



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TALLER PREVENTIVO DE UNA SESION  
SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS  
DROGAS EN ADOLESCENTES

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A  
**MARIA GUADALUPE GONZALEZ RIVERA**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN  
VICENTE

REVISOR: MTRO. MIGUEL ANGEL MEDINA GUTIERREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

- Agradezco a cada uno de los miembros del jurado, por su gran apoyo, comprensión y paciente espera. Con respeto y admiración por ser parte de este logro en mi vida.

De corazón...Mil Gracias a:

\* Lety Echeverría por confiar en mí y su ánimo que me brindó en todo momento.

\* Maestro Miguel Ángel por su disposición de siempre.

\* Gaby por su entusiasmo en apoyarme y sus valiosos comentarios.

\* Lydia por sus interesantes comentarios ya que enriquecieron este trabajo.

\* Silvia por su disposición y valiosas aportaciones.

- A Lety Salazar, le agradezco su tiempo dedicado, su disposición de siempre, sus aportaciones y por aceptar ser parte de este proyecto.

- A Kalina por aceptarme en su equipo de trabajo, por su ejemplo de entrega a la investigación y por inyectarme el ánimo de seguir adelante con su frase:

“Todo es perfectible...”

- A mis compañeras y amigas de la UAA que participaron de una forma activa en este trabajo.

- A todos los jóvenes participantes y a todos aquellos que de una u otra manera hicieron posible llevar a cabo esta investigación.

- Finalmente agradezco a mi hermana Estela por su apoyo incondicional en la ardua carrera.

**DEDICO ESTE TRABAJO A MIS PADRES POR SER EN MI  
VIDA, UN EJEMPLO DE HONRADEZ, ENTEREZA,  
RESPONSABILIDAD, ESFUERZO Y HUMILDAD,  
PESE A SUS ADVERSIDADES.**

**SE LO DEDICO A MIS INFINITOS AMORES:  
JULIO CÉSAR Y EMILIANO, QUIENES PACIENTEMENTE  
FUERON MI COMPAÑÍA EN MUCHOS MOMENTOS  
DURANTE LA INVESTIGACIÓN Y  
EL MOTOR PARA SEGUIR ADELANTE.  
POR SU PASIÓN POR LA UNAM.**

**Y LA DEDICO A HORACIO... TU CONOCES EL CAMINO DE  
ESTA HISTORIA.**

“Este recorrido ha sido un gran aprendizaje de vida, me levanta el ánimo y fortalece mi deseo de continuar...De saber que cada vez hay nuevos horizontes y que se abrió una gran puerta... He conocido a personas especiales y muy valiosas que ahora quedan impregnadas en vida y que son un ejemplo para mí...Mi admiración a todas ellas”.

...Por el amor que le tengo a mi Universidad  
y por el orgullo de pertenecer a Ella...

---

## Tabla de contenidos

---

<b>Resumen</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Cap. 1 Adolescencia</b>	
1.1 Definición.....	9
1.2 Cambios presentados en ésta etapa.....	11
1.3 Conductas problemáticas.....	20
<b>Cap. 2 Consumo de Sustancias</b>	
2.1 Definición.....	23
2.2 Clasificación de drogas.....	24
2.3 Mecanismos de acción.....	27
2.4 Niveles de consumo.....	27
<b>Cap. 3 Adolescencia y Consumo de Sustancias</b>	
3.1 Epidemiología.....	31
3.2 Consecuencias en adolescentes.....	38
3.3 Factores de riesgo y de protección.....	40
<b>Cap. 4 Estrategias de Atención</b>	
4.1 Niveles de Prevención.....	46
4.2 Programas de Prevención.....	49
4.3 Programas de Prevención en México.....	51
4.4 Programa de Intervención Breve.....	54
4.5 Talleres de Prevención.....	57
<b>Cap. 5 Fundamentos Teóricos para la Propuesta</b>	
5.1 Modelo de Prochaska y DiClemente.....	60
5.2 Modelo de la Entrevista Motivacional.....	64
5.3 Modelo High Scope .....	70
5.4 Justificación.....	75
<b>Método</b> .....	78
<b>Resultados</b> .....	88
<b>Discusiones y Conclusiones</b> .....	96
<b>Referencias</b> .....	105
<b>Apéndice A.</b> Evaluación de Conocimientos (inicial).....	112
<b>Apéndice B.</b> Evaluación de Conocimientos (final).....	114

<b>Apéndice C.</b> Evaluación de Disposición hacia la Adquisición y Cesación al consumo de alcohol y drogas (inicial).....	116
<b>Apéndice D.</b> Evaluación de Disposición hacia la Adquisición y Cesación al consumo de alcohol y drogas (final).....	119
<b>Apéndice E.</b> Cuestionario de Tamizaje de los problemas en adolescentes (POSIT).....	121
<b>Apéndice F.</b> Validación Social.....	123
<b>Apéndice G.</b> Hoja de Registro Personal.....	125
<b>Apéndice H.</b> Carta Descriptiva.....	128

## **Taller Preventivo de una sesión sobre el Consumo de Alcohol y otras Drogas en Adolescentes.**

### **RESUMEN**

A través de un Taller de Prevención Informativo-Interactivo, se pretende aumentar el nivel de conocimientos sobre el consumo de sustancias; incrementar la disposición al cambio en aquellos adolescentes consumidores de sustancias; fortalecer la disposición al mantenimiento en aquellos adolescentes no consumidores (modelo de Prochaska y DiClemente); detectar casos de adolescentes que estén presentando problemas en su consumo para canalizarlos a un programa de Intervención Breve, e identificar consecuencias negativas más frecuentes que presentan los muchachos en el consumo de sustancias. Los fundamentos teóricos aplicados fueron el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, Entrevista Motivacional y Modelo High Scope. Se trabajó con una muestra no probabilística de 287 estudiantes cuyas edades oscilan entre los 13 y 19 años; de nivel medio y medio superior. Para obtener los resultados, se aplicaron Cuestionarios de Conocimientos; Evaluación de Disposición hacia el Cambio, Posit y Validación Social. Para el análisis estadístico se empleó la prueba *t de student* para muestras relacionadas, la prueba de Wilcoxon y análisis de frecuencias.

Los resultados indican que el taller incrementó los conocimientos de los participantes respecto a las drogas; incrementó la disposición al cambio en adolescentes consumidores y fortaleció la disposición de mantenimiento hacia la abstinencia en aquellos adolescentes no consumidores de sustancias. También se detectaron adolescentes que presentaban problemas en su consumo, los cuales fueron canalizados al Programa de Intervención Breve. Por último, los participantes mostraron agrado por el taller.

Descriptores: Adolescencia, consumo de sustancias, talleres preventivos.

## **Introducción**

Esta investigación está dirigida al trabajo con adolescentes que consumen alcohol y otras drogas. Como es bien sabido, la adolescencia es una etapa del desarrollo donde se realizan grandes ajustes a los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan (Papalia, 2005). En ocasiones, estos cambios rebasan los recursos del adolescente e incrementan la vulnerabilidad generándoles situaciones de conflicto y tensión, que pueden conducirlos al consumo de alcohol y otras drogas.

Por otro lado, es preocupante la situación que actualmente prevalece en los adolescentes con respecto al consumo de las drogas. Las investigaciones epidemiológicas reportan que la edad de inicio en el consumo de las drogas, es cada vez menor, (entre los 11 y 12 años) (Medina-Mora, 2002). Además, cabe señalar que la percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco y alcohol, es mucho menor que la reportada con el consumo de otras drogas, lo que facilita que los adolescentes experimenten con estas sustancias. También, las investigaciones han mostrado, que a medida que se inicia más temprano el consumo del tabaco y alcohol, se incrementa altamente la probabilidad de consumir otras sustancias como la marihuana o la cocaína (Medina-Mora, Peña & Cravioto, 2002), situación que afecta y daña el desarrollo de los adolescentes. Es por esto, que se incluyen las implicaciones y consecuencias en el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes.

Con base en la necesidad de elaborar y proponer programas de prevención sobre el consumo de sustancias en adolescentes, se propone en este estudio la aplicación de un Taller Preventivo de una sola sesión, con carácter Informativo-Interactivo, en el que se establecieron como objetivos comparar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el uso de alcohol y otras drogas antes y después de la aplicación del taller; fortalecer la decisión de mantenerse en la abstinencia en aquellos adolescentes que no han iniciado un consumo de sustancias; así como el incrementar la disposición al cambio en aquellos que ya consumen. Para lograr estos objetivos, los adolescentes recibieron información acerca de las consecuencias y factores que pueden provocar el consumo de alcohol y otro tipo de drogas; se les ofreció una serie de herramientas de enfrentamiento ante



situaciones en donde se les pudiera presentar el consumo, así como también se les proporcionó un listado de consejos para lograr un consumo responsable. A su vez, se les dieron diferentes alternativas de recreación sana para realizar en su tiempo libre. Otro de los objetivos, fue el de detectar casos de adolescentes que al presentar problemas en su consumo se canalizaron para su atención en el “Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y Otras Drogas”. Éste trabajo forma parte de un proyecto más amplio que se realiza en la Universidad Autónoma de Aguascalientes y que se orienta a apoyar a los adolescentes consumidores de sustancias para que al participar en dicho programa, cambien su consumo. Este taller se aplicó a estudiantes adolescentes que radican en zonas urbanas del estado de Aguascalientes y cuyas edades oscilan entre los 13 y los 19 años.

Los resultados obtenidos en esta investigación indican un incremento significativo ya que en cuanto al nivel de conocimientos sobre el consumo de sustancias al final del taller, se observó que un alto porcentaje de los participantes, fortalecieron los conocimientos que ya tenían y adquirieron otros. En lo referente a su disposición al cambio, la mayoría de los adolescentes consumidores de sustancias, se encontraban al inicio del taller en una etapa en la que, aunque se daban cuenta que su consumo les generaba problemas, ellos no querían cambiar (contemplación), sin embargo al final modificaron su forma de pensar y decidieron tener un cambio en su consumo (determinación). Esto significa que la información que recibieron a lo largo del taller, los sensibilizó hacia el cambio. Por lo que respecta a los adolescentes no consumidores, se logró que se mantuvieran en la abstinencia. Por otro lado, se detectaron oportunamente y se canalizaron a los adolescentes que están iniciando y teniendo consecuencias negativas por su consumo para modificar este comportamiento.

Por último, en cuanto a la satisfacción social, los participantes mostraron agrado por el taller.

# **CAPITULO 1.**

## **ADOLESCENCIA**

### **1.1 Definición**

Hace algunos años, se tenían puntos de vista opuestos sobre el período adolescente. Por un lado tenemos a G. Stanley Hall (1964, citado en McKinney, 1982), quien es considerado por muchos como padre de la “psicología de la adolescencia”, fue el primero que estableció una psicología específica de esta etapa y utilizó métodos científicos para su estudio (Muuss, 1984). Él describió la adolescencia como un periodo característico a un momento de “tormenta e ímpetu”, de tensión (estrés), aflicción, turbulencia y transición. De acuerdo con este teórico, la adolescencia representa un segundo nacimiento, pues es entonces cuando aparecen los rasgos más evolutivos y más esencialmente humanos (Muuss, 1984).

Esta teoría ha seguido teniendo sus defensores, en particular entre psicólogos y sociólogos de tendencia psicoanalítica, quienes consideran que la esencia misma del período de la adolescencia es el conflicto mismo. El sociólogo Friedenberg (1959), ha sugerido que la identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan con sus padres y con otros personajes de autoridad. Dicho de otra manera, los adolescentes pueden esclarecer lo exclusivo de su propia experiencia solamente si la contraponen a la experiencia de aquellos que los han precedido, determinan la exclusividad de su propia individualidad e independencia solamente mediante el conflicto con aquellos que quisieran mantenerlos sumisos.

Por otro lado, esta teoría también tiene sus adversarios, por ejemplo, Albert Bandura (1964, citado en McKinney, 1982) quien sostiene que es un mito la idea de que la adolescencia necesariamente es un período tormentoso. Argumenta que los adultos han prestado demasiada atención a las señales superficiales de inconformidad en los jóvenes, a las modas de los jóvenes más que a su conformidad, y a su rebelión más que a su obediencia. Afirma que son los medios masivos de comunicación los que han destacado dramáticamente este aspecto de la adolescencia y que tal

vez los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado para una sociedad adulta.

Actualmente, al parecer, ni la postura de Hall ni la de Bandura, son totalmente correctas; y aunque el estudio científico en el campo del desarrollo de la adolescencia es reciente y no existe una definición exacta, hoy día sabemos que “La adolescencia es la etapa de la vida donde ocurre una decisiva transición entre la niñez a una autosuficiencia psicológica, social y económica” (Sarafino & Armstrong, 1988).

Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Así tenemos, que el término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad. Aunque según Hall, la adolescencia finaliza relativamente tarde, entre los 22 y 25 años de edad (Muuss, 1984).

Para concluir este apartado, es necesario añadir que el mundo del adolescente, es uno que se transforma, y posee innumerables posibilidades, pero también muchos retos. Gran parte de la confusión actual en las ideas relativas a la adolescencia, proviene de la difundida tendencia errónea de suponer que todos los adolescentes tienen que enfrentar los mismos problemas y demandas, que reaccionan a ellos de manera semejante, pero esto no es así. Es indudable que la mayor parte de ellos comparten cierto número de experiencias y problemas comunes: 1) todos sufren los cambios fisiológicos y físicos de la pubertad y del crecimiento ulterior a la adolescencia; 2) todos sienten la necesidad de establecer su propia identidad; 3) todos se enfrentan a la necesidad de abrirse camino en la vida como miembros independientes de la sociedad. Sin embargo, no todos se enfrentan a las mismas exigencias de su ambiente y cada adolescente reacciona de manera distinta al experimentar los diversos cambios que se le van presentando. La intensidad de estos problemas depende de la disponibilidad de apoyo emocional e instrumental de los otros, entre quienes se incluye la familia, de los iguales o de los amigos (Garagordobil, 2000).

## **1.2 Cambios en la Adolescencia**

### **1.2.1 Cambios biológicos y físicos**

La adolescencia, como fenómeno psicológico, puede no ser tan común a todas las culturas, sin embargo los cambios biológicos en este periodo son universales (Montemayor & Flannery, 1990; citados en Lefrançois, 2001).

El inicio de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando que son ellas quienes maduran sexualmente antes. La madurez sexual se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes, están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde (Horrocks, 2001).

### **1.2.2 Cambios intelectuales**

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget

asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida (Papalia, 1985).

Por otro lado, las habilidades cognoscitivas de los adolescentes, permiten que su auto-concepto sea cada vez más abstracto, bien organizado e integrado. Simultáneamente, muestra una clara conciencia e interés por motivaciones, creencias, actitudes y valores. En otras palabras: el adolescente está más compenetrado en los aspectos internalizados del ego (Sarafino & Armstrong, 1988).

Así también, Gordon (1983), menciona que en la adolescencia se desarrolla un modo juvenil de pensamiento, desde el nivel “concreto” hasta el nivel “hipotético-deductivo” y el individuo comienza a usar la lógica proposicional. Donde antes percibía sobre todo a través de los sentidos, ahora puede usar conceptos abstractos y utilizar también relaciones complejas: de hecho, termina aplicando las leyes del pensamiento y la razón formal al conjunto de su experiencia. Este cambio cognitivo en el desarrollo ayuda a explicar el marcado interés del adolescente por las discusiones.

### **1.2.3 Cambios afectivos**

Algunos adolescentes experimentan la transición a la edad adulta con relativa facilidad, pero otros, presentan dificultades ya sea por fuerzas económicas y/o estructurales que hacen más difícil su paso a la posición adulta. Es decir, pueden verse obligados a afrontar demasiados retos para su autoestima y su identidad a la vez. Para algunos jóvenes en estas situaciones, el comportamiento antisocial o la conducta autodestructiva pueden ser la consecuencia de su necesidad de encontrar posición social o consuelo (Sarafino & Armstrong, 1988).

Los cambios afectivos más evidentes en los adolescentes son las variaciones en el estado de ánimo, que pueden pasar de instantes de felicidad a episodios de tristeza o enojo. Todos ellos tendiendo a la exageración, por lo cual resulta difícil entenderlos. Otro cambio más, se refiere a la

construcción de la propia identidad, el joven busca una manera de ser diferente de los adultos y de los niños, pero igual a los modelos culturales y sociales de las personas de su edad o mayores con comportamiento adolescente. Esta situación de buscar un camino propio puede conducir al joven a modificar su manera de pensar y sentir conforme va conociendo personas nuevas (Papalia, 1985)

Esta búsqueda de identidad le lleva a rechazar las costumbres y tradiciones de la familia o proponer nuevas formas de pensar y sentir frente a las cosas que le pasan; les lleva a modificar su manera de pensar de un día a otro, según la influencia que reciban de los demás. Trata de formar un criterio propio pero todavía con debilidad, así también pasará por varias fases, como la duda, el rechazo, la provocación, las experiencias, la ansiedad, la depresión, entre otras. La falta de experiencia le provocará el tomar decisiones aceleradas, poco reflexivas, sin valorar las consecuencias a largo plazo, ya que es característico en los jóvenes que no les preocupe el futuro, porque se sienten con tanta energía y tiempo por delante que creen que serán capaces de sobreponerse a todo y todos, a pesar del costo que les implique. Les gusta ser independientes, pero regularmente no les agradan las responsabilidades que van más allá de sí mismo, como lo son el trabajo y la familia. Trata de ser cada vez más autosuficiente pero continua estando limitado por su familia por diversas causas (económica, legal y emocional), por lo cual trata de extender sus límites de acción, con el apoyo de otros sujetos con su misma edad o con sus mismos ideales (Sarafino & Armstrong, 1988).

La teoría de Erik Erikson (1974), enfatiza, que el adolescente en esta etapa está haciendo frente a la apremiante urgencia o necesidad de una identidad personal y sólo se logra cuando se forma un auto-concepto estable, aceptable y funcional. Quienes tienen éxito en esta tarea, adquieren un sentido de **identidad** que “se experimenta como un bienestar psicológico”. El adolescente alcanza un sentido de identidad cuando está razonablemente seguro de su auto-concepto – sus valores, sus habilidades, sus intereses y sus creencias- y cuando sabe qué quiere en el futuro.

Un ambiente familiar de represión, crítica, rechazo o abandono daña al adolescente en su autoestima y puede provocar conductas antisociales, como lo son el consumo de drogas, la

participación en pandillas o bandas, así como una falta de respeto a los derechos y necesidades de los demás frente a las propias (Papalia; Wendkos & Duskin, 2005).

El adolescente tiene un gran número de cambios que le confunden como por ejemplo; se encuentra ante un cuerpo que cambia tan rápido que apenas si se reconoce, le llama la atención el sexo opuesto y la mayoría de las veces no sabe como acercarse o qué hacer ante esos sentimientos y sensaciones; tiene que elegir lo que va a hacer en el futuro por ejemplo: si va a estudiar una carrera corta o larga, si va a trabajar en qué y decisiones tan importantes para el resto de su vida, cuando se encuentra en una etapa de confusión. Esto nos puede ayudar a explicar el por qué de tanta inestabilidad. También es egocentrista. Siente que puede hacer todo y trae como consecuencia el gusto por el riesgo. Así también, siente que todo el mundo lo ve, esto le da una sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo. El adolescente va elaborando una escala de valores o códigos de ética (Coleman & Hendry, 2003).

Por otro lado, Garaigordobil (2000) menciona que las transformaciones corporales suelen ser causa de preocupación para los adolescentes, una fuente de incertidumbre sobre el futuro de su desarrollo corporal. Estos cambios les despiertan ansiedades de diversa índole, como sentimientos de desarmonía, de extrañeza, de despersonalización. El aspecto físico preocupa en esta etapa, siendo el físico y la apariencia, factores que desempeñan un papel muy importante en la auto evaluación del adolescente. La sexualidad del adolescente y del adulto estará condicionada por la vivencia que se haya tenido en la sexualidad infantil. Sin embargo, al llegar a la pubertad los impulsos sexuales comienzan a expresarse y a actuar presentándose deseos de interacción sexual que dan lugar a los primeros contactos genitales exploratorios y preparatorios de las futuras relaciones genitales que suelen darse, tendencialmente, en las etapas finales de éste período (17-19 años de edad) (Aberastury & Knobel, 1988).

Garaigordobil (2000) menciona que la sexualidad es algo fisiológico y anatómico, pero también es algo emocional, ya que tiene un impacto importante en el ámbito de los sentimientos, pudiendo generar sentimientos de satisfacción o insatisfacción, de seguridad o de miedo y afirma que esta

emergencia de la sexualidad, despierta temores de diversa índole tales como: dudas sobre la identidad sexual (homosexualidad-heterosexualidad), temores frente al otro sexo (perturbaciones, miedo, preocupaciones, inseguridad...), temores de embarazo, temores de enfermedades venéreas, etc.

#### **1.2.4 Cambios sociales**

De manera inevitable los adolescentes atraviesan en esta etapa por cambios sociales en los que influyen de manera importante las relaciones familiares y de los amigos, siendo estos últimos una influencia muy fuerte (Craig, 1997).

#### **Relaciones familiares**

La familia juega un papel muy importante en la vida de un adolescente, ya que es en ella donde va a adquirir valores, experiencias, hábitos, diferentes formas de enfrentar las situaciones de la vida, formas de comunicación, etc., lo cual lo llevará a tener éxitos o fracasos.

En esta etapa, generalmente los padres tienen actitudes ambivalentes hacia la creciente madurez y el alejamiento del adolescente. Por una parte, es lo que querían que sucediera, pero por la otra, muchos encuentran difícil admitir que su hijo comienza a tener una vida propia y algunos incluso se sienten rechazados.

Algunas teorías sostienen que los conflictos entre padres y adolescentes son inevitables. La teoría sociológica de Davis (1940, 1960) sostiene que la probabilidad de conflicto aumenta cuando existen grandes diferencias generacionales; en la cultura general; las oportunidades de educación y las tendencias en la ocupación elegida. Estas diferencias existen más en las sociedades que cambian con rapidez donde los avances tecnológicos son cosa común y el nivel de migración es alto. Esto conduce a la brecha entre generaciones. Por otra parte, las teorías psicoanalíticas de Freud y sus seguidores explican que el conflicto no sólo es inevitable, sino que puede ser necesario para que surjan la independencia y una clara concepción del ego. El conflicto permite a los adolescentes



cuestionar las normas morales, las opiniones, las actitudes y los valores. Mediante ese cuestionamiento pueden adquirir una mejor comprensión de sí mismos y de su realidad con el mundo que los rodea (Sarafino & Armstrong, 1988).

En contraparte, una de las razones por las que los adolescentes no tienen muchos conflictos con sus padres, es que sus valores y actitudes no son muy diferentes (Bealer, Willits & Maida, 1964; Coleman, George & Holt, 1977; Thurnher, Spence & Lowenthal, 1974; Troll, Neugarten & Kraines, 1969; citado en Sarafino & Armstrong, 1988). En tanto que, Elder (1962) y Slocum (1958), mencionan que cuando existe sinceridad y una comunicación adecuada, se presentan menos conflictos y se da un mayor diálogo. Los estudios muestran que los adolescentes cuyos padres aceptan sus opiniones y participan en la discusión de problemas familiares, tienden más a considerar que sus padres son más accesibles y que su vida familiar es menos problemática (Sarafino & Armstrong, 1988).

Por otro lado, Kendell (1978, citado en Cañas, 2004), observó que el “uso indebido de drogas” parece ser un fenómeno de la adolescencia ligado al proceso normal para problemas del crecimiento, con la experiencia de nuevas formas de comportamiento; la obtención de la confianza en sí mismo, el desarrollo de las relaciones cercanas con las personas que no son de la familia y el uso frecuente de drogas ilegales, todo esto, parece estar más condicionado por el tipo de relaciones padre-adolescente que por otros factores; así mismo concluye, que el uso indebido de drogas es básicamente un fenómeno familiar.

Por otra parte, durante la adolescencia no son frecuentes las rivalidades fuertes entre hermanos y estas dependen de diversos factores, como la edad y el sexo. Según un estudio de estudiantes de la escuela superior, alrededor del 70% informaron un profundo apego a sus hermanos; donde existen sentimientos más sólidos hacia los hermanos del mismo sexo (Bowerman & Dobash, 1974; citado en Sarafino & Armstrong, 1988). En la mayoría de las familias, estas relaciones pueden formalizarse cuando los padres asignan roles y obligaciones. El resentimiento por la asignación de tareas puede depender de la manera como se plantean. Los padres pueden reducir el resentimiento al

explicar la necesidad de que dichas tareas domésticas sean realizadas y preguntar qué piensa el hijo acerca de las asignadas.

Los cambios en las relaciones entre hermanos precede a cambios similares en las relaciones entre los adolescentes y los padres: más independencia por parte del joven y menos autoridad ejercida por la persona mayor. A medida que los jóvenes llegan a la preparatoria, sus relaciones con sus hermanos se vuelven progresivamente más iguales. Los hermanos mayores ejercen menos poder sobre los más jóvenes y pelean menos con ellos. Los adolescentes todavía muestran intimidad, afecto y admiración por sus hermanos y hermanas pero sus relaciones son menos intensas (Buhrmester y Furman, 1990, citado en Papalia, 2005).

### **Amistad y grupo de iguales**

Conforme el adolescente se aleja de su familia, comienza a depender más y más de sus compañeros y de sí mismo. Es en esta etapa cuando más se relacionan con otros compañeros de su edad que están pasando por el mismo proceso. Buscan así la "identidad de grupo" pues con sus amigos sí se pueden sentir más comprendidos (Michelson, 1987).

