



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN
UNIVERSAL CONTRA EL CONSUMO INICIAL DE ALCOHOL Y TABACO”**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN
DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO**

PRESENTA:

THANIA YAZMIN GONZÁLEZ VÁQUEZ

DIRECTOR:

DR. HORACIO OSCAR FRANCISCO ISMAEL QUIROGA ANAYA

COMITÉ:

DR. ARIEL VITE SIERRA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES MATA MENDOZA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. ALBERTO CÓRDOVA ALCARÁZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

OCTUBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis Padres y Abuela...

Gracias por haberme dado todo su amor y por haber hecho de mí una buena persona, gracias por creer siempre en mí, por amarme tanto. Tuve mucha suerte de tener unos padres como ustedes, gracias por estar siempre a mi lado, por sus consejos, por su amor, siempre serán mi hogar, mi puerto seguro a donde puedo regresar cuando no me quede nada más, gracias a sus esfuerzos estoy aquí, y soy quien soy, gracias al amor que siempre me demostraron, soy una persona completamente feliz, gracias porque entendieron que no solo es acerca de darme cosas sino mucho cariño y atención, gracias por hacerme su prioridad y por apoyarme en todo los planes que hice. Vi desde pequeña como se esforzaron por darme lo mejor y ahora me toca a mí darles lo mejor de mí. Sé que con mucho esfuerzo nos criaron y que con mucha paciencia nos enseñaron las cosas malas y buenas de la vida, gracias por su paciencia cuando me porté mal, por sus consejos cuando me sentía confundida y por su apoyo cuando más lo necesité. Ustedes significan mucho para mí y haré todo lo posible para que se sientan orgullosos de mí. Los quiero y les agradezco todo su sacrificio y todo su amor. Me siento orgullosa y afortunada al tener unos padres como ustedes. Ni un millón de gracias alcanzarían para agradecer todo lo que hicieron por mí. Ni un millón de besos y abrazos para demostrarles mi cariño, no puedo nombrar todas las cosas por las que estoy agradecida con ustedes porque no me alcanzaría la vida. Solo quiero decirles que son inigualables. Gracias por todo lo que me han dado, me siento orgullosa de ser la hija de personas tan excepcionales y maravillosas como ustedes, me siento feliz porque ustedes fueron y son padres que cualquiera quisiera tener... Solo les puedo decir que los amo y que sin ustedes no hubiera llegado hasta aquí.

Agradecimientos Generales...

Agradezco a mis Sinodales y a mis Maestros de la especialidad por el apoyo, tiempo, orientación y valiosa experiencia que me fue brindada día con día, gracias por sus comentarios, apreciaciones y críticas, que considero hicieron de esta investigación una valiosa aportación a éste campo. Quiero agradecer en especial a mi director de tesis el Dr. Horacio Quiroga por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia, motivación, rectitud en su profesión y consejos, me ayudó a la realización de esta tesis. Me causa un respeto y admiración profunda su labor y su persona muchas gracias.

Un agradecimiento más a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado un granito de arena a mi formación, sin ellos esto no hubiera podido ser posible, y por supuesto mi agradecimiento infinito a esta máxima casa de estudios, me siento orgullosa de haber sido alumna de esta hermosa Universidad, gracias.

Este trabajo se lo dedico también, a cada una de las personas que estuvieron conmigo en esta formación y me dieron su apoyo y palabras de aliento, su abrazo, cariño y fuerza para que se lograra el objetivo de ser un gran profesional y una mejor persona. Gracias a todos los que creyeron en mí, amigos, familiares y en especial a mi pareja que siempre ha estado ahí para apoyarme y darme ánimos, gracias.

