustancias.

Tanto los síntomas de abstinencia de BZD como los del alcohol son manifestaciones de hiperexcitación o “irritabilidad” del SNC, que pueden persistir durante semanas después de no consumir. Si el paciente sigue tomando BZD, los síntomas de abstinencia post-aguda, serán más prolongados e interferirán en la recuperación del alcoholismo.

El consumo de alcohol o de BZD consigue neutralizar de manera rápida y eficaz, aunque transitoria, los síntomas de abstinencia retardada, consiguiendo con ello un poderoso efecto reforzador negativo, ya que alivian el malestar y restablecen la homeostasis, aunque sea de manera temporal.

Neuroadaptación al alcohol

(Pereiro Gomez, 2012) En su manual hacen mención que La administración aguda de alcohol produce una alteración de la capacidad de aprendizaje y tiene efectos hipnosedativos, relajantes musculares y anti conflicto, que están relacionados, por un lado, con su acción facilitadora de la actividad de los receptores GABAA, que tienen un efecto enlentecedor del sistema nervioso central (SNC); y por otro lado, con una reducción de la actividad de los receptores NMDA y AMPA/Kainato, que pertenecen al sistema glutamatergico Excitatorio.

Por tanto, la facilitación de la actividad inhibitoria del GABA, sumada a la reducción de la actividad excitatoria del glutamato, generan un estado de enlentecimiento del SNC, que en un

Grado extremo de intoxicación alcohólica puede llegar a producir el coma y la muerte por parada cardio-respiratoria según (Pereiro Gomez, 2012)

Además, la administración aguda de alcohol produce un aumento de la liberación de dopamina en las sinapsis del estriado ventral (núcleo accumbens), que ha sido relacionada con su efecto de recompensa cerebral y refuerzo conductual (Yoshimoto et al., 1992).

Atrofia cerebral asociada al consumo de alcohol

Según indican (Joel Maradona Cristóvão, Broche Pérez, & Rodríguez Méndez, 2015) de acuerdo con esta hipótesis existen varias estructuras que se atrofian como resultado del consumo excesivo y sistemático de alcohol. Entre las regiones afectadas se encuentran el córtex cerebral, la materia blanca; así como, regiones basales del tronco cerebral, debido a los efectos neurotóxicos del etanol. Al mismo tiempo la deficiencia de tiamina puede resultar en daños de distintas regiones del hipotálamo. En concordancia con esta hipótesis los alcohólicos que son susceptibles a la toxicidad del alcohol pueden desarrollar alteraciones cognitivas permanentes o transitorias relacionadas con la atrofia cerebral inducida por alcohol

Hacen referencia en su investigación (Joel Maradona Cristóvão, Broche Pérez, & Rodríguez Méndez, 2015) que los pacientes alcohólicos que son susceptibles al déficit de tiamina pueden desarrollar alteraciones moderadas o severas de la memoria, en particular del almacén a corto plazo. En el caso de quienes padecen ambas condiciones (vulnerabilidad a la toxicidad del alcohol y déficit de tiamina) pueden presentar alteraciones extendidas por toda la corteza; así como, del sistema límbico.

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1 Diseño de la Investigación

Estudio transversal cuantitativo que implica la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.

El estudio fue aplicado en una muestra intencional y selectiva, de convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los seis meses.

3.2 Sujetos

Sector de la población guatemalteca, 44 adolescentes comprendidos entre las edades de 13 a 17 años de edad un 98% de la población encuestada son Ladinos y un 2% de la población pertenece a un pueblo indígena.

3.3 Instrumentos Confiabilidad y Validez

En la presente investigación se utilizó Adaptación del Cuestionario de “Factores de riesgo o desencadenantes” de la elección del consumo de alcohol, marihuana y cocaína, en adultos guatemaltecos. (Rodas Lopez, Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol, mariguana y cocaína en adolescentes, 2019)

El contexto en el cual se quiere diseñar el instrumento demanda rapidez, confidencialidad, versatilidad, facilidad de aplicación en diferentes lugares y en diferentes horarios, por lo cual se considera necesaria la evolución del paradigma de la aplicación de cuestionarios en papel a un cuestionario en línea.

Para valorar aportes relacionados con el abordaje metodológico cualitativo se puede tomar en cuenta los aportes de los siguientes autores:

Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión, un artículo de (Paramo, 2011) quien, por medio de un estudio realizado en Mendoza, Argentina, identificó factores de riesgo y factores de protección en la etapa adolescente.

El enfoque teórico metodológico fue de carácter cualitativo, con diseño narrativo. Los procedimientos de muestreo fueron no probabilísticos, intencionales. A través de la técnica de los grupos de discusión, se recabó la información con una muestra de grupos

de adolescentes. Los datos fueron analizados a través de la técnica de Análisis de Contenido. Se discutieron los resultados en función de las temáticas de adolescencia y factores de riesgo y de protección.

Entre los aportes que mayor riqueza podrán brindar a la investigación, (en el caso de que pudiese servir como soporte para el diseño de alguna acción de tipo preventivo) se encuentra el siguiente:

La correcta identificación de los factores de riesgo y de protección permite determinar el camino a seguir en la toma de decisiones relacionadas a procesos o programas preventivos, dado que la revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, llevará a definir denominadores comunes, tales como la atención individualizada e intensiva; programas colaborativos comunitarios; prevención primaria; énfasis en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales; incorporación de los pares y de la familia en la prevención y una estrecha conexión con el mundo laboral (Paramo; op.cit.)

Dentro del cuestionario se hacen referencias a variables de interés se utilizó el Cuestionario sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios (CODEU-2), resultante de una revisión del instrumento utilizado en el primer diagnóstico, y enriquecido con un conjunto de escalas validadas en México que permitirán analizar

diversos factores psicosociales que, de acuerdo con la literatura científica, están asociados con el consumo de sustancias psicoactivas.

De las cuales podemos mencionar las que se utilizaron en la presente investigación:

Se utilizó APGAR FAMILIAR según (Diaz C, Tirado A, & Simancas P, 2017), APGAR familiar resultó ser un instrumento de tamizaje con alta utilidad clínica, excelente consistencia interna pero cuestionable validez de constructo.

El APGAR según (Diaz C, Tirado A, & Simancas P, 2017) es un instrumento que consta de cinco preguntas como: 1) “Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?” y2) “Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo que indagan por el estado de la funcionalidad familiar en los últimos seis meses.

En su versión original en inglés, la escala ofrecía tres opciones de respuesta a estas preguntas en un formato Likert (casi siempre=2, algunas veces=1 y casi nunca=0). Sin embargo, investigaciones posteriores concluyeron que un formato de respuesta con mayor número de categorías (nunca=0, casi nunca=1, algunas veces=2, algunas veces=3 y casi siempre=4) mejoraba su desempeño psicométrico ($\alpha=0,86$) y por tanto la capacidad de medición del constructo⁷. En este sentido, el puntaje mínimo de la escala puede ser 0 y el máximo 20. Puntajes superiores a 17 sugieren buena función familiar.

En el estudio anterior afirman que el objetivo del presente estudio fue determinar la consistencia interna y validez de constructo de la APGAR familiar, de acuerdo con los resultados, muestra ser una escala con buena consistencia interna al ser utilizada en pacientes odontológicos, lo cual refleja la buena correlación entre los cinco ítems que la componen.

Adicional se incluyó la ESCALA DE AUTOESTIMA GLOBAL DE ROSENBERG esta escala está diseñada por Morris Rosenberg (1965), presenta altos índices de fiabilidad con una consistencia interna de 0.77 y un coeficiente mínimo de reproducibilidad de 0.9 universitarios sobre su autoestima durante el último mes. Se utilizó la versión que intercala los ítems para autoestima positiva (ítems 1, 3, 5, 7 y 9) y autoestima negativa (ítems 2, 4, 6, 8 y 10), y que emplea cuatro opciones de respuesta que van desde nunca hasta siempre. Cada ítem de autoestima positiva se calificó de 1 a 4, siendo 4 la máxima puntuación; en sentido inverso se calificaron los ítems de autoestima negativa (Rosenberg, 1989). Este instrumento ha sido utilizado en más de 50 países, como Estados Unidos, República Checa, China, Japón, Hungría, Eslovaquia, Colombia, entre otros (Schmitt y Allik, 2005). 0 (Ceballos, y otros, 2017)

Se realizó una adaptación del cuestionario para evaluar el clima social del centro escolar (Trianes, De la Morena, & Raya, 2006) En la evaluación que realizó el profesorado, se utilizó el School Social Behavior Scales (SSBS) de Merrell (1993), formado por dos escalas: Competencia social y Conducta antisocial. Según los autores,

la primera presenta tres factores: 1) Habilidades interpersonales, con 14 ítems que describen habilidades importantes para establecer relaciones positivas y conseguir aceptación social de los iguales; 2) Habilidades de automanejo, con 10 ítems que se refieren a cooperación y aceptación de las demandas, reglas y expectativas de la escuela; y 3) Habilidades académicas, con 8 ítems relativos al rendimiento competente y la implicación en tareas académicas.

La escala de Conducta antisocial está compuesta también por tres factores: 1) Conducta hostil e irritable, con 14 ítems que comprenden conductas de oposición, centradas en sí mismo, y molestas; 2) Conducta antisocial y agresiva, con 10 ítems referentes a la violación clara de reglas de la escuela, intimidación o daño para otras personas; y 3) Conducta disruptiva y demandante, con 9 ítems que describen conductas disruptivas en las actividades de clase, demandas excesivas e inapropiadas a otros.

El resultado de la investigación menciona de la muestra arrojan los siguientes resultados:

Se seleccionaron, al azar, 443 sujetos para llevar a cabo el análisis factorial. Éste arrojó una medida de adecuación muestral de 0.89, con la prueba de Bartlett estadísticamente significativa [$\chi^2(91)= 1497.95$; p]. Del análisis se extrajeron dos factores que explican el 58,4% y el 47,75% de la varianza, respectivamente. En la tabla 1 se exponen las saturaciones factoriales de cada variable. El primer factor está compuesto por ocho ítems que reflejan el clima social del propio centro escolar, con saturaciones

positivas y superiores a 0.30 en todos los elementos; por ello ha sido identificado como Clima referente al Centro. El segundo factor contiene seis ítems referentes principalmente a la relación alumno-profesor, con saturaciones también altas y positivas en todos los ítems. Este factor ha sido denominado Clima referente al Profesorado. Ambos factores presentan una correlación de 0.48, lo que confirma la adecuación de la rotación no ortogonal.

Del análisis se extrajeron dos factores que explican el 58,4% y el 47,75% de la varianza, respectivamente. En la tabla 1 se exponen las saturaciones factoriales de cada variable. El primer factor está compuesto por ocho ítems que reflejan el clima social del propio centro escolar, con saturaciones positivas y superiores a 0.30 en todos los elementos; por ello ha sido identificado como Clima referente al Centro. El segundo factor contiene seis ítems referentes principalmente a la relación alumno-profesor, con saturaciones también altas y positivas en todos los ítems. Este factor ha sido denominado Clima referente al Profesorado. Ambos factores presentan una correlación de 0.48, lo que confirma la adecuación de la rotación no ortogonal. (Trianes, De la Morena, & Raya, 2006)

3.4 Procedimientos de la investigación

Tabla # 3

FASE	ACTIVIDADES	TEMPORALIDAD
Idea	La literatura al respecto Análisis de supuestos filosóficos como fundamento de la investigación social. Revisión de Paradigmas de investigación en ciencias sociales.	Junio 2020
Planteamiento del Problema	Planteamiento del problema de investigación cuantitativa.	Julio 2020
Revisión de la literatura y desarrollo estado del arte	Revisión documental, verificación de fuentes de información diversas, y adquisición de material bibliográfico. Lectura de artículos científicos.	Agosto 2020
Elaboración de Hipótesis y definición de variables	Elaboración del estado del arte.	Sept. 2020
Desarrollo y Diseño de Investigación	Sondeo de posibles instrumentos a utilizar y las fuentes de la información al respecto de los mismos.	Sept. 2020
Definición y Selección de la muestra	Decisión de realizar muestreo cuantitativo en la investigación científica. Definición conceptual y operacional de variables. Recibir la autorización para utilizar un instrumento.	Enero 2021
Recolección de datos	Adaptación del instrumento en formato de cuestionario On-line Contacto a los integrantes de la muestra intencional y selectiva.	Marzo 2021
Elaboración de resultados	Formación relacionada al Análisis de datos cuantitativos.	Junio 2021
Elaboración de trabajo de graduación y propuesta de proyecto de intervención psico-terapéutica	Realizar correcciones sugeridas por el docente Fundamentación teórica específica de la propuesta de intervención. Selección de las actividades a realizar. Elaboración y entrega de la propuesta, junto al trabajo de graduación integrado.	