El grupo constituye la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta (Knobel, 1984). En opinión de Rodríguez (1994) toda esta dinámica se desencadena a raíz de la búsqueda por parte del adolescente de una nueva identidad: social, sexual y psicológica; lo que le llevará a impugnar los antiguos patrones y normas pre establecidos (brecha generacional) y desear desarrollar un campo de acción y de manifestación realmente propio (cultura adolescente), lo que vendrá a significar un campo sociocultural renovador inherente a toda nueva generación. El territorio grupal aparece como sustituto del espacio familiar, buscando espacios propios de libertad que le aseguren una autonomía fuera del control y del dominio del adulto (Garaigordobil, 2000).

Los adolescentes tienden a conformarse con los valores parentales en las áreas que consideran de importancia, como los planes educativos, mientras que los iguales ejercen su influencia en las áreas más triviales, como en las cuestiones de la moda, lenguaje, etc. Sin embargo, los adolescentes

tienen una influencia bastante poderosa sobre las decisiones que conciernen al esparcimiento y al consumo de drogas (Hopkins, 1986).

Por otro lado, sería erróneo asumir, que todos los jóvenes son susceptibles por igual a la influencia de los iguales. Bajo condiciones específicas, la mayoría son algo susceptibles, en ciertos momentos a algunas influencias. Así mismo, es más probable que los adolescentes experimenten una sutil presión para someterse a los valores y las normas de grupo (“persuasión suave”) que intentos abiertos de controlarlos o manipularlos (Shucksmith & Hendry, 1998; Hendry et al, 1998; citado en Coleman, 2003).

Así también, los grupos de amistad íntima se desarrollan por elección y por preferencia mutua por características y actividades en colaboración y en cierto sentido permiten al joven una reafirmación de la identidad escogida en la adolescencia intermedia. Además, hacen posible a los jóvenes percibir, comprender y aceptar los valores de sus agrupamientos escogidos. Esto a su vez les permite ser bastante críticos e incluso cáusticos hacia las modas, los comportamientos y la conducta social general de otros grupos (Coleman, 2003).

Las relaciones con los iguales inciden en forma decisiva sobre aspectos tales como el proceso de socialización en general, la adquisición de competencias y destrezas sociales, el control de los impulsos agresivos, el grado de adaptación a las normas establecidas, la superación del egocentrismo, la relativización progresiva del punto de vista propio, el nivel de aspiración e incluso el rendimiento escolar (Johnson, 1981; citado en Garaigordobil, 2000).

La formación de grupos espontáneos en esta etapa, permite al adolescente elaborar ideas y experiencias vividas, la discusión de ideologías y puntos de vista, el desarrollo de la amistad y el enamoramiento con sus primeras satisfacciones y desilusiones. Tener amigos, es un logro social significativo, un indicador de competencia y destreza social. Sin embargo, distintos autores (Sullivan, 1953; Hartup y Sancilio, 1986) subrayan que la ausencia de amigos puede ser un riesgo para posteriores dificultades en el desarrollo social y emocional, habiéndose encontrado (Bukowski et al., 1998) una relevante asociación entre amistad en la infancia, en la adolescencia, desarrollo

cognitivo y de la personalidad. La amistad es indispensable en la vida del adolescente, pues sin ella quedarían sin desarrollar multitud de valores de orden intelectual, afectivo e incluso físico que la enriquecen grandemente (Riesgo y Pablo, 1983).

A lo largo de los años adolescentes, se estabilizan las relaciones de amistad. En la adolescencia temprana (11-13) la amistad descansa en la actividad común más que en la interacción misma. Al principio de la adolescencia, las amistades giran en torno a actividades e intereses compartidos más que al grado de compromiso psicológico. Durante la adolescencia media (14-16) se acentúa la seguridad y lo que el adolescente necesita es un amigo fiel, digno de confianza. En esta etapa, llegan a adquirir más importancia las emociones compartidas, representadas por la sensibilidad, la empatía y por otros factores psicológicos. Durante esta etapa, el poseer una buena imagen y unas características de personalidad atractivas son ventajas para ser miembro popular dentro del grupo de iguales. En la adolescencia tardía, desde los 17 años, se da paso a una experiencia más relajada de la amistad, se teme menos la pérdida o el abandono del amigo, quizá porque para entonces se han iniciado ya importantes relaciones heterosexuales. Al final de la adolescencia, se establece una forma de amistad relativamente más segura, en general, se produce un cambio hacia intereses más heterosexuales, incluyendo las amistades íntimas (Fierro, 1985; Hopkins, 1986; citados en Garaigordobil, 2000).

Hay pruebas empíricas sólidas de que los adolescentes que tienen amistad con compañeros que consumen drogas tienen más probabilidad de consumirlas, y de quienes frecuentan a delincuentes, a la larga probablemente también lo sean (Thornberry & Krohn, 2000).

Así también, Vaillant (1966), Kandel (1975) y Jessor y Jessor (1977) (citados en Thornberry & Krohn, 2000), comprobaron que la asociación con compañeros que consumen drogas se relaciona con un grado elevado de consumo. Se observó esta relación en el caso del alcohol, marihuana y diversas sustancias narcóticas.

El adolescente que recibe apoyo emocional e instrumental en su contexto de relaciones, es decir, de sus familiares (especialmente), de sus iguales y de otras entidades sociales, estará mejor preparado para afrontar y resolver la problemática de esta etapa (Garaigordobil, 2000).

### **1.3 Conductas Problemáticas**

Existe un modelo ecológico del desarrollo el cual propone que la aparición de conductas problemáticas en los individuos puede estar relacionada con el contexto en el que se desenvuelve el individuo, la función de su comportamiento en sus relaciones sociales y con sus características personales mediadas por los intercambios sociales, tales como la regulación emocional, funcionamiento cognitivo y características físicas (Dishion & Patterson, 2000).

Los individuos en ambientes ecológicos con poco reforzamiento de la conducta social son los más vulnerables al reforzamiento de los comportamientos problemáticos (Dishion & Patterson, 2000).

El adolescente puede involucrarse con el consumo debido a diferentes factores, tales como la curiosidad y búsqueda de nuevas sensaciones, como una forma de oposición ante los controles de los adultos, o de enfrentamiento ante los problemas y por la falta de percepción de riesgo (Salazar, 2008).

Hurrelman y Losel (1990), han propuesto que los comportamientos personales en la adolescencia pueden contribuir a la morbilidad y la mortalidad, de manera que el tabaco, la bebida, el uso de drogas y otras actividades peligrosas, afectan a la salud de la persona joven (Coleman & Hendry 2003).

Cabe destacar que en un estudio realizado en la ciudad de México con estudiantes del Distrito Federal, se encontró que un porcentaje importante de adolescentes, mencionaron tener conductas problemáticas, tales como: alimentarias de riesgo; posible trastorno de déficit de atención; adolescentes que inician su vida sexual sin protección; adolescentes que han sido abusados sexualmente; adolescentes que en su casa alguno de sus padres tiene problemas con el abuso de

alcohol (más del 10%) y donde el consumo de drogas se ha incrementado considerablemente en los últimos años (Villatoro; Medina Mora; Amador; Bermúdez; Hernández, Fleiz; Gutiérrez & Ramos, 2003).

Es en esta etapa, en la que los adolescentes demandan mucha atención y apoyo por parte de sus padres (aunque regularmente no se diga) así como también, se requiere de mucha comunicación y acercamiento hacia ellos, ya que es aquí, donde el adolescente pasa por diversas transformaciones, tanto físicas como psíquicas que lo pueden llevar a presentar frecuentes depresiones que en el más grave de los casos, lo pueden conducir al suicidio (es la segunda causa de decesos en adolescentes) (Chaby, 2001). Es importante mencionar que este problema de la depresión, no se tiene que pasar por alto y tiene que ser atendido por las consecuencias que puede ocasionar.

Efectivamente, el número de suicidios en adolescentes ha aumentado considerablemente en los últimos años. Sin embargo, además del peligro siempre inminente del suicidio en los adolescentes deprimidos, la depresión tiene también otras consecuencias, aunque sean menos extremas. Estas incluyen la incapacidad para concentrarse; la incapacidad para beneficiarse de la interacción social que en otras circunstancias; sería muy benéfica; un rendimiento escolar bastante mediocre y la búsqueda de drogas para calmar su pena o sustituir su soledad, entre otras. Algunas veces, el fracaso académico en jóvenes inteligentes puede progresar hasta un grado en el que su futuro queda afectado irremediabilmente (McKinney, 1982).

En la adolescencia, lamentablemente también se encuentra uno de los problemas con mayor peso y que va muy relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas: la delincuencia (McKinney, 1982). Esta es vista como una variable legal y social, más que una variable psicosocial, ya que la delincuencia juvenil significa: actos ilegales cometidos por menores. Se han propuesto varias teorías acerca del origen de la delincuencia. Algunos dicen que la delincuencia es principalmente el resultado de variables familiares. En muchos estudios se citan los siguientes factores como causas: desavenencias entre los padres, la ausencia prolongada de alguno de los dos, inconsistencia en la disciplina dentro del hogar, rechazo parental, falta de identificación masculina en los jóvenes y la

baja situación socioeconómica de la familia. Otros sostienen que la principal causa es la pandilla. Afirman que los individuos adoptan una conducta inadaptada o ilegal porque imitan la conducta de sus compañeros. Todavía otros (por ejemplo, Stanfield, 1966), han sometido a prueba la hipótesis de una interacción entre variables del hogar y variables de pandilla (McKinney, 1982).

Otra de las conductas problemáticas para los adolescentes, es el consumo de alcohol y de otras drogas. No se tiene conocimiento que haya un factor determinante para el inicio en el consumo, sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, pueden existir diversos factores para que se presente, como problemas familiares, una autoestima carente de valores, problemas relacionados con los amigos, influencia de amigos que consuman sustancias o de los mismos padres, etc. Sin embargo, es en el contexto de los amigos donde se suelen producir precisamente, los inicios del consumo de drogas y de conductas antisociales que parecen atractivas debido al riesgo, emoción que involucran y curiosidad por experimentar nuevas vivencias (Luengo, et al., 1999).

Como se puede observar, la problemática a la que se enfrentan actualmente los adolescentes sobre el consumo de sustancias, es difícil y muy variada. Por un lado, el enfrentamiento a cambios físicos, intelectuales, emocionales y sociales, lo conducen a hacer reajustes en su personalidad y por otro, la interacción con la familia, en particular con sus padres, la cual es tan importante y decisiva en sus vidas. Es por esto que se debe prestar mayor atención para llevar a cabo acciones preventivas y apoyarlos en esta etapa importante de su vida, brindándoles información suficiente con temas relacionados a la sexualidad y sobre todo en lo que implica el consumo de sustancias.

## CAPITULO 2

### CONSUMO DE SUSTANCIAS

#### 2.1 Definición de Droga

El concepto de droga es muy amplio y comprende sustancias completamente heterogéneas.

La palabra “Droga” se puede definir como cualquier sustancia con capacidad de alterar un proceso biológico o químico en un organismo vivo con un propósito determinado, como por ejemplo; combatir una enfermedad, aumentar la resistencia física o modificar la respuesta inmunológica.

La OMS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004), define una droga como:

“Toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, sea capaz de actuar sobre el sistema nervioso central hasta provocar en él, una alteración o hasta una dependencia física, psicológica o ambas”.

Generalmente el término droga se utiliza para referirse a las de uso ilegal, sin embargo, el alcohol y el tabaco también son consideradas drogas aunque en un marco legal. En cambio para las de uso médico se suele preferir el término fármaco. El concepto farmacológico y médico de la palabra droga es cualquier sustancia química capaz de modificar el funcionamiento de un ser vivo. Este concepto se refiere a que la modificación puede ser perjudicial o beneficiosa para el ser vivo, y que depende del tiempo de administración y de la dosis. Paracelso, padre de la farmacología, en 1500 dijo que todas las sustancias son venenos; la diferencia de un veneno con un medicamento es la dosis; es decir, que un medicamento administrado en dosis y durante un tiempo inadecuados, se convierte en un factor perjudicial que puede llegar hasta la muerte. Un medicamento se diferencia de una droga en que es usada para el diagnóstico, prevención o tratamiento de las enfermedades y se asemeja a una droga en que también es una sustancia química capaz de modificar el funcionamiento de un ser vivo (<http://es.wikipedia.org/wiki/Droga>, 2007).

Para fines de ésta investigación, se empleará el concepto que define la OMS.



## 2.2 Clasificación de drogas

Se puede clasificar a las drogas en dos aspectos : por su legalidad y por su efecto (Nató & Rodríguez, 2001):

En cuanto a la **legalidad** existen: drogas legales y drogas ilegales.

**Las drogas legales** son las que se pueden comprar en diferentes negocios, las que se pueden conseguir con fácil acceso, son las que puede prescribir el doctor, también entra en esta categoría el alcohol y el tabaco aún cuando tienen un poder adictivo y a pesar de tener restricción de edad en la compra de estos, es muy fácil que los adolescentes consigan los productos.

**Las drogas ilegales** son aquellas que son penalizadas por la ley, tales como la marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, entre otras.

Actualmente, se han realizado diversos estudios en diferentes partes de México, donde los resultados han mostrado que el consumo de sustancias ilegales ha aumentado considerablemente entre los adolescentes; en general la marihuana, es la preferencia número uno entre estos (Villatoro & Medina-Mora, 2002; ENA, 2008).

Por su **efecto**, las drogas se clasifican en:

**Drogas Estimulantes:** Son aquellas que incrementan la actividad del sistema nervioso central, produciendo efectos tales como hiperactividad, estados de exaltación, trastornos de sensibilidad, una sensación de bienestar y euforia. Los usuarios de drogas estimulantes experimentan mayor seguridad en sí mismos y más energía para mantenerse activos. Este estado de activación se acompaña de aceleración en el ritmo cardiaco y la respiración (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009), entre otros efectos se pueden presentar boca seca, supresión del apetito, mareos, insomnio, incremento en el estado de alerta y de activación de respuesta, reducen la fatiga (Barragán, 2005). Entre los riesgos que provocan estas sustancias es que causan dependencia psíquica. Los psicoestimulantes aumentan la acción sináptica de los neurotransmisores: catecolamina, dopamina y norepinefrina; ejercen también una acción directa en el núcleo acumbens que es una zona cerebral relacionada con el reforzamiento conductual, el abuso compulsivo y la

dependencia a sustancias adictivas (Barragán, 2005). Algunas son: hojas de coca, cocaína o crack, cafeína, anfetaminas y metanfetaminas, nicotina, entre otras.

**Drogas Depresoras:** Las sustancias depresoras producen el efecto contrario a las estimulantes; es decir, decrecientan el funcionamiento del sistema nervioso central ocasionando un estado de relajación, somnolencia y sedación. Estas drogas afectan la coordinación motora y la capacidad de respuesta, y provocan la desinhibición de la conducta (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009). También se puede presentar farfuleo al hablar, desorientación, dificultad en el ritmo respiratorio (Barragán, 2005). En esta categoría se encuentran el alcohol, los hipnóticos y sedantes, así como los solventes inhalables y los opioides. Los opioides tienen propiedades analgésicas, por lo cual se utilizan para aliviar el dolor. Las sustancias que pertenecen a ésta clase, también conocida como narcóticos, incluyen el opio, la heroína, morfina, codeína. La incidencia y severidad de los efectos secundarios son diferentes para cada sustancia (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009). También se encuentran los barbitúricos, benzodiazepinas y metaqualonas. Algunos autores como Julien (1998), incluyen a la marihuana en este rubro (citado en Barragán, 2005).

**Drogas Alucinógenas:** Aunque estas drogas también pueden dividirse en naturales y sintéticas, y a pesar de que se ingieren por distintas vías, producen efectos parecidos. Se trata de sustancias consideradas dentro de la clase *phantastica*, fármacos que reemplazan la realidad con elementos de ilusión e inducen alucinaciones definidas, como percepciones alteradas en presencia de objetos reales. Los alucinógenos tienen un efecto reforzante muy poderoso. Producen sensación de flotación, euforia y reducción del dolor; modifica a la percepción del ser y del entorno (algunos usuarios describen sensación de que el espíritu ha abandonado su cuerpo), producen agitación; las luces y los colores pueden desorientar; las multitudes pueden dar miedo; situaciones familiares pueden resultar extrañas (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz, 2009). Dentro de los principales efectos físicos que se pueden presentar, están la hiperactividad del sistema nervioso simpático; temblores finos; dilatación de las pupilas; náuseas y vómito; aumento de: presión arterial, reflejos tendinosos, pulso temperatura corporal, azúcar en la sangre (Velasco, 1997).

Algunos ejemplos de este tipo de drogas psicoactivas son la mezcalina, que es la sustancia activa del peyote; la psilocibina, que está presente en los hongos alucinógenos, la dietilamida del ácido lisérgico o LSD. Algunos autores incluyen a la marihuana entre los alucinógenos naturales (Nató & Rodríguez, 2001).

Por otro lado, cabe mencionar que hay autores que a la marihuana no la identifican como sedante hipnótico ni como alucinógeno, debido a que comparte acciones de ambos. Parece actuar, igual que los anestésicos generales. Actúa sobre la corteza cerebral, principalmente en las áreas que controlan la movilidad de los miembros, los órganos sensoriales y el comportamiento (Barragán, 2005).

**Drogas de Diseño o Síntesis:** Se trata de un grupo de sustancias psicoactivas con ciertas características en común: se elaboran por síntesis química en laboratorios clandestinos; muchas de ellas se fabrican partiendo de productos farmacéuticos relegados por falta de uso terapéutico (ej. Éxtasis); otras imitan la estructura química de sustancias de origen botánico; sus efectos sobre el cerebro humano son similares a los de otras drogas conocidas (estimulantes y alucinógenos débiles); tienen un potencial tóxico adicional por la descontrolada variedad de productos activos con que se las adulteran (Nató & Rodríguez, 2001). Entre las principales sensaciones que producen estas sustancias son: Euforia; reducción de la sensación de hambre y sed, de cansancio y de sueño; aumento artificial de la autoestima y de la sensibilidad emocional; afectividad; desinhibición y aumento en la empatía. Entre los efectos físicos negativos producidos, se pueden encontrar: Taquicardia; insomnio; pérdida del apetito; sudoración anormal; sequedad en la boca; tensión mandibular; movimientos compulsivos de la lengua; sofocación; temblor; náuseas; merma de la capacidad de concentración y cambios en la percepción de los colores (sin llegar a crear alucinaciones) (Cánovas, 1997). Estas drogas son utilizadas mayormente en los lugares nocturnos o donde los jóvenes salen a divertirse. En este grupo se encuentran: variantes de anfetaminas, ketamina, GHB, tachas. Entre los nombre más comunes figuran éxtasis; “golpe de calor”; “la píldora del amor” (MDA); el “Eva” (MDEA); y el nuevo éxtasis (MBDB) (Cánovas, 1997).

### **2.3 Mecanismos de acción**

En general, las drogas producen cambios en el sistema nervioso central, estos cambios se traducen en una serie de sensaciones placenteras en el organismo que son, en la mayoría de las ocasiones, las que inducen a repetir el consumo de estos productos. Ampliando la explicación, se puede decir que las drogas, introducidas en el cuerpo por diferentes vías, llegan alojadas en el torrente sanguíneo hasta el cerebro a través de la barrera hematoencefálica. Una vez que han llegado al cerebro, lugar donde residen las funciones superiores del ser humano, alteran su normal funcionamiento actuando sobre unas sustancias bioquímicas naturales llamadas "neurotransmisores". Las señales nerviosas viajan a través de las células nerviosas, denominadas neuronas, que están conectadas entre si por las sinapsis. En las sinapsis es donde se liberan los neurotransmisores, que actúan sobre la siguiente neurona en unos puntos específicos llamados receptores. La interacción de los neurotransmisores en los receptores produce una serie de cambios que permiten que la información vaya de una neurona a otra (Brailowsky, 1995).

Las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores neuronales y en la producción y recaptación de los neurotransmisores. De esta forma es como las drogas alteran la percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño-vigilia, la activación, etc., estos cambios bioquímicos que se producen en el seno del cerebro (Goldstein, 2003).

### **2.4 Niveles de consumo**

Los patrones de consumo son un conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y la sustancia que se auto administran. Así, se puede considerar las siguientes interrogantes para tener conocimientos específicos respecto al patrón de consumo de cada individuo:

- \* ¿Qué sustancia es la droga principal?
- \* ¿Qué otras drogas se presentan asociadas?
- \* ¿Cuáles son las vías por las que se administran? (oral, fumada, inhalada, inyectada y

otras).

- \* ¿Qué cantidades se suele consumir?
- \* ¿En qué estado físico se encuentra el consumidor?
- \* ¿En qué período temporal se produce el consumo?
- \* ¿Qué pautas de comportamiento van asociadas?
- \* ¿Qué normas y valores ejercen de soporte cultural al consumo?
- \* Si la administración se produce en forma individual o en el marco grupal.

El uso de sustancias es una condición incierta, su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen parámetros sociales, médicos, biológicos, legales, aunque éste último tiene un peso relativamente mayor. La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación de las diferentes sustancias (Tapia, 2001).

En el caso del alcohol, su uso no está sancionado legalmente; más aún, la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social. En el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso de la sustancia (Tapia, 2001).

El conocer si un adolescente usa o abusa de las sustancias no ofrece demasiada información acerca de la presencia o ausencia de consecuencias negativas o problemas relacionados. Por lo que es importante considerar tanto los desafíos y factores ambientales a los que se enfrentan los jóvenes cuando se busca categorizar su consumo y se quiere determinar las estrategias de intervención más apropiadas para cada sub grupo (Baer, MacLean & Marlatt, 1998, citados en Miller, Turner & Marlatt, 2001).

Por otra parte, existen estudios que han demostrado que el consumo de alcohol o drogas entre los jóvenes, disminuye de manera importante con la transición a la vida adulta, y que los adolescentes que continúan presentando problemas en la adultez muestran con mayor frecuencia problemas de conducta y poca conformidad con las normas sociales, pero estas consecuencias no guardan una relación con la cantidad de alcohol o drogas consumidas ni con los patrones de consumo de los

adolescentes (Baer, et al., 1998, citados en Miller, et al., 2001). En consecuencia a ello, se sugiere que los programas de prevención deberían ayudar a los jóvenes a transitar por estos cambios sin mayores dificultades. Sin embargo las intervenciones no deben contemplar únicamente a la abstinencia como la meta ideal del cambio, debido a que esto contradice la realidad de los adolescentes (Baer, 1993, citado en Miller, et al., 2001).

Una propuesta que puede ayudar a definir el problema del uso y abuso entre los adolescentes, es la desarrollada por Winters (2001). Este investigador menciona que el consumo entre los jóvenes debería ser entendido a lo largo de un continuo que abarque las siguientes etapas:

1. Abstinencia
2. Uso experimental: implica el uso mínimo de las sustancias, asociado con actividades recreativas; con frecuencia limitado al consumo de alcohol o a una sola droga.
3. Abuso temprano: es el uso de sustancias más establecido; que puede involucrar el consumo de más de una droga; mayor frecuencia y la aparición de consecuencias negativas.
4. Abuso: el uso frecuente y regular de una droga en un periodo de tiempo extenso, acompañado de un mayor número de problemas.
5. Dependencia: uso regular y continuo a pesar de la ocurrencia de problemas; presencia de un incremento en la tolerancia a los efectos de las drogas y búsqueda de actividades relacionadas con el consumo.
6. Recuperación: es el regreso a la abstinencia; algunos jóvenes pueden tener recaídas e iniciar nuevamente el proceso de cambio.

El contar con una definición que permita diferenciar entre el abuso temprano y el abuso, ayudará a identificar las intervenciones más apropiadas para cada usuario (Newcomb & Bentler, 1989, citados en Winters, 2001). Además de que tendrían que considerarse los siguientes factores:

- 1) El uso de algunas drogas, tales como el crack es demasiado peligroso, el consumo de esta sustancia por sí misma aún cuando no se presenten problemas asociados, es una causa suficiente para intervenir, 2) El uso temprano de las sustancias en los niños o en los adolescentes más jóvenes

puede conducir al abuso de las drogas, por lo que estos individuos deberán ser canalizados a una intervención más intensiva, 3) El consumo prolongado de cantidades ligeramente excesivas o la ingestión episódica de grandes cantidades de drogas a cualquier edad, constituyen un riesgo mayor que hacen necesaria y urgente la intervención, 4) El empleo de drogas en algunos escenarios (por ejemplo: la escuela) se considera como un abuso, 5) Cuando se observe la presencia de un patrón de consumo ambiguo, la intervención se justifica si los sujetos han experimentado los efectos psicológicos o sociales negativos del consumo, y 6) En caso de que no exista el uso de drogas y problemas relacionados pero si estén presentes algunos factores de riesgo (por ejemplo: la historia familiar, presencia de un desorden de conducta, etc.), también se recomienda intervenir.

Como ya diversos estudios lo señalan, el abuso de drogas le ocasiona al individuo diversas consecuencias negativas, sin embargo, se necesita conocer más acerca de las causas que llevan a que una persona consuma o no alguna droga, que además de permitir entender los factores que inciden en su ocurrencia, favorece el incidir en esta problemática a diferentes niveles de intervención.

## CAPITULO 3

### ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

#### 3.1 Epidemiología

La epidemiología desempeña una función importante como método de investigación para identificar los índices de ocurrencia y sus fluctuaciones, así como la severidad respecto a una gran variedad de problemas sociales y de salud actores asociados con: violencia, accidentes, enfermedades mentales y adicciones. Entre estas últimas, se encuentra el uso y abuso del tabaco, alcohol, drogas médicas e ilegales, entre otras (Newcombm, et al, 1986; Cravioto, 1993 & Medina-Mora, 1992, citados en Tapia, 2001).