RESUMEN

A lo largo de las encuestas nacionales y regionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas realizadas en nuestro país, el consumo inicial de alcohol y de tabaco ha mostrado un incremento considerable en cantidad y frecuencia, formas de consumo y edad a la que se inicia dicho consumo (CONADIC, 2008). Ante esta problemática, la OMS (1999) ha considerado necesario desarrollar y fortalecer las “habilidades para la vida” en adolescentes como medida de prevención efectiva para evitar y/o demorar el consumo inicial. De esta manera, la presente investigación tuvo como objetivo general la instrumentación de un programa de prevención universal basado en un modelo cognitivo conductual de entrenamiento en habilidades para la vida, información psicoeducativa y en diversos componentes de la teoría de acción razonada; así como su posterior evaluación a partir de un diseño pre-experimental pre-prueba post-prueba con un solo grupo, dirigido al establecimiento y/o incremento de un conjunto de habilidades de comunicación asertiva, solución de problemas, toma de decisiones, regulación emocional, rechazo al consumo, actitud desfavorable hacia el consumo, percepción de riesgo y una disminución de la sobreestimación de la norma subjetiva, con el fin de disminuir la intención y el consumo inicial de alcohol y de tabaco en un grupo de estudiantes de primaria de sexto grado en una comunidad semiurbana de una escuela pública del estado de Morelos, cuyas edades fueron de 11 a 13 años. Los resultados mostraron, un aumento general y específico de las habilidades para la vida consideradas y en la actitud desfavorable hacia el consumo y en la percepción de riesgo, así como una disminución en la sobreestimación de la norma subjetiva y en la intención y consumo de alcohol y tabaco. Al efectuarse, un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 2.55$, $DE = 0.11$) < ($\bar{X} = 3.30$, $DE = 0.08$), $t(76) = 5.02$, $p = .000$. En general, los resultados obtenidos en otros estudios y los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran la efectividad que tiene el entrenamiento preventivo de corte cognitivo-conductual basado en estrategias de modelamiento, moldeamiento, reforzamiento positivo, instrucciones y dinámicas grupales en combinación con información psicoeducativa sobre el alcohol y el tabaco en el establecimiento y/o incremento de habilidades para la vida. Existe abundante evidencia en la literatura que ponderan el papel protector de las habilidades sociales, tales como la comunicación asertiva y el rechazo al consumo, debido a la importancia de la socialización en esta etapa de la vida; con esto queda claro que se requiere profundizar en el conocimiento exhaustivo sobre la relación entre las habilidades emocionales y más aún, las habilidades cognitivas y el consumo adolescente.

Palabras clave: Prevención Universal, Habilidades para la Vida, Tabaco y Alcohol.

ABSTRACT

Throughout the national and regional surveys on the use of psychoactive substances applied in our country over the past 25 years, the initial consumption of alcohol and tobacco reflected a significant increase in the different segments of the population mainly in amount and frequency, consumption patterns and age at which tobacco use is initiated (CONADIC, 2008). Responding to this concern, the World Health Organization (1999) considers necessary to develop and strengthen life skills in adolescents as an effective preventive measure to prevent and/or delay the initial consumption of alcohol and snuff and therefore, ultimately, of other drugs. Thus, the present study had as its overall objective the implementation of a universal prevention program based on a cognitive behavioral model of training in life skills and psycho-educational information, as well as various components of the reasoned action theory; and further evaluation from a pre-experimental pretest-posttest design with one group only, led to the establishment or increment of a set of assertive communication skills, problem solving, decision making, emotional regulation, rejecting consumerism and the attitude unfavorable to the consumption and to risk perception and a decrease in overestimation of subjective norm, in order to decrease the initial intention and consumption of alcohol and snuff in a group of elementary students from sixth grade in a semi-urban community public school in the State of Morelos, whose ages were 11 to 13 years, the results showed, as hypothesized, an increase in the whole set of life skills, in unfavorable attitude toward consumption and risk perception, a decrease in overestimation of subjective norm and in the intention and consumption of substances. When done, a statistical analysis of mean differences show statistically significant changes ($X = 2.55, SD = 0.11$) < ($X = 3.30, SD = 0.08$), $t(76) = 5.02, p = .000$. In general, the results obtained in other studies and the results obtained in this research demonstrate the effectiveness that has preventive training cognitive behavioral strategies based on modeling, shaping, positive reinforcement, instructions and group dynamics in combination with psycho-educative information on alcohol and snuff in the establishment and/or enhancement of life skills. There is abundant evidence in the literature of the protective role of social skills, such as assertive communication and consumer rejection due to the importance of socialization in this stage of life; This makes it clear that is required to deepen the comprehensive understanding of the relationship between emotional and further skills, cognitive skills and teen drinking.

Key words: Universal Prevention, Life Skills, Alcohol and Tobacco.

Índice Contenido

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO 1: Panorama Epidemiológico del Alcohol y del Tabaco en México	15
CAPITULO 2: Aspectos de la Promoción de la Salud y la Prevención del Comportamiento Adictivo	23
CAPITULO 3: Clasificación de las Sustancias Psicoactivas, Niveles de Prevención y de Consumo.....	29
CAPITULO 4: Principios Efectivos en la Prevención de Sustancias Psicoactivas	42
CAPITULO 5: Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Adolescencia	48
CAPITULO 6: Bases para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas Desde la Escuela Primaria.....	56
CAPÍTULO 7: Fundamentos Teóricos del Modelo de Intervención	83
MÉTODO	109
RESULTADOS	126
DISCUSIÓN.....	134
REFERENCIAS	140
APÉNDICES.....	146