3.5 Diseño y metodología de la investigación.

Estudio transversal ya que se analizaron los datos de los adolescentes encuestados en determinado periodo de tiempo, asimismo es cuantitativo, con muestreo intencional y selectivo, cuyos resultados se presentan por medio de estadística descriptiva (frecuencias, gráficas y porcentajes, tendencia central) La investigación no representa ningún tipo de riesgo para la sociedad, no se está manipulando a la población adolescente

Capítulo 4 Resultados del trabajo de campo

Tabla # 4

Cuadro de Resumen

Descripción porcentual según los resultados

DE PERSONAS 44

Categorías generales de análisis	Variables	Indicadores	Datos numéricos
Características Sociodemográficas	Sexo	Hombre / Mujer	Femenino 25 = 56.82% de la población encuestada. Masculino 19= 43.18% de la población encuestada.
	Edad	Años Cumplidos	La media de edad de los adolescentes encuestados fue de 16 años. N = 44 personas.
	Etnia	Indígena /Ladino	Ladino: 98% de los adolescentes encuestados son ladinos. Indígena: 2% de la población encuestada

Tabla #5

Cuadro de Resumen

Descripción porcentual según los resultados

DE PERSONAS 44

Factores Psicosociales	Variables	Indicadores	Datos numéricos
Autoestima	Nivel de autoestima	Muy Baja / Baja / Media / Alta	La calificación obtenida como grupo indica que el nivel de autoestima que se maneja es autoestima nivel medio con un 63% de la población, un 20% de la población maneja una autoestima Alta, un 13% tiene un nivel de autoestima bajo y un 2% de la población un nivel de autoestima Muy Bajo.
Autocontrol	Nivel de Autocontrol	Muy Alto/ Alto/ Muy Bajo / Bajo	La calificación obtenida en el grupo indica que la mayoría de la población cuenta con un 81% de Autocontrol Alto, un 11% maneja un Autocontrol Alto, un 4% de la población con un nivel Muy Bajo y 1% con Autocontrol Bajo
Funcionamiento Familiar	Funcionamiento de la Familia	Normal / Disfunción Leve / Disfunción moderada / Disfunción Severa	Los resultados obtenida en el grupo indican que un 34% cuentan con disfunción moderada; según los resultados de la población 20% de la población tienen un funcionamiento familiar normal; un 25% Disfunción leve; 20% Disfunción
Clima Escolar	Clima Social dentro del Centro Escolar	- Problemas en la escuela.	Un 4% de la población no tienen ayuda cuando existe un problema, un 52% de la población indican que no pueden confiar en la gente de su instituto, un 13% de la población indica que su instituto no es un lugar limpio, un 25% de la población indican que el aspecto de su instituto no es agradable; Un 20% de la población indican que su instituto no
		- Confianza en el Instituto	
		- Aspecto de la institución.	
		- Seguridad en la institución	
		- Justicia en la institución	
Consumo de Alcohol	Edad de inicio y Zonas de Riesgo Según Escala AUDIT	Edad de inicio	La Edad de inicio es a los 12 años.
		Frecuencia del Consumo	Un 36% de la población un total de 16 adolescentes tomaban mensualmente
		Cantidad Consumida Promedio	Un 56% de la población consume 1 o 2 tragos cuando consume bebidas alcohólicas.
		Contexto del Consumo	Un 22% inició su consumo en el hogar.
		Imposibilidad de detener el consumo	Un 22% no pudo detener el consumo en menos de una ocasión al mes.
		Situaciones inconclusas	Un 20% de la población no pudo terminar una situación a causa del alcohol menos de una vez al mes.
		Sentimiento de culpa por el consumo desmedido	Un 13% de la población Menos de una vez al mes ha tenido sentimientos de culpa por el consumo.

4.1 Variables destacadas

4.1.1. Funcionamiento Familiar

La cantidad total de personas encuestadas es de N=44; 35 personas o 79% de la población de adolescentes encuestados se encuentran con funcionamiento familiar, leve, grave y muy grave lo cual se identifica como disfuncionalidad familiar.

Definición

El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Implica el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como opera, evalúa o se comporta (McCubbin y Thompson, 1987).

La familia como unidad antropológicamente considerada, es constante en todos los tiempos y en todas las culturas. Siempre dispone de un transcurrir dinámico dirigido a la multiplicación y a la preparación de nuevos individuos para la permanencia de la especie humana.

Una familia disfuncional es aquella en la cual las comunicaciones aparecen francamente perturbadas. Estas son el referente semiológico que nos permite detectar cual es la perturbación y su gravedad en el sistema.

Para el presente proyecto se optó por utilizar la escala APGAR familiar adaptada a población mexicana por Gómez Clavelina y Ponce Rosas (2010)

4.1.2. Autoestima

La cantidad de personas encuestadas es de N=44; 35 personas o 80% de la población arroja resultados de autoestima, Media, baja y Muy Baja lo cual se idéntica como un factor de riesgo para el consumo.

El uso y abuso de sustancias adictivas como el alcohol, constituyen en la actualidad un fenómeno complejo, que tiene consecuencias en la salud de los individuos y su entorno, además de representar un problema sanitario en el ámbito internacional, nacional y local. Sus raíces involucran factores determinantes y condicionantes culturales, además de representar un problema global.

Al referirse a la autoestima como un factor que disminuye la probabilidad del consumo de alcohol. Así, un buen nivel de autoestima es considerado un factor protector que aísla al adolescente de las influencias no saludables, ya que estas personas tienen una menor vulnerabilidad ante la conducta antisocial.

Cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad, el individuo reacciona buscando otras alternativas para enfrentar la situación, en muchos casos se derivan para formas poco apropiadas o perjudiciales para la salud, como es el caso del consumo de alcohol.

4.1.3. Clima Escolar

De los adolescentes encuestados Un 4% de la población no tienen ayuda cuando existe un problema, un 52% de la población indican que no pueden confiar en la gente de su instituto, un 13% de la población indica que su instituto no es un lugar limpio, un 25% indican que el aspecto de su instituto no es agradable; Un 20% de la población indican que su instituto no es un lugar seguro, Un 27% de la población indica que no son tratados justamente, un 59% no se sienten cómodos con sus profesores.

(Sandoval Manríquez, 2014) Hace referencia se le ha denominado «clima escolar» y ha sido definido como la percepción y sensación que un individuo tiene a partir de sus experiencias en el sistema escolar. Se relaciona con el poder de retención (estudiantes y profesores/as), grado de satisfacción y calidad de la educación en su estudio de (Arón y Milicic, 2004), lo cual favorecería la enseñanza y el aprendizaje de la comunidad educativa.

Por su parte, Cornejo y Redondo (2001), señalan que el clima social escolar refiere a «la percepción que tienen los sujetos acerca de las relaciones interpersonales que establecen en el contexto escolar (a nivel de aula o de centro) y el contexto o marco en el cual estas interacciones se dan» (p. 6).

En un clima escolar positivo los acontecimientos de crisis son más fáciles de gestionar y presentan menos riesgo de tomar decisiones no deseadas (Gottfredson, 2001). En este sentido, una tarea clave de los/las profesoras es enseñar a sus estudiantes a resolver conflictos de manera no violenta; desterrando la ilusión de que no van a haber conflictos, puesto que el conflicto es inherente al funcionamiento social.

La escuela juega un papel fundamental en la vida de los adolescentes, en ella pasan gran parte de su tiempo, se capacitan para ser adultos tanto en el ámbito de los conocimientos como en el de las actitudes y los valores, por lo que sentirse seguros en su Colegio o Instituto, el poder comunicar los problemas con los maestros y tener información adecuada sobre los daños del consumo de alcohol puede ser un factor de prevención.

Por lo cual es trascendental que se promuevan programas escolares de enseñanza, donde los adolescentes tomen conciencia de las habilidades para la vida y la escuela sea un factor protector que favorezca en los jóvenes un óptimo bienestar físico, social y psicológico, con el propósito de que las futuras generaciones cuenten con los conocimientos, habilidades y destrezas para promover y cuidar su salud.

Cuadro de Resumen

Tabla # 6

Consumo de Alcohol

En los resultados de la investigación la edad de inicio es a los 12 años de edad; de los adolescentes encuestados un 56% consume 1 a 2 a dos tragos cuando consume bebidas alcohólicas que según el promedio semanal hace referencia que un 36% de la población lo consume mensualmente.

Edad de inicio y zonas de Riesgo según test AUDIT	Datos numéricos
Edad de inicio	Media = 12 años
Frecuencia del consumo	Un 36% de la población un total de 16 adolescentes tomaban mensualmente
Cantidad consumida promedio Frecuencia de consumo fuerte o compulsivo Imposibilidad aparente de detener el consumo, una vez había iniciado el mismo	Un 56% de la población consume 1 o 2 tragos cuando consume bebidas
Contexto de inicio de consumo	Un 22% inició su consumo en el hogar.
Imposibilidad de detener el consumo	Un 22% no pudo detener el consumo en menos de una ocasión al mes
Situaciones inconclusas	Un 20% de la población no pudo terminar una situación a causa del alcohol menos de una vez al mes.

Cuadros y gráficas, análisis y contenido.

Análisis Cuantitativo

El instrumento, se elaboró y realizó en un contexto guatemalteco utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs., con la finalidad de conocer los factores de prevención para el consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 17 años.

Las preguntas significativas para esta finalidad se dividen en tres áreas evaluadas:

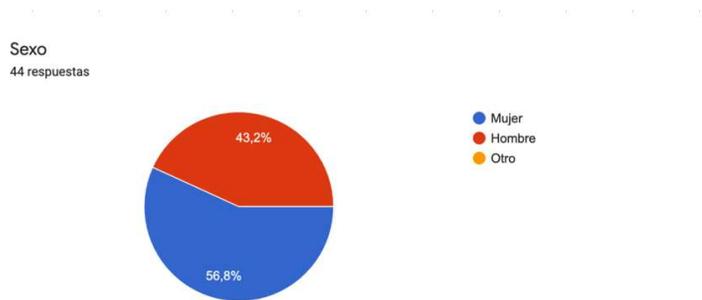
Primera: Clima Escolar. Por medio de las preguntas de investigación se buscaba encontrar si dentro del centro educativo que pertenecen los adolescentes cuenta con problemas con sus pares, si confían en el lugar de estudio al que asisten, si la gente que lo rodea dentro del Colegio o Instituto son personas confiables, si tienen una emergencia pueden contar con alguien que les ayude.

Segunda; El Funcionamiento Familiar. El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia al individuo en este caso a los adolescentes, se evaluó el nivel del funcionamiento familiar en diferentes niveles (Normal, Disfunción Leve, Disfunción Moderada, Disfunción grave, Disfunción Severa).

Tercera: Nivel de autoestima. Se buscó evaluar el nivel de autoestima de los adolescentes siendo estas Alta, Media, Baja y Muy Baja.

Grafica # 2

Características sociodemográficas

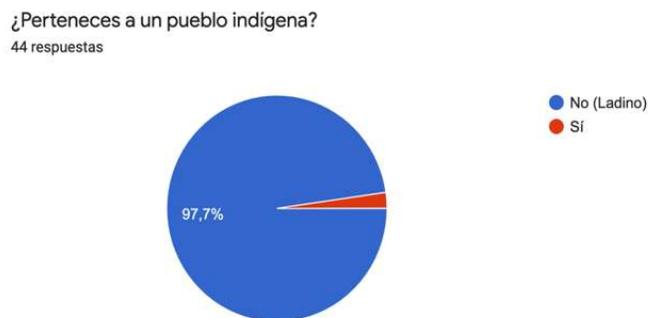


Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

De la población de adolescentes encuestados se reportaron 25 mujeres siendo una media de 56.82% y 19 hombres que son el 43.18%.

Grafica # 3

Etnia

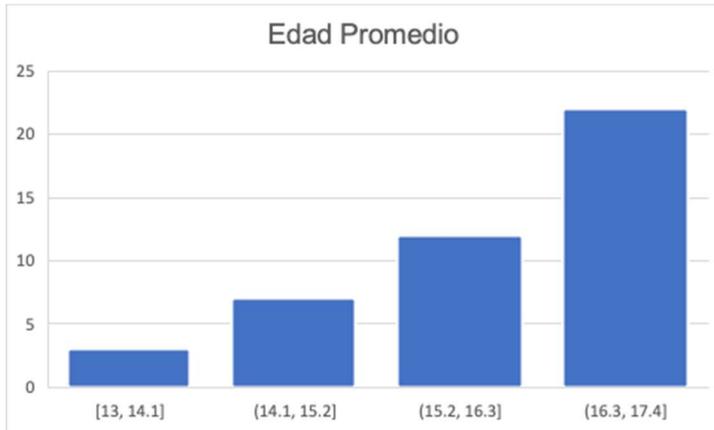


Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

El 98% de los adolescentes encuestados son ladinos y un 2% pertenece a un pueblo indígena.

Grafica # 4

Edad Promedio



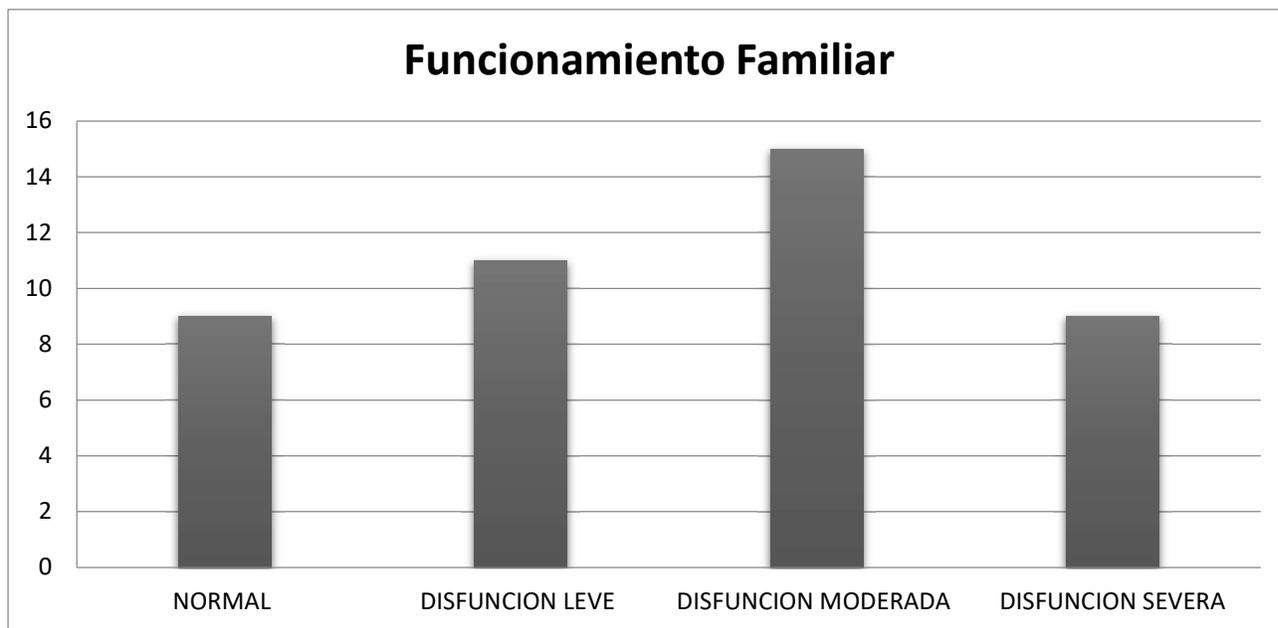
Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

N = 44 personas.

De la presente investigación La media de edad de los adolescentes encuestados fue de 16 años.

Grafica # 5

Funcionamiento Familiar



Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

Los resultados obtenida en el grupo indican que un 34% cuentan con disfunción moderada; según los resultados de la población 20% de la población tienen un funcionamiento familiar normal; un 25% Disfunción leve; 20% Disfunción Severa. Se considera un disfuncionamiento familiar ya que el 79% de los adolescentes encuestados se encuentran entre los rangos de Leve, Moderada y Severa.