A partir de 1960, la epidemiología contribuyó a la explicación del fenómeno de las adicciones, al describir el dramático aumento en el uso de una variedad de drogas lícitas, entre las que se reconoce el tabaco y el alcohol – aunque su consumo en menores sea ilegal – e ilícitas como la marihuana, cocaína, heroína, inhalables, alucinógenos y algunos medicamentos con uso no médico. Así mismo, la epidemiología del estudio de las enfermedades infecciosas, crónicas o adictivas, puede conceptualizarse en términos de agente, huésped y ambiente. Ya que en el caso de las adicciones, la droga es el agente; el usuario, es el huésped y la sociedad en donde habita el usuario y donde se comercializan las sustancias psicoactivas, es el ambiente (Tapia & Cravioto, 2001).

En lo que respecta a la epidemiología del comportamiento adictivo, en México se han lleva a cabo cinco encuestas nacionales desde 1988 hasta el 2008, las cuales han hecho grandes aportes a este tema tan importante en la sociedad.

Así, se tiene que la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] (2008), en cuanto al consumo de alcohol, muestra datos que se habían observado en estudios previos, que el patrón de consumo típico en México es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben



grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios). Entendiéndose como consuetudinario, el consumo de cinco copas o más para los hombres y cuatro o más para las mujeres, una vez a la semana o con mayor frecuencia. Este consumo es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes (0.9%). La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (2.2 %), (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años).

Entre los principales resultados sobre el consumo de alcohol que se desprenden de esta encuesta, indican que el consumo diario se mantiene como una práctica poco frecuente en el país. Sin embargo, beber grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo continúa siendo común en nuestra población. También resulta evidente que los adolescentes están copiando los modelos de los adultos y que una proporción importante entre los 12 y 17 años de edad, presenta el criterio de abuso / dependencia con su manera de beber (3.6% en hombres y 2.1% en mujeres). Además, de que actualmente sobresale el aumento del consumo entre las mujeres adolescentes. También cabe mencionar que las bebidas preferidas de los adolescentes que se presentaron son en el siguiente orden: cerveza, destilados y bebidas preparadas.

Por otro lado, en cuanto al consumo de tabaco en el ámbito nacional entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio por primera vez fue de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años. Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores (ENA, 2008).

Como lo muestra la ENA (2008), la edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez antes de los

18 años; esto se observó para 50.8% de los usuarios de drogas. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años.

Los datos de la encuesta indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Además, presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos.

La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones.

La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década.

El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del *crack* y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar.

Los adolescentes también progresan en mayor proporción hacia la dependencia. Dado el abuso, 35.8% de los adolescentes, 24.6% de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y 14.5% de quienes tienen más de 25 años progresan a la dependencia.

Los datos también indican que entre las mujeres, el consumo crece en mayor proporción que entre los hombres, que los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo y que las generaciones actuales están más expuestas a la oportunidad de usar drogas, las

consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en una proporción mayor que las generaciones anteriores (ENA, 2008).

En otro estudio epidemiológico realizado a finales del 2001 y principios del 2002, por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C. [INEPAR] cuyo objetivo fue el de comparar los patrones de consumo de drogas y las prevalencias entre dos muestras de estudiantes: una en la Ciudad de México con 1317 alumnos de enseñanza media superior y otra en algunos puntos de la república, con 699 estudiantes de enseñanza superior de más de 18 años. Se encontró que las prevalencias de consumo para el uso alguna vez en la vida y para el último mes, confirman que la marihuana continúa en la preferencia de los adolescentes. Sin embargo, llama mucho la atención en la muestra de jóvenes universitarios que el porcentaje de uso de alguna vez en la vida para las anfetaminas es aún mayor que el de la marihuana, de tal manera que ocupa el primer lugar, con un 13.3% este consumo incluyendo el uso de metanfetaminas como la tacha y el éxtasis.

Un foco rojo de alerta, surge al observar las tendencias del consumo entre los adolescentes y jóvenes referidos a drogas como la cocaína, la heroína y las anfetaminas, por su alto poder adictivo, por su vía de administración (inhalada o inyectada) y por la peligrosidad y ausencia de control en el proceso de fabricación para el caso de las anfetaminas. Los hombres continúan consumiendo algunas drogas en mayor proporción que las mujeres, sin embargo, ellas empiezan a desarrollar patrones característicos a ciertos tipos de sustancias muy peligrosas, como es el caso del éxtasis o las tachas (metanfetaminas y otro tipo de anfetaminas) así como de los tranquilizantes y sedantes (Castro, Llanes & Macias, 2001-2002).

Así también, en una serie de estudios terminados en noviembre del 2002 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] y la Secretaría de Educación Pública [SEP], en la Ciudad de México sobre el consumo de tabaco en estudiantes de secundaria, se encontró que el consumo de tabaco en ésta población, ha disminuido tanto en hombres como en mujeres, considerando las tres prevalencias de consumo (alguna vez en la vida, a los 30 días y a los doce meses), llegando a observarse niveles cercanos a los registrados en 1989. Así también en todos

los estudios epidemiológicos se muestra que el consumo es menor en las mujeres, aunque la brecha entre uno y otro sexo ha disminuido con el tiempo. No obstante que el consumo ha disminuido, la edad de inicio también se ha reducido. Un dato muy interesante que se encontró en este estudio, es que la mayoría de los adolescentes inician su consumo de tabaco antes de los 12 años, tanto en hombres como en mujeres y un porcentaje importante de hombres lo hace antes de los 10 años. Este aspecto resulta ser de suma importancia, y se debe trabajar mucho en las estrategias de prevención, ya que se ha mostrado que a medida que se inicia a más temprana edad el consumo de tabaco, se incrementa altamente la probabilidad de consumir otras sustancias como la marihuana o la cocaína (Medina-Mora, Peña, Cravioto, et al., 2002).

Cabe señalar que la percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco y de alcohol, es mucho menor que la reportada con otras drogas, lo que facilita que los adolescentes experimenten con ella (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et al., 2002).

Otros estudios realizados, también por el INPRFM, la SEP y por diferentes instituciones educativas de los respectivos estados de Querétaro y San Luis Potosí, (2001-2002) mostraron que la mayoría de los adolescentes consumidores resultaron ser, más bien experimentales y que en el caso de Querétaro, la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes son las drogas de más alta preferencia en esta población y que el mayor consumo se da en los hombres. En tanto que las preferencias de consumo en San Luis Potosí, por orden de prevalencia son: los tranquilizantes, la marihuana y la cocaína (Martínez, Garfias, Cíntora, Villatoro & Medina-Mora, 2001; Blanco, Díaz, Ibarra, et al., 2002).

En un estudio con estudiantes de educación secundaria del estado de Nuevo León sobre el uso de drogas y su asociación con factores psicosociales, se obtuvieron los siguientes datos: la prevalencia en el uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida, ascendió a 7.6% destacando principalmente el consumo de marihuana, cocaína, solventes inhalables, tranquilizantes menores y anfetaminas. El uso de sustancias registró diferencias significativas entre hombres y mujeres, con tasas más altas entre la población masculina. Estas diferencias pueden observarse tanto por lo que se refiere al

consumo de alcohol y tabaco como al de drogas ilícitas, en las tres categorías de prevalencia. También se identificó que el consumo tiende a aumentar en las tres categorías de prevalencia, conforme aumenta la edad, de modo que en los jóvenes de 15 y 16 años o más, el consumo de drogas ilícitas registró tasas que prácticamente duplican a las observadas en el grupo de 12 años o menos.

Así también, pudo apreciarse, que la prevalencia del uso de sustancias fue más alta entre los estudiantes que trabajaban además de estudiar, que entre los que se disponían de tiempo completo para el estudio.

Por otro lado, se detectó que los jóvenes cuyos padres (uno o ambos) consumen alcohol o tabaco tienen un riesgo siete veces mayor de entrar en contacto con drogas ilícitas que aquellos cuyos padres no los usan (Merikangas, 1990; citado en Cruz & Nicolini, 2001) . Más aún, el uso de drogas ilícitas en ambos padres fue referido por el 10.4% de los usuarios contra el 2.9% de los no usuarios; sólo en el caso del padre por el 4.9% contra el 1.7% y sólo en el caso de la madre por el 3.2 % contra el 1.5%; de manera que los casos en que alguno o ambos padres usan drogas ilegales presentan un riesgo 2.5 veces más alto de consumir drogas ilícitas.

En lo referente a la ocurrencia del comportamiento agresivo en la interacción familiar se encontró que el 36.8% de los usuarios (vs. 19.0% de los no usuarios) realizan un intercambio de insultos y palabras altisonantes en su familia; y el 52.4% (vs. 35.6%) indicó el intercambio frecuente de gritos. El 16.9% de los usuarios (vs. 7.2%) refirió la existencia de golpes entre los integrantes de su familia; en tanto que 9.9% (vs. 4.8%) reportó altercados violentos y riñas con daños físicos (Díaz, Arellánez & Martínez, 2000).

La investigación antes mencionada, muestra claramente que se constituyen en factores de riesgo para los miembros de las familia y en particular para los adolescentes, la violencia doméstica y el uso de sustancias entre los padres, ya que como se ha mencionado, es una etapa de cambio en la que los sentimientos influyen en la percepción del mundo y se facilita que haya involucramiento en el consumo de drogas.

En conclusión, los resultados de algunas investigaciones recientes en México, muestran incremento en el consumo de sustancias en la población de los adolescentes que están estudiando; sin embargo, en el estudio antes mencionado se señala que si los adolescentes permanecen en la escuela, ésta se convierte en un factor que los protege (en comparación con los que ya no están estudiando) y su consumo es menor (Villatoro & Medina-Mora, 2000).

La titular de la SEP, Josefina Vázquez Mota (2007), presentó la encuesta realizada en 10 mil adolescentes del Estado de Aguascalientes sobre Consumo de Drogas, donde colocó a esta entidad en primera posición sobre la ingesta constante de bebidas alcohólicas ya que alcanza al 40 por ciento de la población del bachillerato. Es un problema alarmante, ya que sobre el abuso de alcohol llega a cifras de 50.8 por ciento en los hombres y 32.8 por ciento en las mujeres. Cabe destacar, que es mayor que en el Distrito Federal ya que para los primeros es de 38.9 por ciento y para las mujeres del 31.5 por ciento.

Para reafirmar esta situación, Villatoro (2007), indica que la feria de Aguascalientes, es un periodo en el que se incrementa el consumo de alcohol influyendo significativamente en el inicio del consumo. Por otro lado, es mayor el nivel del consumo de marihuana en el sexo masculino en el estado de Aguascalientes que en el propio Distrito Federal, al ubicarse en 17.9 por ciento contra el 17.6 por ciento. Lo mismo ocurre con la cocaína que es utilizada por los varones preparatorianos, pues la incidencia afecta al 14.8 por ciento de la población estudiantil de ese nivel en Aguascalientes, al 11.3 por ciento en Querétaro y 5.4 por ciento en la ciudad de México.

Este estudio reportó cambios en la preferencia por el tipo de drogas en los últimos tres años, ya que el primer lugar lo ocupa la marihuana, le siguen las inhalables y en un tercer lugar están los tranquilizantes y la cocaína con niveles de consumo similares. Esta encuesta nos da cuenta de la problemática que se está viviendo en cuanto al consumo de sustancias (véase La Jornada, viernes 13 de julio de 2007).

(<http://www.jornada.unam.mx/2007/07/13/index.php?section=sociedad&article=042nlsoc>).

Por otro lado, existen reportes por parte del Instituto de Salud de Aguascalientes [ISEA] (2004), que indican que entre las principales causas de mortalidad en el Estado, se encuentran los accidentes de tránsito de vehículos de motor, ocupando el cuarto lugar, los que en su mayoría están relacionados con el consumo excesivo de alcohol.

Con la información de este apartado, se puede evidenciar, que el consumo de sustancias entre la población adolescente, ha venido aumentando paulatinamente, lo que a la par, también es notorio que las edades de consumo también se están viendo afectadas, además de que el consumo de sustancias viene acompañado de diversas consecuencias negativas entre ellos.

### **3.2 Consecuencias en adolescentes**

En su mayoría los adolescentes han sido clasificados como usuarios experimentales, ocasionales o no problemáticos. Aunque, los problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas son poco frecuentes durante estos tipos de consumo, no es necesario que los jóvenes lleguen a una dependencia para que presenten problemas más severos (Miller, et al., 2001).

Por un lado, los problemas relacionados al consumo de alcohol o de otras drogas en los adolescentes, es muy diferente al que presentan los adultos, ya que tienen un patrón de consumo diferente y sus consecuencias negativas no llegan a ser muy severas en su salud (Winters, 2001).

Por otro lado, el conocer si un adolescente usa o abusa de las sustancias no ofrece demasiada información acerca de la presencia o ausencia de consecuencias negativas o problemas relacionados. Por lo que, es importante considerar tanto los retos y factores ambientales a los que se enfrentan los jóvenes cuando se busca categorizar su consumo, y queremos determinar las estrategias de intervención más apropiadas para cada subgrupo (Baer, MacLean & Marlatt, 1998, citado en Miller, Turner & Marlatt, 2001).

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Así, en los últimos años se han dado muchas variaciones en el consumo de drogas. Gracias a las investigaciones realizadas sobre el consumo de sustancias en adolescentes, se sabe que

existen graves problemas que se derivan del abuso de tabaco y de bebidas alcohólicas, presentándose índices elevados de consumo y consecuencias individuales y sociales muy superiores a las que podrían derivarse del abuso de otras sustancias. En general, el uso de cualquier droga tiene consecuencias negativas, cuyo matiz e intensidad varía de acuerdo al tipo de droga usada (Villatoro, Medina-Mora, Bermúdez & Amador, 2003).

Hoy se sabe que las consecuencias negativas no nada más se presentan a largo plazo, sino que también ocurren a un corto plazo. Entre las más frecuentes que se presentan en la población adolescente, podemos encontrar que después de unas cuantas horas de haber consumido en exceso, se puede producir un estado de intoxicación agudo que aumenta el riesgo de accidentes tanto de tráfico, laborales, escolares y familiares; así como discusiones, peleas y agresiones, lo que los puede llevar a tener problemas con la ley y sufrir arrestos (<http://www.socidrogalcohol.org/>).

Cabe destacar que los accidentes de tránsito ocasionados por el consumo de alcohol son una causa importante de muerte entre la gente joven. El consumo de alcohol también está relacionado con muertes por sumersión, suicidios y homicidios (<http://www.niaaa.nih.gov/Publications/>).

Por otro lado, los adolescentes que consumen alcohol y otro tipo de drogas, son más proclives a la actividad sexual a edad más temprana, a tener relaciones sexuales con frecuencia y a hacerlo sin protección (lo que los puede conducir a tener embarazos no deseados y a presentar enfermedades de tipo sexual), que aquellos que no son consumidores de sustancias. Así también, los jóvenes que beben tienen mayores probabilidades que otros de resultar víctimas de crímenes violentos, incluyendo violaciones, asalto agravado y robo. Se sabe que una persona que comienza a beber o a consumir alguna sustancia en su temprana adolescencia, presenta cuatro veces más probabilidades de desarrollar una dependencia que alguien que espera hasta la adultez para consumir alcohol o alguna sustancia (<http://www.niaaa.nih.gov/Publications/>).

Diversos estudios reportan que las consecuencias más importantes relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias, son los accidentes automovilísticos, los actos antisociales, los intentos suicidas o suicidios consumados, las caídas, fracturas o golpes, enfermedades del estómago, la



asistencia a la escuela en estado de ebriedad, tener una cruda, arrepentimiento de lo que se hizo mientras se estaba ebrio, participar en riñas o peleas y detenciones (Villatoro, 1999; ENA, 1998, 2002; WHO, 1995, citado en Barrientos, 2007).

El mensaje es claro; el consumo de alcohol y otro tipo de drogas es un asunto muy riesgoso para las personas jóvenes. Y cuanto más demoren los niños su consumo, menos probable será que desarrollen cualquier problema asociado. Por eso es tan importante ayudar a la población infantil y juvenil para evitar el consumo de alcohol y de cualquier tipo de droga. Es por esto que vale la pena conocer, cuales son las probables causas que pueden conducir, a que los adolescentes consuman sustancias y presenten consecuencias negativas en su consumo.

### **3.3. Factores de Protección y de Riesgo**

A lo largo del tiempo, se han realizado muchas investigaciones con el objetivo de conocer, porqué hay jóvenes que nunca consumen drogas, porqué otros por el contrario, les es muy fácil usarlas, porqué algunos, sólo experimentan con ellas y las dejan de usar y porqué otros las prueban y continúan con su uso hasta el grado de ocasionarles fuertes problemas. Entre las variables que hacen la diferencia en estas conductas (abstinencia, uso y abuso) se encuentran los factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales (Medina-Mora, et al., 2001).

#### **Factores de Protección**

Así, tenemos que un factor de protección es una característica (personal, familiar, grupal, social) cuya presencia disminuye la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno, en este caso, el consumo de alcohol o de alguna otra droga (Luengo, Romero, Gómez, Guerra & Lence, 1999).

Los factores de protección comprenden lazos fuertes y positivos dentro de una familia prosocial; vigilancia por de los padres; claras reglas de conducta que se aplican constantemente dentro de la

familia; participación de los padres en la vida de sus hijos; éxito en la escuela, lazos fuertes con instituciones pro sociales, como organizaciones escolares y religiosas; y adopción de las normas convencionales sobre el abuso de drogas (NIDA, 2005).

Los factores de protección median o moderan los efectos de la exposición al riesgo; ésta afecta la vulnerabilidad del individuo. Así, la presencia de los factores de protección, aumentará su resistencia, por lo que es menos probable que abuse de drogas, aún cuando esté expuesto a ellas (Medina-Mora, et al., 2001).

Cabe destacar que la escuela juega un papel importante como factor que protege a los niños y a los adolescentes (ENA, 2008). En una encuesta realizada en la Cd. de México en el año del 2003, se encontró, que al analizar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela, los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pertenecieron a los adolescentes que se dedicaban de tiempo completo a estudiar (Villatoro, et al., 2003).

Por otro lado, Castro et al., (1982) observaron que aquellos sujetos que no habían sido estudiantes de tiempo completo, o que tenían compañeros que usaban drogas, fueron más propensos a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva.

### **Factores de Riesgo**

Por otro lado, un factor de riesgo es una característica (personal, familiar, grupal, social) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un fenómeno en este caso, el consumo de alcohol o de alguna otra droga (Luengo, et al., 1999).

Cabe aclarar que los factores de riesgo no son deterministas sino más bien “probabilísticos”. La investigación ha demostrado que la exposición a un número importante de factores de riesgo no significa necesariamente que el uso de sustancias o cualquier otra conducta problema inevitablemente tenga que ocurrir (Hawkins, et al., 1992). Como lo manifiesta Luengo et.al.,(1999), un factor de riesgo sólo aumenta la probabilidad de que se dé una conducta no deseada. Por otra parte, es necesario tomar en cuenta, que ningún factor de riesgo por sí solo permite predecir

adecuadamente la conducta problema. Se tiende a admitir que estos factores actúan en interrelación; las distintas variables interactúan, se modulan y se influyen entre sí.

Además, los factores de riesgo asociados con el inicio en el uso de alcohol, a menudo son diferentes de aquellos que abusan del alcohol o que ya tienen problemas por su consumo. Zucker, Fitzgerald y Moses (1995; citado en Baer, Dimeff, Marlatt & Kivlahan, 1999), sugieren que los factores de riesgo individuales que ocasionan los problemas relacionados al consumo de alcohol, están probablemente basados en una estructura biológica ya existente, la cual es influida y empeorada por factores de riesgo ambientales. En cuanto a la etapa de la adolescencia es muy importante cuidar estos factores y en particular los psicológicos y socioculturales, ya que el adolescente tiende a experimentar y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas no es la excepción.

Debe preocuparnos mucho el uso experimental, ya que está fuertemente asociado a otras conductas de riesgo de tipo antisocial, de inadecuado ejercicio de la sexualidad y del tiempo libre, que señalan la urgencia de que la familia, la escuela y en general la sociedad, aprenda a “hacer comunidad” para lograr que lo natural en nuestra convivencia diaria sea la protección y no el riesgo (Castro, Llanes & Macías, 2002).

Es importante mencionar, que los factores de riesgo pueden producir diferentes efectos dependiendo de la personalidad individual y la etapa del desarrollo en que se encuentre un individuo (NIDA, 2003).

Muchos de los factores de riesgo para el abuso de drogas, predicen otras conductas problemáticas en la adolescencia. Así, se sabe que en algunas poblaciones, el abuso de drogas, no así el uso, está correlacionado con delincuencia, embarazo no deseado en la adolescencia, problemas de conducta escolar y deserción, entre otros (Medina-Mora, et al., 2001).

Para tener un mejor control y estudio de los factores de riesgo, Akers, (1977, citado en Luengo et al., 1999), hizo una categorización sobre éstos; teniendo así: factores macrosociales, microsociales e individuales.

Los **factores macrosociales** hacen referencia al entorno social más amplio en el que se ubica el sujeto; es decir, tiene que ver con la estructura económica, legal y normativa de una sociedad. Diversos factores de corte socio estructural y socio normativo se han vinculado con la conducta problema de los adolescentes.

En el campo del consumo de drogas, la permisividad y la aceptación social del consumo, son variables “macrosociales”. Los hallazgos muestran que cuanto más alta sea esta permisividad, las cifras de consumo tienden a ser mayores. En este sentido, nos referimos tanto a la permisividad informal (actitudes y valores sociales favorables al consumo) como a permisividad a nivel formal (normas y restricciones legales hacia el consumo). También la accesibilidad a las sustancias, está muy asociada con un mayor consumo en los adolescentes (Dembo, Farrow, Schmeidler & Burgos, 1979; citados en Luengo, et al., 1999).

Los medios de comunicación juegan un papel relevante en los adolescentes. Se sabe que la exposición a mensajes que invitan a consumir sustancias promueve actitudes favorables al consumo, al placer, a la popularidad, lo que incrementa la influencia a consumir.

Los **factores microsociales** se refieren a los entornos “micro”, es decir, a las fuentes de influencia más directa y próximas al individuo, como son; la familia, la escuela y el grupo de amigos.

El ámbito familiar ha sido uno de los más estudiados en la búsqueda de factores de riesgo o de protección. La familia juega el papel de “moldeador” de actitudes y estilos de vida. Las teorías de control social de Hirschi (1969; citado en Luengo, 1999), han sido firmes defensoras de la importancia del medio familiar. El autor menciona, que si un adolescente se apega y sigue las normas de la familia, será más fácil que siga las externas. Cuando no es así, la motivación por violar normas se expresará en la conducta del sujeto. Así también, es menos probable la progresión hacia la experimentación y el uso regular de alguna sustancia cuando se está en familia (ENA, 2008).

Así pues, muchas investigaciones han mostrado que tanto la delincuencia como el consumo de drogas se asocian a relaciones tensas y conflictivas en el medio familiar (Brody & Forehand, 1993;

Simcha-Fagan, Gersten & Langner, 1986; citados en Luengo, 1999). Por otro lado, McDermott (1984; citado en Luengo et al., 1999), señala que en el ámbito del consumo de drogas, se ha comprobado que el consumo parental se asocia con la iniciación en el consumo de los adolescentes.

Así también, el Centro de Adaptación Humana (1988), afirma que el factor básico en el problema de las adicciones, son las desavenencias matrimoniales, la falta de amor en la familia, el egoísmo, el machismo, falta de preparación y la nula responsabilidad de los padres, lo que demuestra que aunque los adolescentes prefieren a su núcleo de amigos, los padres continúan jugando un papel importante en sus vidas (Cruz, 1994).

Otro de los ámbitos más investigados es el escolar. En cuanto al consumo de drogas y de delincuencia se a encontrado mucha relación con un bajo rendimiento en el medio escolar, un mayor absentismo y en general, una baja implicación en las actividades académicas incluso también, en las actividades extra-académicas ligadas al medio escolar (Svobodny,1982; Thomas y Hsiu, 1993; citado en Luengo, et al., 1999).

Finalmente el grupo de amigos. En la adolescencia, la principal fuente de influencia vendrá representada por los amigos (Catalano & Hawkins, 1996). Muchas de las investigaciones sobre la búsqueda de los factores de riesgo, han llevado a concluir que la presión de los amigos es uno de los factores de mayor impacto sobre la conducta problema del adolescente. Siguiendo los postulados del aprendizaje social, se asume que los procesos de reforzamiento y de modelado vividos en el grupo de amigos, serán una fuente primordial de actitudes y hábitos antisociales (Luengo, et al., 1999).

**Factores individuales.** Estos se refieren a los factores cognitivos, emocionales y personales. En el estudio del consumo de sustancias, por ejemplo, se ha comprobado que las creencias y las actitudes hacia las drogas se relacionan con el consumo del adolescente (Chassin, Presson, Sherman, Corty & Olshavsky, 1984; Kandel, Kessler & Margulies, 1978; citados en Luengo et al., 1999). La iniciación en el uso de drogas suele ir precedida por actitudes favorables hacia el

consumo; además, los individuos con mayor riesgo de involucrarse en estas conductas tienden a sobreestimar la prevalencia del consumo en su entorno.

Otro conjunto de variables que ha despertado gran interés se refiere a las capacidades de interacción social. En diversos trabajos, se ha encontrado que los jóvenes con una historia de dificultades de interacción desde la infancia (en concreto, timidez acompañada de actitudes agresivas) tienen una alta vulnerabilidad al consumo durante la adolescencia (Kellam, Ensminger & Simon, 1980; citados en Luengo et al., 1999).