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>FIGURA 1. Clasificación de sustancias psicoactivas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)</i>	<i>29</i>
<i>FIGURA 2. Clasificación de sustancias psicoactivas según el CIE-10</i>	<i>31</i>
<i>FIGURA 3. Breve resumen de los niveles de prevención (Becoña, et. al., 2011) .</i>	<i>33</i>
<i>FIGURA 4. Esquema de muestra de los niveles de consumo y nivel de intervención con el que se debe trabajar (UNEMES, 2007).....</i>	<i>40</i>
<i>FIGURA 5. Características de un programa preventivo (NIDA, 2004).</i>	<i>45</i>
<i>FIGURA 6. Eslabón entre los factores motivadores de cambio y el comportamiento.</i>	<i>72</i>
<i>FIGURA 7. Habilidades para la Vida que deberían incorporarse en los programas preventivos de drogas (Botvin y Griffin, 2003).....</i>	<i>73</i>
<i>FIGURA 8. Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias (Petratis, Flay & Miller, 1995).</i>	<i>84</i>

INDICE DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1. Efecto general del Programa de Prevención Universal</i>	<i>126</i>
<i>Gráfica 2. Efecto en la Habilidad Comunicación asertiva</i>	<i>127</i>
<i>Gráfica 3. Efecto en la Habilidad Control Emocional</i>	<i>128</i>
<i>Gráfica 4. Efecto en la Habilidad Toma de Decisiones y Solución de Problemas</i>	<i>129</i>
<i>Gráfica 5. Efecto en la Habilidad Rechazo al Consumo</i>	<i>130</i>
<i>Gráfica 6. Efecto en la Habilidad Actitud Desfavorable hacia el Consumo</i>	<i>131</i>
<i>Gráfica 7. Efecto en el habilidad Percepción de Riesgo En el Consumo.....</i>	<i>132</i>
<i>Gráfica 8. Efecto en la Habilidad Sobreestimación de la Norma Subjetiva</i>	<i>133</i>

INTRODUCCIÓN

Estudios recientes sobre el consumo inicial de sustancias psicoactivas refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado, se observa que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor, y por otro, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas con alcohol, incluso adulteradas (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2008).

La adolescencia es una de las etapas en donde se forma y consolida la personalidad, se crean hábitos y se establecen las primeras relaciones significativas. Es en este periodo en el que se aprende a comunicar ideas y sentimientos; a enfrentar los primeros problemas, esto debido a que se empieza a conocer, a darse a conocer y a relacionarnos con otros; estas características hacen que los adolescentes busquen maneras de expresarse, de actuar y de demostrar lo que son y lo que pueden hacer. Cuando no cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo de forma positiva, pueden asumir conductas o actitudes que obstaculicen o limiten su desarrollo físico, emocional y social, como puede ser el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas (Fuentes, 1996).

El riesgo en el inicio del consumo de alcohol y de tabaco aumenta durante los períodos de transición, tales como cambio de escuela o de grado, una mudanza o el divorcio. Durante la primera etapa de la adolescencia, cuando los niños pasan de la primaria a la escuela secundaria, se enfrentan a nuevos retos sociales y académicos. Con frecuencia, en este período, los niños son expuestos por primera vez a sustancias psicoactivas como los cigarrillos y el alcohol. Cuando ingresan a la secundaria, los adolescentes se pueden encontrar con que hay una mayor abundancia de drogas, más abuso de drogas por los adolescentes mayores y actividades sociales en donde se usan drogas. Debido a que el juicio y la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones todavía no están completamente desarrollados, su habilidad para evaluar los riesgos con exactitud y tomar decisiones

sobre el consumir o no consumir drogas puede encontrarse aún limitada Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA, 2013).

El uso de sustancias psicoactivas por parte de estas poblaciones vulnerables, es motivo de preocupación por provocar problemas de salud pública de gran impacto mundial. El incremento en la población vulnerable (p. ej. jóvenes), de los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales y de la disponibilidad de drogas, se han propuesto como factores que condicionan el aumento en el número de nuevos usuarios y la disminución en su edad de inicio (Becoña, 2011).

Por lo anterior, es necesario atacar el problema desde la raíz, comenzando por los más pequeños, y antes de que se pase al abuso o a la adicción, enseñándoles desde una perspectiva informada y objetiva los riesgos del consumo regular de las sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco, pues muchas investigaciones refieren que son las primeras drogas de inicio, que por ser legales, son de mayor y fácil acceso y, por ende, están sobrestimadas por los adolescentes y por la sociedad en general.