Comparado con el estudio realizado por (Alonso-Castillo, Yañez-Lozano, & Armendáriz-García, 2017) Respecto a la relación que existe entre el funcionamiento familiar con el consumo de alcohol de adolescentes se identificó que no existe relación entre el funcionamiento familiar (índice APGAR) con el consumo de alcohol (con la puntuación total del AUDIT) en los adolescentes ($r_s = -.127$, $p = .152$). No obstante, se observó relación negativa significativa de la funcionalidad familiar (APGAR) con el consumo dependiente (índice AUDIT sub escala consumo dependiente) de alcohol ($r_s = -.204$, $p = .021$), esto indica que a mayor consumo de alcohol de forma dependiente menor es la funcionalidad familiar que percibe el adolescente.

Se identificó que el consumo sensato fue más alto en los adolescentes que refieren funcionalidad familiar (68.8%), en relación al consumo dependiente este fue más alto en los adolescentes que perciben disfunción familiar moderada (32.0%), y en el consumo de alcohol dañino se observó que este fue más alto cuando los adolescentes perciben en su familia disfunción moderada (32.0%). (Alonso-Castillo, Yañez-Lozano, & Armendáriz-García, 2017)

Alonzo- Castillo, et al. 2017 hacen mención en su investigación que en relación al funcionamiento familiar con el consumo de alcohol en los adolescentes que estudian secundaria, se mostró una relación negativa significativa de la funcionalidad familiar con el consumo dependiente de alcohol, esto concuerda con lo reportado por varios autores al indicar que cuando los adolescentes experimentan o perciben un conflicto familiar,

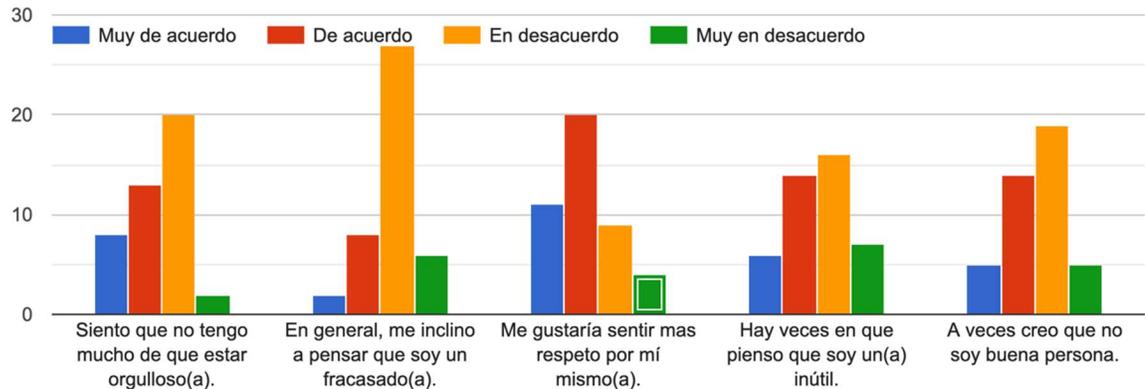
cuando identifican la existencia de déficit de atención por parte de los padres a los hijos, o cuando sienten escasa relación afectiva de sus padres hacia ellos, les representan dificultades en la dinámica o funcionamiento familiar el cual tiene un papel significativo en el consumo de alcohol en los adolescentes según estudio de (Obradors-Risa, Arisa & Muntaner, 2014; Pons & Buelga, 2011; Ohannessian et al. 2016; Villareal et al. 2013).

Se puede afirmar con relación a la evidencia presentada que los adolescentes encuestados cuentan con una disfunción familiar que los llevaría al consumo de alcohol. Se puede mencionar que altos niveles paternos de supervisión, control y apoyo a los hijos, orientándoles y aconsejándoles en sus actividades fuera del hogar, ya sea en la escuela o en su tiempo libre puede ser un factor de protección decisivo en el desarrollo del adolescente.

Grafica # 6

Autoestima

Autoestima



En el presente estudio se evidencio que la calificación obtenida como grupo indica que el nivel de autoestima que se maneja es autoestima nivel medio con un 63% de la población, un 13% tiene un nivel de autoestima bajo y un 2% de la población un nivel de autoestima Muy Bajo y solo un 20% de la población maneja una autoestima Alta, de los 44 adolescentes encuestados 35 manejan una autoestima medio bajo y muy bajo.

Según (Rodas Lopez, Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adultos guatemaltecos, 2019) de los resultados de su investigación en adultos guatemaltecos, realizada en la ciudad de Guatemala. La autoestima, asociada con actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, además de habilidades, apariencia y aceptabilidad social, implica juicios que permiten conocerse, reconocerse y definirse. El nivel de autoestima bajo implica una dificultad para tener una

visión objetiva, propia, de los aspectos anteriormente mencionados, y por medio de la correlación obtenida se pone en evidencia que hay una relación directa entre el nivel de autoestima y la presencia de problemas asociados al consumo de alcohol en 36.95% de las personas, que evidenciaron poseer autoestima baja y muy baja.

La autoestima es considerada un factor protector que aleja al sujeto de las influencias no saludables. La autoestima baja por lo contrario implica auto-rechazo, auto-insatisfacción, auto-desprecio y en este sentido el individuo carece de estima hacia el mismo, lo que puede colocar al sujeto en vulnerabilidad de conductas riesgosas (Armendáriz García, Rodríguez Aguilar, & Guzmán Facundo, 2008)

Según (Armendáriz García, Rodríguez Aguilar, & Guzmán Facundo, 2008) Otro de los factores que se ha mostrado en la literatura como un atributo que puede estar relacionado con el inicio en el consumo de alcohol y tabaco es la autoestima en los adolescentes, donde se señalan que los adolescentes que tienen alta autoestima tienen menos probabilidad de consumir alcohol y tabaco que aquellos que tienen baja autoestima.

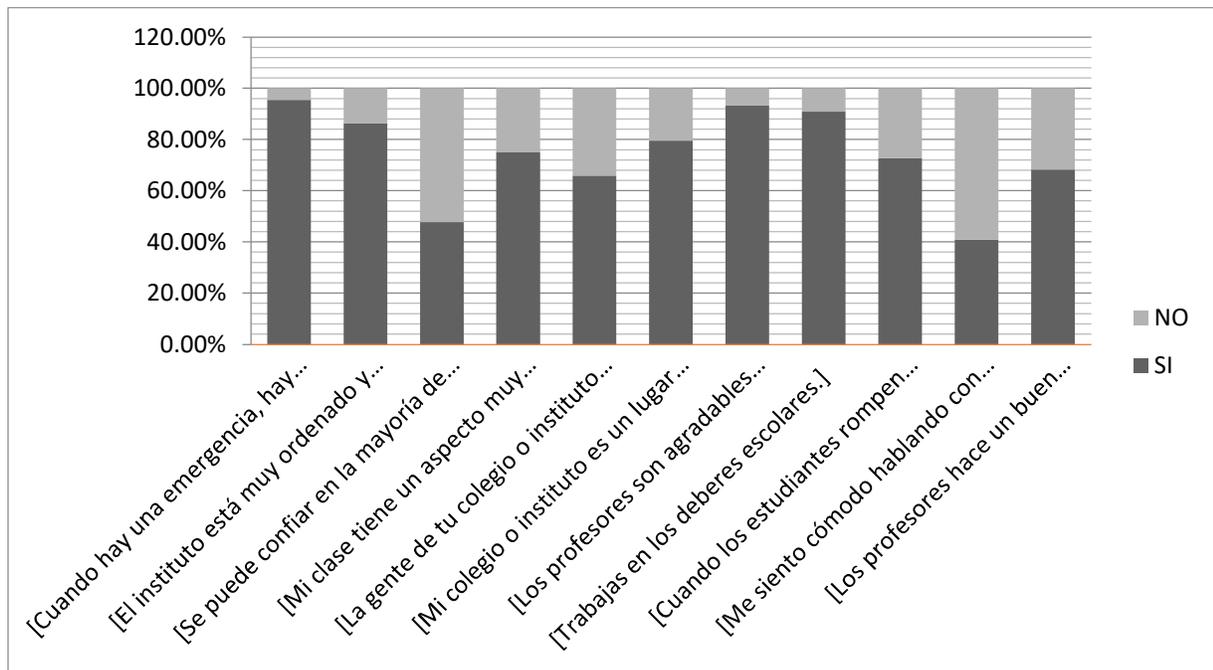
Según plantean (Aguirre, Alonso, & Guidorizzi, 2010) en su estudio encontraron que una baja autoestima constituye un factor de riesgo para el consumo de alcohol, es decir cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad, el individuo reacciona buscando otras alternativas para enfrentar la situación, en muchos casos se derivan para formas poco

apropiadas o perjudiciales para la salud, como es el caso del consumo de alcohol; ante estos resultados los autores sugieren prestar atención al nivel de autoestima en cuanto a la prevención del consumo de alcohol en esta población, con atención especial a las diferencias de género.

Por lo que es de gran interés conocer que la autoestima baja y según la evidencia comprobada puede ser un factor de prevención y a es uno de los factores que pudiera estar asociado con el consumo de alcohol y en adolescentes de educación media.

Grafica # 7

Clima Escolar



Fuente: Elaboración propia

La encuesta realizada se centra en las relaciones interpersonales de los estudiantes y profesores. Proporciona un instrumento útil para su empleo en la evaluación y en la intervención psicoeducativa en un área relacionada con la salud, con la adaptación individual

Lo más destacado del resultado de esta investigación es la pregunta No. 4 donde los adolescentes un 52% indica que no puede confiar en la gente de su instituto un 34% indica que la gente de su Instituto o colegio no se cuidan unos a otros, 59% si tienen

algún problema no pueden hablar con sus maestros responden que no se sienten cómodos realizándolo.

Según lo afirma ((UNODC), 2004) Debe considerarse que la educación para la prevención del uso indebido de drogas incluye tanto los programas de estudios oficiales y oficiosos en materia de salud, la creación de un entorno escolar seguro y sano, la prestación de servicios de salud y respaldo apropiados, así como la intervención de la familia y de la comunidad para la planificación y la ejecución de los programas.

Por lo tanto, las escuelas no deben hacer del cambio de comportamiento de los estudiantes en materia de salud, particularmente el comportamiento en materia de consumo de drogas, la única medida del éxito o de la eficacia de los programas de prevención del uso indebido de drogas. Las escuelas pueden y deben informar a la comunidad acerca de la consecución de resultados educativos que se haya identificado que contribuyen a alcanzar objetivos más amplios en materia de salud, como son la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias adversas para la persona y la sociedad. ((UNODC), 2004)

Cabe mencionar que la escuela se considera un factor de prevención importante para el no consumo de alcohol en los adolescentes y por lo cual se espera que los estudiantes puedan confiar en los maestros o sus pares, que sientan un ambiente seguro y en el cual puedan preguntar sin sentirse juzgados o amenazados.

Capítulo 5

Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones a las que se arribó a partir de los resultados obtenidos. Vale aclarar que, debido a las características propias de la investigación, las conclusiones no pueden ser generalizadas al resto de la población, es decir, son solo válidas para la muestra con la cual se trabajó en el presente trabajo.

El objetivo general de la investigación era determinar factores de prevención en el consumo de alcohol en un sector de la población adolescente guatemalteca en las edades de 13 a 17 años de edad tomando en cuenta el autoestima, el funcionamiento familiar y el clima escolar, según los resultados de la investigación el contar con una autoestima alta, saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de bebidas alcohólicas en los adolescentes que buscan salidas fáciles a sus problemas.

El consumo de alcohol es una realidad social de trascendencia específica en el núcleo familiar, ya que el consumo de alcohol está relacionado con todas las actividades cotidianas en nuestra comunidad y se ha vuelto una problemática acentuada en los adolescentes, La investigación determinó que la sustancia de mayor impacto en el ámbito local lo sigue siendo, por mucho, el alcohol. La totalidad de la muestra afirmó haber tenido consumo de alcohol, con una marcada tendencia al consumo compulsivo, tanto en

frecuencia, en cantidad promedio consumida y en la aparente imposibilidad de detener el consumo, una vez se iniciaba el mismo en donde su prevalencia al consumo en la actualidad, es más temprana y con mayor frecuencia.

La investigación determinó que un 79% de los adolescentes cuentan con un disfuncionamiento familiar y se encuentran entre los rangos, leve, moderada y severa la familia es el principal factor desencadenante que puede, por una parte, ayudar a desarrollar la enfermedad en el adolescente, o por otra, prevenir el consumo del mismo.

Se demostró en la investigación que los adolescentes demuestran poca adherencia a la escuela más del 50% de la muestra indica que su escuela o institución no es un lugar seguro, confiable y en donde se haga justicia, la escuela y un clima escolar adecuado debe ser un elemento protector, desde la entendida base de que los estudiantes pasan gran parte de su tiempo en ella, tiene el tiempo y espacio para influir positivamente en sus vidas desde muy pequeños. Por ello, se insta a que cada miembro de la comunidad escolar se entienda y transforme en un agente activo aliado en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y de otras conductas de riesgo que pongan en juego la vida de nuestros estudiantes.

Se considera que la institución educativa es el espacio adecuado para abordar nuevas propuestas que se adapten al contexto actual, la misma no puede permanecer ajena a las problemáticas sociales. La escuela posee la responsabilidad de capacitar de forma integral a los adolescentes, desde un marco de promoción de la salud. Es

importante que fomente una actitud crítica y reflexiva en los jóvenes preparándolos para su inserción en la sociedad de consumo. Por el grado de complejidad de la problemática existe la necesidad de un compromiso desde distintos ámbitos de la sociedad.

Recomendaciones

Dirigidas a los centros educativos

- Es necesario priorizar y enfocar las acciones preventivas hacia el alcohol, dentro de los centros educativos ya que es la sustancia que han demostrado tener mayor impacto social, basados en la evidencia empírica encontrada en la presente investigación, lo cual demanda acciones focalizadas de prevención y atención integral.
- Realizar “Escuelas para familias” en los centros escolares, llevados a cabo por asociaciones, equipos técnicos municipales o sanitarios del SNS. Dar diplomas o incentivos a las familias por su participación y velar por que sus contenidos se ajusten al momento evolutivo de hijos e hijas y a su situación respecto de vulnerabilidad o riesgo frente a consumos de alcohol. Incluir en esta formación a los abuelos como parte importante de la familia, ya que asumen en la actualidad una labor muy activa en la crianza e incluso la educación de los menores.
- Crear espacios, herramientas y programas que promuevan, favoreciendo la participación de padres y madres, una adecuada respuesta a aquellas dudas y preguntas en materia de consumo de alcohol y otras drogas que les puedan surgir. Como lugar de encuentro de las familias los centros educativos pueden ser un espacio más abierto, implicando más a las familias y fomentando el trabajo colaborativo entre las familias y el centro.