Los problemas emocionales en los jóvenes incrementan el riesgo de que incurran en el consumo de drogas (ENA, 2008). La autoestima es otra de las características relacionadas con el bienestar afectivo que ha recibido gran atención en el área de la conducta problema. Tanto en el campo de la delincuencia como en el consumo de drogas, muchos autores han asumido, que en alguna medida, la autoimagen y la autovaloración son factores implicados en la etiología de la conducta desviada. En algunas investigaciones se encontró, que los individuos con un auto concepto positivo mostraban una menor vulnerabilidad ante la conducta antisocial (Reckless, Dinitz & Murria, 1956; citados en Luengo et al., 1999).

Así pues, con toda la información anterior, se reafirma la necesidad de ayudar a la población adolescente y que se diseñen y se lleven a cabo programas de prevención, donde se realcen los “factores de protección” y así poder darles marcha atrás a los “factores de riesgo” conocidos (NIDA, 2005).

Así también se sugiere, que los programas de prevención deberían ayudar a los jóvenes a transitar sin mayores dificultades, tomando en cuenta los cambios que estos van teniendo a lo largo de su desarrollo. Al igual que las intervenciones, no deberían considerar únicamente a la abstinencia como la meta ideal del cambio, debido a que esto contradice la realidad de los adolescentes (Baer, 1993, citado en Miller, et al.).

Para disminuir esta problemática, se debe enfocar la atención en la prevención.

## CAPITULO 4

### ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN

#### 4.1 Niveles de Prevención

Hablar sobre prevención implica actuar antes de que un problema se produzca o en los primeros momentos de su aparición, a fin de evitar que cause un mayor deterioro (Espada, Méndez & Orgíles, 2005). Como parte de las acciones primordiales que deben llevarse a cabo en la investigación sobre prevención, está la de desarrollar una sólida base de conocimientos para la identificación de factores de riesgo y factores de protección, así como también sobre el diseño, evaluación y diseminación de intervenciones. Esta base de conocimientos, incluiría intervenciones que realzan el impacto de los factores protectores o más tradicionalmente, intentan mitigar el impacto de los factores de riesgo. Debido a que los factores de riesgo y protectores ocurren en cada nivel en los cuales un individuo interactúa con otros y con la sociedad en donde el individuo trae consigo una serie de cualidades o características a cada interacción, donde estos factores actúan como filtro matizando la naturaleza y tono de estas interacciones ya sea de manera positiva o negativa. Una manera de analizar la forma en que ocurre este Inter.-juego es el de organizar las interacciones en los siete dominios o actividades en los cuales estos principalmente ocurren: el individuo, la familia, los pares, la escuela, la comunidad, el medio ambiente y el escenario laboral (Reidl, 2000).

Por otro lado, un sistema usado para clasificar las intervenciones preventivas es dividir las en prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964; Cowen, 1983; citado en Reidl, 2000).

La meta de los programas de prevención primaria es la de reducir la incidencia o nuevos casos de un desorden. La meta de la prevención secundaria es la de reducir la prevalencia de un desorden a través de la detección temprana y tratamientos efectivos, mientras que la prevención terciaria se centra en la rehabilitación con el propósito de aminorar la severidad de los daños asociados con el desorden. Un problema importante con este sistema de clasificación versa sobre la dificultad o imposibilidad de distinguir entre la ausencia o presencia del desorden (y por lo tanto entre la

prevención primaria y la secundaria), ya que la determinación del umbral del desorden, cuando la frecuencia y severidad de los síntomas ocurren en un continuo, no descansa en criterios racionales firmes, sino que son de carácter arbitrario (Boyle, Oxford, Racine, Sanford & Felming, 1996; Oxford, 1987; citado en Martínez, et al, 2005).

Al existir desventajas en el sistema anterior, tenemos una de las conceptualizaciones más recientes, es un sistema de clasificación que se centra en el riesgo del individuo para desarrollar un problema en particular y el costo de la intervención; nos referimos a la propuesta de Gordon (1983). Este sistema propone tres tipos de intervenciones preventivas, las cuales son: intervenciones universales, intervenciones selectivas e intervenciones indicadas.

**Las intervenciones preventivas universales** están dirigidas a la población en general y que aún no ha sido considerada como de riesgo. Este tipo de intervenciones se centran en la promoción hacia la salud, brindándole a la población, información oportuna para orientarla sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención. La detección de casos de adolescentes que inician en el consumo de sustancias es una de las ventajas adicionales de la prevención universal. Además, el NIDA (2005), indica que este tipo de programas preventivos, es generalmente más breve y de menor intensidad que las estrategias de prevención indicada o selectiva y tienen bajo costo. Aún cuando el escenario pueda ser de alto riesgo, si la intervención no está dirigida específicamente a ciertos individuos dentro de la población entonces, se considera a ésta, una intervención universal.

En **las intervenciones preventivas selectivas**, los receptores de los programas son seleccionados para la intervención con base a su identificación como de alto riesgo. Los individuos son clasificados como de alto riesgo ya sea por las características que estos presenten o porque pertenecen a un grupo de alto riesgo. Las ventajas de las intervenciones preventivas selectivas, incluyen la posibilidad de enfrentar la problemática de manera temprana antes de que se conviertan en severas y resistentes, así como de estar acompañadas por problemática asociada diversa. Por otro lado, tienen el potencial de ser efectivas, ya que los recursos disponibles se pueden dirigir



exclusivamente a los grupos en riesgo. Ambas ventajas descansan en la habilidad en identificar los grupos de alto riesgo con exactitud.

Con respecto a **las intervenciones preventivas indicadas**, los programas están diseñados para personas que ya están experimentando el desorden o exhibiendo otro tipo de comportamientos riesgosos. Este tipo de intervenciones constituyen en general, tratamientos dirigidos a detener la progresión del desorden o a reducir el daño que este trae consigo (Marlatt, 1998).

En las últimas tres décadas, una amplia gama de estrategias preventivas se han dirigido a modificar las características individuales (incrementar el conocimiento acerca de los efectos de las drogas, cambiar las actitudes sobre las drogas, mejorar las habilidades sociales y resistir la influencia social o la presión de pares) y el contexto medio-ambiental de los individuos (mejorar las habilidades de crianza), así como también las políticas escolares, del escenario laboral y de la comunidad. En general, tenemos menos información acerca de la efectividad de esfuerzos de prevención dirigidos a modificar el contexto medio-ambiental de los individuos, particularmente sobre las intervenciones que intentan modificar la influencia paterna o comunitaria (Marlatt, 1998).

Un análisis crítico de los esfuerzos de prevención que ha sido evaluado empíricamente, señala que los programas de prevención más exitosos, se basan en modelos derivados de la teoría de aprendizaje social y que están dirigidos a comportamientos relacionados con el uso de la drogas. Los programas de prevención basados en la Teoría Social Cognitiva han tenido efectos positivos a largo plazo sobre el uso de tabaco, alcohol y marihuana (Botvin, Barrer, Dusenbury, Botvin & Díaz, 1995; Eggert, Thompson, Herting, Nicholas & Dicker, 1994; O'Donell, Hawkins, Catalana, Abott & Day, 1995; Pentz et al., 1989; citado en Reidl, 2000). Por otro lado, éstos programas producen mejorías similares en comportamientos vinculados con uso de drogas; tales como reducciones en conducta antisocial y conducta problemática en la escuela, mayor compromiso con permanecer en la escuela, un incremento en habilidades de rechazar drogas y una reducción en la afiliación con pares delincuentes (O'Donell & et al., 1995; Spot, Redmond, Haggerty & Ward, 1995; citado en Reidl, 2000).

Ante la necesidad de desarrollar e instrumentar programas locales de prevención para la disminución del consumo de sustancias, en diversas partes del país se han llevado a cabo, en un primer momento, diagnósticos situacionales del consumo de drogas. Estos datos, junto con la información de otras fuentes de cada comunidad, ayudarán a cristalizar mejor los esfuerzos en materia preventiva.

## **4.2 Programas de prevención**

### **4.2.1 Consideraciones para la elaboración de programas**

En México, desde 1976 se han venido realizando investigaciones en instituciones educativas acerca del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) han sido las dos instituciones precursoras en esta problemática, a las que cada día se suman más instituciones, estados y municipios interesados en la evaluación de la problemática en este segmento de la población. Esto ha permitido mantener un monitoreo constante del comportamiento del consumo en esta población (Villatoro & Medina-Mora, 2002).

Por otro lado, en más de 20 años de investigaciones sobre el uso de drogas, el National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2005), ha identificado principios de importancia para los programas de prevención en la familia, en la escuela y la comunidad. Los investigadores que trabajan bajo los auspicios de NIDA han puesto a prueba estos principios en programas para la prevención del abuso de drogas a largo plazo y los han encontrado eficaces. A continuación se presentan algunos de los principios que pueden tomar en consideración los investigadores, al diseñar programas de prevención:

- \* Los programas de prevención deben diseñarse para realzar los “factores de protección” y darle marcha atrás o reducir los “factores de riesgo” conocidos.

\* Los programas de prevención pueden orientarse hacia una variedad de drogas de abuso, como tabaco, alcohol, inhalantes y marihuana o puede orientarse hacia un solo aspecto del abuso de drogas, como el mal uso de medicamentos que se venden por receta.

\* Los programas de prevención deberían incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y de técnicas para resistir las drogas cuando sean ofrecidas, reforzar la actitud y los compromisos personales contra el uso de drogas y aumentar la habilidad social (o sea, en comunicaciones, relaciones con compañeros, eficacia personal, confianza en sí mismo y resolución de conflictos (NIDA, 2005 & ENA, 2008).

\* Los programas de prevención para niños y adolescentes deberían incluir métodos interactivos que se adapten a la edad de la persona, como grupos de discusión entre compañeros y soluciones de problemas y toma de decisiones en grupo, en vez de ofrecer nada más que técnicas de enseñanza didáctica.

\* Los programas de prevención deberían incluir componentes donde los padres o las personas al cuidado de los niños refuercen lo que los niños están aprendiendo sobre las drogas y sus efectos dañinos, y abran oportunidades para tener discusiones familiares sobre el uso de sustancias lícitas e ilícitas y la posición de la familia sobre el uso.

Otra propuesta, es que los programas de prevención deberían ser a largo plazo (a lo largo de la carrera escolar), con repetidas intervenciones para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, las actividades escolares orientadas hacia los estudiantes de la escuela media y primaria deberían incluir sesiones de apoyo para ayudar con la crítica transición de la escuela media a la secundaria (NIDA, 2005).

Es de considerar también, estos aspectos los cuales son muy importantes:

\* Relaciones familiares.- Los programas de prevención pueden enseñar a los padres tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, incluso hablar con ellos de drogas, vigilar sus actividades, conocer a sus amigos y comprender sus problemas y preocupaciones personales.

\* Relaciones con compañeros.- Estos programas implican desarrollo de comunicación, realce de las relaciones positivas con sus compañeros, intensificación de comportamientos sociales positivos y técnicas de resistencia para poder rehusar las ofertas de drogas.

\* El ambiente escolar.- Estos programas se centran en la mejora de los logros académicos y en el refuerzo del vínculo entre el estudiante y la escuela que incluyen el respaldo de las relaciones positivas entre compañeros y un elemento de educación normativa diseñado para corregir la mala percepción de que la mayoría de los estudiantes usan drogas, de comprender el efecto negativo de las drogas (físico, psicológico y social) y perciben que sus parientes y amigos no aprueban del uso de drogas.

\* El ambiente de la comunidad.- Al nivel comunitario, los programas de prevención funcionan con las organizaciones cívicas, religiosas, judiciales, policiales y gubernamentales. Estos programas hacen resaltar las normas antidrogas y la conducta pro social por medio de modificaciones de políticas o reglamentos, actividades de los medios de divulgación y programas comunitarios de toma de conciencia (NIDA, 2005).

#### **4.3 Programas de prevención en México**

En México, la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), promueve la unión de esfuerzos y el intercambio de experiencias entre instituciones gubernamentales, organizaciones civiles y redes sociales y ha colaborado en la elaboración de programas de prevención con relación al tema de las adicciones. Gracias a ese esfuerzo, se han llevado a cabo diferentes modelos preventivos que han tenido resultados muy significativos en la población (CONADIC, 2003).

A continuación, se describen brevemente los programas de prevención que se llevan a cabo sobre el consumo de sustancias.

El modelo preventivo “Construye tu vida sin adicciones”, es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. Está basado en los aportes de la medicina mente-cuerpo, elaborado desde el sector salud, el cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral (y en especial prevenir adicciones), facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciando las condiciones que eleven la calidad de vida y de las comunidades.

Desde la perspectiva de este modelo, el estrés, una inadecuada alimentación, un auto concepto pobre, falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, pueden actuar como elementos que alienten hacia el consumo de sustancias psicoactivas; por ello, esta propuesta está orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, fortalecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el auto concepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de consumo de sustancias (Vélez, Prado & Sánchez, 2003).

Modelo de Prevención en Centros de Integración Juvenil, A.C. cuyo objetivo es disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo. Para cumplir este objetivo la estrategia consiste en elaborar, desarrollar y dar seguimiento a un programa preventivo de alcohol, tabaco y otras drogas con base en las evidencias científicas y empíricas adaptable a las condiciones regionales y locales. Trabaja con los tres niveles de intervención (universal, selectiva e indicada). Además, se dirige a formar y vincular redes sociales para generar acciones preventivas sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como en relacionar a instituciones afines y complementarias en apoyo a la integración de redes entre grupos que permitan la consolidación de comunidades autogestivas (Solís, Gómez & Ponce, 2003).

Modelo preventivo de “riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias: CHIMALLI-DIF”. Este modelo se orienta hacia el incremento de habilidades de protección por dirigirse a lograr competencia social, resolución de problemas y adopción de un sentido propositivo

en las familias de niñas, niños, adolescentes y sus familias. Asimismo, constituye un avance para el desarrollo de prevención del uso y abuso de drogas, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida y el estilo de vida, abordando todo esto de manera integral y con la participación de la comunidad misma. Así también, busca ser una herramienta útil para los promotores infantiles comunitarios (PIC) de los programas del DIF relacionados con los riesgos psicosociales.

El modelo considera 26 habilidades de protección divididas en tres áreas: Uso de drogas y conducta antisocial; eventos negativos de la vida y estilo de vida (INEPAR, 1989).

El Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA) es creado en 1994 como una propuesta educativa organizada para desarrollarse en la escuela y la familia y favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender en la comunidad. El PEPCA, surge como una alternativa encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones en la comunidad educativa y constituye una estrategia que atiende a los diversos niveles de la Educación Básica, se vincula con los planes y programas de estudio vigentes y promueve la construcción de valores humanos entre los educandos a través de una serie de actividades que se incorporan al proceso educativo en un esquema preventivo integral que aborda diversos problemas sociales en la comunidad escolar, a fin de desarrollar en los alumnos, la capacidad para tomar decisiones de manera consciente y reflexiva, generando así un pensamiento crítico, que les permita resistir a la presión de iniciarse en un proceso adictivo (De Leonardo, Bermúdez & Amador, 2003).

El Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4°. 5° y 6° grados de primaria “Yo quiero, yo puedo”, surgió en 1998 en el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), cuyo objetivo es desarrollar en los niños y niñas habilidades que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales, como el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Este programa se instrumenta en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores. Para replicar dicho programa, el personal capacitado se

apoya en la serie de libros “Yo quiero, yo puedo”, que va desde preescolar hasta tercero de secundaria. La serie cuenta con ejemplares para cada grado escolar y dos guías para docentes: de nivel preescolar y primaria y 3 videos que presentan propuestas educativas. Los temas que se manejan son: Introducción a las sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol y el tabaco; factores de riesgo y consecuencias del abuso de sustancias; prevención del abuso de sustancias; habilidades para tomar decisiones; comunicación; cómo resistir a la presión de pares; autoestima saludable; cómo controlar los impulsos y posponer la gratificación; toma de riesgos y habilidades para enfrentar efectivamente los sentimientos, las frustraciones, la soledad y las tensiones (IMIFAP, 1998).

#### **4.4 Programa de Intervención Breve.**

Esta estrategia forma parte del proyecto “Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México” (Ayala, 2001)(financiado por CONACYT G 36266). Este programa de atención para adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables.

Esta estrategia tiene como objetivo, promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias a través de establecer metas de consumo, identificar las situaciones en que es más frecuente consumir y desarrollar estrategias para enfrentarse a estas situaciones. Esta basada en la Entrevista Motivacional (Miller, 1995), en la Prevención de Recaídas (Marlatt, 1999), en procedimientos de Auto-regulación (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Sobell & Sobell, 1993) para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo.

Cabe mencionar que las Intervenciones Breves son de tipo motivacional lo que implica que el usuario incremente su disposición al cambio y se comprometa a cambiar su conducta, a reorganizar y utilizar habilidades de autorregulación para prevenir los problemas relacionados con su consumo de drogas.

Así tenemos, que dentro de la información que se maneja en el tratamiento se incluye retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias y cuatro sesiones de tratamiento en forma individual, donde se realizan diferentes ejercicios con base en los siguientes tópicos:

1. Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de drogas.
2. Establecimiento de una meta de consumo.
3. Resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas.
4. Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante el tratamiento.
5. Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo y la influencia que ejerce el consumo de sustancias en la realización de estas metas.
6. Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
7. Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
8. Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.

Por otro lado, el Programa de Intervención Breve para adolescentes, está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior. El programa incluye cinco etapas básicas para su desarrollo, las cuales son:

- a) **Detección de casos.** Promoción del programa de intervención breve para adolescentes a través de pósters, trípticos, pláticas informativas, talleres, contacto con el personal de la escuela para la identificación de adolescentes que estén abusando de su consumo (5 copas o más por ocasión) o que estén presentando problemas como consecuencia de éste.
- b) **Admisión.** Evaluación de los criterios de inclusión al programa.
- c) **Evaluación.** Evaluación del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo.



- d) **Inducción al tratamiento.** Promover la disposición de los adolescentes identificados como consumidores, a ingresar al programa de la intervención breve para adolescentes a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional (Miller, 1991).
- e) **Tratamiento.** Consta de cuatro reuniones con el adolescente de forma individual, con una duración de 60 a 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos, y estos objetivos se trabajan a través de folletos diseñados para cada reunión.
- f) **Seguimiento.** Evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. Al mes y a los tres meses, se evalúa a los usuarios a través del **auto-reporte** sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas. A los seis meses se evalúa por última ocasión a través del **auto-reporte** y el **cuestionario de confianza situacional**.

Este programa, enfatiza en que los adolescentes puedan tener un consumo responsable para disminuir las consecuencias desfavorables en ellos con relación a su consumo y de ser posible, llegar a la abstinencia (Martínez, Salazar, Ruiz & Barrientos, 2004).

Cabe destacar, que este programa se aplicó por parte de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y forma parte de un proyecto más amplio a cargo de la Universidad Nacional Autónoma de México titulado “Desarrollo y evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales de México”.

Para fines de esta investigación, cabe mencionar que este programa de intervención, jugó un papel importante ya que se utilizó para los adolescentes que fueron detectados y canalizados a éste y que estaban presentando problemas en su consumo, cumpliendo así su cometido. Por lo tanto, se puede considerar a este programa como una estrategia de prevención universal.

Los programas arriba mencionados, son algunos de los que están trabajando en la prevención del consumo de sustancias en México.

#### **4. 5 Talleres de Prevención**

Una de las estrategias preventivas universales utilizada en el ámbito de las adicciones en población adolescente es la aplicación de talleres informativos como los que se aplican en diversas instituciones educativas por parte del sector salud y de los ya mencionados. Blanch y Alsinet (2002), enfatizan en que uno de los principales elementos que facilitan la educación para la salud, es el desarrollo de actividades de prevención sobre el consumo de sustancias, siendo los centros de educación primaria y secundaria, donde mejor se puede realizar un trabajo preventivo sobre esta problemática social. Cabra y Sarasíbar (1995; citados en Blanch & Alsinet, 2002), apuntan cuatro razones fundamentales:

- a) Durante la escolarización se configuran los hábitos y actitudes relacionados con un estilo de vida saludable.
- b) A partir de la escuela, se tiene acceso a toda la población y puede llevarse a cabo un trabajo continuado y adaptado a todas las características y necesidades de los estudiantes.
- c) Permite un trabajo paralelo con los padres y con el entorno familiar.
- d) El profesorado puede recibir apoyo y asesoramiento por parte de los diversos especialistas que impartan el taller.

Para lograr objetivos positivos en esta estrategia, es conveniente tener los conocimientos básicos sobre la elaboración de un taller y todo lo que puede implicar.

**Un Taller** es una técnica operativa del proceso de aprendizaje-enseñanza-aprendizaje mediante la **acción**, a realizarse sobre un proyecto concreto de trabajo en grupo (Lespada, 1989).

Para fines de esta propuesta, vale la pena mencionar algunos de los principios pedagógicos de un Taller según Lespada (1989).

- Promover la capacidad de **aprender a aprender**.
- Privilegiar la práctica cuestionadora prestando especial atención al sentir y el hacer como punto de partida para conocer.
- Facilitar la aplicación de los conocimientos y experiencias adquiridas utilizando canales reflexivos de acción.
- Propiciar una motivación eficaz, comprometida y responsable.
- Promover y desarrollar la capacidad de reflexión y acción en grupo.
- Incentivar progresivamente la comunicación efectiva entre el grupo.
- Estimular la cooperación, la autogestión participativa y una labor educativa con base en la propia convicción y necesidad.
- Favorecer un clima de convivencia basada en el afecto, la comprensión, el respeto, la libertad, la dignidad y la confianza.
- Fomentar el consenso y la conciencia grupal dentro de una flexible estructura afectiva, cordial y democrática.
- Contribuir al aumento de la seguridad personal, tolerancia a la frustración y la expresión de sentimientos sin inhibiciones.
- Posibilitar la eliminación de jerarquías docentes pre-establecidas e incuestionables y su orientación en el redimensionamiento de su rol como orientador y catalizador del proceso de co-participación.
- Desechar la coerción, el paternalismo y la pasividad.
- Promover la constante planificación, acción y evaluación grupal.
- Favorecer la desinhibición progresiva del maestro y del alumno y la expresión de sus personalidades en constante enriquecimiento, estimulando el dinamismo productivo, la extraversion socializada y la participación activo-protagónica.

Los elementos antes descritos, facilitarán el pleno desarrollo de la aplicación de cualquier taller.

Por lo tanto, para ayudar en la prevención de la problemática que presentan los adolescentes que consumen alcohol o cualquier sustancia, es relevante enfatizar en la importancia de elaborar programas de prevención y en éste caso, sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Es importante mencionar que la División of Clinical Psychology de la American Psychological Association (1993; citado en Martínez, K; Carrascoza, C; & Ayala, H, 2003), para resolver el problema de diseminación, recomienda formas efectivas de llevarla a cabo y para ello hace referencia a los **Talleres Interactivos** ya que en ellos se combina un aprendizaje didáctico estructurado con trabajo clínico supervisado, además de que se realizan actividades que pueden realizarse sin costo elevado y en poco tiempo con audiencias numerosas.

Así también, otros autores como Crosswaitie y Curtice (1994), Shanley, Lodge y Mattick (1996), Rivers, Sarata y Book (1974), (citados en Martínez, K; Carrascoza, C; & Ayala, H, 2003), emplearon un taller informativo e interactivo como metodología básica de su proyecto. En conjunto, los resultados de estas investigaciones reportan la efectividad de estrategias de diseminación, como el uso de Talleres Interactivos, en cumplir con el objetivo de informar y promover procedimientos psicológicos validados empíricamente.

Teniendo todas las bases anteriormente mencionadas, se ha llegado a uno de los puntos medulares de esta investigación: “El Taller de prevención informativo-interactivo para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas”.

## CAPÍTULO 5

### FUNDAMENTOS TEORICOS PARA EL TALLER

#### 5.1 Modelo de Prochaska y DiClemente

Uno de los modelos que puede emplearse para la planeación de los programas de prevención universal y sobretodo para comprender cómo se produce el cambio en individuos que ya consumen drogas y presentan consecuencias negativas, es el que han elaborado dos psicólogos: James Prochaska y Carlo DiClemente (1982). Estos investigadores han intentado comprender cómo y porqué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que pasa una persona en el proceso de cambio de un problema. Parece que estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta (Miller & Rollnick, 1999).

Aunque este modelo comenzó con fumadores, los autores aplicaron este patrón a individuos que modificaron comportamientos relacionados con, beber, comer, realizar ejercicio físico, criar y educar a los hijos o de relación conyugal, sin intervención profesional. Cuando el cambio hecho por uno mismo se comparó con las intervenciones terapéuticas, se encontraron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio en pasos o etapas. Observaron que la gente que llevaba a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional, primero “pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema, a considerar la posibilidad de un cambio, luego esperaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían o conservaban ese cambio con el paso del tiempo” (DiClemente, 1991; citado en Balcells, Torres & Yahne, 2004).

Cabe mencionar que este modelo también se ha usado en algunas investigaciones para describir las etapas por las que pasa un individuo en la Adquisición de una conducta y no nadamás para la Cesación de ella, teniendo diferencias en las etapas hacia el cambio.

De este Modelo de Prochaska-DiClemente, surge la “rueda del cambio”, en ella se describen tres etapas para la adquisición y seis etapas para la cesación de la conducta deseada, las cuales se presentan a continuación (Prochaska & DiClemente, 1987).

**Adquisición.** Los estados de la adquisición fueron definidos para aquellos que nunca han consumido alguna sustancia.

Sus etapas son: **Precontemplación a la Adquisición (aPc)**, la cual consiste en que el individuo no tiene deseos o intenciones de iniciarse en el consumo de alguna sustancia en un tiempo cercano (6 meses). **Contemplación a la Adquisición (aC)**, en esta etapa el individuo ya considera consumir en un periodo próximo (6 meses). **Preparación a la Adquisición (aP) (o Determinación a la Adquisición)**, el individuo está decidido a consumir en el siguiente mes (Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov & Smith, 1998).