El uso de sustancias psicoactivas constituye uno de los problemas de salud pública para las poblaciones vulnerables (niños, adolescentes, ancianos, embarazadas, enfermos, etc.), que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. Así, entre la niñez y la edad adulta, la adolescencia (de los 10 a los 19 años de edad) constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para su salud. Es en la adolescencia donde se produce una serie de cambios cognitivos que favorecen la susceptibilidad a las conductas problemáticas como es el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas. Piaget señaló que, en torno a los 12-13 años, se suele producir el cambio del período de las “operaciones concretas” al período de las “operaciones formales”, en esta etapa, el individuo es capaz de concebir muy diferentes alternativas y perspectivas ante un mismo problema o situación. El

adolescente es capaz de descubrir “fisuras” e inconsistencias en los argumentos de los adultos sobre los peligros del consumo de drogas; además, cuenta con la capacidad cognitiva para generar sus propios contraargumentos, relativizando el riesgo de esos peligros. Y, en definitiva, el adolescente puede reevaluar creencias previas que eran asumidas de un modo acrítico durante la niñez (Luengo, Romero, Gómez, Guerra & Lence, 2003).

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 “sobreestimación de la norma subjetiva”. Estos individuos muestran “creencias normativas” (percepciones sobre lo que es la “norma” en su ámbito social) que les crean presión hacia el consumo (Chassin, Presson & Sherman, 1984). Ciertas teorías de corte cognitivo, como el “modelo de la acción razonada” (Ajzen & Fishbein, 1980), han hecho hincapié sobre la importancia de estas creencias; más adelante veremos cuáles son concretamente sus postulados (Luengo, Romero, Gómez, Guerra & Lence, 2003).

Luengo et al., (2003) mencionan que la relación entre conducta problema y factores como la asertividad o las habilidades sociales puede ser interpretada a la luz de los planteamientos del aprendizaje social. Un individuo con dificultades para expresar abiertamente sus opiniones o para desenvolverse adecuadamente en su medio social podrá ser más vulnerable a las presiones de su medio. De hecho, estudios que analizan la resistencia a la persuasión sugieren que los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas tienen una menor capacidad para enfrentarse a las influencias que invitan a la conducta problema (Ellickson & Hays, 1992).

La prevención permite anticipar los problemas asociados al consumo de drogas, a través de la realización de acciones que tienden a reducir la probabilidad de aparición de éstos, fortaleciendo capacidades o dotando a las personas de herramientas como lo son las habilidades para la vida, y promocionar en los

individuos destrezas que les permitan enfrentar y abordar en forma sana y de la mejor manera los problemas. Por ello desde hace más de medio siglo, se han desarrollado programas preventivos de consumo de sustancias psicoactivas.

El Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés, 2011) sugiere que la mejor estrategia en prevención del consumo inicial de sustancias psicoactivas es la prevención universal, ya que puede realizarse en diversos ámbitos como lo son el escolar, el familiar, el comunitario, entre otros. En la práctica, el tipo de prevención que en los últimos años ha cobrado más relevancia ha sido la prevención escolar, ya que permite llegar a los chicos en las edades de máximo riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el objetivo principal que los chicos no usen estas sustancias o retrasen la edad de inicio en el consumo (NIDA, 2004). Actualmente, existe una amplia evidencia científica sobre el éxito de los programas escolarizados con un enfoque de habilidades para la vida, cuyo objetivo ha sido la prevención de consumo de drogas en niños y adolescentes (Botvin & Griffin, 2007).

Actualmente, existe una gran preocupación por conseguir dotar a los jóvenes de las habilidades que les sirvan como prevención eficaz ante estos riesgos que los rodean, y sin las cuales se ven vulnerables ante las amenazas mayores; así como el impacto para que las habilidades socio-cognitivas y emocionales, denominadas “Habilidades para la Vida”, se vean fortalecidas y sirvan de protección, promoviendo así, las competencias necesarias para lograr un tránsito saludable hacia la madurez, así como la adopción de conductas positivas como la socialización, una buena comunicación, toma efectiva de decisiones, solución adecuada de problemas, prevención de conductas negativas y/o de alto riesgo hacia su salud como lo son el consumo de tabaco, alcohol, drogas, sexo inseguro y violencia, entre otras, llegando a casos extremos que se traducen en trastornos de la salud, enfermedades psiquiátricas o una carrera delictiva.

Diversos estudios de esta índole, han evaluado la relación que existe entre deficiencias en habilidades para la vida y el consumo inicial de drogas, en ellos se

ha encontrado que las habilidades sociales como la asertividad asociada a la resistencia a la presión son factores protectores ante el consumo (Epstein & Botvin, 2002; Epstein et al. 2006, Andrade, 2009).