- Potenciar desde las familias la comunicación y las actitudes correctas en el ámbito escolar. Los progenitores deben interesarse por las actividades de ocio de sus hijos y potenciar aquellas relacionadas con el deporte y la vida sana.
- Promover y fomentar la inclusión y el abordaje de la prevención de los problemas de consumo de alcohol y otras drogas en el currículo de las distintas materias escolares y en los proyectos educativos de los centros escolares. 30. Incluir en el currículo escolar temas relacionados con la prevención de los consumos de alcohol, tales como, entre otros: resolución de conflictos, sustancias, inteligencia emocional, nuevas tecnologías, habilidades sociales, etc.
- Es fundamental la promoción de la investigación y el conocimiento y de la transferencia hacia programas e iniciativas de prevención. Debemos conocer mejor el fenómeno y sus causas, pero también qué estrategias y abordajes funcionan mejor (evaluación de programas), así como qué vías podemos usar para innovar en dichas propuestas.
- Trasladar en general a toda la sociedad la idea de que el alcohol, aun siendo legal y culturalmente muy aceptado en nuestro contexto, es una sustancia potencialmente adictiva cuyo consumo por menores, debido a sus riesgos potenciales, no debe ser tolerado ni fomentado en ningún caso.

Recomendaciones dirigidas al ámbito de las familias

- Potenciar el trabajo en red de las familias, creando grupos colaborativos que permitan un mayor conocimiento de su realidad y permitan una acción más extensiva y eficaz.
- Mejorar la competencia parental sobre educación y prevención que les permita brindar un mayor y mejor apoyo a sus hijos e hijas en un momento de vital importancia para su desarrollo. Se deben combinar, si es posible, sesiones conjuntas entre padres/madres e hijos/as. Diferenciar entre medidas de prevención y medidas con menores en consumo.

Recomendaciones a las administraciones públicas

- Velar por el cumplimiento efectivo de la normativa vigente en relación con el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública.
- Reinversión económica por parte de las Administraciones Públicas, municipales, ante incumplimientos de la ley, en programas de ocio alternativo, mejora de instalaciones deportivas y acondicionamiento de locales para ocio juvenil (música, arte, tecnología, etc.).

- Crear estructuras de coordinación multisectorial donde participen todos los agentes sociales relacionados con la prevención de los problemas por consumo de alcohol por parte de menores: servicios médicos, servicios sociales, profesorado, equipos de orientación con el objetivo de elaborar protocolos de actuación y actuaciones con las familias.
- Endurecer las sanciones a distribuidores y comercializadores que proporcionen alcohol a menores. Redirigir las sanciones económicas impuestas, en forma de subvención, hacia aquellos agentes que luchan contra esta problemática.

RECOMENDACIONES A LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA COMISIÓN CONTRA LAS ADICCIONES Y EL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS (SECCATID):

- Es necesario potenciar económicamente los presupuestos brindados por el gobierno y reforzar los esfuerzos de gestión y que las decisiones relacionadas a la prevención y al tratamiento integral, bajo el enfoque psicológico-individualista, no sean opacadas por los esfuerzos de incautación, seguridad ciudadana y que paulatinamente se logren cambios drásticos en los tipos de elección de la población guatemalteca.

Anexos

Capítulo 6

Propuesta de Intervención.

“TALLERES PSICOEDUCATIVOS PARA LA PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN INSTITUTO DE EDUCACIÓN BÁSICA LO DE COY UBICADA EN KM. 17.5 CARR. ROOSEVELT ALDEA LO DE COY Z.10 DE MIXCO”

El proyecto está basado a partir de los resultados obtenidos en la investigación “Prevención en el consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 18 años de edad en la ciudad de Guatemala”, surgiendo de esta las necesidades como la identificación y expresión de emociones el establecer técnicas de autocontrol, fomentar el autocuidado y el autoestima realista y sana, derivando de esta los talleres de concientización y divulgación acerca del consumo de alcohol en la adolescencia y están enfocados en actividades que desarrollen en ellos estrategias creativas y habilidades emocionales relacionadas a psico-educar y reducir o atrasar el consumo de alcohol en los adolescentes.

6.1 Análisis de participantes

Los resultados obtenidos de la investigación antes mencionada muestran que la autoestima, el funcionamiento familiar adecuado y un buen clima escolar son variables que pueden servir de factores de protección o de riesgo, estos dependerán de la manera que estos sean gestionados.

En la misma se determinó que la sustancia de mayor impacto en el ámbito local lo sigue siendo, por mucho, el alcohol. La totalidad de la muestra afirmó haber tenido consumo de alcohol, con una marcada tendencia al consumo compulsivo, tanto en frecuencia, en cantidad promedio consumida y en la aparente imposibilidad de detener el consumo, una vez se iniciaba el mismo. Además, experimentaban complicaciones como situaciones familiares y laborales inconclusas y profundo sentimiento de culpabilidad por la dinámica de su consumo.

El proyecto se ejecutará en Instituto de Educación básica Lo de Coy ubicada en Km. 17.5 Carr. Roosevelt Aldea Lo De Coy Z.10 de Mixco de la ciudad de Guatemala

Los actores relevantes serán los estudiantes del mencionado centro, que deseen formar parte del proyecto de prevención en el consumo de alcohol y de psico-educación preventiva para sus familias.

Matriz de análisis de participantes

CATEGORÍA	ACTOR	ROL Y OBJETIVO	RELACION PREDOMINANTE	JERARQUIZACION DE PODER	DE RECURSOS Y MANDATOS
JURISDICCIÓN: Local/ Municipal SECTOR Sector educativo del ámbito público que son las escuelas y los alumnos, pertenecientes a la localidad de la zona 4 de Mixco de la ciudad Capital	Escolares (beneficiario directo)	El rol de los estudiantes de las	A favor o indiferente: A FAVOR: Los estudiantes pueden tener una reacción de indiferencia ante el proyecto. Pero también se podría esperar que se muestren a favor del involucramiento de las actividades al notar que también se contara con la participación de sus padres.	Medio: Los estudiantes tienen una influencia media ya que pueden verse tanto interesados como desinteresados en la participación del proyecto, en esta medida pueden facilitar o limitar el alcance de los objetivos dependiendo del grado de interés que tengan respecto a los beneficios del proyecto	Difusión del proyecto Conocimiento propio Opiniones Materiales didácticos Experiencia Mandatos: CNB (currículo nacional Base) PROPENI y mis primeros pasos Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico ilícito de Drogas (política No. 54) Ley contra la narcoactividad. Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de 1999. Decreto 90-97. Código de Salud Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96, reformado por el Decreto No. 31-97.

CATEGORÍA	ACTOR	ROL Y OBJETIVO	RELACION PREDOMINANTE	JERARQUIZACION DE PODER	RECURSOS Y MANDATOS
JURISDICCIÓN: Local/ Municipal SECTOR Sector educativo del ámbito público que son las escuelas y los alumnos, pertenecientes a la localidad de la zona 4 de Mixco de la ciudad Capital	Padres de familia (beneficiario directo)	<p>El rol de los padres de familia es activo puesto que se espera que ellos también participen de las actividades propuestas en el proyecto.</p>	<p>A favor o indiferente:</p> <p>Dirigiéndose de manera funcional pueden regir como factores de protección.</p> <p>Los adultos que se muestran conectados afectivamente con sus hijos desarrollan en ellos una mejor aceptación y autoestima positiva.</p> <p>Los padres de familia tienen una relación a favor de la implementación del proyecto, dado que son los más interesados en prevenir las conductas adictivas en sus hijos.</p> <p>Tiempos de participación en las actividades</p>	<p>Alto:</p> <p>La familia o los tutores legales tienen un grado de influencia alto ya que de estos depende si desean o no que sus hijos y ellos mismos participen en el proyecto.</p> <p>También los padres de familia ejercen influencia en la limitación del alcance de los objetivos si no participan activamente o si no hacen uso de las estrategias aprendidas en el transcurso del proyecto</p>	<p>Difusión del proyecto</p> <p>Conocimiento propio</p> <p>Opiniones</p> <p>Materiales didácticos</p> <p>Experiencia</p> <p>Mandatos:</p> <p>Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico ilícito de Drogas (política No. 54)</p> <p>Ley contra la narcoactividad. Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de 1999.</p> <p>Decreto 90-97. Código de Salud</p> <p>Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96, reformado por el Decreto No. 31- 97.</p>

CATEGORÍA	ACTOR	ROL Y OBJETIVO	RELACION PREDOMINANTE	JERARQUIZACION DE PODER	RECURSOS Y MANDATOS
JURISDICCIÓN: Local/ Municipal SECTOR Sector educativo del ámbito público que son las escuelas y los alumnos, pertenecientes a la localidad de la zona 4 de Mixco de la ciudad Capital	Maestros (beneficiarios indirectos)	<p>El rol de los maestros es más pasivo dado que su participación en el proyecto será más como un mediador entre los alumnos, padres de familia y ejecutores del proyecto</p>	<p>A favor:</p> <p>Los maestros tendrán una posición a favor ante el proyecto en la medida que vayan observando los beneficios del mismo respecto al rendimiento académico de los estudiantes.</p>	<p>Alto:</p> <p>Los maestros también ofrecen un grado alto de influencia ya que, al ser los mediadores entre los actores, también pueden incitar la participación en el proyecto al resaltar la importancia de los beneficios que este otorgaría para la prevención de las cond</p>	<p>Difusión del proyecto</p> <p>Conocimiento específico (sobre factores de riesgo o protección)</p> <p>Acceso a redes (comunicación con más docentes)</p> <p>Materiales didácticos</p> <p>Mandatos:</p> <p>CNB (currículo nacional Base)</p> <p>Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico ilícito de Drogas (política No. 54)</p> <p>Ley contra la narcoactividad. Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de 1999.</p> <p>Decreto 90-97. Código de Salud</p> <p>Ley de Protección al Menor en</p>

CATEGORÍA	ACTOR	ROL Y OBJETIVO	RELACION PREDOMINANTE	JERARQUIZACION DE PODER	RECURSOS Y MANDATOS
JURISDICCIÓN: Local/ Municipal SECTOR Sector educativo del ámbito público que son las escuelas y los alumnos, pertenecientes a la localidad de la zona 4 de Mixco de la ciudad Capital	Institución Educativa Dirección establecimiento (beneficiarios indirectos)	El establecimiento es también pasivo dado que se espera que su participación sea de colaboración para procesos administrativos, sin embargo, las actividades del proyecto no estarán destinadas para estos.	A favor: La dirección del establecimiento cuenta con una relación a favor ante el proyecto dada la preocupación de la problemática de las conductas adictivas a tempranas edades desde el ámbito escolar.	Alto: La dirección del establecimiento tiene el poder más alto de influencia en la gestión del proyecto dado que autoriza las acciones a realizar y de alguna manera también podría imponer la implementación del proyecto en el establecimiento cada ciclo escola	Materiales Mobiliario y Equipo Recursos económicos Conocimiento específico Acceso a redes (departamental de Infraestructura) Mandatos: CNB (currículo nacional Base) Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico ilícito de Drogas (política No. 54) Ley contra la narcoactividad. Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de 1999. Decreto 90-97. Código de Salud Ley de Protección al Menor en

CATEGORÍA	ACTOR	ROL Y OBJETIVO	RELACION PREDOMINANTE	JERARQUIZACIÓN DE PODER	RECURSOS Y MANDATOS
JURISDICCIÓN: Local/ Municipal SECTOR Sector educativo del ámbito público que son las escuelas y los alumnos, pertenecientes a la localidad de la zona 4 de Mixco de la ciudad Capital	Profesional de las conductas adictivas psicólogos (ejecutores)	El rol de los profesionales ejecutores del proyecto es activo dado el involucramiento a las actividades destinadas en el proyecto	A favor: Los ejecutores del proyecto se encuentran a favor de la implementación de las actividades en búsqueda de alcanzar los objetivos y encaminar el intento hacia la prevención de las conductas adictivas desde el ámbito escolar.	Alto: Los ejecutores tienen un grado alto de influencia ya que serán los encargados de facilitar las acciones para el logro de los objetivos.	Conocimiento específico (Datos, opinión de expertos) Acceso a tomadores de decisiones (entidades municipales o gubernamentales) Materiales Mandatos: Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico ilícito de Drogas (política No. 54) Ley contra la narcoactividad. Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de 1999. Decreto 90-97. Código de Salud Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96, reformado por el Decreto No. 31-97

Síntesis de los resultados de la investigación.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada por adolescentes. Su consumo aumenta los riesgos de salud, causa daño físico y su efecto desinhibitorio incrementa los actos agresivos y delictivos, influyendo en el comportamiento sexual, genera menor productividad económica a futuro y trae consecuencias negativas a nivel psicológico y social. Es necesario conocer que uno de los factores de protección más importantes son la Escuela o Colegio en su educación secundaria, el mostrar los efectos que produce el consumo nocivo y problemático de estas sustancias a lo largo del tiempo.

El contar con una autoestima alta, saludable, es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de bebidas alcohólicas en los adolescentes que buscan salidas fáciles a sus problemas.