**Cesación:** Los estados para la cesación son definidos para aquellos individuos que se han iniciado en el consumo de alguna sustancia.

Sus etapas son: **Precontemplación (Pc)**, lo cual, es la puerta de entrada del proceso de cambio; y que consiste en que los individuos no piensan cambiar su forma de consumo en los próximos 6 meses ya que no consideran que éste, les esté ocasionando problemas y, por consiguiente, no precisan la necesidad de un cambio. La persona que se encuentra en esta etapa, requiere de retroalimentación e información para que pueda aumentar su conciencia del problema y así considerar la posibilidad de cambiar. Lo que el terapeuta puede hacer es favorecer el aumento de la percepción del cliente hacia los riesgos y problemas de su conducta actual. **Contemplación (C)**, la persona en esta etapa se enfrenta a una “ambivalencia”, es decir, considera y rechaza el cambio a la vez (Miller & Rollnick, 1999), reflexionando así sobre sus consecuencias positivas y negativas; son personas que han pensado o contemplado cambiar en los próximos 6 meses. La tarea del terapeuta consiste en ayudar a que se dé mayor importancia a las causas y consecuencias negativas, para que la balanza se incline a favor del cambio. **Preparación (P) o Determinación (D)**, consiste en que las personas han pensado en intentar cambiar en el próximo mes, porque se han dado cuenta que su

consumo les ocasiona problemas. La tarea del terapeuta es la de aconsejarle o asesorarle sobre el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo para conducirlos a la etapa de actuar. Cabe mencionar, que si durante este tiempo la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continúa; sino, la persona retrocede a la etapa de contemplación. **Acción (A)**, esta etapa es la que con mayor frecuencia las personas consideran como la etapa de inicio de la terapia o del counselling. La persona se implica en acciones que le están ayudando a lograr un cambio en el problema que desea resolver durante los últimos 6 meses y que requiere de mayor tiempo y energía. Durante la etapa de **Mantenimiento (M)**, la persona tiene más de 6 meses que logró el cambio y el reto consiste en mantener y consolidar dicho cambio alcanzado en la etapa anterior, y prevenir la recaída (Marlatt & Gordon, 1985; citados por Miller y Rollnick, 1999). Y por último, la **Recaída (R)**, si ésta se produce, la tarea de la persona consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa. La tarea del terapeuta, es ayudarle a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación y poner de nuevo a punto, los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y mantenimiento. Es necesario mencionar, que la recaída se considera como un acontecimiento normal y que es importante explorar el significado de la recaída como una fuente de aprendizaje (Balcells, et al., 2004).

Para esta investigación se tomaron en consideración las primeras cinco etapas para la Cesación ya que se pretende evaluar la Disposición al cambio que presentan los adolescentes consumidores que están iniciado en el consumo de alguna sustancia y que se considera que aún no han recorrido toda la rueda del cambio.

Por otro lado, en un estudio realizado por Stern, Prochaska y DiClemente (1987), se aplicó el modelo transteórico a la Adquisición del hábito de fumar juvenil presentándolo como un espejo del modelo de la cesación. Por ejemplo, en el modelo de cesación, los adultos que están en la fase de la precontemplación, aún no han considerado el renunciar a fumar, mientras que jóvenes en la fase de la precontemplación aún no han considerado el fumar. Los adultos en la fase de mantenimiento han

dejado de fumar y están tratando de mantenerse en la abstinencia, mientras que los jóvenes en este estado de adquisición han empezado a fumar regularmente y tienen poco o ningún deseo de dejar de fumar. En ésta misma investigación se identificaron variables para describir el proceso de adquisición: (a) comportamiento actual de fumar; (b) intento futuro a fumar; (c) actitud al fumar, en términos de prever las consecuencias positivas o negativas; y (d) la cantidad del placer al fumar. Combinando estas variables con las fases del concepto de Adquisición, se desarrollaron cuatro fases: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento.

A diferencia de la presente investigación, se tomaron las tres etapas a la Adquisición antes mencionadas, ya que los participantes que se encontraran en la etapa del mantenimiento (según la investigación descrita anteriormente) pasarían a ser consumidores en este trabajo, lo que llevaría a realizar una evaluación hacia la cesación del consumo. Además, como se mencionó anteriormente, los estados a la Adquisición fueron definidos para aquellos que nunca han consumido alguna sustancia.

Por otra parte, los recientes programas de prevención basados en las Etapas de Adquisición, son una extensión de las Etapas de Cambio usadas para la Cesación de fumar en adultos. En un estudio reciente (Velicer, Redding, Anatchkova, Fava & Prochaska, 2007) tres etapas de Adquisición han sido identificadas: Precontemplación a la Adquisición (aPc); Contemplación a la Adquisición (aC) y Preparación a la Adquisición (aP) (estas etapas fueron empleadas en la presente investigación). En este estudio se hizo un análisis de grupo para identificar subtipos de grupos para la prevención en la Adquisición a fumar en estudiantes. Se identificaron cuatro grupos: Alto riesgo, Protegido, Ambivalente y Negación al Riesgo, donde un dato muy importante es que el grupo de los individuos del subgrupo protegido fueron los más proclives a permanecer en la etapa aPc en cada seguimiento de valoración. Se concluyó en que las descripciones del grupo pueden proveer una base para el diseño de intervenciones hechas a la medida en la prevención del hábito de fumar.

Así pues, dentro de este enfoque, un elemento importante es **la motivación**, entendida como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio y así pasar a la siguiente



etapa. Es un estado interno influido por varios factores externos (Miller & Rollnick, 1999). La motivación del individuo será, entonces, un factor determinante para adquirir o para lograr el cambio de la conducta deseada.

Según Miller y Rollnick; el objetivo en la primera fase, es **desarrollar la motivación** para el cambio, asumiendo que el cliente está ambivalente y posiblemente en la etapa de precontemplación o contemplación. Sin embargo, esta misma motivación tiene que ser fortalecida para aquellas personas no consumidoras y así lograr que se mantengan en la abstinencia. Por otra parte, el objetivo en la segunda fase, es **fortalecer el compromiso** con el cambio (o con el mantenimiento de alguna conducta deseable) asumiendo que el cliente está listo para cambiar, pero no ha tomado una decisión firme o compromiso con el cambio. Probablemente se encuentre, en la etapa tardía de contemplación o preparación para el cambio (Balcells, et al., 2004).

En este proceso, si el Terapeuta utiliza las estrategias de la entrevista motivacional (que a continuación se describen) con su cliente, aplicándolas adecuadamente en la etapa en que éste se ubique, logrará motivarlo y así se sigan acciones concretas; entonces, de ésta manera aumentará la probabilidad para lograr el cambio. Sin embargo, aunque estas estrategias fueron diseñadas para motivar al cambio, también se ha detectado que funcionan para aquellas personas no consumidoras, incrementando su disposición hacia el mantenimiento de la abstinencia.

## **5.2 Modelo de la Entrevista Motivacional**

La Entrevista Motivacional (EM) estructurada como tal por William Miller y Stephen Rollnick en 1991, deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la consejería centrada en el cliente del modelo humanista de Carl Rogers, la terapia cognoscitiva, la teoría de sistemas, y un modelo transteórico de cambio (Miller & Rollnick, 1999).

La EM es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar o de mantenerse en alguna conducta deseable.. Así también, se basa en dos grandes áreas: de manera prioritaria en el constructo de la ambivalencia y en el conflicto

entre la indulgencia y la restricción, conflicto que surge claramente en las conductas adictivas (Oxford,1985; citado en Miller & Rollnick, 1999).

En cualquier intervención terapéutica con una persona con alguna adicción, hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento; el primer objetivo es que la persona con una adicción asuma que requiere de un tratamiento (Becoña, 1988; citado en Balcells, et al., 2004).

La EM, pide al paciente un deseo de cambio desde una situación de consumo y dependencia a las drogas o una situación de no consumo y auto control.

Siguiendo con esta línea, desde la perspectiva de la EM, la motivación es definida como “la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio (Miller & Rollnick, 1999) o de mantenimiento y por tanto a un tratamiento.

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste. Estos resultados incluyen disminuciones en el consumo, tasas de abstinencia mayores, ajuste social y éxitos referidos en el tratamiento (Landry, 1996; Miller, et al., 1995 citado en Balcells, et al., 2004). Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con él, también están asociados con los resultados positivos del tratamiento (Miller, 1991; Prochaska & Diclemente, 1992).

Por otro lado, Rogers (1959), afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales, proporciona la atmósfera ideal para que se de un cambio natural o el mantenimiento de una conducta deseada, ya que en esta atmósfera los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y encontrar soluciones para sus propios problemas. Estas características son: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad.

Lo que Rogers define como una empatía adecuada, implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que da el paciente a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Gordon, 1970).

Podemos pues, definir la EM como un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento o el mantenimiento de una conducta deseable, ayudando a explorar y resolver ambivalencias (estado en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación a una cosa). Considerando la ambivalencia como algo normal, aceptable y comprensible (Balcells, et al., 2004).

Por otro lado, existe literatura que sugiere que los componentes de la EM son particularmente efectivos en las intervenciones con adolescentes (Monti, et al., 1989). Así tenemos como ejemplo el trabajo de Wagner y colaboradores (2006), quienes han reportado prometedores y alentadores resultados en el uso de las intervenciones breves para adolescentes consumidores de drogas haciendo uso de la EM. Ellos mencionan, que en los 70' y los 80', los adolescentes consumidores eran tratados en programas dirigidos para adultos, pero los factores asociados a los problemas relacionados al consumo de sustancias en los adolescentes estudiantes, eran diferentes a los reportados por los adultos. Durante las dos últimas décadas, existe más información e investigaciones que se acercan más a los tratamientos de adolescentes consumidores de drogas, teniendo énfasis en los Estados Unidos. Actualmente, los programas de intervención de los adolescentes consumidores son vistos de diferente manera en comparación a los de los adultos (Leitten, Wagner & Winters, 2006).

Partiendo de la base de que la motivación al cambio y al mantenimiento de una conducta deseada están ineludiblemente vinculados, la EM, como nuevo estilo terapéutico, nos ofrece una serie de estrategias específicas en función de la etapa de cambio en la que se encuentre el paciente (ya sea en la Cesación o la Adquisición). Cabe mencionar que aunque las estrategias de la EM se han utilizado más para la promoción al cambio del consumo (Cesación), estas mismas estrategias podrían ser utilizadas para el fortalecimiento de la decisión de no consumir sustancias (Adquisición).

Estas estrategias se basan en principios de la psicología social, cognitiva y motivacional.

### **5.2.1 Estrategias motivacionales**

Las estrategias de la entrevista motivacional, son más bien persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. El terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio cuyo objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de adentro más que se imponga desde afuera (Miller & Rollnick, 1999) así mismo, estas estrategias se podrán utilizar para el fortalecimiento en la decisión de no consumir sustancias.

Así tenemos cinco principios básicos o generales de la Entrevista Motivacional, los cuales son: Expresar una empatía, crear una discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia. Estas estrategias también favorecen el manejo de la intervención con el paciente para que se pueda dar un cambio en la conducta deseada o en el mantenimiento de una conducta deseada..

En la EM se emplean ocho estrategias motivacionales: Ofreciendo consejo, eliminando obstáculos, ofreciendo alternativas, disminuyendo la deseabilidad, practicando la empatía, ofreciendo un feedback, aclarando objetivos y ofreciendo ayuda activa. Todos estos elementos los podemos combinar en la EM, sólo hay que saber cuándo y cómo.

### **5.2.2. Estrategias de inicio de la EM (fase I)**

En las etapas iniciales de tratamiento, son especialmente útiles las siguientes cinco estrategias de apertura, basadas en los principios básicos de la EM. Estas cinco estrategias permiten la creación de un clima de confianza y de seguridad para que el paciente pueda analizar y explorar su ambivalencia, facilitan la motivación para el cambio, preparan a los pacientes para entrar en el tratamiento, mejoran su compromiso y retención en el tratamiento, aumentan la participación y el compromiso, mejoran los resultados del tratamiento, y estimulan un regreso rápido al tratamiento en caso de síntomas de recaída.

Estas estrategias son: elaboración de preguntas abiertas, entablar una escucha reflexiva, hacer afirmaciones, hacer resúmenes de lo visto y generar frases automotivadoras.

### **5.2.3. Estrategias de la EM (fase II)**

Como hemos visto hasta ahora, la primera fase de la entrevista motivacional implica la motivación para el cambio y el fortalece el mantenimiento hacia una conducta deseada.. Esto lleva más tiempo con unos pacientes que otros. Siguiendo los conceptos de las etapas de Prochaska y Di Clemente, algunos pacientes empiezan en la precontemplación, y otros están al inicio de la contemplación. Otros, sin embargo, comienzan el tratamiento manifestando ya una decisión de cambiar y necesitan que se les ayude relativamente poco a crear una motivación para el cambio. Otros optan por el fortalecimiento de la abstinencia. Entonces llega el momento en que es necesario cambiar las estrategias, ya que nos encontramos en una segunda fase. El paciente está preparado a cambiar, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo.

En esta fase se utilizan cinco estrategias: recapitulación, preguntas clave, información y consejo, negociar el plan de acción y una finalización.

Así, tenemos que el compromiso sólido no garantiza el cambio, se requerirá de muchas destrezas de manejo para crear un plan de acción que sea trascendental.

### **5.2.4 Uso de la Entrevista Motivacional en la propuesta**

El uso de la EM en la presente investigación ha presentado su efectividad, ya que si se considera que uno de los elementos primordiales en ella es generar la Motivación a través de diferentes estrategias, se ha logrado en esta propuesta.

A continuación, se expondrá cómo se emplearon las estrategias de la EM en esta investigación..

Partiendo de la suposición de que los participantes en el taller propuesto en esta investigación se encuentran en la etapa de Precontemplación e incluso en la Contemplación de la cesación de una conducta y en la precontemplación en la adquisición (del modelo de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, 1984), se hizo uso de algunas estrategias de la entrevista motivacional

(Miller & Rollnick, 1991) con la finalidad de desarrollar la motivación hacia el cambio en los adolescentes consumidores y la motivación hacia el mantenimiento de la abstinencia en los no consumidores.

En las primeras actividades del taller, a los participantes se formularon *preguntas abiertas*, con la idea de facilitar el diálogo y estimularlos a hablar y ser partícipes activos de esta experiencia.

Durante todo el taller, se empleó la estrategia de empatía (*escucha reflexiva*) con el objetivo de crear una atmósfera de confianza y de seguridad, ya que esto ayuda para que los adolescentes exploren su situación sobre el consumo de sustancias y logren resolver su ambivalencia.

Se brindó suficiente *información* para que los adolescentes consumidores pudieran aumentar su nivel de conciencia sobre su consumo y corroborar de esta manera, si éste les está creando un problema o no y qué tipos de problemas y entonces pensar en la posibilidad de un cambio. Así también, al presentarles las consecuencias positivas y negativas; los factores de riesgo y de protección, sabemos que esto fortalecerá para que los jóvenes desarrollen discrepancias internas sobre su patrón de consumo y que puedan llegar a hacer un *balance decisional*, esto es para los consumidores, y para los no consumidores, que fortalezcan su decisión de continuar sin consumir sustancias.

A lo largo de taller se hicieron *resúmenes* periódicos, lo cual reforzó en los participantes los elementos expuestos de cada tema y se considera que ésta es una manera de retroalimentación, la cual conducirá hacia la reflexión en cada uno de ellos, además de que, (algo muy valioso al respecto), es que se les invitó a los adolescentes a participar activamente en estos resúmenes.

A los participantes se les pidió llenar una hoja de “registro personal” después de cada tema con el objetivo de reflexionar y analizar su situación de consumo y despertar en ellos la inquietud de generar un cambio, haciendo en esta actividad (nuevamente) un *balance decisional*.

Otra de las estrategias que se utilizó, fue la de hacer *afirmaciones*, es decir, cumplidos y expresiones de aprecio y comprensión ya que éstas ofrecen apoyo a los participantes.

Como se puede observar, las estrategias de la EM son elementos de gran utilidad en cualquier ámbito donde se pretenda motivar a los participantes para conducirlos hacia un cambio o hacia el fortalecimiento en la adquisición de una conducta.

A continuación, se describe otro de los modelos que fue empleado en la elaboración del taller de prevención, propuesto en esta investigación, y como se podrá observar, se encontrarán tópicos muy relacionados con algunos de los puntos de la entrevista motivacional.

### **5.3 Modelo de High Scope en la propuesta**

El modelo High Scope nace durante los años 60 en Ypsilanti, Michigan como un modelo de aprendizaje abierto o activo. Es un enfoque que integra a la perspectiva intelectual, social y emocional. Este sistema, estimula a los alumnos a intercambiar ideas y experiencias con otros alumnos y su maestro (a) sobre lo que han hecho. Estimula a aprender a través de la **interacción activa**. La filosofía de un sistema abierto y activo, permite un equilibrio entre las actividades sugeridas por el alumno y las actividades propuestas por el maestro.

En este modelo de aprendizaje activo, los alumnos comparten el control de sus actividades con los adultos, generando así un clima amable y estimulante para la educación. El currículum de High/Scope es producto de años de investigación y de la convicción de que **el conocimiento estimula el desarrollo humano**.

Este modelo de aprendizaje abierto, está basado en la teoría constructivista. Cabe mencionar que el constructivismo es una corriente psicológica que tiene su máxima expresión en la teoría del aprendizaje significativo, que responde a una concepción cognitiva del aprendizaje según la cual éste aparece en escena cuando los individuos interactúan con su medio circundante tratando de dar significado de su entorno que capta sus sentidos. Mantiene la idea de que la persona que aprende recibe información verbal, la vincula con los acontecimientos previamente adquiridos y, de esta manera concede a la nueva información, así como a la información anterior, un significado especial, es decir el aprendizaje en el constructivismo humano se presenta cuando los nuevos conocimientos

se incorporan en forma sustantiva a la estructura cognitiva del alumno, lo cual se logra cuando el que aprende relaciona los nuevos conocimientos con los anteriores adquiridos. Pero también es necesario que el estudiante se interese por aprender-aprender para que este aprendizaje logre ser significativo (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/>).

El interés debe entenderse como algo que hay que crear y no simplemente como algo que "tiene" el alumno. El interés debe surgir de los contenidos que se le presente al alumno, que sean contextualizados en el mundo del participante.

Cabe mencionar que para que se logre un aprendizaje significativo, es importante que el maestro, guía o expositor considere los siguientes elementos:

Aceptar e impulsar la autonomía e iniciativa del alumno; usar materiales físicos, interactivos y manipulables; usar terminología cognitiva tal como: Clasificar, analizar, predecir, crear, inferir, deducir, estimar, elaborar, pensar, motivar (sobre todo, ésta última); investigar acerca de la comprensión de conceptos que tienen los estudiantes, antes de compartir con ellos su propia comprensión de estos conceptos; desafiar la indagación haciendo preguntas que necesiten respuestas muy bien reflexionadas y desafiar también a que se hagan preguntas entre ellos (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/>)

Por lo anteriormente mencionado, se ha optado por retomar estas bases teóricas del aprendizaje, para ayudar a que la propuesta aquí descrita logre los objetivos deseados.

En conclusión, desde la filosofía de High Scope, la elaboración de un taller, no es nadamás hacer programas, reuniones o cursos con el propósito de informar, sino de tener un acercamiento mas directo hacia las emociones de los participantes con los propósitos expuestos en el taller. La meta de dichos talleres, debería ser “promover cambios y mejoras sistemáticas en las prácticas de los participantes”. Así también, los organizadores de los talleres deberían diseñar sesiones que induzcan



a los participantes a procesar y aplicar lo aprendido, es decir, la experiencia que adquirieron en un taller, pueda ser empleada en su vida cotidiana (Diamondstone, 1998).

### **5.3.1. El modelo High Scope propone para el diseño de talleres los siguientes puntos:**

Al inicio del taller debe haber una actividad motivadora, con el objetivo de que los participantes se sientan en un clima de confianza y se fomente así la interacción entre ellos y los expositores. La actividad de iniciación puede servir también para centrar la atención en el tema eje del taller. Se sugiere que para la iniciación de un taller se lleven a cabo actividades breves para captar la atención, establecer armonía e introducir el tema o la problemática a tratar dentro de éste (Diamondstone, 1998).

Algo importante que no se tiene que dejar a un lado, es que debe haber un acuerdo entre los participantes y el (los) expositor (es) en torno a los objetivos del taller; en otras palabras, se debe dar la oportunidad a los participantes para que manifiesten cuales son sus expectativas del taller que van a recibir, ya que esto va a ayudar a establecer un compromiso entre ellos y los expositores y se generará la motivación entre ellos hacia el tema. Por otro lado, el interés por nuevas ideas, así como la voluntad y el deseo por adoptarlas, se incrementa cuando la persona cree firmemente que dichas ideas satisfacen y responden a sus necesidades.

Para la elaboración de un taller, también es relevante tomar en cuenta: los valores, prioridades, supuestos y expectativas personales de los participantes, ya que así, ellos derribarán muchas barreras y se creará un clima más favorable.

Otra de las partes principales de un taller, es la presentación de la información, tanto de conceptos, objetivos o prácticas educativas. La información debe llevar una lógica y una secuencia de tal manera que los participantes la puedan entender naturalmente y que se pueda lograr un aprendizaje significativo, de tal manera que les pueda ser útil y les conduzca a momentos de reflexión de su vida cotidiana. Se sugiere que la información vaya de lo general a lo particular. Así como también, la comunicación que se establezca en el taller va a tener un papel muy importante.

Para que los participantes tengan un aprendizaje más significativo, es necesario hacer prácticas durante el taller, como por ejemplo; Juegos de roles / dramatizaciones, simulaciones de solucionar problemas reales, practicar el ensayo y el error en diferentes situaciones y así llevar a cabo toma de decisiones, etc.

Así también, se sugiere que todo taller debe tener implícito, actividades lúdicas y dinámicas y que se haga participativo entre todos los integrantes. También, que se brinden técnicas para que se lleve a la práctica lo aprendido en el taller.

Cabe destacar que el clima más favorable para el desarrollo de los participantes, es aquel en el cual: sus ideas son respetadas, su experiencia es valorada, sus ideas utilizadas y sus problemas son considerados seriamente.

Todos los puntos antes mencionados favorecerán para que los participantes, logren sentir suyo el taller y así lo puedan disfrutar y aprovechar al máximo.

Por otro lado, Diamondstone (1988), menciona que todo buen taller culmina con manifestar las conclusiones del mismo, brindándoles siempre la oportunidad a los participantes de que expongan lo aprendido. Así como también se debe incluir un componente en donde los participantes evalúen el diseño y el contenido del mismo.

Por lo tanto, un buen líder o coordinador, sólo necesita convencer a los participantes de que él conoce las necesidades y preocupaciones de cada uno de ellos y que está dispuesto a ayudarlo dentro y fuera del taller, ya que **si los participantes están motivados, el taller se desarrollará naturalmente** (Diamondstone, 1998). Así pues, se puede observar que este modelo enfatiza en la motivación de los participantes.

Enseguida se muestra en la tabla 1, a manera de resumen, los fundamentos teóricos empleados en esta investigación.

Tabla 1. Fundamentos teóricos del taller propuesto

<p>MODELO DE PROCHASKA Y DI CLEMENTE (1982).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Basado en “La Rueda del Cambio”.</li> <li>* Para lograr un cambio o el fortalecimiento hacia la disposición de la abstinencia, la persona pasa por diferentes etapas: Cesación: seis etapas. Adquisición: tres etapas.</li> <li>* Enfatiza en la Motivación y en el compromiso por parte del paciente para que se logre el cambio deseado y el fortalecimiento en la adquisición de una conducta deseada.</li> </ul>
<p>ENTREVISTA MOTIVACIONAL (William Miller y Stephen Rollnick, 1991)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Basada en el Modelo Humanista de Carl Rogers (terapia cognitiva, teoría de sistemas y un modelo transteórico de cambio).</li> <li>* Enfatiza en lograr la Motivación del paciente.</li> <li>* Cuenta con cinco principios básicos.</li> <li>* Emplea ocho estrategias motivacionales para lograr el cambio en el paciente o el fortalecimiento en el mantenimiento de una conducta deseada.</li> </ul>
<p>MODELO HIGH SCOPE (enfoque constructivista, nace en la década de los 60)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Basado en el enfoque Constructivista.</li> <li>* Enfatiza en el aprendizaje significativo, en la motivación del participante, en un aprendizaje activo, en el uso de materiales interactivos.</li> <li>* Toma en cuenta las expectativas y las necesidades de los participantes.</li> </ul>

## 5.4 Justificación

Tomando en cuenta la importancia de los cambios a los que se enfrentan los adolescentes en esta etapa de su desarrollo, considerando la vulnerabilidad en la que están inmersos y a su vez, la preocupación de que ésta población está iniciando a edades cada vez más tempranas (antes de los 12 años), el consumo de sustancias (como el alcohol, el tabaco, la marihuana y los inhalantes principalmente), es para hacer una importante reflexión y llevar a cabo medidas que logren mejoras en esta problemática.

Por un lado, una de las preocupaciones en los adolescentes sobre el consumo, es la edad de inicio, pero por otro, que aunque los hombres continúan consumiendo algunas drogas en mayor proporción que las mujeres, ellas empiezan a desarrollar patrones característicos a ciertos tipos de sustancias muy peligrosas, como es el caso del éxtasis o las tachas (metanfetaminas y otro tipo de anfetaminas) así como de los tranquilizantes y sedantes (Castro, Llanes & Macias, 2001-2002).