Diversos autores (Botvin & Griffin, 2005; Gómez-Fraguela, 2003; Bejarano, 2005) refieren que los programas de prevención de adicciones más efectivos se apoyan en estas habilidades para la vida. En el estudio del consumo de sustancias, 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).

En línea con esta interpretación, muchos programas preventivos intentan dotar a los individuos de habilidades sociales que les permitan resistir adecuadamente las influencias pro-consumo. Cuando el individuo no dispone de recursos personales o psicosociales para lograr esas metas (por ejemplo, no dispone de un repertorio adecuado de habilidades sociales), la conducta problemática aparecerá como una vía alternativa.

Por todo lo antes mencionado, la presente investigación es de índole esencialmente preventiva. Se trata de un Programa de Prevención Universal que se basa en Habilidades para la Vida, que pretende reducir la actitud favorable hacia el consumo de alcohol y tabaco, la sobrestimación de la norma subjetiva, la intención de consumir y el consumo mismo y busca, también, un aumento en la percepción de riesgo del consumo.

El primer capítulo de esta investigación detalla, brevemente, el panorama epidemiológico del consumo de alcohol y tabaco en México, así como algunas de sus consecuencias sociales, con el fin de determinar las tendencias nacionales y, con ello, la magnitud de este problema de salud pública. Este apartado es importante, debido a que los estudios referidos demuestran que es un fenómeno cambiante y se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y con sustancias más dañinas. Bajo este contexto global, en dicho capítulo se muestran los resultados

proporcionados por diversas instituciones, así como por estudios llevados a cabo en el país.

En el segundo capítulo se mencionan algunos antecedentes y algunos conceptos importantes sobre sustancias psicoactivas, también se hace referencia a aspectos que se deben de tomar en cuenta en cuanto a promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo. Se comienza por una breve descripción de lo que ha sido la promoción en la salud y la prevención del comportamiento adictivo, como se han ido llevando a cabo, como se ha ido modificando, cuáles han sido los retos, qué medidas se han tomado, cuáles han sido los objetivos así como algunas definiciones de ambos conceptos. Por último se describen algunos de los propósitos que en su conjunto tiene la promoción de la salud y la prevención del comportamiento adictivo haciendo énfasis en los factores de riesgo y de protección.

En el tercer capítulo se clasifica a las sustancias psicoactivas con respecto a su origen, su legalidad y por sus efectos en el sistema nervioso central, se hace un breve resumen con fines prácticos de como se hace la clasificación según los efectos en el sistema nervioso central, siendo esta, la que permite una mayor comprensión de las sustancias psicoactivas para su abordaje. Ya que se conocen algunas de las clasificaciones que se les puede dar a las sustancias psicoactivas, es importante conocer los tipos de prevención que existen, esto con el fin de adecuar las medidas preventivas a las necesidades de la población en la que se pretende incidir. Estos niveles son tres: universal, selectiva o indicada estos, según Becoña, Cortés, Arias, Barreiro, Berdullas, et al. (2011 y La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, s.a.). También en este apartado se describen los niveles de consumo de las sustancias psicoactivas: consumo inicial, consumo ocasional, uso, abuso y adicción o dependencia que, junto con el nivel de intervención, ayudan a crear programas adecuados y eficaces en cuanto a información y estrategias que se deben de trabajar en cada nivel, así como aspectos, tales como la intensidad y la frecuencia, la metodología de intervención, etc.

En el cuarto capítulo se describen los principios efectivos que se deben seguir en el caso de la prevención, se mencionan los principales factores de riesgo y de protección en la escuela, identificándose las señales tempranas de riesgo que pueden predecir el consumo inicial, los períodos de mayor riesgo para dicho consumo de sustancias psicoactivas, así como la progresión que puede seguir el comportamiento adictivo y una clasificación para estudiarlas y para, posteriormente, llevar a cabo acciones preventivas dirigidas a lograr una mejor calidad de vida. Se comienza con un breve resumen de los antecedentes de la prevención, después se pueden ver los principales objetivos de la misma y por último se enlistan los principios que son efectivos en cuanto a la prevención del comportamiento adictivo, así como los principios que se siguieron para diseñar el programa de esta investigación.

En el quinto capítulo se describe a profundidad como es que se debe llevar a cabo la prevención del consumo de sustancias psicoactivas pero enfocada esta prevención a la adolescencia. Se revisan diversos apartados en los cuales se puede encontrar información muy importante para poder llevar a cabo la elaboración de un programa de prevención basado por ejemplo en: las señales tempranas de riesgo que pueden predecir el inicio en el consumo de drogas en el futuro, en los períodos de mayor riesgo para el consumo inicial de drogas, en los factores que promueven este consumo inicial de sustancias psicoactivas. Y por último, se hace referencia en cómo es que progresa este consumo inicial, cómo es que va escalando, cuál es el posible curso de este consumo inicial, cuándo, porqué es que se da, se queda, o avanza dicho consumo inicial.