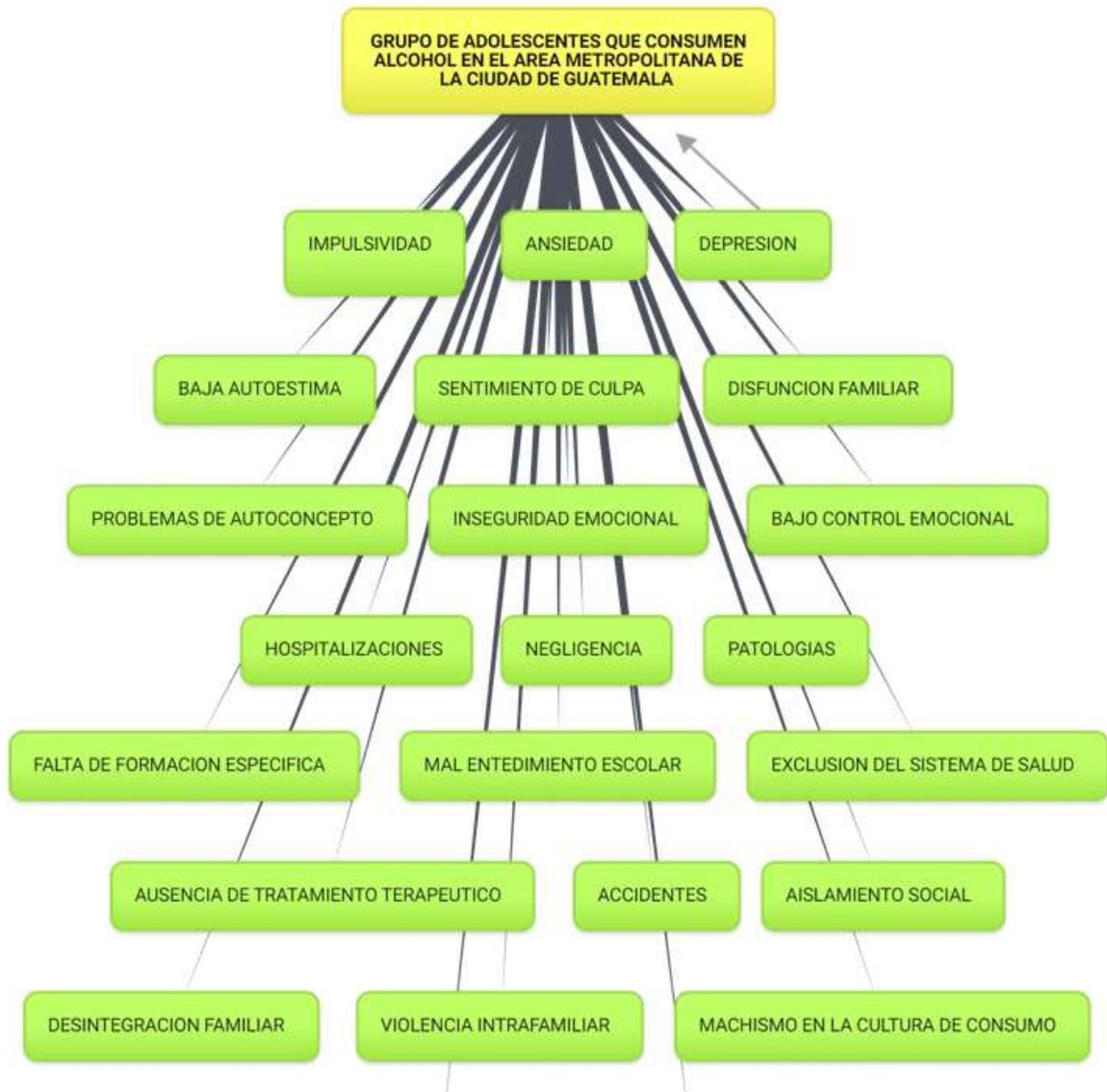
La autoestima es una necesidad humana vital, dada por la evaluación que hace el individuo de sí mismo, juega un papel relevante en la vida personal, profesional y social del individuo, favoreciendo la propia identidad, la autoestima elevada puede contribuir al éxito, de forma tal que si el adolescente desarrolla una buena dosis de autoestima, es decir, si tiene una autoestima elevada puede aprender más eficazmente, se comunica y desarrolla relaciones mucho más gratas y le dará mayor conciencia a su vida.

La escuela y un clima escolar adecuado deben ser un elemento protector, desde la entendida base de que los estudiantes pasan gran parte de su tiempo en ella, tiene el tiempo y espacio para influir positivamente en sus vidas desde muy pequeños. Por ello, se insta a que cada miembro de la comunidad escolar se entienda y transforme en un agente activo aliado en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y de otras conductas de riesgo que pongan en juego la vida de los estudiantes

6.2 Análisis de problemas/ Árbol de problemas

El problema priorizado será el análisis de la influencia que ejercen algunas variables psicosociales tales como la disfuncionalidad familiar, el auto concepto (autoestima), la depresión y el autocontrol -como factores de riesgo- para predisponer o desencadenar la decisión de los adultos guatemaltecos para consumir alcohol, y para tener problemas sociales, familiares, médicos y psicológicos, como resultado de dicho consumo.

Grafica # 8



Fuente: Variables de investigación realizada. Elaboración propia

6.3 Análisis contextual y diagnóstico

La siguiente propuesta de prevención de consumo pretende ofrecer una serie de respuestas a las necesidades que surgen en la atención de la prevención e consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 17 años de edad. Los participantes, como se mencionó en el inciso, serían adolescentes estudiantes de centros educativos, en el contexto urbano, con un perfil socio-cultural-lingüístico, común a la Ciudad Guatemala.

La propuesta de intervención se llevará a cabo en la Ciudad de Guatemala en el Instituto de Educación básica Lo de Coy ubicada en Km. 17.5 Carr. Roosevelt Aldea Lo De Coy Z.10 de Mixco una Institución educativa pública, del nivel medio, ciclo básico, con amplia trayectoria en la formación científica, académica y ocupacional de jóvenes estudiantes.

(Díaz, 2019) mencionó que en 1998 participó en un estudio relacionado con el uso de drogas y se formuló la pregunta a adolescentes y jóvenes sobre si alguna vez habían consumido drogas. Las respuestas de esa época comparadas con la actual evidencian el aumento del uso de estupefacientes en este segmento poblacional. “En 1998, el tres por ciento respondió que sí había consumido marihuana, el 2.2 por ciento, cocaína; el 1.9 por ciento inhaladores y el 37.1 por ciento, alcohol”.

El principal objetivo es poder intervenir desde la prevención y evitar futuras dependencias de los menores a los distintos consumos, como se ha ido viendo con dichas sustancias como el alcohol.

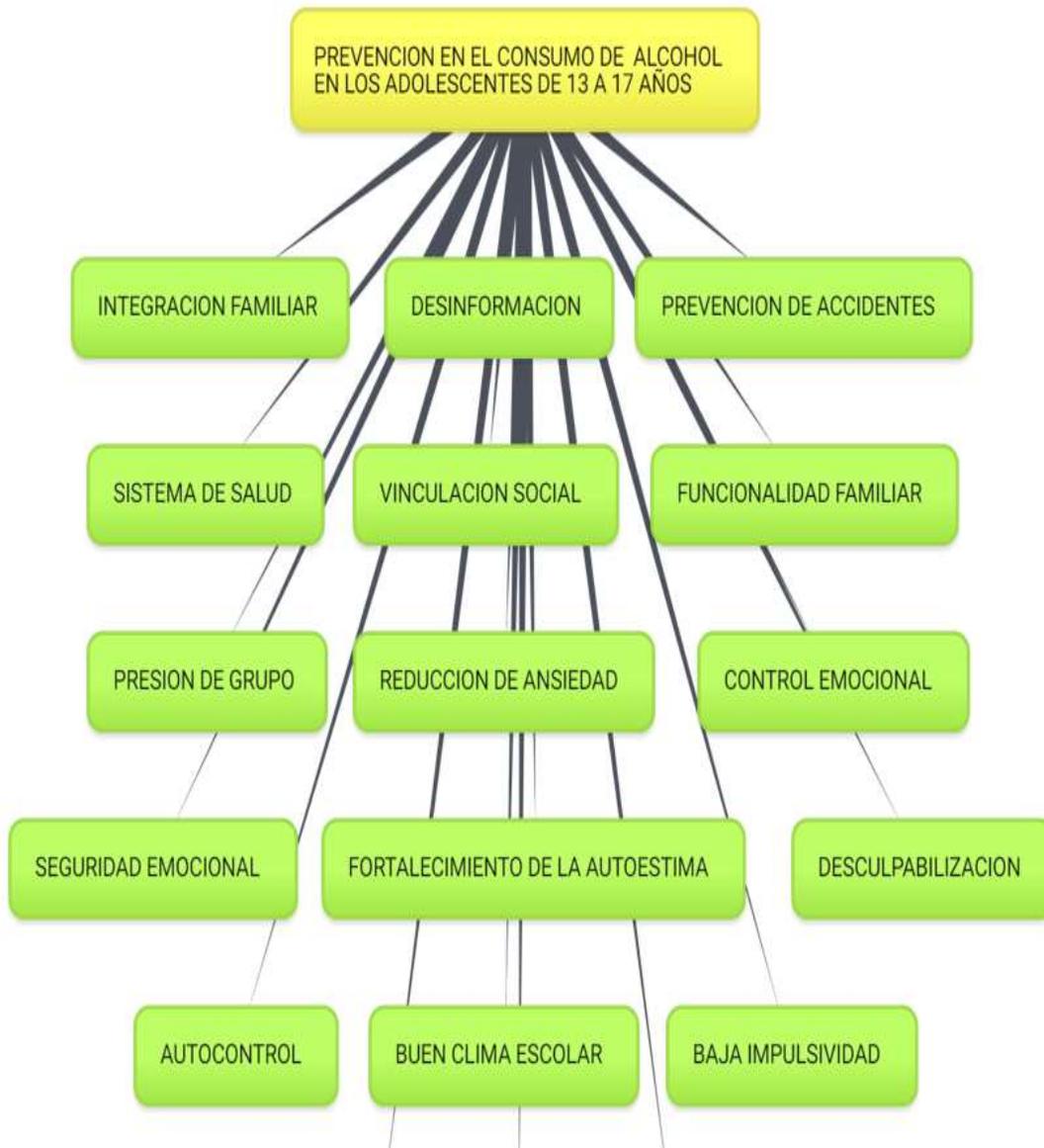
La formulación sería en forma de proyecto continuado, que promoviera el trabajo en relación con factores de protección generales como la autoestima y toma de decisiones de la persona, y sobre factores específicos como la prevención del alcohol o la minimización de riesgos.

Por otro lado, el proyecto tampoco podría obviar a la familia como agente de prevención, por lo que sería necesario que incluyese trabajo con las familias de la población adolescente, se espera un involucramiento preventivo de los familiares de los hijos para trabajar aspectos de re-modelamiento de conductas a lo interno de la familia, mejoramiento del funcionamiento familiar, prevención primaria o secundaria, en los casos que lo ameriten; además de prevención psicoeducativa de afrontamiento ante la presión de pares y entorno social mercadológico

Finalmente, añadir, que sería recomendable el trabajo conjunto de profesionales de la salud y de sectores como educación, servicios sociales, municipales y otros para abordar estilos de vida saludables y prevención de drogodependencia.

Para abordar las diferentes necesidades que puedan tener escasez de información sobre los diferentes tipos de consumo. Trabajar para abordar temas de salud como puede ser la dependencia, consecuencias del consumo, etc. Igualmente se pretende crear espacios donde puedan expresar sentimientos y emociones que puedan desencadenar situaciones de riesgo.

Grafica # 9

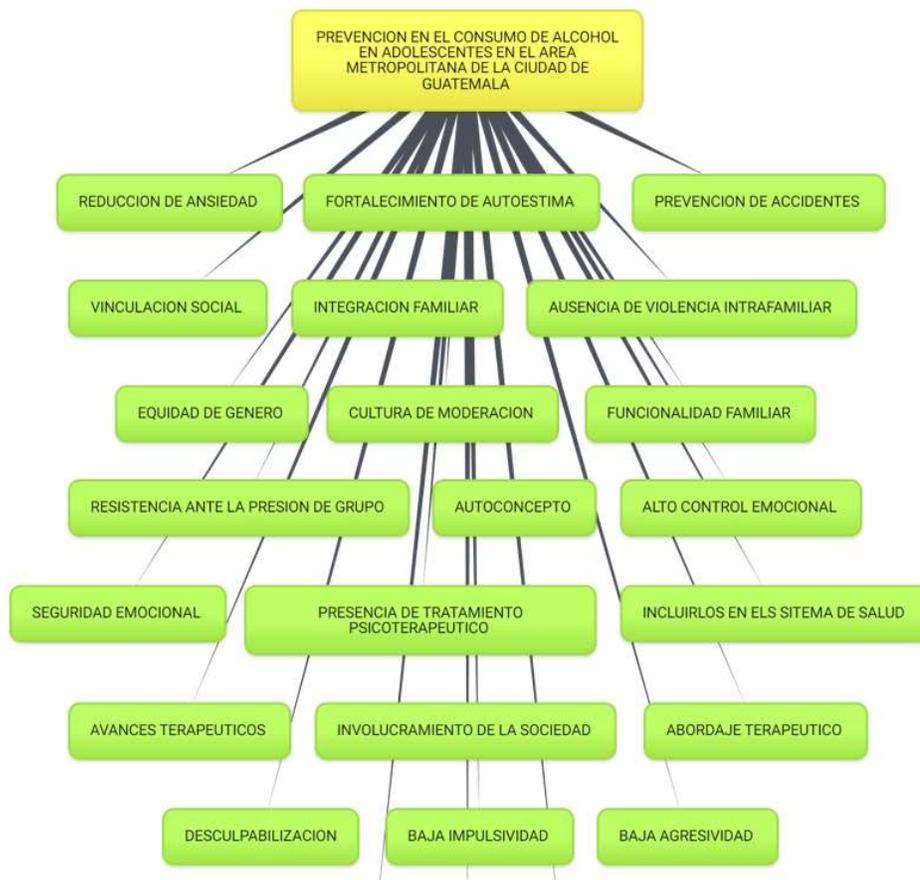


Fuente: Variables de investigación realizada. Elaboración propia

6.4 Análisis de objetivos, objetivos de la intervención

En este punto se traslada la información “problematizada” hacia acciones concretas, alcanzables y realizables, que se constituirán en la columna vertebral de la intervención. En otras palabras: ideas, estrategias, y alternativas de acción - consistente- para el abordaje y solución de dichos problemas. Lo cual se describe, de forma visual, a continuación:

Grafica # 10



Fuente: Variables de investigación realizada. Elaboración propia

Objetivo General

Implementar un programa de prevención del consumo de alcohol en la población de estudiantes adolescentes que pertenecen al "CENTRO DE ATENCION A LA FAMILIA Y AL NIÑO MALTRATADO" "CAFNIMA" mediante la implementación de talleres psicoeducativos.

Objetivos Específicos

1. Diseñar distintas actividades psicoeducativas preventivas que involucren a los actores principales y secundarios, orientadas a la prevención y disminución del consumo de alcohol en los adolescentes
2. Dotar a las familias del alumnado de herramientas educativas que favorezcan el desarrollo saludable de sus hijos e hijas, así como el buen adecuado funcionamiento familiar mediante talleres psicoeducativos.
3. Desarrollar talleres psicoeducativos de autoestima positiva en adolescentes para crear un clima de relaciones personales en el que el adolescente experimente seguridad, respeto, aceptación y libertad para actuar.