Como se puede observar, se requiere trabajar en medidas que ayuden a solucionar esta problemática. Sabemos que las Intervenciones Preventivas juegan un papel muy importante para lograr el objetivo de disminuir o eliminar el uso y abuso de sustancias adictivas. Hablar sobre prevención implica actuar antes de que un problema se produzca o en los primeros momentos de su aparición, a fin de evitar que cause un mayor deterioro (Espada, Méndez & Orgíles, 2005), y como parte de las acciones primordiales que deben llevarse a cabo en la investigación sobre prevención, está la de desarrollar una sólida base de conocimientos para la identificación de factores de riesgo y factores de protección, así como también sobre el diseño, evaluación y disseminación de intervenciones.

Una de las estrategias preventivas utilizadas en el ámbito de las adicciones en población adolescente es la aplicación de talleres informativos como los empleados por diferentes instituciones de sector salud o educativas. Blanch y Alsinet (2002), enfatizan en que uno de los principales elementos que facilitan la educación para la salud, es el desarrollo de actividades de prevención sobre el consumo de sustancias, siendo los centros escolares donde mejor se puede

realizar un trabajo preventivo sobre esta problemática social. Cabe mencionar, que es importante que los adolescentes estén muy bien informados sobre el tema de las drogas.

Es por esto, que en esta investigación se ha considerado notablemente el “Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas”, para ayudar a los adolescentes consumidores a encontrar alternativas de solución a través de diferentes herramientas.

Por otro lado, sabemos que las Intervenciones Breves son de tipo motivacional lo que implica que el adolescente incrementará su disposición al cambio y se comprometerá a cambiar su conducta, a reorganizar y utilizar habilidades de autorregulación para prevenir los problemas relacionados con su consumo de drogas. Sin embargo, para el apoyo de estos cambios, es necesario el uso de estrategias motivacionales (Miller & Rollnick, 1991) aplicadas en las etapas de cambio donde se encuentre el adolescente, ya sea en la adquisición o en la cesación de una conducta, lo cual en la Intervención Breve tomada en cuenta en ésta investigación se lleva a cabo.

Como se puede observar, las Intervenciones Preventivas juegan un papel importante ya que implican que se actúe antes de que se produzca un problema y así evitar un mayor deterioro. Además, las intervenciones preventivas son parte de las acciones primordiales en la identificación de factores de riesgo y de protección en los que está inmerso algún adolescente que esté consumiendo alguna sustancia; esto ayudará para eliminar aquellos que pudieran estar influyendo negativamente en su consumo y para resaltar y fortalecer aquellos que estén ayudando al no consumo.

Considerando la importancia de lo antes mencionado y con base en las características del desarrollo del adolescente, el modelo de Prochaska y DiClemente, las estrategias propuestas por la Entrevista Motivacional y el modelo de High Scope, en este estudio, se propone la aplicación de un Taller Preventivo, de una sola sesión, con carácter Informativo-Interactivo, esperando que tenga impacto en los participantes y que se logren sus objetivos, los cuales fueron; comparar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el uso de alcohol y otras drogas antes y después de la

aplicación del taller; fortalecer la decisión de mantenerse en la abstinencia en aquellos adolescentes que no han iniciado un consumo de sustancias; así como el incrementar la disposición al cambio en aquellos que ya consumen. Para lograr estos objetivos, los adolescentes recibieron información acerca de las consecuencias y factores que pueden provocar el consumo de alcohol y otro tipo de drogas. Este taller les ofreció herramientas de enfrentamiento ante situaciones en donde se les pueda presentar el consumo, así como también se les proporcionó un listado de tips para lograr un consumo responsable. A su vez, se les brindó diferentes alternativas de recreación sana para que sepan que hacer en su tiempo libre. Otro de los objetivos, fue el detectar casos de adolescentes que presentaron problemas en su consumo, los cuales fueron canalizados y atendidos en el “Programa de Intervención Breve para adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas”. Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio que realizó la Universidad Autónoma de Aguascalientes cuyo objetivo, fue el de apoyar a los adolescentes consumidores de sustancias para lograr un cambio en su consumo a través de dicho programa. Este taller se aplicó a estudiantes adolescentes que radican en zonas urbanas del estado de Aguascalientes y cuyas edades oscilan entre los 13 y los 19 años.

---

## MÉTODO

---

### **Objetivo general**

Evaluar un Taller de Prevención de una sola sesión, con carácter Informativo-Interactivo para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas.

### **Objetivos específicos**

1. Evaluar el nivel de conocimientos en los adolescentes, antes y después del taller.
2. Evaluar la disposición hacia la abstinencia del consumo de sustancias al inicio y al final del taller en adolescentes no consumidores de drogas.
3. Evaluar la disposición al cambio al inicio y al final del taller en adolescentes consumidores de alcohol y/o otras drogas.
4. Detectar posibles casos entre los participantes para ser canalizados a participar en una estrategia de intervención breve.
5. Identificar las consecuencias negativas acerca del consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes consumidores.
6. Validar socialmente la aplicación del taller.

## **Preguntas de la investigación**

¿Un Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes ayudará para que los participantes adquieran conocimientos nuevos sobre el tema de las drogas?

¿Un Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, fortalecerá la disposición de mantenerse en abstinencia en aquellos adolescentes no consumidores de sustancias?

¿Un Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, incrementará la disposición hacia un cambio en el consumo de adolescentes consumidores?

## **Hipótesis**

Hi<sub>1</sub>: El Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas ayudará para que los participantes adquieran conocimientos nuevos sobre el tema de las drogas.

Ho<sub>1</sub>: El Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas no ayudará para que los participantes adquieran conocimientos nuevos sobre el tema de las drogas.

Hi<sub>2</sub>: El Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas que se propone en esta investigación, fortalecerá la disposición de mantenerse en la abstinencia en aquellos adolescentes no consumidores.



Ho<sub>2</sub>: El Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas que se propone en esta investigación, no fortalecerá la disposición de mantenerse en la abstinencia en aquellos adolescentes no consumidores.

Hi<sub>3</sub>: El Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas que se propone en esta investigación incrementará la disposición hacia el cambio en el consumo en aquellos adolescentes consumidores.

Ho<sub>3</sub>: El Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas que se propone en esta investigación, no incrementará la disposición hacia el cambio en el consumo en aquellos adolescentes consumidores.

## **Variables**

Variable Independiente:

- Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes.

Variables Dependientes:

- Adquisición de conocimientos sobre el tema de las drogas.
- Disposición hacia el mantenimiento de la abstinencia en el consumo de sustancias.
- Disposición hacia el cambio en el consumo de sustancias.

## **Definiciones conceptuales**

- Taller de Prevención Informativo-Interactivo sobre el consumo de alcohol y otras drogas:

“Técnica de aprendizaje-enseñanza-aprendizaje mediante la acción, es decir, a través de actividades lúdicas, donde se brinda a los participantes diversos temas relativos al consumo de sustancias con carácter preventivo”.

- Adquisición de conocimientos sobre el tema de las drogas:

“Que los participantes de este taller, obtengan más información de la que ya tenían, sobre el tema de las drogas”.

- Disposición hacia el mantenimiento de la abstinencia:

“Acción y efecto de continuar con la motivación y el ánimo para no consumir alcohol o alguna otra sustancia adictiva”.

- Disposición hacia el cambio en el consumo de sustancias:

“Acción y efecto de motivación y ánimo para que un adolescente disminuya su consumo de sustancias e incluso para que deje de hacerlo”.

## **Definiciones operacionales**

- Adquisición de conocimientos sobre el tema de las drogas:

“Evaluación de Conocimientos sobre el consumo de alcohol y otras drogas (pre-test – post- test) (Álvarez, Galarza & Salazar, 2005)”.

- Disposición hacia el mantenimiento de la abstinencia:

“Evaluación de los estados de la disposición a la adquisición y cesación del consumo de alcohol y otras drogas (Pallonen, Prochaska, Pellicer, Prokhorov, Smith, 1998; González, Aragón, Negrete & Salazar, 2006)”.

- Disposición hacia el cambio en el consumo de sustancias:

“Evaluación de los estados de la disposición a la adquisición y cesación del consumo de alcohol y otras drogas (Pallonen, Prochaska, Pellicer, Prokhorov, Smith, 1998; González, Aragón, Negrete & Salazar, 2006)”.

### **Participantes**

Muestra no probabilística de 287 estudiantes adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 13 y 19 años, siendo la edad promedio de 14.5 años. De éste total de participantes, 136 corresponden a nivel medio y 151 a nivel medio superior. De los cuales el 54.7% son hombres y el 45.3% son mujeres, todos pertenecientes a zonas urbanas del Estado de Aguascalientes. De este total 181 adolescentes no consumían ninguna sustancia y 106 son consumidores.

### **Escenario**

La investigación se llevó a cabo en los espacios que asignaron los dos centros educativos en donde se aplicó el taller; estos fueron: un auditorio, un salón de usos múltiples y el mismo salón de los jóvenes. Con anticipación se revisó que los espacios que fueron asignados, contaran con instalación eléctrica adecuada. El Taller fue impartido en la propia escuela de los estudiantes. Estas escuelas fueron seleccionadas por los investigadores, tomando en cuenta el interés que presentaron sus directivos sobre la problemática.

## **Tipo de estudio**

Dadas las características de ésta investigación, se trabajó con un diseño preexperimental con medidas pre test – post test con más de un grupo.

$O_1 \times O_2$

$G_1 \dots\dots G_9$

(Sampieri, Collado & Lucio, 2003)

## **Instrumentos**

- POSIT (Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes) (Mariño, 1997). Pretende ser un primer filtro en la detección de los adolescentes con problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla 7 áreas en funcionamiento, uso / abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva / delincuencia. Para los objetivos de este trabajo, únicamente se utilizó el área de uso / abuso de sustancias, que está integrado por 17 reactivos con opción de respuesta dicotómica. La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de .9057.

(Ver apéndice A).

- Evaluación de los estados de la disposición a la adquisición y cesación del consumo de alcohol y otras drogas (Pallonen, Prochaska, Pellicer, Prokhorov, Smith, 1998; González, Aragón, Negrete & Salazar, 2006). El objetivo es evaluar en los individuos la disposición para iniciar o cambiar su consumo de sustancias. La estructura del cuestionario se basó en la Escala de Estados de disposición al cambio (Sócrates 8A y 8D), así como en el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente (Pallonen, et al., 1998). Tanto el cuestionario inicial, como el final están constituidos por 1 apartado de 6 preguntas para la cesación y 1 apartado de 3 preguntas para la adquisición,

eligiendo entre “sí” y “no” para responder, de acuerdo a la opción en la que el sujeto se ubique. Este cuestionario fue validado por medio de jueceo obteniéndose el 100% de la aprobación de ellos.

(Ver apéndice B)

- Cuestionario de Validación Social (Martínez & Ayala, 2000). Busca conocer la satisfacción del participante con respecto a los temas, actividades, materiales y duración del taller, así como el desempeño de la facilitadora, y consta de 11 enunciados, donde se puede responder “sí”, “más o menos” o “no”. Se contó con la participación de jueces para validar el cuestionario obteniéndose el 100% de la aprobación de ellos.

(Ver apéndice C).

- Evaluación de Conocimientos sobre el consumo de alcohol y otras drogas (pre test-post test) (Álvarez, Galarza & Salazar, 2005). El objetivo es saber tanto al inicio como al final, el grado de conocimientos de los sujetos sobre los temas que conforman el taller, a través de 16 preguntas con opciones específicas de respuesta (si, no). Este cuestionario fue validado por medio de jueces obteniéndose el 100% de la aprobación de ellos.

(Ver apéndice D).

- Hoja de registro personal para los adolescentes (Aragón, González, Negrete & Salazar, 2006). Como objetivo, se busca que el adolescente contextualice los conocimientos que adquiriera y que reflexione sobre la situación en la que se encuentra en ese momento con relación al consumo de alcohol y otras drogas. Se integra por 5 apartados, cada uno conteniendo preguntas sobre los temas expuestos en el taller, como son: el nivel de consumo en que la persona se encuentra y en que le gustaría estar (abstinencia, uso, abuso, dependencia); los factores (macrosociales, microsociales e individuales) protectores y de riesgo del sujeto que podrían protegerlo o predisponerlo al consumo de sustancias; las consecuencias que se han presentado en la vida del individuo con respecto al

consumo ; sus estrategias para mantener un consumo moderado; lo que realiza en su tiempo libre y qué actividades incluiría para evitar el consumo. Esta hoja de registro no es un instrumento de evaluación, no obstante, es un material que conservarán los adolescentes y que se contesta a lo largo del taller, conforme se revisen los tópicos.

(Ver apéndice E).

### **Procedimiento**

En un primer momento, se contactó a los directivos de las escuelas en las cuales se llevó a cabo esta investigación, con el objetivo de solicitar su autorización para ser parte de éste proyecto, llevando a cabo la aplicación del Taller en su plantel. Los directivos asignaron los grupos requeridos de acuerdo a las necesidades de los investigadores: que fueran de tercero de secundaria y grupos de primer año de nivel medio superior.

Se les explicó a los directivos de las correspondientes escuelas, que los adolescentes que se detectaran con problemas en su consumo de alcohol o drogas, serían canalizados a un programa de intervención breve, que la misma Universidad Autónoma de Aguascalientes estaba llevando a cabo; con la finalidad de mejorar su situación de consumo. Así también, se les planteó que este proyecto tiene otros objetivos; uno el de fortalecer el mantenimiento a la abstinencia en aquellos adolescentes no consumidores; otro, el de incrementar la disposición hacia el cambio en aquellos adolescentes consumidores y el evaluar el nivel de conocimientos antes y después del taller en los adolescentes con el propósito de reforzarlos e incrementarlos. Y por último, se les mencionó la duración del taller (120 minutos). A todo esto, estuvieron de acuerdo.

En el caso de la institución de educación media, se solicitaron los grupos de tercer grado los cuales fueron 4. Por lo que respecta a la institución de educación media superior se trabajó con 4

grupos de primer grado. Lo que hicieron un total de 287 participantes adolescentes de entre los 13 y los 19 años de edad.

Después de contactar a las escuelas participantes, se prosiguió con la aplicación de los talleres los cuales fueron impartidos por pasantes de la carrera de psicología quienes previamente recibieron capacitación y que ya contaban con experiencia en la aplicación de talleres. Se inició con la escuela de nivel medio, aplicándose un taller por día, es decir, se trabajaron cuatro días, uno por grupo. Después, se continuó con la escuela de nivel medio superior llevándose a cabo el mismo procedimiento, un taller por día. Se tuvo en promedio 40 alumnos en cada grupo.

Al inicio del Taller (después de la presentación del expositor), se les explicó a los participantes que contestarían una serie de breves cuestionarios a lo largo del taller, los cuales tendrían el carácter de confidenciales. Los adolescentes contestaron 2 cuestionarios al inicio del Taller (Evaluación inicial de los Estados de disposición a la adquisición y cesación del consumo y Cuestionario de Conocimientos previos al taller) para recabar información relacionada con el consumo.

Enseguida, se aplicó el taller de prevención informativo-interactivo de 120 minutos. En términos generales, el taller incluyó una actividad lúdica de integración grupal “la papa caliente” la cual consistió en que al alumno que le llegará a sus manos una pelota pequeña, mencionaría su nombre y su expectativa sobre el taller; exposición sobre el tema de las drogas, actividades donde los adolescentes identificaron los factores protectores y de riesgo, lluvia de ideas sobre las consecuencias que el consumo trae consigo, una exposición de las medidas de consumo y consejos para un consumo responsable, alternativas saludables de recreación y una sumarización lúdica que se hizo como cierre (para tener una idea más clara sobre las actividades del taller se recomienda ver el Apéndice “B”).

Al final, se les pidió a los participantes que contestaran los cuestionarios faltantes: POSIT, Evaluación de los estados de la disposición hacia la adquisición y cesación del consumo (versión final), el Cuestionario de Conocimientos (final) y un breve cuestionario de Validación Social.

Después de la aplicación de los talleres, se prosiguió al análisis estadístico de los datos, el cual consistió en un análisis descriptivo y otro estadístico, aplicando estadística inferencial.

Para obtener los resultados de las Evaluaciones de Conocimientos, antes y después del taller, se efectuó el análisis estadístico de pruebas t de student para muestras pareadas. Para las Evaluaciones de Estados de Disposición a la Adquisición y Cesación del consumo de alcohol y otras drogas, se llevó a cabo el análisis estadístico mediante la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas. Por otro lado, para analizar los resultados del POSIT, se llevó a cabo un análisis descriptivo, basado en frecuencias y porcentajes obtenidos con relación a las consecuencias negativas que presentaron los participantes. Así mismo, para el análisis de los resultados de Validación Social, se hizo un análisis descriptivo, basado en las frecuencias de las respuestas de los participantes.



---

## RESULTADOS

---

Los resultados de éste taller se presentan como sigue: Primero, se presentan algunos datos obtenidos en uno de los cuestionarios que se aplicó al inicio del taller. Después, se reportan los resultados del área de conocimientos, en la cual se realizó un análisis estadístico de pruebas *t* de muestras pareadas antes y después del taller interactivo. Enseguida, se describen los resultados que se obtuvieron sobre la disposición al cambio y al mantenimiento de los participantes, con relación al consumo de sustancias, para los cuales se hizo un análisis estadístico mediante la prueba de Wilcoxon. Posteriormente, se presentan los resultados de las consecuencias negativas que mostraron los participantes, mediante el cuestionario del POSIT. Por último, se describen los resultados de satisfacción de los participantes con el taller mediante el cuestionario de Validación Social. Para estos dos últimos resultados, se hizo un análisis de estadística descriptiva con base en frecuencias y porcentajes obtenidos.

### **Resultados de características de la muestra**

Dentro de un cuestionario que fue aplicado al inicio del taller, se les preguntó a los participantes, si alguna vez habían consumido alguna sustancia; por lo que el 41.8% de los adolescentes contestó afirmativamente; principalmente alcohol (97.7%), tabaco (1.1%), marihuana (1.5%) y cocaína (0.8%); la media de edad de inicio del consumo de alguna sustancia fue de 13.3 años. Los adolescentes consumidores que dijeron haber consumido en el último año fue de 83.1% y el 43.4% en el último mes. Por último, el 85.8% de los adolescentes consumidores menciona no haber tenido problemas relacionados con su consumo, mientras el 14.2%, contestó que sí.

**Conocimientos.** En el área de conocimientos, se realizó la prueba estadística *t de student* de muestras pareadas, con la finalidad de comparar el nivel de conocimientos generales de los adolescentes sobre el uso de alcohol y otras drogas antes y después de la aplicación del taller. Se obtuvo como resultado una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.000$ ), siendo la media de conocimientos pre-test de 25.56 puntos y la del post-test de 28.3484 puntos. Esto significa que existe un incremento de 2.78 en el área de conocimientos al finalizar el taller interactivo lo que indica que los participantes incrementaron su nivel de conocimientos (véase Figura 1).

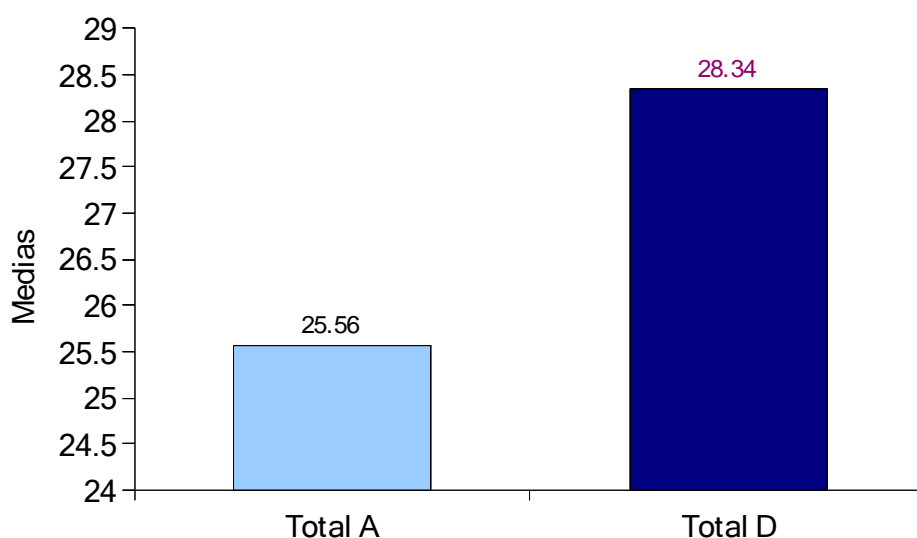


Figura 1. Medias del nivel de conocimientos antes (Total A) y después (Total D) del taller.

Además de analizar las diferencias globales para el cuestionario de conocimientos, se realizó el análisis individual de los reactivos mediante la prueba *t de student* para muestras pareadas, donde se obtuvieron en 8 de los reactivos, diferencias significativas en sus medias después del taller (ver Tabla 2). Es decir, todos estos reactivos ayudaron a incrementar sus conocimientos. Por ejemplo, para el reactivo 12, al final del taller, los adolescentes supieron que juntarse con personas que consumen drogas los puede llevar a consumir a ellos también. Otro ejemplo es el reactivo 1, no todos sabían que el alcohol es una droga. Por otro lado, para determinar las diferencias estadísticamente significativas en el análisis del Cuestionario de Conocimientos, se utilizó el nivel de significancia de  $p < .005$ , ajustado mediante el Método Bonferroni (Clark-Carter, 2002).

Tabla 2. Reactivos significativos del cuestionario de conocimientos para adolescentes.

ITEM	Media (Pre-test)	Media (Post-test)	<i>T de student</i> (p)
1. ¿El alcohol es una droga?.	1.65	1.81	<b>.000*</b>
2. ¿La cocaína y la marihuana son drogas ilegales?.	1.87	1.92	.052
3. ¿El tabaco es una droga?.	1.71	1.78	.052
4. Los jóvenes que consumen una vez drogas como la cocaína, inhalables, marihuana, etc, ¿son adictos?	1.61	1.64	.477
5. Si un joven consume alcohol u otras drogas 1 o 2 veces por semana ¿puede volverse adicto?	1.90	1.85	.108
6. ¿Cualquier consumo de alguna droga ilegal es abuso?.	1.35	1.71	<b>.000 *</b>
7.- Un muchacho que consume drogas seguido, ¿puede disminuir su consumo?.	1.21	1.42	<b>.000 *</b>
8.- Si un muchacho se toma más de 5 cervezas, ¿esta bebiendo en exceso?	1.67	1.85	<b>.000 *</b>
9.- ¿El consumo de alcohol o drogas sólo trae consecuencias negativas?	1.04	1.27	<b>.000 *</b>
10.- ¿El alcohol u otras drogas llevan a los jóvenes a hacer cosas que no harían en sus cinco sentidos?	1.91	1.94	.268
11.- ¿Las consecuencias negativas de consumir alcohol u otras drogas se presentan después de mucho tiempo?	1.34	1.47	<b>.011 *</b>
12.- Juntarme con personas que consumen drogas, ¿me puede llevar a consumir a mí también?	1.59	1.67	<b>.031 *</b>
13.- ¿Existen actividades que ayuden a evitar el consumo de drogas?	1.94	1.95	.887
14.- Mantener una comunicación adecuada y una buena relación con mi familia, ¿me puede ayudar para no iniciar en el consumo de drogas?	1.90	1.93	.258
15.- ¿El alcohol hace que los jóvenes se relajen y olviden sus problemas?	1.09	1.37	<b>.000 *</b>
16.- ¿Los jóvenes pueden aprender a beber moderadamente?	1.78	1.87	.005

*Nota.* Los números en negritas muestran los reactivos significativos, es decir, los que ayudaron a incrementar los conocimientos sobre el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes participantes.

Por otro lado, con base en los resultados del cuestionario de conocimientos generales del uso de alcohol y otras drogas, se calculó también el Tamaño del efecto a partir de la fórmula para diferencia de medias, antes y después de la aplicación del taller, propuesta por Cohen, (1988):

$$TE = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_1}$$

En donde:

$\mu_1$  : Media de conocimientos antes de la aplicación del taller.

$\mu_2$  : Media de conocimientos después de la aplicación del taller.

$\sigma_1$  : Desviación estándar de la media antes de la aplicación del taller.

En el caso del grupo de los adolescentes participantes el tamaño del efecto fue de -0.908, lo que significa que la muestra es grande y que el cuestionario de conocimientos después del taller tuvo un efecto grande en los participantes.

**Disposición al cambio.** En cuanto a las etapas de Disposición a la Cesación para los que han consumido alguna vez en su vida y de Disposición a la Adquisición para los que no han consumido nunca, se encontró que los adolescentes que han consumido, al inicio del taller se encontraban en la etapa de “contemplación” al cambio con una mediana de 2.64 y al finalizar del taller se ubicaron en la etapa de “determinación” al cambio con una mediana de 3.15, lo que al analizar mediante la prueba de Wilcoxon, se encontró una diferencia significativa ( $z = -2.974, p > 0.03$ ) entre el nivel de disposición a la cesación del consumo antes del taller, con la que reportaron al final de éste (ver Figura 2).