En el sexto capítulo se exponen las características de la impartición de las intervenciones para la prevención del uso de sustancias psicoactivas, el enfoque de habilidades para la vida, los factores de riesgo y de protección sobre los cuales se debe trabajar, los componentes básicos que deben llevar los programas preventivos, como son la información sobre drogas, el entrenamiento de habilidades de resistencia y rechazo al consumo, que proporcionan los lineamientos necesarios para el desarrollo de programas efectivos y eficaces. Toda esta información ya

enfocada a la prevención a nivel escolar y en especial a la prevención del comportamiento adictivo desde la primaria.

En el séptimo capítulo se describen, brevemente, las distintas teorías más importantes con apoyo empírico existentes para explicar el uso de sustancias, y comprender este fenómeno. Se fundamenta teóricamente también, el programa de prevención instrumentado en la presente investigación, se describen las teorías que se usaron para el diseño del Programa: la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen; la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y el enfoque de las Habilidades para la Vida, con sus respectivas aplicaciones en el campo de las adicciones.

Finalmente, se describen los objetivos de la investigación, las hipótesis de investigación, la población con la que se trabajó, el escenario, los materiales, los instrumentos de evaluación utilizados, el tipo de diseño de investigación, los alcances de la investigación, las variables de estudio, el procedimiento del taller, los resultados, la discusión y se agrega un apartado en donde se muestran las cartas descriptivas de las sesiones.

En cuanto a resultados obtenidos, se demuestra la importancia del entrenamiento de las habilidades de comunicación asertiva, solución de problemas, toma de decisiones, regulación emocional, rechazo al consumo, así como el establecimiento de una actitud desfavorable hacia el consumo, un aumento en la percepción de riesgo y una disminución de la sobreestimación de la norma subjetiva, con el fin de disminuir la intención y consumo inicial del alcohol y el tabaco. Al analizar cada una de las habilidades se encontró que existen diferencias significativas en cada una de ellas, así como un cambio significativo en los elementos de la teoría de la acción razonada y el factor percepción de riesgo, logrando una disminución en la intención de consumir alcohol y tabaco. Este estudio demuestra al igual que en otras investigaciones, que el dotar a los adolescentes con habilidades para la vida reduce o disminuye considerablemente la probabilidad de consumir alcohol y tabaco.

CAPITULO 1: PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL ALCOHOL Y DEL TABACO EN MÉXICO

Los estudios epidemiológicos nacionales demuestran un aumento en el uso de drogas en general. La evidencia epidemiológica nacional e internacional reconoce que el uso ocasional o continuo de alcohol y tabaco, solos o combinados, permanece obstinadamente común entre la gente joven, con mayores prevalencias de uso en el sexo masculino, con mayor número de usuarios de alcohol que de tabaco y mayor preferencia por el alcohol como droga de inicio en los estudiantes de 12 a 19 años de edad; así también, muestra que la edad de inicio es una variable fuertemente asociada con el consumo inicial de drogas (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL TABACO EN MÉXICO.

The World Health Organization (WHO, 2011, por sus siglas en inglés) refiere que el consumo de tabaco se mantiene como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas, causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares. De continuar la tendencia actual, en el 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas al año; el 80% de esas muertes prematuras se registrará en los países de ingresos bajos y medios. De no adoptar medidas urgentes, el tabaco podría matar, a lo largo del siglo XXI, a más de mil millones de personas.

Las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto de tabaco, tales como el infarto agudo al miocardio, las enfermedades cerebro vasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón continúan en nuestro país dentro de las diez primeras causas de mortalidad (Secretaria de Salud, 2011).

La exposición al humo del tabaco contribuye, en gran medida, a la carga mundial de la enfermedad atribuible al tabaquismo. La globalización de la epidemia de tabaquismo obedece a una interacción compleja de factores entre los que destacan el carácter transnacional de la industria del tabaco, la creciente publicidad, promoción y patrocinio de los productos dirigido principalmente hacia las mujeres y los adolescentes; así como el cabildeo que lleva a cabo la industria tabacalera entre los tomadores de decisiones y grupos de influencia (WHO, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en español), estima que alrededor de 700 millones de niños, casi la mitad de la población infantil mundial, respira aire contaminado por humo de tabaco, siendo la exposición en el hogar la de mayor importancia (WHO., 1999). México no escapa a esta epidemia globalizada. El consumo de tabaco continúa siendo un grave problema de salud pública, especialmente entre los adolescentes, con una tendencia al incremento en la frecuencia de consumo y la exposición al humo de tabaco (Reynales, 2010).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres).