6.5 Análisis de opciones

Siguiendo la línea del árbol de problemas se contemplaron dos alternativas adicionales a “Desarrollar intervención en factores de prevención fortaleciendo la autoestima y el autocontrol para prevenir el consumo de alcohol, en adolescentes guatemaltecos; además de fomentar talleres de psico-educación preventiva en la institución educativa y sus respectivas familias” que podrían llegar a funcionar de manera similar que la propuesta “en base a las necesidades observadas y expuestas por los mismos adolescentes o la comunidad.

Alternativas de propuestas

Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Implementar Talleres Psicoeducativos para prevenir el consumo de alcohol en adolescentes guatemaltecos	Campaña de divulgación sobre los daños del uso y abuso del consumo de alcohol	Programa de actividades socioculturales para promover estilos de vida saludables
Implementación y ejecución de los talleres psicoeducativos que tiene como objetivo estimular el pensamiento crítico, comunicación asertiva, alta autoestima, autocontrol y sublimar los consumos de alcohol, estos talleres psicoeducativos promueven mejorar la calidad de vida y darles opciones a los adolescentes sobre como manejar su tiempo, gestionar sus emociones y encaminarse a prácticas sanas. El fomento de las actividades artísticas en los adolescentes y la comunidad en general, es un trabajo que sirve para cohesionar a la comunidad, derriba los muros creados por la desconfianza y el prejuicio que el consumidor de sustancias adquiere.	Jornadas informativas sobre los efectos de las distintas drogas o de las más utilizadas en la comunidad, concientización sobre la farmacodinamia de las drogas y sus repercusiones a corto y largo plazo. Enfocados a derruir la desinformación o la información falsa acerca del uso y abuso del alcohol y su utilización.	Elaboración de coloquios en donde se implemente un espacio para que los adolescentes puedan desahogar mediante la identificación de emociones y promoción de estilo de vidas saludables.

Matriz de calificación de las alternativas

Criterios de Valoración de las alternativas	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Menor costo de implementación	1	1	3
Mayor viabilidad para implementarse y ejecutarse	3	1	1
Menor tiempo para obtener resultados	3	1	2
Mayor financiamiento posible	3	1	1
Mayor aceptación por parte los actores principales y secundarios	3	1	1
TOTAL	13	5	8

Escala: 1 = Baja, 2= Media, 3= Alta

Es necesario establecer la viabilidad de las alternativas señaladas, considerando criterios como recursos materiales, humanos, tiempo estimado para el logro de objetivos, riesgos, probabilidades para el logro de los objetivos y vinculación con los beneficiarios.



Fuente: Variables de investigación realizada. Elaboración propia

Viabilidad de opciones

Derivado del árbol de objetivos se identifican 3 alternativas que, si son ejecutadas podrían contribuir a la solución de problemas logrando el fin último de la propuesta disminuir el consumo de alcohol de la población de estudiantes adolescentes mediante la implementación de talleres psicoeducativos preventivos del Instituto de Educación básica Lo de Coy ubicada en Km. 17.5 Carr. Roosevelt Aldea Lo De Coy Z.10 de Mixco

Alternativas	Opción 1	Opción 2	Opción 3
	Escenario Ideal	Escenario Medio	Escenario Limitado
Involucramiento Institucional	<p>La institución acepta la gestión realizada, aprueba el proyecto, gira instrucciones a quién corresponda</p> <p>Se difunde la información del proyecto a los profesores y encargados para que estén enterados del nuevo proyecto a implementar.</p> <p>Recursos materiales, humanos y económicos para la realización de mismo.</p> <p>Colabora y participa con la gestión inter-institucional para difundir e involucrar a otras instancias en replicar el proyecto en otras unidades académicas/terapéuticas.</p> <p>La institución integra el proyecto a su planificación curricular permanente anual.</p> <p>Aplica un proyecto de Aprendiendo en Familia en donde se imparten talleres semanales por profesionales sobre los diferentes temas de salud.</p> <p>Implementa una política de cero tolerancias al alcohol y otras sustancias.</p> <p>Se designa un espacio físico un aula específica en el Instituto de Educación básica Lo de Coy ubicada en Km. 17.5 Carr. Roosevelt Aldea Lo De Coy Z.10 de Mixco</p>	<p>La institución acepta la gestión realizada, aprueba el proyecto, gira instrucciones a donde corresponda.</p> <p>Se difunde la información del proyecto a los profesores y encargados para que estén enterados del nuevo proyecto a implementar.</p> <p>Asignación de recursos materiales y económicos.</p> <p>Colabora con la gestión inter-institucional para difundir e involucrar a otras instancias en replicar el proyecto en otras unidades académicas/terapéuticas.</p> <p>Se designa un espacio físico un aula específica en el Instituto de Educación básica Lo de Coy ubicada en Km. 17.5 Carr. Roosevelt Aldea Lo De Coy Z.10 de Mixco</p>	<p>La institución acepta la gestión realizada, aprueba el proyecto, gira instrucciones a donde corresponda, pero no se involucra en el proceso.</p> <p>Se designa un espacio físico un aula específica en el Instituto de Educación básica Lo de Coy ubicada en Km. 17.5 Carr. Roosevelt Aldea Lo De Coy Z.10 de Mixco</p>

Alternativas	Opción 1	Opción 2	Opción 3
	Escenario Ideal	Escenario Medio	Escenario Limitado
Recursos Materiales	<p>Se brinda Mobiliario y Equipo de Oficina, computadora mouse, retroproyector, impresora.</p> <p>Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Otros espacios físicos que puedan ser de utilidad para las finalidades del proyecto</p>	<p>Se brinda Mobiliario y Equipo de Oficina.</p> <p>Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares.</p>	Mobiliario básico.
Recursos Humanos	<p>Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).</p> <p>Contratación de equipo de trabajo/apoyo al profesional encargado del proyecto (3 personas)</p> <p>Personal de apoyo como maestros.</p> <p>Se solicita apoyo a los profesionales de la comunidad que quieran participar en el proyecto.</p> <p>Se realiza contacto con instituciones del gobierno que deseen apoyar el proyecto con materiales.</p> <p>Personal de la Dirección del Instituto (Apoyo secretarial, en gestión y conserjería)</p>	<p>Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).</p> <p>Personal de apoyo como maestros.</p> <p>Se realiza contacto con instituciones del gobierno que deseen apoyar el proyecto con</p>	<p>Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).</p> <p>Personal de apoyo como maestros.</p>

Tiempo estimado para el logro de los objetivos	Opción 1	Opción 2	Opción 3
	Escenario Ideal	Escenario Medio	Escenario Limitado
Riesgos	<p>El riesgo principal, que se puede asumir, sería el no encontrar apoyo financiero, ni de gestión para renovar el proyecto.</p> <p>No desarrollar ninguna actividad si las clases presenciales no se habilitan el próximo año por temas de pandemia COVID-19.</p> <p>También se puede enfrentar el no disponer de espacios alternativos o de equipo de trabajo complementarios.</p> <p>No contar con el involucramiento de los padres de familia o el permiso para que sus hijos participen en el proyecto.</p>	<p>No desarrollar ninguna actividad si las clases presenciales no se habilitan el próximo año por temas de pandemia COVID-19.</p> <p>También se puede enfrentar el no disponer de espacios alternativos o de equipo de trabajo complementarios.</p> <p>Falta de recursos económicos para apoyar el proyecto, o falta de voluntad política para apoyar la gestión de financiamiento externo, renovación de plazos, contratación de personal, o asignar personal</p>	<p>No desarrollar ninguna actividad si las clases presenciales no se habilitan el próximo año por temas de pandemia COVID-19.</p> <p>También se puede enfrentar el no disponer de espacios alternativos o de equipo de trabajo complementarios.</p> <p>Resistencia de la familia.</p> <p>Resistencia de los adolescentes.</p> <p>Con respecto a la institución, es necesario considerar la disponibilidad de espacio para la realización de charlas, talleres y sesiones de terapia grupal y familiar.</p> <p>Falta de compromiso económico, de espacio y de personal, de parte de la institución.</p>

	ALTA	MEDIA	MEDIA BAJA
Probabilidades para el logro de los objetivos	<p>Si le logra obtener el Apoyo económico, logístico, humano y material para la realización del proyecto.</p> <p>Altas, si se realiza una adecuada mediación con los participantes adolescentes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Alta si se logra asignar presupuesto adicional o donaciones de alguna institución para la ejecución del proyecto.</p>	<p>Medias, si se realiza una Adecuada conciliación con los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Medias, al contar con apoyo económico, logístico, humano y material, parcial para la realización del proyecto.</p>	<p>Resistencia de la institución, adolescentes y padres de familia acerca del nuevo proyecto a implementar.</p>

En este punto se reconoce, de antemano, que la opción 1 es la que se considera ideal, adecuada y efectiva, y que pudiera responder de forma integral ante las necesidades tanto de la población, como de las instituciones involucradas, pero de igual forma se establecen los niveles de contingencia necesarios para llevar adelante el proyecto con cualquiera de los tres panoramas de acción probables.

Las tres alternativas planteadas requieren inversión, sin embargo, la opción 1, puede implementarse dentro de una dependencia que ya tiene funciones relacionadas con la atención de usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar, únicamente se requiere ampliar servicios.

6.6 Marco Conceptual

La intervención a realizar, en la presente propuesta, demanda que se aíslen únicamente cuatro variables, descritas con anticipación en el apartado de los objetivos de trabajo.

Siendo estas:

Funcionamiento familiar

Un funcionamiento familiar adecuado es aquel que le facilita a la familia alcanzar los objetivos y cumplir con las funciones establecidas por la sociedad, como son: La satisfacción de las necesidades afecto-emocionales, la trasmisión de valores éticos y culturales, la promoción así como facilitación del proceso de socialización de sus

miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio, que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales, la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad como personas y la adquisición de la identidad sexual (Zaldívar, 2004)

Por su parte, (Abelson, Fishburne, & y Cisin, 2013)) exponen que el funcionamiento familiar, se explica por los distintos procesos de cambio en los que se pueden facilitar o promover la adaptación de la familia en una situación determinada. La familia debe ser capaz de mantener una estabilidad, puesto que así podrá lograr un espacio familiar interno definido con reglas aceptadas, que proporcionan a cada miembro de ésta, un marco de orientación afectivo y cognitivo, por lo tanto, una de las funciones que deben mantener las familias es la flexibilidad, debido a que se considera necesaria para garantizar el cambio y el desarrollo, en una situación de crecimiento, envejecimiento y condiciones ambientales cambiantes.

El funcionamiento familiar, ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Una de las funciones principales es la capacidad de incidir en las fuentes del estrés o para reducir su potencial amenazante, constituyéndose como uno de los aspectos esenciales que explican la evolución de la familia. En ese sentido, la familia es el entorno donde el individuo encuentra los recursos para solucionar los problemas, en forma de apoyos sociales y repertorios de afrontamiento (Abelson, Fishburne, & y Cisin, 2013)

Desarrollar una asertiva autoestima

Según (Peiró, 2021) La autoestima es la valoración que hace una persona de sí misma. Puede ser una valoración negativa, o positiva en función del valor que da a sus ideas, y pensamientos. La autoestima se origina a través de las experiencias vividas, del aprendizaje y de lo que opinan los demás respecto a uno mismo. No obstante, está relacionada con la valoración personal que uno hace, no con el poder adquisitivo que pueda tener.

Una baja autoestima, una deficitaria expectativa de autoeficacia, los mitos y creencias erróneas del consumo de alcohol y las dificultades para el autocontrol emocional parecen estar relacionadas con el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol en la adolescencia (Alvarez, Alonso, & Guidorizzi, 2018)

En su investigación (Alvarez, Alonso, & Guidorizzi, 2018) concluyen que los adolescentes presentaron una elevada autoestima y tuvieron riesgo bajo de consumo de alcohol. Por lo que se sugieren implementar programas preventivos con respecto al consumo de alcohol y factores protectores a fin de que los adolescentes continúen con un estilo de vida saludable.

Y por último el Autocontrol

Término que se compone de la unión de dos vocablos que provienen de idiomas diferentes: la palabra “auto” procede del griego “autos” que se traduce como “sí mismo”, mientras que la palabra “control” emana del francés y es sinónimo de dominio. En consecuencia, el autocontrol se define como La capacidad consciente de regular voluntariamente los impulsos, con el objeto de Alcanzar un equilibrio personal y relacional en el manejo de las emociones y la Regulación del comportamiento. (Arellanez, Beverido, De San Jorge-Cárdenas, Ortiz-León, & y Salas- García, 2018)

Para fundamentar la toma de decisión en programas preventivos (de lo cual también toma en cuenta la propuesta), se pretende desarrollar habilidades, pensamiento crítico, mejorar el autocontrol, fomentar una autoestima positiva. Y de reducir las consecuencias del consumo de alcohol en el adolescente guatemalteco.

“...La correcta identificación de los factores de riesgo y de protección permita determinar el camino a seguir en la toma de decisiones relacionadas a procesos o programas preventivos, dado que la revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, llevará a definir denominadores comunes, tales como la atención individualizada e intensiva; Programas colaborativos comunitarios; prevención primaria; énfasis en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales;

incorporación de los pares y de la familia en la prevención y una estrecha conexión con el mundo laboral”. (Paramo, 2011)

Detectar a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia, tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (Ej., reducción de la tasa de desempleo, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (Ej., facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (Ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental, etc.) De las personas, siendo estas algunas de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

La psico educación ayuda a que la familia conozca las reacciones y síntomas propios de la enfermedad para poder enfrentar mejor la situación.