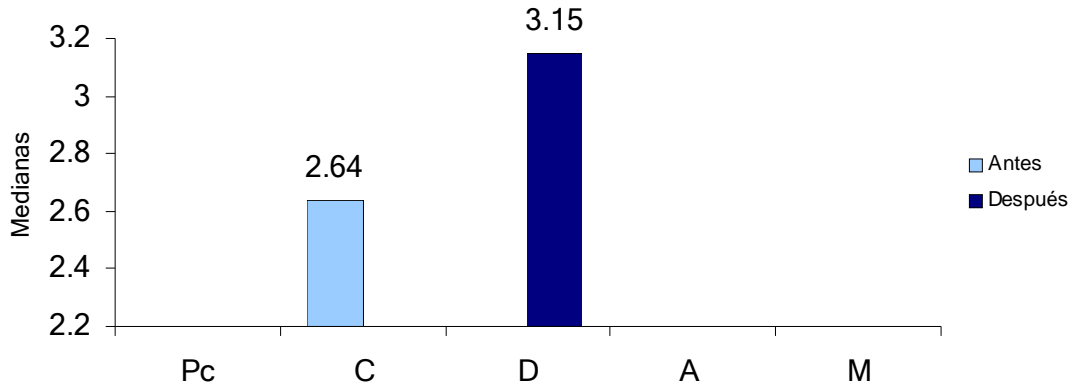


Figura 2. Medianas de las Etapas de Disposición al Cambio para la Cesación; antes y después del taller.

Por otro lado, para los adolescentes que no han consumido, se evaluó su nivel de disposición a la Adquisición de una conducta, ubicándose en la etapa de “Precontemplación” tanto al inicio como al final (con medianas de 2.97 respectivamente), no resultando significativa la diferencia entre el nivel de disposición a la adquisición antes y después del taller ( $z = -.347, p > .729$ ). Sin embargo, es lo que se esperaba ya que lo que se pretendía con el taller, es que los adolescentes que no consumen, se mantengan en esa situación de la abstinencia o de no querer consumir alguna sustancia (ver Figura 3).

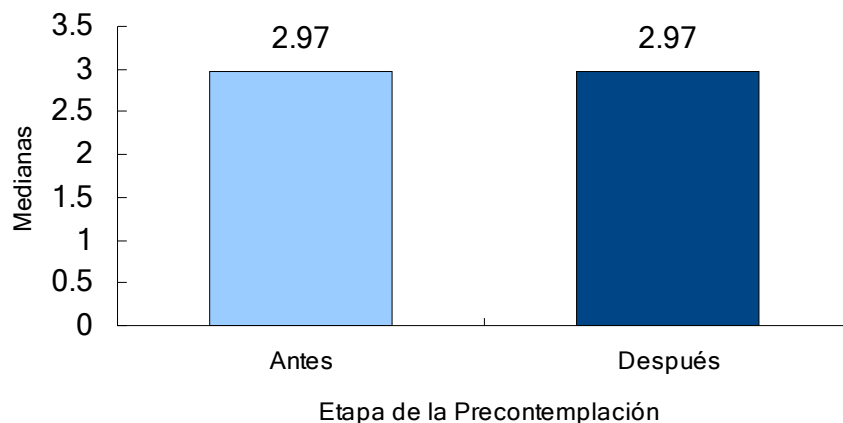


Figura 3. Medianas de las Etapas de Disposición al cambio para la Adquisición de una conducta antes y después del taller.

**Consecuencias negativas sobre el consumo de alcohol y otras drogas y detección de casos.** Para los resultados de esta evaluación, se hizo un análisis descriptivo basado en frecuencias y porcentajes obteniéndose estos de cada uno de los ítems que los participantes manifestaron tener en cuanto a las consecuencias sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Como se puede observar (ver tabla 3), los porcentajes más altos se observan en cinco de los ítems, los cuales se refieren a que el uso del alcohol o de las drogas les produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, viceversa; les han dicho alguna vez sus familiares o amigos que deben bajarle al uso de bebidas alcohólicas o drogas; las bebidas alcohólicas o las drogas los han llevado a hacer algo que normalmente no harían, como desobedecer alguna regla o ley, o a la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien; olvidan lo que hacen cuando beben o se drogan y discuten seriamente con sus amigos o familiares por el uso que hacen de las bebidas alcohólicas o drogas. De estos reactivos, el 9, 11 y 14, son considerados para personas que están abusando en el consumo de alcohol o algún otra droga.

Por otro lado, los porcentajes más bajos se observan en los ítems: 8, 10, 5 y 12 como se puede apreciar. En cuanto a los demás ítems, aunque no caen en rangos muy elevados, no dejan de ser un punto importante a considerar en cuanto a los problemas o consecuencias negativas que se presentan en los adolescentes por el consumo de sustancias y cabe rescatarlos para futuras investigaciones.

Cabe mencionar que con la aplicación de éste instrumento, se pudieron detectar casos de adolescentes que reportaron tener consecuencias negativas con relación al consumo de alcohol y otras drogas, los cuales fueron canalizados al “Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas”.

Tabla 3. Porcentajes en los reactivos del POSIT.

PREGUNTAS	Porcentajes de las respuestas afirmativas de los participantes.
1. ¿Has tenido problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o en el trabajo?	3.8%
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto de las drogas o el alcohol?	4.5%
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	3.1%
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	2.8%
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1.7%*
6. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	5.6%
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	4.9%
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1%*
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	<b>7.30%</b>
10. El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1.4%*
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	<b>21.30%</b>
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela o al trabajo por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	2.4%*
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	<b>9.10%</b>
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	<b>5.90%</b>
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han llevado hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	<b>7.30%</b>
16. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	2.8%
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	4.5%

*Nota.* Los números en negritas muestran los porcentajes más altos emitidos por los adolescentes participantes sobre las consecuencias negativas del consumo del alcohol y otras drogas. Los porcentajes con asteriscos, son los más bajos.

**Satisfacción con el Taller.** El cuestionario de Validación Social (Martínez & Ayala, 2000), reporta resultados respecto a la satisfacción de los participantes, que incluye las habilidades y actitudes de las facilitadoras, los materiales, las actividades, los temas, la duración y la utilidad del taller. Así, los adolescentes expresaron en su mayoría estar de acuerdo en que las expositoras mostraron interés hacia las inquietudes de los participantes (91.3 %), establecieron un clima de confianza (87.1%), dominaron la información del taller (84.3%), las palabras utilizadas por las expositoras fueron claras (90.2%), los materiales utilizados fueron de su agrado (73.5%), les agradaron las actividades (67.9%), los temas del taller fueron fáciles de entender (86.4%), los temas tratados son útiles para la vida diaria (95.5%), la duración del taller fue adecuada (72.1%), consideran que este taller le puede ayudar a alguien que consuma alcohol u otras drogas (86.8%) y por último les agrado el taller (78.4%).



---

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

---

Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que éste Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, tuvo alcances significativos ya que cumplió con los objetivos planteados.

Vale la pena mencionar que para la elaboración de éste Taller, se consideró el proceso del desarrollo por el que atraviesan los adolescentes, que como se sabe, se realizan grandes ajustes en los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan (Papalia, 2005), estos cambios a veces incrementan la vulnerabilidad generándoles situaciones de conflicto y tensión, que pueden conducirlos al consumo de alcohol y otras drogas. Por esta razón, se contempló que brindarles información relevante con relación al consumo, sería de suma importancia para ellos.

Así pues, se consideró como un aspecto muy importante, el que los adolescentes tuvieran conocimiento de lo que es una droga, su clasificación, los tipos que hay, las consecuencias que provocan y el proceso de adicción. Así también, sobre la importancia de conocer que hay factores que influyen para que se dé el consumo de sustancias y factores que ayudan y protegen, como la escuela por ejemplo (Villatoro & Medina-Mora, 2000).

Dentro de las conclusiones que se obtuvieron fue que el Taller contribuyó a la adquisición de nuevos conocimientos sobre el consumo de alcohol y otras drogas en los participantes, por ejemplo, conocer que el alcohol y el tabaco también son drogas y darse cuenta que aunque son de fácil acceso y la percepción de riesgo es mucho menor que la reportada en comparación con otras drogas, muchos adolescentes comienzan a consumirlas incrementando la probabilidad de consumir otras drogas (Medina-Mora, Peña & Cravioto, 2002), situación que afecta y daña su desarrollo. Además de darse cuenta que el consumo de alcohol y tabaco también puede provocar consecuencias negativas en ellos, como los reportados en diversos estudios como son, los accidentes

automovilísticos, los actos antisociales, los intentos suicidas o suicidios consumados, las caídas, fracturas o golpes, enfermedades del estómago, la asistencia a la escuela en estado de ebriedad, tener una cruda, arrepentimiento de lo que se hizo mientras se estaba ebrio, participar en riñas o peleas y detenciones (Villatoro, 1999; ENA, 1998, 2002; WHO, 1995, citado en Barrientos, 2007).

También comprendieron que para llegar a la adicción de una droga se pasa por diferentes momentos; conocieron que para el caso de las drogas ilegales, el consumo de una ocasión no los convierte en adictos; que las consecuencias negativas del consumo también se presentan a corto plazo; identificaron las cantidades de cuando se bebe alcohol en exceso; reafirmaron que el alcohol no es la mejor alternativa para relajarse y divertirse; saber que se puede tener un consumo responsable (algo que muchos participantes no lo contemplaban); conocer que se pueden tener diferentes alternativas de recreación sana y que existe la posibilidad de tener un cambio en el consumo cuando se bebe en exceso.

Así también, el Taller ayudó al fortalecimiento de información con la que ya contaban los participantes, como: el saber sobre las consecuencias negativas a largo plazo y reconocer factores de protección como los familiares y de el uso del tiempo libre.

También se enfatizó en que los participantes conocieran y detectaran cuales son los factores de protección y de riesgo a los que se pueden enfrentar con relación al consumo, y de ésta manera hacer frente a los segundos y fortalecer los que los protegen , ya que como parte de las acciones primordiales que deben llevarse a cabo en la investigación sobre prevención, está la de desarrollar una sólida base de conocimientos para la identificación de factores de riesgo y factores de protección (Reidl, 2000). Así también, NIDA (2005), enfatiza en que los programas de prevención deben diseñarse para realzar los “factores de protección” y darle marcha atrás o reducir los “factores de riesgo” conocidos. También se consideró este apartado tomando en cuenta que los individuos en ambientes con poco reforzamiento de la conducta social son los más vulnerables al reforzamiento de los comportamientos problemáticos (Dishion & Patterson, 2000).

Se considera que los puntos anteriores contribuyeron a la sensibilización de los adolescentes con relación al consumo de sustancias.

Por otro lado, este Taller fungió como una medida de prevención ya que hablar de ello implica que se actúe antes de que un problema se produzca o en los primeros momentos de su aparición, a fin de evitar que cause un mayor deterioro (Espada, Méndez & Orgíles, 2005).

Es importante mencionar que el Taller funcionó como una estrategia para identificar adolescentes que estaban presentando consecuencias negativas con relación al consumo de alcohol u otras drogas y por lo tanto, vale la pena considerarlo para llevarlo a cabo en diferentes escenarios escolares como una medida de prevención y de intervención, ya que los adolescentes que fueron detectados, se les canalizó a un programa de intervención breve para ser atendidos por especialistas de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y así, con las herramientas proporcionadas en éste, poder modificar su consumo.

En este Taller se llevó a cabo lo que propone el NIDA (2005), que los programas de prevención para niños y adolescentes deben incluir métodos interactivos que se adapten a la edad de la persona, como grupos de discusión entre compañeros y soluciones de problemas y toma de decisiones en grupo, en vez de ofrecer nada más que técnicas de enseñanza didáctica.

Por otra parte, como ya se ha mencionado anteriormente, uno de los modelos que puede emplearse para la planeación de los programas de prevención universal y sobretodo para comprender cómo se produce el cambio en individuos que ya consumen drogas y presentan consecuencias negativas y cómo es que aquellos individuos que no consumen pueden mantenerse en este estado (abstinencia), es el que han elaborado dos psicólogos: James Prochaska y Carlo DiClemente (1982). Es importante mencionarlo ya que en esta investigación se retomó este modelo como una de las medidas medulares del proyecto obteniendo datos significativos al promover la disposición al cambio en los adolescentes consumidores, ya que como se notó en los resultados, pasaron de una etapa en la que aún presentaban ambivalencias en la decisión de cambiar (contemplación) a decidir cambiar para lograr el cambio en su consumo (determinación), (pese a

que se considera que el instrumento que evaluó la Disposición a la Adquisición y a la Cesación hacia el cambio, mostró algunos inconvenientes en cuanto a su estructura). Estos datos nos indican nuevamente que este Taller tuvo el efecto de sensibilizar a los adolescentes y lograr los resultados esperados al respecto.

Así también, se pudo concluir que el Taller promovió el fortalecimiento a mantenerse hacia el no consumo en aquellos adolescentes no consumidores (abstinencia).

Dentro del enfoque antes mencionado, un elemento importante es la motivación, entendida como el estado presente de una persona para la preparación hacia el cambio o para el mantenimiento hacia la abstinencia (Miller & Rollnick, 1999), lo cual siempre estuvo presente en esta investigación.

La Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999), es una aproximación destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar o de mantenerse en alguna conducta deseable presentando estrategias que motiven a los pacientes a lograr su objetivo. En esta investigación se hizo uso de las estrategias de la Entrevista Motivacional (EM) presentando su efectividad, ya que si consideramos que uno de los elementos primordiales en ella es generar la Motivación a través de diferentes estrategias, se ha logrado en esta propuesta al observar los resultados obtenidos.

Otro de los constructos teóricos empleados en este trabajo y que presentó muy buenos resultados, fue el Modelo High Scope, presentando ser efectivo por sus características: interacción activa con los adolescentes con actividades lúdicas y atractivas; provocando un aprendizaje significativo; la forma lógica y coherente sobre la información presentada hacia los participantes; hacer resúmenes periódicos durante el taller y sobre todo, generar en los adolescentes un estado de Motivación a través de diferentes actividades (Diamondstone, 1998).

En otro ámbito, cabe mencionar que nuestros resultados coinciden con los estudios realizados con base en la edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes, donde las edades están siendo cada vez menores (Medina-Mora, 2002). Por otro lado, aunque se ha mencionado que la escuela es

un factor protector importante en el inicio del consumo de sustancias, en particular en el estado de Aguascalientes se ha notado una desestabilización ya que ha venido en aumento en estudiantes de nivel medio superior. Se considera que un factor que ha contribuido considerablemente para que se dé este desequilibrio, es la feria de San Marcos la cual se realiza cada año y dura alrededor de un mes (La jornada, 2007). Así también, puede existir la relación con el consumo de otras sustancias, ya que como se pudo constatar, actualmente está siendo alarmante.

Los resultados obtenidos en esta investigación se pueden atribuir a diferentes factores. Por un lado, a que el Taller hizo uso de diferentes estrategias motivacionales, las cuales pudieron haber influido en la generación de interés y atención por éste en los adolescentes participantes. Por otro lado, es que fue un Taller Interactivo y no sólo informativo, lo que ocasionó mayor atención y un mejor aprendizaje sobre el tema. Ya que como lo menciona Diamondstone (1998), para que los participantes tengan un aprendizaje más significativo, es necesario hacer prácticas durante el taller, como por ejemplo; Juegos de roles / dramatizaciones, simulaciones de solucionar problemas reales y en general actividades atractivas y contextualizadas para los muchachos.

Otro factor que pudo haber tenido repercusiones importantes en los resultados, fue el proponer la moderación en el consumo. El hecho de haber informado a los participantes sobre los niveles de consumo, hasta donde es un consumo responsable y hasta donde un abuso, y de haber interactuado con ellos en situaciones reales, es probable que haya influido considerablemente; al igual que el haberles proporcionado herramientas para lograr un consumo responsable.

Por otra parte, el Taller fue validado socialmente, es decir, los participantes manifestaron sentirse satisfechos con relación al mismo.

Cabe destacar que se aceptaron las hipótesis de que el Taller de Prevención Informativo-Interactivo de una sesión sobre el consumo de alcohol y otras drogas ayudó para que los participantes adquirieran conocimientos nuevos sobre el tema; así como también fortaleció la disposición de mantenerse en la abstinencia en aquellos adolescentes no consumidores e incrementó la disposición hacia el cambio en el consumo en aquellos adolescentes consumidores.

La aplicación de intervenciones en escenarios escolares propone la aplicación de este tipo de Talleres Interactivos a fin de detectar y atender a los adolescentes que abusan del alcohol y presentan problemas relacionados a éste (Martínez, Salazar, Ruiz, Redil, 2007).

Estos Talleres pueden contribuir a prevenir en la vida de los adolescentes diversos problemas (como la delincuencia) ocasionados por el consumo de alcohol o de alguna otra droga, al detectar a aquellos que estén presentando consecuencias negativas o que se estén iniciando en el consumo, para ser canalizados a la intervención más adecuada y poder ayudar en su problemática evitando que los jóvenes lleguen a una dependencia donde se puedan presentar problemas más severos (Miller, et, al., 2001).

### **Limitaciones**

Aún cuando se obtuvieron resultados significativos en esta investigación, también se presentaron algunas limitaciones.

Una de ellas fue el tiempo de duración del Taller con relación al de los alumnos, ya que fue un tanto difícil que los directivos cedieran los 120 minutos; la razón principal: que cada clase de los alumnos dura 50 minutos, por lo que se sugiere considerar este aspecto.

Por otro lado, la aplicación de cuatro cuestionarios al final del taller pareció ser un tanto abrumada para los participantes, ya que emitieron comentarios de inconformidad por contestar más; lo que pudo haber influido en los resultados al no ser contestados con la misma disposición que en los primeros tres, al inicio del taller.

Así también, resultó difícil la aplicación del taller a grupos muy numerosos (hasta de 52 alumnos) ya que se dispersaban mucho y se perdió mucho tiempo en conseguir un control adecuado del grupo; además de que cuando se llevaban a cabo las actividades, resultaba ser más complicado su control. Por lo que se sugiere que se aplique a grupos de hasta 30 participantes para aprovechar

al máximo el tiempo, exista un mejor control del grupo, todos puedan hacer sus aportaciones o comentarios y que las actividades a realizar tengan un mejor efecto.

Cabe mencionar, que aún cuando los resultados fueron significativos con relación a la Evaluación de Disposición al Cambio, con base en observaciones realizadas, se considera que hay algunos aspectos que no fueron muy claros para los muchachos ya que hicieron muchas preguntas al momento de contestar (pese a que se les dieron instrucciones verbales y a que se aplicó esta evaluación en el piloteo de esta investigación). Se sugiere que se haga una revisión y que se realicen las modificaciones pertinentes al respecto si el investigador lo considera necesario. Es probable que esta contingencia se refleje en la redacción hacia la población de adolescentes participantes.

### **Sugerencias**

Se sugiere que la información de este taller, utilice conceptos más familiares al lenguaje de los adolescentes y se formulen más ejemplos que vayan acordes a las situaciones reales de los muchachos y de acuerdo a sus necesidades. Así también, que la información que se quiera ofrecerles, vaya implícita en más actividades lúdicas, ya que eso generó entusiasmo, motivación y participación en la mayoría de los adolescentes.

También se recomienda, que los maestros informen a sus alumnos sobre el tema que se va a tratar en el taller; esto ayudará a que los participantes lleguen con una idea clara de lo que van a recibir y no con incertidumbre, como sucedió en algunos casos.

Así también, se sugiere que todo taller debe tener implícito, actividades lúdicas y dinámicas y que se haga participativo entre todos los integrantes y que se brinden técnicas para que se lleve a la práctica lo aprendido en el taller.

La siguiente sugerencia se hace a petición de los mismos participantes; que se les dé algún obsequio, que pudiera ser, un separador con la frase que se les menciona al principio del taller, o

alguna golosina o algún artículo escolar, como un bolígrafo, un lápiz o una libreta de notas, etc., algún artículo que lleve impreso el nombre del taller o alguna inscripción relacionada a éste. También, darles un pequeño obsequio a los equipos ganadores, ya que cuando se presentó la actividad donde iba haber ganadores, preguntaron que cual era el regalo que se les daría. Se recomienda que este punto se tome a consideración ya que se observó que puede ser un incentivo y también puede ser algo significativo para los adolescentes.

Sería conveniente considerar la importancia de tener un grupo control para darle mayor peso a los resultados obtenidos con relación a la Evaluación del Taller y así refutar o no dichos resultados.

Vale la pena que para futuras investigaciones, se pueda tener un seguimiento formal de aquellos participantes que acudieron a recibir el tratamiento, con la finalidad de conocer que tanto influyó en ellos cada uno de los puntos planteado en el taller y qué fue lo que los hizo cambiar de opinión y decidir cambiar su consumo y si finalmente logran la abstinencia o un consumo moderado. Así como también, el tener un seguimiento en aquellos adolescentes no consumidores para analizar cuales fueron los factores determinantes para decidir mantenerse en la abstinencia y para analizar si en el siguiente año de la investigación fortalecieron ese mantenimiento hacia el no consumo o saber si no fue así.

Finalmente, existe la urgencia de diseminar este tipo de talleres como una estrategia de prevención universal, debido que en ellos se proporciona información acerca de las características y efectos sobre las drogas, información relevante sobre el consumo de alcohol, sus niveles de consumo, consecuencias, factores de riesgo y protectores; sobre estrategias que pueden llevar a cabo los adolescentes para no tener consumos de abuso, etc., ya que se pudo detectar a adolescentes que estaban presentando problemas en su consumo.

Esta estrategia puede ser un filtro para detectar adolescentes que requieran otro nivel de atención ya sea selectivo o indicado.



Esta urgencia de intervención radica en los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Estudiantes (La jornada, 2007) donde se reportó la problemática que está teniendo el estado de Aguascalientes actualmente al ser el número uno en el consumo de alcohol.

---

## Referencias

---

- Aberasturi, A. & Knobel, M. (1988). *La Adolescencia normal un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Amador, J. A., Díaz, M., Ibarra, M. G., López, M. Y., Facundo, J. A., Rocha, R. & Villatoro, J. A. (2002). *El Consumo de drogas en la ciudad de Rioverde, SLP: Resultados preliminares de la encuesta de estudiantes*. En CONADIC (Eds.) Observatorio Epidemiológico en drogas. México: SSA.
- Baer, J., Dimeff, L., Marlatt, G. A. & Kivlahan, D. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention of College Students (Basics): A Harm Reduction Approach*. New York: The Guilford Press.
- Balcells, M., Torres, M. & Yahne, C. (2004). *La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo*. [Versión electrónica]. Adicciones (2004), Vol. 16, Supl. 2.
- Barragán, T. L. (2005). *Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Barrientos, C. V. (2007). *Variables Asociadas a la Auto-Eficacia en Adolescentes que inician el consumo de alcohol*. Tesis de Licenciatura.. UNAM, Facultad de Psicología. México, D.F.
- Blanch, P.A. & Alsinet, M.C. (2002). *Taller de salud: prevención del consumo de alcohol en educación secundaria*. En línea: *Intervención Psicosocial*, 2002. Vol. II No. 2, Cataluña, España. Extraído el 30 Octubre, 2006 de <http://www.psicodoc.copmadrid.org>
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cánovas, G. (1997). *Adolescencia y Drogas de diseño*. Ediciones Mensajero, S.A. Bilbao, España.

- Cañas, J. L. (2004). *Antropología de las adicciones: psicoterapia y rehumanización*. Madrid: Dykinson.
- Castro, M. E., Llanes, J. & Macías, G. (2001-2002). *Encuesta: Prevalencias en el consumo de drogas en muestras de estudiantes 2001-2002*. En CONADIC (Eds.) Observatorio Epidemiológico en drogas. México: SSA.
- Chaby, L. (2001). *La adolescente y su cuerpo*. México: Siglo Veintiuno.
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en Psicología: del diseño de experimentos al reporte de investigación*. México: Oxford Univ. Press.
- Coleman, J. C. & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. México: Morata.
- Cruz, C. & Nicolini, H. (2001). *Aspectos genéticos del abuso y dependencia del alcohol. Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas*. México: Manual Moderno, pp. 139-150.
- Diamondstone, J. M. (1998). *Talleres para padres y maestros: Diseño, conducción y evaluación*. México: Trillas.
- Díaz, D., Arellánez, J. & Martínez, J. (2002). *Uso de drogas y factores psicológicos asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León*. En CONADIC (Eds.) Observatorio Epidemiológico en drogas. México: SSA.
- Drogas. (s.f). Extraído el 25 de mayo 2007 de <http://www.infodrogas>
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
- Espada, J. P., Méndez, C. X. & Orgíles, A. M. (2005). *Principios y dimensiones de la intervención con menores en riesgo*. Colegio oficial de psicólogos. España.
- Garagordobil, L. M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes*. Madrid: Pirámide

Gordon, R. L. (1983). *El desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 112(1), 64-105

Horrocks, J. E. (2001). *Psicología de la adolescencia* (8ª ed.). México: Trillas.

<http://www.jornada.unam.mx/2007/07/13/index.php?section=sociedad&article=042nlsoc>

Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes [ISEA] (2004). En línea: Extraído el 25 de octubre de 2006 <http://www.isea.gob.mx/mortgral.asp>

Lespada, J. C. (1989). *Aprender haciendo: los talleres en la escuela*. Buenos Aires: Hvumanitas.

Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A. & Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Martínez, M. A., Garfías, A., Cíntora, R., Villatoro, J. A. & Medina-Mora, M.E. (2001). *El consumo de drogas en estudiantes de bachillerato del estado de Querétaro*. En CONADIC (Eds.) Observatorio Epidemiológico en drogas. México: SSA.

Martínez, K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M. & Barrientos, C. V. (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician en el consumo de Alcohol y otras Drogas*. Manual del Terapeuta. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Martínez, K. I., Carrascoza, C. & Ayala, H. (2003). *Una estrategia de Diseminación en la Psicología: Los Talleres Interactivos*. Salud Pública de México, 1, 5-12.

Martínez, M. K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. UNAM, Facultad de Psicología. México, D. F.