El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado.

Entre los años de 2008 a 2011, no se observaron cambios en la prevalencia global o por sexo de consumo activo, pero al comparar con el año 2002 se observó un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia de fumadoras activas (3.8% ENA 2002, 8.1% ENA 2011), principalmente por un incremento de la prevalencia en el grupo de edad entre 13 – 15 años (2.1% ENA, 2002, 7.0% ENA, 2011).

Respecto a la droga de inicio* el tabaco se sitúa (después del alcohol) en un segundo lugar con un 30.7%, también en segundo lugar si se reporta por zonas, la zona centro (que es la que nos compete) reporta una prevalencia del 29%, precedida nuevamente por el alcohol (SISVEA, 2012).

En cuanto a las prevalencias del consumo de tabaco adolescente por región, se encontró que la región con más alta prevalencia de fumadores adolescentes activos fue el Distrito Federal (20%), seguida de la región Occidental (16%). El tercer lugar es ocupado por la región Centro (14.6%), seguida de las regiones Norte Centro (12.3%) y Nororiental (11.3%). Las regiones Sur, Centro Sur y Noroccidental tienen las prevalencias más bajas, siendo éstas de 9.2%, 8.2% y 7.1% respectivamente (ENA, 2011).

La prevalencia de fumadores activos en los adolescentes es de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores. Al desagregar por sexo, el 16.4% (1.1 millones) de los adolescentes hombres y el 8.1% (539 mil) de las adolescentes mujeres se encontró en esta categoría. Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%), siendo solo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente. La prevalencia de ex fumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes) siendo ésta principalmente de aquellos que fumaban ocasionalmente. El 77.8% (10.5 millones) de los adolescentes mexicanos nunca ha fumado. Siendo este último grupo el que para esta investigación importa, puesto que es un programa de prevención universal que busca dotar a los adolescentes de habilidades para la vida, cambiar creencias, actitudes, intención de consumo y el consumo mismo, a edades cada vez más tempranas, evitando o demorando dicho consumo inicial, con esto se logrará un disminución en todos las demás porcentajes (ENA, 2011).

***DROGA DE INICIO:** Definida como la primera sustancia legal o ilegal consumida por el encuestado (SISVEA,

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) la prevalencia de consumo de tabaco entre los adolescentes se definió como aquel individuo que había fumado 100 cigarrillos o más en su vida. Entre el año 2000 y 2012 no se observó un cambio en el porcentaje total de adolescentes que consumieron tabaco (9.7% en 2000; 9.2% en 2012). Entre los adolescentes hombres se observó un ligero descenso (14.5% en 2000; 12.3% en 2012, diferencia estadísticamente significativa) y en las mujeres ha permanecido estable aunque con una tendencia al aumento (5.0% en 2000; 6.0% en 2012).

En promedio, los adolescentes fumaron por primera vez un producto de tabaco a los 14.6 años y no se observó diferencia entre hombres y mujeres. El 15.8% inició a los 12 años o antes, 50.5% entre los 13 y los 15 años y 33.7% de 16 a 19 años (ENSANUT, 2012).

La edad de inicio ha permanecido estable de 2002 a 2011. Los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años, siendo similar para hombres y mujeres.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL ALCOHOL EN MÉXICO

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones del país (SISVEA), realiza mediciones del consumo de drogas en distintas áreas, incluyendo a Centros de Tratamiento y a los Centros de Integración Juvenil (CIJ). En los consejos tutelares para menores se detectó que el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. De los menores infractores entrevistados, el 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas y la marihuana fue la sustancia más reportada (35.0%), seguida del alcohol (29.8%) y el tabaco (27.3%) (ENA, 2011).

Para el 2011, se atendieron 5,437 casos; la droga de impacto* referida fue alcohol en el 44.8% de los casos, seguida por marihuana en el 24%, solventes 10.4%, tabaco 9.4% y cocaína 5%. De las personas atendidas 68% fueron hombres y 32% mujeres.

En cuanto al perfil de los hombres atendidos el 69% fueron solteros, el 48.4% menores de 18 años, 24.5% entre 18 y 34 y 24.9% entre 35 y 65. En cuanto a su escolaridad el 50.4% tenía secundaria, 22.6% bachillerato, 17% primaria y 5% estudios superiores (ENA, 2011).

Las mediciones de 2006 y 2009 realizadas en la Ciudad de México (Villatoro et al, 2009; 2011) permiten analizar la evolución del consumo de alcohol en la categoría de alguna vez en la vida; en el 2006 la prevalencia fue de 68.8% (hombres 68.2% y mujeres 69.4%); para el 2009 esta cifra incrementó a 71.4%, siendo el mismo porcentaje para ambos sexos.