La psico educación, por considerar que ha supone un tipo de intervención especialmente interesante, ya que muchas familias presentan carencias en lo que se refiere a conocimientos básicos (¿Qué es el alcohol, qué efectos tienen, en qué consisten realmente los problemas de abuso y/o la adicción?, ¿Qué implica un tratamiento y cuáles son sus fases y limitaciones, etc.?). Este tipo de abordaje parte de un enfoque positivo, que subraya el papel de la familia como agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo, por tanto, el objetivo de este tipo de programas es

orientar y ayudar a la familia a identificar con claridad el problema, sus causas, el curso y cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas y tratamientos empleados para que así puedan intervenir en cierta medida en el proceso de mejora y curación de sus hijas/os

La Psico educación o educación para la salud mental consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud mental, convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud. Puede ser dirigida a los individuos, las familias y la comunidad, tanto en situaciones de salud o de enfermedad y los objetivos que persigue están comprometidos con la intención de promover en estos niveles el compromiso con el cuidado de la salud, así como promover la búsqueda de comportamientos saludables. (Perera Lavandero & Martínez Verde, 2004)

La implementación de los programas psicoeducativos no requiere propiamente un entrenamiento formal por parte de quien los dirige, es recomendable que el facilitador esté muy familiarizado con los tratamientos psicosociales basados en principios del manejo conductual. Las evaluaciones que hacen los padres de los modelos de intervención psicoeducativa señalan un incremento del conocimiento del trastorno, el aprendizaje en formas de afrontamiento de los síntomas y el aprendizaje en la prevención de conductas problemáticas. (Otto M, 2003)

En los conversatorios de psico educación pueden participar diferentes profesionales, ya que los temas son variados y pueden comprometer varios aspectos de

la vida del paciente. Es común la participación de psicología, psiquiatría, medicina general, terapia ocupacional y terapia de familia en el diseño del proyecto y dentro de las sesiones. Además del aprendizaje sobre la enfermedad y el manejo apropiado de sus síntomas, tener un seguimiento y un contacto semanal con los profesionales ayuda a que el paciente mejore la autoestima y la autoconfianza, tenga estilos de vida más saludables, y aprenda habilidades para el manejo del estrés y los problemas. Adicional a esto, la psico educación permite fortalecer la relación entre el paciente y su terapeuta, mejorando la confianza, facilitando la comunicación y el aprendizaje

6.7 Matriz del proyecto (marco lógico)

Fin del proyecto:

Implementar talleres de psico-educación para reducir el consumo de alcohol, en adolescentes guatemaltecos; además de fomentar la psico-educación preventiva en la institución educativa y sus respectivas familias.

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Objetivo General</p> <p>Desarrollar talleres de psico-educación para reducir el consumo de alcohol, en adolescentes guatemaltecos; además de fomentar la psico-educación preventiva en la institución educativa y sus respectivas familias.</p>	<p>Entrevista a usuarios padres de familia, tutores o responsables antes de iniciar el proceso de tratamiento</p> <p>Evaluación antes y después del funcionamiento familiar cada dos meses.</p>	<p>Entrevista a usuarios, padres de familia o tutores antes de iniciar el proceso de tratamiento.</p> <p>Aplicación del APGAR familiar antes y después del funcionamiento familiar.</p> <p>Informes de evaluación del proyecto, informes de ejecución presupuestaria total</p> <p>Listado de asistencia de los usuarios y familiares.</p> <p>Reuniones del equipo multidisciplinario para discusión de casos.</p>	<p>La aplicación de un proyecto que implique talleres, e intervención psicoeducativa, en adolescentes guatemaltecos -quienes por la influencia de factores de riesgo psicológicos y socio-culturales, abusaron del consumo de alcohol-puede ayudara prevenir el consumo en el futuro.</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Objetivos Específicos</p> <p>Desarrollar talleres psicoeducativos a nivel individual fortaleciendo la autoestima en los adolescentes mediante talleres psicoeducativos.</p> <p>Desarrollar talleres psicoeducativos preventivos sobre factores psicológicos, y socio-culturales en las familias de los participantes</p> <p>Desarrollar talleres psicoeducativos a nivel individual informando de las consecuencias del abuso del alcohol en adolescentes.</p>	<p>Adecuada segmentación de las áreas terapéuticas para ser abordadas en el abordaje con los adolescentes</p> <p>Adecuada segmentación del componente psico-educativo en familiares de los pacientes</p>	<p>Evaluaciones periódicas; evaluación psicométrica final; retroalimentación por parte de los participantes y sus familias.</p> <p>Elaboración de talleres informativos y de psicoeducativos para los adolescentes,</p>	<p>La aplicación sistematizada, organizada, segmentada en áreas de intervención específicas, de un proyecto que implique abordaje terapéutico, e</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Componentes 1</p> <p>Talleres de Psicoeducación en factores psicológicos Individuales en los adolescentes</p> <p>Autoestima</p> <p>Auto- concepto</p> <p>Auto- Aceptación</p> <p>Auto- Respeto</p> <p>Autocontrol</p>	<p>Fortalecer (Autoestima) Elevar el Autocontrol</p> <p>Informar sobre las consecuencias del uso del alcohol.</p> <p>Actividades ejecutadas conforme al calendario y planificación inicial.</p>	<p>Evaluación psicométrica con instrumento adaptado;</p> <p>Informes finales de ejecución de proyecto; Informe final de actividades contrastado con el de ejecución presupuestaria</p>	<p>Las diferentes insuficiencias que los adolescentes muestran en determinadas áreas de su emocionalidad y cognición y comprueban la elección del consumo de alcohol, y la presencia de trastornos inducidos por el mismo, pueden revertirse al trabajar el abordaje terapéutico y así fomentar una alta autoestima, autocontrol Abandono de los procesos de tratamiento por los usuarios con trastorno por uso de sustancias y su núcleo familiar.</p> <p>Falta de recursos económicos para continuar el proceso de tratamiento.</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Componente 2</p> <p>Talleres de Psico-educación en factores socioculturales</p>	<p>Desarrollar integración y funcionalidad familiar</p> <p>Funcionamiento familiar</p>	<p>Evaluación psicométrica con instrumento adaptado; Informes finales de ejecución de proyecto; Informe final de actividades contrastado con el de ejecución presupuestaria</p>	<p>Las diferentes insuficiencias que los pacientes muestran en determinadas áreas de su inter-relación social y familiar determinan la elección del consumo de alcohol.</p> <p>Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.</p> <p>Falta de recurso económico para continuar el proceso de tratamiento.</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Componente 3</p> <p>Realizar talleres psicoeducativos dinámicos. donde</p> <p>Desinformación acerca del abuso.</p>	<p>Fortalecimiento del sistema individual y social, se abordan técnicas de fortalecimiento personal para prevenir el consumo de alcohol</p> <p>Pensamiento critico.</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Resolución de problemas</p>	<p>Informes finales de ejecución de proyecto</p> <p>Informe final de actividades contrastado con el de ejecución presupuestaria</p>	<p>Disminuir el consumo de alcohol, fomentar y desarrollar habilidades, pensamiento</p> <p>Crítico, estilos de vida y ocio saludable y de reducir las consecuencias del consumo. Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.</p> <p>Falta de recurso económico para continuar el proceso de tratamiento.</p>

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 1 “Talleres de intervención psico educativas en factores psicológicos Individuales en los adolescentes “			
1.1 Sesión Presentación de Autoestima	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar el control que se puede ejercer sobre la autoestima, a través de la identificación de los factores que conllevan una autoestima positiva y una autoestima negativa 2. Evaluar sentimientos y consecuencias de tener una autoestima baja 3. Ver las ventajas de la autoestima alta 4. Mejorar la autoestima a través del cambio de los pensamientos negativos sobre uno mismo 	Test de Escala de autoestima de Rosenberg. Auto registro	Deserción de los adolescentes en el proceso de No involucramiento por parte de los adolescentes
1.2 Sesión Presentación de Auto concepto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profundizar el conocimiento de los aspectos y cualidades personales, tanto positivos como negativos 2. Identificar las concepciones personales erróneas. 3. Enseñar a pensar en positivo acerca de uno mismo. 	Folleto de prueba de Auto concepto a para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.3 Sesión Auto-Respeto	<ol style="list-style-type: none"> 1. conocer y aceptar tus emociones negativas. 2. mayor conocimiento sobre ti mismo. 	Folleto de prueba de Auto- respeto a para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 1 “Talleres de intervención psico educativas en factores psicológicos Individuales en los adolescentes “			
1.4 Sesión Auto Concepto	Conocerse a si mismos y, también, a controlar o regular la conducta.	Folleto de prueba de Auto- Concepto a para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.5 Sesión Asertividad	1. Diferenciar los comportamientos agresivo, asertivo y pasivo. 2. Aprender a responder asertivamente ante situaciones sociales como peticiones o críticas	Folleto de prueba de Asertividad a para el usuario. Auto-registro	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.6 Sesión Toma de decisiones	1. Identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución. 2. Facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer Un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.	Folleto de prueba de Toma de decisiones a para el usuario. Auto-registro	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.7 Sesión Pensamiento Critico.	Fomentar el pensamiento crítico e independiente como método para guiar nuestra Conducta.	Folleto de prueba de Pensamiento Critico a para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 1 “Talleres de intervención psico educativas en factores psicológicos Individuales en los adolescentes “			
1.8 Conductas Riesgo	Sesión de 1. Identificar conductas de riesgo y las posibles consecuencias en diferentes situaciones. 2. Reflexionar sobre las consecuencias negativas del consumo	Folleto de prueba de Conductas de Riesgo a para el usuario. Auto-registro	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.9 Percepción Riesgo	Sesión del 1. Aumentar los conocimientos acerca del alcohol, los efectos negativos y el riesgo del consumo excesivo 2. Incrementar la percepción del riesgo del consumo del alcohol	Folleto de prueba de Percepción del Riesgo a para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.10 Sesión Presión Grupal, Influencia	1. Conocer formas de presión grupal y saber identificarla 2. Adquirir técnicas para hacer frente a la presión arupal	Folleto de prueba de Presión Grupal / Influencia a para el usuario. Auto-registro	Deserción de los adolescentes y familiares en el proceso de tratamiento
1.11 Clarificación	Sesión 1. Aplicación de técnicas de intervención verbal	Evaluación trimestral de los usuarios y familiares por el equipo multidisciplinario. Informes trimestrales de los usuarios y familiares	Deserción de los adolescentes y familiares en el proceso de tratamiento.
1.12 Entrenamiento en solución de problemas	Sesión de Orientación general hacia el problema. Definición y formulación del problema. Generación de soluciones alternativas. Toma de decisiones. Puesta en práctica y verificación de la solución.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los adolescentes y familiares en el proceso de tratamiento

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 1 “Talleres de intervención psico educativas en factores psicológicos Individuales en los adolescentes “			
1.13 Sesión “Emociones desagradables”	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren emociones desagradables, tales como ansiedad, enojo, tristeza, celos, etc., que identifique los pensamientos precipitadores relacionados con estas emociones, aprenda a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrolle planes de acción para enfrentarlas	Folleto de emociones desagradables del usuario Auto-registro.	El paciente desconoce cuáles son las situaciones de alto riesgo que le molestan en el ámbito emocional, y que conllevan pensamientos precipitadores de consumo
1.14 Taller de Cuidado Emocional	El adolescente es capaz de contener las crisis, abordar situaciones límite y con la habilidad para evitar ser “espejo” o replicar formas violentas de interacción.	Folleto de prueba de Cuidado Emocional a para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.15 Sesión de Auto-crítica	El adolescente aprende a juzgarse a si mismo como lo hace con los demás, de una forma mucho más racional, tolerante, objetiva y positiva.	Folleto de prueba de autocrítica para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.
1.16 Sesión de Auto-Control	Identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren quererse probar el control sobre la sustancia, que identifique los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones,	Folleto de prueba de autocontrol para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los adolescentes en el proceso de tratamiento. No involucramiento por parte de los adolescentes.

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 2 “Talleres de Intervención psicoeducativa en factores psicológicos, y socio-culturales”			
2.5 “Sesión Empatía con mi hijo”	<p>1. Aprender a tomar el rol del “otro”, pudiendo así conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones.</p> <p>2. Aprender a responder adecuadamente al estado emocional del “otro”.</p>	<p>Evaluación trimestral de los avances en el proceso.</p> <p>Reuniones del equipo multidisciplinario</p> <p>Lista de asistencia de los participantes.</p>	
2.6 Auto registro de situaciones de riesgo	Hojas de auto registro de situaciones de riesgo	<p>Revisión semanal del auto registro de situaciones de riesgo del usuario.</p> <p>Entrevista con los familiares</p>	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.7 Rol playing	<p>Representaciones para fomentar la comunicación entre los miembros de la familia. Cambios</p> <p>Evaluación trimestral de los avances en el proceso psicoterapéutico.</p> <p>Reuniones del equipo multidisciplinario Cognitivos y conductuales.</p>	<p>Evaluación trimestral de los avances en el proceso.</p> <p>Reuniones del equipo multidisciplinario.</p> <p>Lista de asistencia de los participantes.</p>	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.8 Confrontación	Modificación de Actitudes del usuario y la familia en las sesiones de terapia familiar. Reducción del consumo de alcohol	<p>Evaluación trimestral de los avances en el proceso.</p> <p>Reuniones del equipo multidisciplinario.</p> <p>Lista de asistencia de los participantes. Multidisciplinario</p>	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 2 “Talleres de Intervención psicoeducativa en factores psicológicos, y socio-culturales”			
2.9 Señalamiento	Capacidad de insight en el proceso terapéutico.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
2.10 “Sesiones de Relajación progresiva”	Disminución de los niveles de estrés de la familia, padres y adolescentes.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 3 “Talleres de Intervención psico-educativa informativa sobre las diferentes problemáticas del abuso del alcohol y desinformación acerca del abuso”			
3.1 “Taller Alcohol, percepción del riesgo”	1. Aumentar los conocimientos acerca del alcohol, los efectos negativos y el riesgo del Consumo excesivo. 2. Incrementar la percepción del riesgo del consumo del alcohol	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.2 “Taller Efectos y riesgos del consumo de alcohol”		Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.3 “Taller mitos y creencias del alcohol”	1. Desmitificar cuestiones acerca del alcohol, generar una visión más real del alcohol 2. Fomentar el pensamiento crítico en los debates acerca de los mitos del alcohol	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.4 “Taller Publicidad del alcohol”	1. Desarrollar pensamiento crítico hacia la publicidad y sus mensajes ocultos. 2. Concienciar de la influencia de la publicidad sobre el consumo del alcohol.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 3 “Talleres de Intervención psico-educativa informativa sobre las diferentes problemáticas del abuso del alcohol y desinformación acerca del abuso”			
3.5 “Taller Minimización de riesgos asociados al consumo”	1. Reflexionar acerca de las consecuencias de consumos de riesgo. 2. Reflexionar acerca de las consecuencias que tienen diferentes consumos. 3. Conocer la existencia de un consumo de alcohol que minimiza los riesgos	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.6 Sesión Campaña publicitaria”	Trabajar en equipo en relación a la prevención del consumo excesivo de alcohol, Realizando una campaña publicitaria.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.7 “Taller Socio drama”	Dramatización acerca de una familia disfuncional con problemas de alcohol en comparación de otra familia sin consumo.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	
3.8 “Taller de concientización sobre la cultura del alcohol”	Abarcar un conocimiento un poco más de lo general sobre las drogas. A los padres de familia o tutores y miembros de la comunidad se les hablara de las drogas y su cultura, que conductas se han normalizado, los tipos de consumo y las distintas razones del consumo sobre todo en la adolescencia	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 3 “Talleres de Intervención psico-educativa informativa sobre las diferentes problemáticas del abuso del alcohol y desinformación acerca del abuso”			
3.9 Taller de concientización sobre la cultura del alcohol” Parte 2	Se desea abarcar un conocimiento un poco más de lo general sobre las drogas. A los padres de familia o tutores y miembros de la comunidad se les hablara de las drogas y su cultura, que conductas se han normalizado, los tipos de consumo y las distintas razones del consumo sobre todo en la adolescencia	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.10 “Taller Mis Valores”	Transmitir valores propios.	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.11 “Taller Riesgos del Consumo de alcohol”		Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.12 “Taller Experiencias Pasadas”	Compartir experiencias propias o familiares en las cuales el alcohol llevo acontecimientos desastrosos”	Evaluación trimestral de los avances en el proceso. Reuniones del equipo multidisciplinario. Lista de asistencia de los participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
COMPONENTE 3 “Talleres de Intervención psico-educativa informativa sobre las diferentes problemáticas del abuso del alcohol y desinformación acerca del abuso”			
3.13 Sesión “Necesidad física y tentación de consumo”	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren la necesidad física y la tentación de consumo de la sustancia, que identifique los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones, aprenda a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrolle planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.	Folleto de necesidad y tentación de consumo para el usuario. Auto-registro.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.14 “Taller Físico” Malestar	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren el malestar físico, dolor o insomnio; identifica los pensamientos precipitadores relacionados a estas emociones, aprende a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta,	Folleto de necesidad y tentación de consumo para el usuario. Auto-registro. Lista de participantes	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento
3.15 “Taller ocio saludable”	1. Fomentar el trabajo en equipo, fomentando a su vez, las habilidades sociales 2. Llevar a la práctica el ocio saludable 3. Hacer que el alumnado se sienta autosuficiente a la hora de planificar su propio ocio saludable	Folleto de ocio saludable. Auto-registro. Lista de participantes.	Deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento

6.8 Presupuesto

Resultado	Componente	Producto	Costo Mensual/Anual
Implementar talleres de psico-educación para reducir el consumo de alcohol, en adolescentes guatemaltecos; además de fomentar la psico-educación preventiva en la institución educativa y sus respectivas familias para reducir el consumo de alcohol, en adolescentes guatemaltecos; además de fomentar la psico-educación preventiva en la institución educativa y sus respectivas familias	Dividido por áreas específicas de ejecución del proyecto	Acción, material, bien o servicio que integrará el proyecto	(En Quetzales)
	1. Gestión previa	Gasolina	Q 1,000.00
		Depreciación vehicular	Q 1,000.00
		Parqueo	Q 1,000.00
		Conectividad / Internet	Q 2,500.00
		Tiempo (2 meses)	Q 11,000.00
	Recursos materiales para la realización del proyecto:	Mobiliario, insumos y equipo de oficina (por año)	Q 15,000.00
		Equipo de cómputo, equipo de proyección, equipo de audio, equipo de comunicación (por año)	Q 75,000.00
		Conectividad, soporte web, diseño html (por año)	Q 75,000.00
		Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares. (por año)	Q 50,000.00
		Refrigerios para los participantes adolescentes, padres de familia y maestros (por año)	Q 20,000.00
		Refrigerios para el personal de apoyo. (por año)	Q 20,000.00
	Recurso humano	Alquiler de vehículos para traslado de personal, y/o para los integrantes del proyecto y sus familias. (por año)	Q 15,000.00
		Maestrando (Profesional a cargo del proyecto (por año)	Q 144,000.00
		Psicólogo / Terapeuta (por año)	Q 120,000.00
		Psicólogo / Terapeuta (por año)	Q 120,000.00
Asistente (por año)		Q 60,000.00	
		TOTAL	Q 730,500.00

6.9 Cronograma

Actividades a realizar	Primer año												Segundo	
	Ene	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.
Gestión Inicial del Proyecto	■													
Inducción al equipo de trabajo/apoyo	■													
Elaboración de materiales gráficos	■													
Traslado de equipo de oficina y mobiliario	■						■							
Convocatoria participantes	■													
Evaluación participantes		■						■				■		
Talleres Individuales con los adolescentes		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Talleres grupales con los adolescentes				■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Talleres de Seguimiento dos al año.							■				■			
Presentación de informes de ejecución a instituciones financiera				■				■				■		
Evaluación del proyecto (Participantes y equipo de trabajo)						■					■	■		
Recopilación de datos, tabulación y elaboración de informes de resultados												■		
Presentación de resultados													■	
Al obtener la renovación del proyecto, reinicio de actividades														■

6.9 Evaluación.

Evaluación	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Inicial	<p>Evaluación inicial de la familia por equipo multidisciplinario. (APGAR)</p> <p>Evaluación inicial del adolescente por el equipo multidisciplinario.</p>	<p>Evaluación intermedia del adolescente y familia por el equipo multidisciplinario.</p> <p>Avances en el proceso de tratamiento.</p>	<p>Evaluación final de avances en el proceso de tratamiento, al usuario y núcleo familiar.</p> <p>Evaluación de la aplicación de las actividades del proceso de tratamiento.</p> <p>Evaluación de la deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.</p>
Proceso	<p>Evaluación trimestral de los adolescentes y por el equipo multidisciplinario</p>	<p>Evaluación trimestral de estrategias de resolución de Informes trimestrales del equipo multidisciplinario del usuario y su núcleo</p> <p>Informe de usuarios y familiares que abandonan el proceso de tratamiento.</p>	<p>Evaluación final de avances en el proceso de tratamiento, al usuario y núcleo familiar.</p> <p>Evaluación de la aplicación de las actividades del proceso de tratamiento.</p> <p>Evaluación de la deserción de los usuarios y familiares en el proceso de tratamiento.</p>
Final	<p>Evaluación final del adolescente y su familia por el equipo multidisciplinario</p>	<p>Evaluación trimestral de avances en el proceso de tratamiento.</p> <p>Elaboración de informe intermedio de tratamiento</p>	<p>Número de usuarios que finalizan su proceso psicoterapéutico</p> <p>Numero de familiares que finalizan su proceso de terapia familiar.</p> <p>Disminución de los conflictos familiares entre el usuario y la familia</p>

6.10 Anexo Carta de Autorización Instrumento



**Apreciable Marilyn Bridgett Castañeda Girón,
Pte.**

Reciba Ud., por este medio, mi más sincero deseo que todo marche de forma equilibrada, tanto en su entorno personal como laboral.

Por medio de la presente carta le otorgo la autorización solicitada para el uso de la adaptación realizada por mi persona, en 2,019-2, al instrumento CODEU-2 (Cuestionario sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios), elaborado por Arellanez, J., Beverido, P., De San Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C., y Salas-García, B. (Enero de 2018). Así como el uso de cierta información relacionada al manual de calificación de las escalas incluidas en el diagnóstico PERCIBETE 2, 020, para ser utilizado en su investigación titulada *"Prevención del Consumo de Alcohol en adolescentes de la Ciudad de Guatemala"*.

Solo le solicito dar crédito en la misma, tanto al autor de la adaptación, como a los autores del instrumento y del manual de calificación, como requisito de uso, indispensable.

Sin más que agregar me despido de Ud.

Att.,



**Jorge Ernesto Rodas L.
Licenciado en Psicología.
Colegiado #7980**

Diplomado en Proceso Psicoterapéutico.
Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas
(Mención honorífica Summa Cum Laude).
Diplomado en marcos teóricos y metodológicos para el estudio de las culturas del rock y músicas urbanas.
Diplomado en bases y fundamentos de la terapia racional emotiva, cognitiva y conductual.
Diplomado internacional en Cultura de la Investigación on-line. Modalidad Ciencias Sociales.

Referencias

- (OMS), O. M. (2011). Obtenido de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/index.html
- (SECCATID), S. E. (1998). *Qué es el alcoholismo*. Guatemala : Gobierno de Guatemala Vicepresidencia de la Republica .
- (SECCATID), S. E. (2005). *Primera Encuesta Nacional en hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol Tabaco y otras sustancias Adictivas*. Guatemala : Instituto Nacional de Estadística .
- (UNODC), O. d. (2004). *Escuelas educacion base escolar para la prevencion del uso indebido de drogas*. Viena: Red Mundial de Juventud.
- AACAP, A. A. (2015). Los Adolescentes: el Alcohol y Otras Drogas. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Abelson, H. I., Fishburne, P. M., & y Cisin, I. (10 de 2021 de 2013). *Funcionamiento familiar: Evaluación de los potenciadores y obstrutores (I)*. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
- Aguirre, A., Alonso, M., & Guidorizzi, A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *RLAE*, 634-640.
- Alonso-Castillo, M. M., Yañez-Lozano, Á., & Armendáriz-García, N. A. (2017). FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA. *Salud y drogas, vol. 17, núm. 1*, 87-96.
- Alvarez, A., Alonso, M. M., & Guidorizzi, A. C. (2018). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 634-640.
- Ángeles Páramo, M. d. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *TERAPIA PSICOLOGICA* , 85-95.
- Apud, I., & Oriol, R. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health & Adiccitions*, 115-125.
- Arellanez, J., Beverido, P., De San Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C., & y Salas- García, B. (2018). *Breve manual de calificación de las escalas incluídas en el diagnóstico PERCIBETE 2*. Xalapa: Universidad Veracruzana, Red Veracruzana de Investigación en Adicciones.
- Arias Duque, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas* , 138-147.
- Arias, A., Vargas, M., & & Herazo, E. (2013). Confiabilidad y dimensionalidad del audit en estudiantes de medicina. *Psicología del Caribe*, 21-35.
- Armendáriz García, N. A., Rodríguez Aguilar, L., & Guzmán Facundo, F. R. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo Leon Mexico . *Revista Electrónica en Salud Mental vol 4 No. 1*.
- Atienza, F., L., M., & & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestr+ de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología, Universitas Tarraconensis, vol XXII(1-2)*, 29-42.
- Babor, T. F., Higgins, J., Saunders, J., & Monterio, M. G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trasnornos debidos al Consumo de Alcohol*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS .

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2010). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. Organización Mundial de la Salud (OMS) .
- Baptista, M. d., Hernandez Sampieri, R., & Collado, C. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Bolet Astoviza, M. &. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas Vol 22*, 25-31.
- Both, B. (2002). *Al- Anon Grupos de familia*. Bogotá: Corporate Landy Parkway.
- Ceballos, O. A., Carmelina, P. B., Escun, J., Oviedo, H., Erazo, E., & Campos, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima. *Pensamiento Psicológico*, 29-39.
- Cicua, D., Méndez, M., & Muñoz, L. (2008). Factores del consumo de alcohol en adolescentes . *Pensamiento Psicológico* , 115-134.
- CONAPAD. (1992). Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Drogas .
- Diaz C, S., Tirado A, L., & Simancas P, M. (2017). Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. salud*, 541-548.
- Dillion, P. (2018). “Adolescents, brain development and alcohol. *The New Yorker*.
- G., D. C., & A., I. (1985). Ethanol preferentially stimulates dopamine release in the nucleus accumbens. . *Eur. J. Pharmacol*, 131-132.
- Gomez Clavelina, F. J., & Ponce Rosas, E. R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (Version Español). *ATEN FAM* , 104-106.
- Guardia Serecigni, J. (2013). Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohó. *Psicología desde el Cariba* , 1-13.
- Guelbenzu, R. (28 de 09 de 2011). *Wine Defender* . Obtenido de <http://www.winedefender.org/es/pequena-historia-del-alcohol/>
- Hardiman, M. (2011). *Cómo entender las adicciones*. San Pablo.
- Joel Maradona Cristóvão, C., Broche Pérez, Y., & Rodríguez Méndez, L. (2015). Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central . *Arch Neurien Vol. 20*, 79-75.
- Londoño Pérez, C., & Valencia Lara, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología* , 155-162.
- Londoño Perez, C., & Valencia Lara, S. C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios . *Anales de Psicología* , 27-33.
- MSPAS, M. d. (2009). Encuesta Mundial de Salud Escolar. *Encuesta Mundial de Salud Escolar*, 15-21. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Navellian, P. (Octubre de 1981). Sobre el concepto del alcoholismo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* , págs. 342-343.
- Organización Mundial de la Salud, O. (1994). *Glosario de Terminos de Alcohol y Drogas*. Madrid.
- Organización Panamericana de la Salud, O. (2014). *Informe de situación regional sobre alcohol y la*. Washington DC.
- Otto M, S. G. (2003). sychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affective Disorders*, 171-181.
- Papalia, D. E., Wendkos, O. S., & Feldman, R. D. (2005). *Psicología del Desarrollo*. Mexico: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

- Paramo, M. d. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 85-95.
- Peiró, R. (2021). Autoestima. *Economipedia*.
- Pereiro Gomez, C. (2012). *Manual de Adicciones para Medicos especialistas en Formación*. España: Sociedad Científica Española de Estudios Sobre Alcohol.
- Perera Lavandero, M., & Martínez Verde, R. (2004). La escuela tu hijo adolescente y tú. *Revista Varela*.
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 75-94.
- Rodas Lopez, J. E. (2019). *Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adultos guatemaltecos*.
- Rodas Lopez, J. E. (2019). *Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol, mariguana y cocaína en adolescentes*. Guatemala.
- Rodas, J. E., & Ureta, F. (2019). Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol mariguana y cocaína en adultos guatemaltecos.
- Rodríguez Alvarado, M. C., Perozo Sánchez, C. M., & Matute López, J. D. (2014). Resistencia de la presión de grupo y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 25-40.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Salcedo Palacios, D., Ramirez Nova, Y. J., & Acosta Barreto, M. R. (2015). Función y conducta ejecutiva en universitarios consumidores de alcohol. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3-12.
- Sandoval Manríquez, M. (2014). Convivencia y clima escolar: claves de la gestión del conocimiento. *Ultima década*, 22, 153-178.
- Schlesinger Piedrahita, A., & Pescador Vargas, B. (2017). Neurotoxicidad Alcohólica. *Med 25 años*, 87-101.
- Sumba, M. R. (2014). El alcoholismo en la adolescencia. *El alcoholismo en la adolescencia*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Trianes, M. V., De la Morena, B. M., & Raya, I. y. (2006). Un cuestionario para evaluar el clima social del centro escolar. *Psicothema*, 272-277.
- UNODC, O. d. (2017). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. UNODC.