- Martínez, M. K., & Ayala, H. (2000). *Cuestionario de Validación Social*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., & Reidl, L. M. (2007). Una estrategia de detección de casos en el programa de intervención breve para adolescentes que consumen drogas. En: Echeverría, S. L., Carrascoza, V. C., & Reidl, M. L. (compiladores) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Medina-Mora, M.E., Mariño, M. C., Berezan, S., Juárez, F.L. & Carreño, S. (2001). *Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas*. Salud Mental..
- Medina-Mora, M. E., Peña, M. P., Cravioto, J. & Kuri, P. (2002). *Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?*. En Salud Pública de México: 44, Supl. 1, 5109-5115.
- McKinney, J. P. & Fitzgerald, H. E. (1982). *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Michelson, L. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. España: Paidós.
- Monti, M., Peter, Colby, M., Suzanne, O'Leary, A. & Tracy. (Eds.) *Adolescents, alcohol and substance abuse. Reaching teens through brief interventions*. New York: The Guilford Press.
- Muus, R. E. (1984). *Teorías de la adolescencia* (7ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- National Institute of Drug Abuse [NIDA] (2005). *Enseñanza de investigación sobre la prevención*. En línea: Extraído el 13 Octubre, 2005, de <http://www.nida.nih.gov>
- National Institute of Drug Abuse [NIDA] (2003). *Preventing drug use among children adolescents. A research-based guide*. Bethesda, Maryland: Author.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004).

Pallonen, U., Prochaska, J., Velicer, W., Prokhorov, & Smith, N. (1998). *Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: An Empirical Integration*. Addictive Behaviors, Vol.23, No. 3, pp.303-324.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill-Interamericana.

Reidl, L. M. (2000). *Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Fac. de Psicología. Financiado por CONACYT No. de Registro G36266-H.

Sarafino, E. & Armstrong, T. (1988). *Desarrollo de la adolescencia*. México: Trillas.

Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Stern, R., Prochaska, J. & Velicer, W. (1987). *Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: measurement and sample profiles*. Addictive Behaviors, Vol. 12, pp. 319-329.

Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.

Tapia, R. & Cravioto, P. (2001). *Epidemiología del consumo de tabaco*. En: Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno.

Tapia, R., Medina-Mora, M. E. & Cravioto, P. (2001). *Epidemiología del consumo de alcohol*. En: Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno.

Tiburcio, M., S. Carreño, K. Martínez, L. Echeverría, E. Ruiz (2009). *Como reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves*, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Editorial Pax México.

- Velasco, F. R. (1997). *Las Adicciones. Manual para maestros y padres*. Ed. Trillas. México, D.F.
- Velicer, W., Redding, C., Anatchkova, M., Fava, J. & Prochaska, J. (2007). *Identifying cluster subtypes for the prevention of adolescent smoking acquisition*. *Addictive Behaviors*, Vol. 32, pp. 228-247.
- Villatoro, J. A. (2003). *Encuesta de consumo de drogas de estudiantes III, 1991-2003*. México: SEP-INPRFM. En línea: <http://www.inprfm.com>.
- Villatoro, J. A. & Medina-Mora, M. E. (2002). *Las encuestas con estudiantes. Una población protegida en constante riesgo*. En CONADIC (Eds.) *Observatorio Epidemiológico en drogas*. México: SSA.
- Wagner, E., Winters, C., Leitten, W. & O'Leary, T. (2006). *Use of Brief Interventions for Drug Abusing Teenagers Within a Middle and High School Setting*. National Institute of Health Grants. DA 15347 and DA 017492. Artículo no publicado.
- Winters C. K. (2001). *Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art*. En Monti, M. Peter, Colby, M. Suzanne, & O'leary, A. Tracy (Eds) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions*. The Guilford Press. New York, London.

**APENDICE “A”**



**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS (INICIAL)**  
**(Álvarez, Galarza & Salazar, 2005)**

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Marca con una “X” la opción que más se acerque a lo que tú conoces.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SÉ
1. ¿El alcohol es una droga?			
2. ¿La cocaína y la marihuana son drogas ilegales?			
3. ¿El tabaco es una droga?			
4. ¿Los jóvenes que consumen una sola vez drogas como la marihuana, cocaína, inhalables; son adictos?			
5. Si un joven consume alcohol u otras drogas 1 o 2 veces por semana ¿puede volverse adicto?			
6. ¿Cualquier consumo de alguna droga ilegal es un abuso?			
7. Un muchacho que consume drogas seguido ¿puede disminuir su consumo?			
8. Si un muchacho se toma 5 cervezas en una misma ocasión ¿está bebiendo en exceso?			
9. ¿El consumo de alcohol u otras drogas sólo trae consecuencias negativas?			
10. ¿El alcohol u otras drogas lleva a los jóvenes a hacer cosas que no harían en sus cinco sentidos?			
11. ¿Las consecuencias negativas de consumir alcohol u otras drogas se presentan después de mucho tiempo?			
12. Juntarme con personas que consumen drogas ¿me puede llevar a consumir a mí también?			
13. ¿Existen actividades que ayuden a evitar el consumo de drogas?			
14. Mantener una comunicación adecuada y una buena relación con la familia ¿puede ayudar para no iniciar en el consumo de drogas?			
15. ¿El alcohol hace que los jóvenes se relajen y olviden sus problemas?			
16. ¿Los jóvenes pueden aprender a beber moderadamente?			

**APENDICE “B”**

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS (FINAL)**  
(Álvarez, Galarza & Salazar, 2005)

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Marca con una “X” la opción que más se acerque a lo que tú conoces.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SÉ
1. ¿El alcohol es una droga?			
2. ¿La cocaína y la marihuana son drogas ilegales?			
3. ¿El tabaco es una droga?			
4. ¿Los jóvenes que consumen una sola vez drogas como la marihuana, cocaína, inhalables; son adictos?			
5. Si un joven consume alcohol u otras drogas 1 o 2 veces por semana ¿puede volverse adicto?			
6. ¿Cualquier consumo de alguna droga ilegal es un abuso?			
7. Un muchacho que consume drogas seguido ¿puede disminuir su consumo?			
8. Si un muchacho se toma 5 cervezas en una misma ocasión ¿está bebiendo en exceso?			
9. ¿El consumo de alcohol u otras drogas sólo trae consecuencias negativas?			
10. ¿El alcohol u otras drogas lleva a los jóvenes a hacer cosas que no harían en sus cinco sentidos?			
11. ¿Las consecuencias negativas de consumir alcohol u otras drogas se presentan después de mucho tiempo?			
12. Juntarme con personas que consumen drogas ¿me puede llevar a consumir a mí también?			
13. ¿Existen actividades que ayuden a evitar el consumo de drogas?			
14. Mantener una comunicación adecuada y una buena relación con la familia ¿puede ayudar para no iniciar en el consumo de drogas?			
15. ¿El alcohol hace que los jóvenes se relajen y olviden sus problemas?			
16. ¿Los jóvenes pueden aprender a beber moderadamente?			

## APENDICE “C”

**EVALUACIÓN DE DISPOSICIÓN HACIA LA ADQUISICIÓN Y CESACIÓN AL  
CONSUMO (INICIAL)**

**(Pallonen, Prochaska, Pellicer, Prokhorov, Smith, 1998; Aragón, González, Negrete & Salazar, 2006)**

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Contesta marcando con una “X” o escribiendo, según corresponda.

1. Alguna vez en tu vida has probado alcohol u otras drogas?

SI \_\_\_\_\_ (Contesta todas las preguntas hasta el **APARTADO 7**)

NO \_\_\_\_\_ (Pasa a la siguiente hoja y contesta solo el **APARTADO 8**)

2. Qué sustancia(s) consumes más?

Alcohol \_\_\_\_\_  
 Marihuana \_\_\_\_\_  
 Cocaína \_\_\_\_\_  
 Inhalables como thiner, cemento, resistol \_\_\_\_\_  
 Otra(s) \_\_\_\_\_ ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

3. A qué edad comenzaste a probar esta(s) sustancia(s)?

Edad: \_\_\_\_\_

4. Hace cuánto tiempo probaste esta(s) sustancia(s) por primera vez?

(Anota la sustancia y elige sólo una opción)

<b>Tiempo / Sustancia</b>			
Hace menos de un mes			
De 2 a 6 meses			
De 7 a 12 meses			
Hace más de un año			

5. En el último año ¿has probado esta(s) sustancia(s)?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

6. En el último mes ¿has probado esta(s) sustancia(s)?

(Anota la sustancia y elige sólo una opción)

<b>Frecuencia/Sustancia</b>			
NO			
SI, de 1 a 5 días			
SI, de 6 a 19 días			
SI, de 20 a 30 días			

**APARTADO 7**

**(CONTESTA SÓLO EN CASO DE QUE SI CONSUMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS)**

**INSTRUCCIONES: Marca con una “X” sólo UNA opción, aquella que más se acerque a lo que a ti te pasa.**

En los próximos 6 meses, no pienso cambiar mi forma de tomar alcohol o probar drogas porque no me ocasiona problemas.	
En los próximos 6 meses, pienso cambiar mi forma de tomar alcohol o probar drogas porque me ocasiona problemas.	
En el próximo mes, quiero intentar cambiar mi forma de tomar alcohol o probar drogas porque mi consumo me ocasiona problemas.	
En los últimos 6 meses cambié mi forma de tomar alcohol o probar drogas.	
Tengo más de 6 meses que cambié mi forma de tomar alcohol o probar drogas y ya no tengo problemas con mi consumo.	

**APARTADO 8**

**(CONTESTA SÓLO EN CASO DE QUE NO CONSUMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS)**

**INSTRUCCIONES: Marca con una “X” sólo UNA opción, aquella que más se acerque a lo que a ti te pasa.**

En los próximos 6 meses, pienso seguir sin tomar alcohol o probar drogas.	
En los próximos 6 meses, pienso tomar alcohol o probar drogas.	
En el siguiente mes, consumiré alcohol o probaré drogas.	

**APENDICE “D”**

**EVALUACIÓN DE DISPOSICIÓN HACIA LA ADQUISICIÓN Y CESACIÓN AL  
CONSUMO (FINAL)**

(Pallonen, Prochaska, Pellicer, Prokhorov, Smith, 1998; Aragón, González, Negrete & Salazar, 2006)

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Contesta el APARTADO 1 en caso de que SI consumas alcohol u otras drogas o el APARTADO 2 en caso de que NO consumas.

**APARTADO 1**

**(CONTESTA SÓLO EN CASO DE QUE SI CONSUMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS)**

**INSTRUCCIONES:** Marca con una “X” sólo UNA opción, aquella que más se acerque a lo que a ti te pasa.

En los próximos 6 meses, no pienso cambiar mi forma de tomar alcohol o probar drogas porque no me ocasiona problemas.	
En los próximos 6 meses, pienso cambiar mi forma de tomar alcohol o probar drogas porque me ocasiona problemas.	
En el próximo mes, quiero intentar cambiar mi forma de tomar alcohol o probar drogas porque mi consumo me ocasiona problemas.	
En los últimos 6 meses cambié mi forma de tomar alcohol o probar drogas.	
Tengo más de 6 meses que cambié mi forma de tomar alcohol o probar drogas y ya no tengo problemas con mi consumo.	

**APARTADO 2**

**(CONTESTA SÓLO EN CASO DE QUE NO CONSUMAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS)**

**INSTRUCCIONES:** Marca con una “X” sólo UNA opción, aquella que más se acerque a lo que a ti te pasa.

En los próximos 6 meses, pienso seguir sin tomar alcohol o probar drogas.	
En los próximos 6 meses, pienso tomar alcohol o probar drogas.	
En el siguiente mes, consumiré alcohol o probaré drogas.	



**APENDICE “E”**

**POSIT**  
**(Mariño, 1997)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

**El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con sinceridad.**

**Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor responde con cuidado. Todas las respuestas son anónimas.**

**Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no tiene que ver directamente contigo, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.**

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Has tenido problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o en el trabajo?	1	2
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto de las drogas o el alcohol?	1	2
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	2
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	2
6. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	2
10. El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	2
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	2
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela o al trabajo por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han llevado hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	2
16. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2

**APENDICE “F”**

**VALIDACIÓN SOCIAL**  
(Martínez & Ayala, 2000)

FECHA: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** De acuerdo con este taller, expresa tu opinión, marcando con una “X” la opción que más se acerque a lo que tú piensas.

PREGUNTAS	SI	MÁS O MENOS	NO
1. Las expositoras mostraron interés hacia las inquietudes de los participantes.			
2. Las expositoras establecieron un clima de confianza.			
3. Las expositoras dominaron la información del taller.			
4. Las palabras utilizadas por las expositoras fueron claras.			
5. Los materiales utilizados me gustaron.			
6. Me agradaron las actividades.			
7. Los temas del taller fueron fáciles de entender.			
8. Los temas tratados son útiles para la vida diaria.			
9. La duración del taller fue adecuada.			
10. Considero que este taller le puede ayudar a alguien que consuma alcohol u otras drogas.			
11. Me gustó el taller.			

Mi opinión o sugerencia es:

---



---



---



---

## **APENDICE “G”**

**HOJA DE REGISTRO PERSONAL**  
**(Aragón, González, Negrete & Salazar, 2006)**

**INSTRUCCIONES:** Irás contestando durante el taller conforme se te indique. Éste registro es para ti.

**1.**

Situación de consumo en que estoy:

                      
Abstinencia
                      
Uso
                      
Abuso
                      
Dependencia

Situación de consumo en que me gustaría estar:

                      
Abstinencia
                      
Uso
                      
Abuso
                      
Dependencia

**2.**

Factores que creo me están **ayudando** en mi vida con relación al consumo de drogas:

Familia	Escuela	Amigos	De mí mismo	Comunidad

Factores que creo me están **afectando** en mi vida con relación al consumo de drogas:

Familia	Escuela	Amigos	De mí mismo	Comunidad

3.

Consecuencias que he tenido por el consumo de drogas:

Positivas	Negativas

4.

Yo acostumbro consumir \_\_\_\_\_ tragos.

Cosas que hago para controlar mi forma de beber alcohol	Cosas que haría para beber menos

5.

Cosas que hago en mi tiempo libre	Cosas que haría para tener una vida más sana y evitar el consumo de alcohol y drogas

**A P E N D I C E “H”**  
**CARTA DESCRIPTIVA**



**“Taller informativo-interactivo para adolescentes sobre el consumo de alcohol y otras drogas”**

**Objetivos generales:** Fortalecer la decisión de mantenerse en la abstinencia en aquellos adolescentes que no han iniciado un consumo de sustancias; así como el incrementar la disposición al cambio en aquellos que ya consumen. Otro objetivo es la Detección de casos de Adolescentes que han iniciado en el consumo de sustancias.

Para lograr estos objetivos, se proporcionará información acerca de las causas y consecuencias sobre el consumo de alcohol y otras drogas, así como de un consumo responsable y diferentes alternativas para ocupar sanamente el tiempo libre.

Duración: 120 min.

ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	FACILITADORA
Presentación del equipo y bienvenida a los jóvenes.	2 minutos	Presentación de la (s) persona (s) que impartirán el taller; dar a conocer los objetivos de éste y de la investigación e invitarlos a participar en el taller.	Cada facilitador (a) se presentará ante los jóvenes y se mencionarán los objetivos correspondientes de la investigación y del taller. Así también, se les dirá que contestarán breves cuestionarios a lo largo del taller. Después, se les mencionará una frase, pidiéndoles que hagan una breve reflexión e invitándoles a participar y disfrutar del taller.	Diapositiva con la frase de Reflexión:  “Todo lo que se vive y se aprende armoniosamente, resulta ser una experiencia de vida, irrepetible e inigualable...”	
Aplicación de instrumentos de evaluación.	15 minutos	Recabar información acerca del nivel de conocimientos sobre el consumo y la etapa de disposición al cambio en que se encuentran los adolescentes.	Repartir uno a uno los instrumentos de evaluación, mencionando respectivamente las instrucciones de cada uno y enfatizando el carácter confidencial de los mismos.	- Cuestionario de conocimientos (inicial).  - Evaluación de disposición hacia la adquisición y cesación al consumo (inicial).	

			Además, explicando que al final, contestarán otro cuestionario idéntico para comparar sus conocimientos antes y después de este taller. Se les hará mención, de que su colaboración será muy importante para esta investigación.	- Lápices y borradores.	
Actividad motivadora: “La papa caliente”	10 minutos	Establecer un ambiente de confianza entre facilitadoras y adolescentes y favorecer el compromiso entre sus expectativas e intereses y el objetivo del taller.	Primero, a cada uno de los adolescentes se le entregará una etiqueta y un plumón, donde escribirán su nombre y se la colocarán en el pecho; posteriormente se reunirán en círculo para comenzar el juego de “la papa caliente”, es decir, una de las facilitadoras lanzará la “papa” a un(a) participante y éste(a) expresará brevemente qué espera del taller. En seguida, el participante pasará “la papa caliente” a otro compañero (a), pidiéndole que haga lo mismo, y así sucesivamente hasta terminar con todos si se trata de grupos pequeños (hasta 15 participantes), si no, sólo escuchar de 5 a 7 participantes. Al término de esta actividad,	- “Papa caliente” (pelota pequeña de material suave)  - Etiquetas  - Plumones  - Hoja de Registro Personal	

			se le entregará a cada participante una “hoja de registro personal” para que la contesten conforme se les vaya indicando. Se les mencionará que solo es para uso personal y que se la podrán llevar, por lo tanto se pide contestarla lo más sincero posible.		
Exposición sobre las drogas	10 minutos	Que los jóvenes conozcan acerca de las drogas, concepto, clasificación y el proceso de adicción.	Para introducir a la exposición se les pedirá a algunos adolescentes mencionar lo que saben respecto a las drogas. Después, por medio de diapositivas, las facilitadoras explicarán el concepto de drogas y su clasificación. Se hará referencia a que el alcohol y el tabaco también son drogas, sólo que su uso está permitido para mayores de 18 años en México, y que son socialmente aceptadas a comparación de las ilegales. Se les preguntará que cuáles son las drogas causan adicción para comenzar a hablar sobre dicho proceso, explicando cada etapa, remarcando la relación entre	- Diapositivas	

			<p>uso y abuso y la posibilidad de revertir el patrón de consumo de alcohol en estas etapas. Se intercalarán preguntas que introduzcan a la información del tema, por ejemplo: ¿Alguien me puede decir qué es una droga?, ¿Qué tipos de drogas conocen?, ¿Cómo se llega a la adicción?, entre otras. Con base en la información proporcionada, se pide que contesten el apartado 1 de su Hoja de Registro Personal.</p>		
Factores de riesgo y de protección: “Identificando las causas con tarjetas”	10 minutos	Que los jóvenes identifiquen los factores que pueden influir sobre el consumo y no consumo.	<p>Se les dirá a los jóvenes qué es un factor de riesgo y un factor protector. A continuación, se proporcionarán dos tarjetas por pareja (ya sea que contengan un factor de riesgo o protector) para que las discutan entre ellos. Posteriormente, se mostrarán dos secciones, una corresponderá a los factores de riesgo y la otra a los factores protectores, donde uno a uno colocará su tarjeta en la sección que les parezca apropiada y se irá</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinta tarjetas (aproximadamente) 9.5 x 21.5 cm., enmicadas, donde cada una tendrá escrito un factor de riesgo o un factor protector.</li> <li>- Diapositivas</li> <li>- Cinta adhesiva</li> </ul>	

			<p>retroalimentando la actividad con los factores de riesgo y factores protectores que se vayan reuniendo.</p> <p>Con base en la información proporcionada, se pide que contesten el apartado 2 de su hoja de registro personal.</p>		
<p>Lluvia de ideas sobre consecuencias. “cien mexicanos dijeron”.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Que los muchachos conozcan y reflexionen sobre las consecuencias positivas y negativas con relación al consumo de sustancias.</p>	<p>Formar dos grupos entre los participantes para realizar una lluvia de ideas mediante el juego de “cien mexicanos dijeron”: Se coloca en una silla o en el piso, una lata o la pelota que se utilizó para la papa caliente, se pide a un representante de cada equipo y a ellos dos se les pide se coloquen frente al bote y con las manos hacia atrás, para que, cuando se les haga la primera pregunta tomen el bote y contesten. El primero que tome el bote y conteste correctamente, tendrá derecho a que su equipo continúe contestando. La pregunta es: “Menciona una consecuencia positiva del consumo de alcohol y otras drogas”. Mientras el equipo conteste correctamente, seguirá su</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de rotafolio</li> <li>- Plumones</li> <li>- Diapositivas</li> <li>- Una lata o una pequeña pelota de material suave.</li> </ul>	

			<p>turno, pero a la primera equivocación (strike) se le dará el turno para contestar al otro equipo y así sucesivamente. Cabe mencionar que se le dará 5 segundos de tolerancia para contestar a cada participante, si no contesta en ese lapso o es incorrecta su respuesta pierde su oportunidad y se cuenta como un strike.. A la vez, las facilitadoras irán anotando las respuestas en una hoja de rotafolio.</p> <p>Cuando se llegue a 3 “strikes”se termina esta etapa. Enseguida, se pide otro representante para la siguiente pregunta:</p> <p>“Menciona una consecuencia negativa del consumo de alcohol y otras drogas”?. Se hace de la misma manera que en la primer pregunta. Se da un punto por cada consecuencia dada por el equipo. Al final se cuentan los puntos y se le da un aplauso al ganador.</p> <p>Se continúa con una retroalimentación utilizando gráficos en diapositivas.</p> <p>Basándose en la información</p>		
--	--	--	---	--	--

			revisada sobre este tema, se pedirá que contesten el apartado 3 de su hoja de registro personal.		
SUMARIZACIÓN	3 minutos	Reforzar en los jóvenes los conocimientos revisados hasta el momento.	La (s) facilitadora (s), hará (n) un resumen de los temas hasta aquí expuestos en el taller. Se les harán preguntas a los jóvenes para reforzar los tópicos principales.	- Diapositivas	
Consumo Responsable	15 minutos	Dar a conocer a los jóvenes, las medidas estándar para el consumo de alcohol; “tips” para un consumo responsable y algunas posibles formas de responder ante su invitación.	Se brindarán “tips” de consumo empleando diapositivas y explicando brevemente cada uno de ellos. Se darán ejemplos de medidas estándar sobre el consumo de alcohol de distintas presentaciones, a través de dibujos. Así mismo, se proyectará y leerá una pregunta que favorezca la reflexión y se dará la oportunidad a algunos muchachos de expresar sus respuestas con relación a como rechazar el consumo. Posteriormente, la facilitadora actuará con algunos de los adolescentes, formas de rechazo al consumo, con la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa</li> <li>- Dibujos de latas, botellas, vasos de bebidas con alcohol.</li> <li>- Diapositivas sobre los “tips” de consumo.</li> <li>- Pregunta: “Si nadie más consumiera ¿lo harías?”.</li> <li>- Expresiones:  “No, gracias”  “No, me siento bien como estoy”  “No, eso no es para mí”  “Paso, es una decisión personal”  “No, así estoy mejor”</li> </ul>	

			<p>técnica de disco rayado mediante distintas expresiones y utilizando una lata (vacía) de cerveza para esta actividad. Se les invitará a los jóvenes a participar. Se pedirá que contesten el apartado 4 de su hoja de registro personal con base en la información proporcionada.</p>	<p>“No quiero, gracias”</p>	
<p>Alternativas de Recreación</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Dar a conocer a los adolescentes alternativas saludables de acción sobre su tiempo libre.</p>	<p>En esta actividad, se enfatizará sobre la importancia de saber qué hacer en su tiempo libre y aprovecharlo sanamente, es decir, sin consumo de alcohol o de otras drogas. Así, una de las facilitadoras mencionará un ejemplo de una alternativa de recreación sana. Luego, se pedirá a los adolescentes que ellos den opciones que no incluyan el consumo de alcohol y otras drogas. Durante la actividad se irá reforzando con diferentes ejemplos a través de diapositivas. Después se pedirá que contesten el apartado 5 de su hoja de registro personal.</p>	<p>- Dibujos en diapositivas (alternativas de acción).</p>	



<p>Cierre: “Dominó de conceptos”</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Realizar una sumariación entre facilitadoras y participantes sobre los aprendizajes del taller.</p>	<p>Se formarán dos equipos. A cada uno se le proporcionarán 23 tarjetas (fichas), las cuales contendrán en ambos extremos palabras claves o frases sobre la información del taller que deberán ir uniendo de acuerdo a lo que se requiera.</p> <p>Se mencionará que el equipo que termine primero será el “ganador” del dominó y las facilitadoras revisarán si lo realizaron correctamente, de lo contrario se guiará hacia la corrección.</p> <p>Para concluir, las facilitadoras formularán preguntas como “¿qué fue lo que más te llamó la atención de la sesión?”, y se dará la oportunidad de expresar sus dudas y comentarios.</p>	<p>- Dominó con términos de los temas expuestos (drogas, consecuencias, estrategias, etc.) y sus ejemplos (tabaco, “cruda”, decir que “no”, etc.).</p> <p>- Tarjetas de 7 cm. x 21.5 cm.</p>	
--------------------------------------	-------------------	--	---	--	--

<p>Aplicación de instrumentos y Agradecimiento</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Contrastar el nivel de conocimientos y la etapa de disposición al cambio en que se encuentran los adolescentes con respecto a los resultados de las evaluaciones iniciales. También conocer la eficacia del taller e identificar casos de adolescentes que estén presentando problemas en su consumo para participar en una estrategia de intervención breve.</p>	<p>Repartir uno a uno los instrumentos de evaluación con sus respectivas instrucciones, enfatizando el carácter confidencial.</p> <p>Al término de las evaluaciones, se agradecerá a los jóvenes su valiosa participación y se les entregará un folleto de prevención sobre tabaco para que se lo lleven.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT).</li> <li>- Cuestionario de conocimientos (final).</li> <li>- Evaluación de la disposición hacia la adquisición o cesación al consumo (final).</li> <li>- Cuestionario de validación social.</li> <li>- Lápices y borradores.</li> </ul>	
--	-------------------	--	---	---	--