En los hombres, el 40.7% tuvieron como droga de impacto al alcohol y el 29.4% a la marihuana, 10% solventes, 7% tabaco y 6% cocaína. Para mujeres la droga de impacto fue el alcohol en 53%, 13.7% tabaco, 12.4% marihuana, 11% solventes y 3% cocaína.

Con respecto a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia “alguna vez en la vida” pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los “últimos doce meses” de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del “último mes”, ya que pasó de 19.2% a 31.6% (ENA, 2011).

Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia del 2002 al 2011. Así, la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7% (ENA, 2011).

El alcohol fue la droga de inicio más reportada (49.1%), seguida del tabaco (18.4%) y la marihuana (17.8%). La droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol, mencionada por 29,417 personas; 10,450 personas mencionaron la cocaína, 8,235 a la marihuana y 6,950 a las metanfetaminas. La *cerveza* sigue

siendo la bebida de preferencia de la población total e incrementó significativamente de 2002 a 2008 y mantuvo su lugar en 2011. La consume más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%). El segundo lugar lo ocupan los *destilados*, este grupo de bebidas ha incrementado su mercado significativamente entre 2008 y 2011. Son proporcionalmente más consumidas por las mujeres. Casi una tercera parte de la población consume destilados (23.6%) y también en los adolescentes han ganado mercado con un aumento significativo de consumidores tanto hombres como mujeres de 2002 a la fecha (ENA, 2011).

Es importante señalar que la primera droga de inicio de mayor frecuencia relativa fue el alcohol con 46.5%, y también el alcohol fue la primer droga de impacto* con la mayor frecuencia relativa (39.7%). No hubo diferenciación en cuanto sexo (Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones SISVEA, 2012). También este sistema refiere que la principal droga de inicio y de impacto en la zona centro del país fue el alcohol con un 52.1% y un 46.5% respectivamente.

El SISVEA (2012) menciona la historia natural que siguen las drogas de inicio, y haciendo referencia al alcohol indica que cuando esta fue la droga de inicio, el 71.16% y 65.2% consumieron una segunda y tercera droga.

En cuanto a población adolescente, la ENA (2011) menciona que dentro de la población adolescente, se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo “alguna vez” pasó de 35.6% a 42.9%, en el “último año” de 25.7% a 30.0% y en el “último mes” de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%.

***DROGA DE IMPACTO:** Defina como aquella que se identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas) en cualquier área (SISVEA, 2012).

La prevalencia de consumo de alcohol entre los adolescentes se definió como el consumo de una bebida alcohólica de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año. Entre los años 2000 y 2012 no se observe un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje total de los adolescentes que consumieron alcohol (24.8% en 2000; 25% en 2012). En 2012, 28.8 y 21.2% de los hombres y las mujeres, respectivamente, refirió consumir alcohol. No se observaron cambios significativos en el consumo respecto al año 2000 (ENSANUT, 2012).

Por grupo de edad y por droga de inicio en lo que se refiere al alcohol, el consumo en menores de 14 años se posicionó en un tercer lugar con un 46.2% del total de la población (SISVEA, 2012).

La ENA 2011 reportó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumieron diario alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario* disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%.

El SISVEA en 2012 refiere que el estado de Morelos alcanzó las prevalencias más altas en cuanto a consumo de alcohol como droga de inicio y como droga de impacto, con un 60.9% y un 62.3% respectivamente.

Estas estadísticas son de importancia ya que el taller se realizó en un municipio del Estado de Morelos. Las prevalencias de alcohol y de tabaco juegan un papel relevante, ya que este programa de prevención está diseñado para prevenir el consumo inicial del alcohol y de tabaco y con las estadísticas revisadas nos damos cuenta de que a pesar de que existen otras drogas ilegales, el alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas por la población general y como es de preocuparse en la población adolescente que por ser población vulnerable, corre más riesgos al consumirlas. Son importantes de tomar en cuenta para conocer los riesgos a los que están expuestos los adolescentes, y poder tomar acciones

preventivas evitando o demorando (según sea el caso), el inicio en el consumo inicial de alcohol y tabaco, prevención que debe hacerse desde etapas cada vez más tempranas, puesto que como ya hemos visto la edad de inicio en este consumo es cada vez menor; dotarlos de información clara y real, así como de habilidades que los ayuden a afrontar y enfrentar esta problemática social, puede reducir la probabilidad de que lleguen a consumir estas drogas, puesto que podrán elegir de manera más asertiva e informada la mejor opción.

CAPITULO 2: ASPECTOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La organización mundial de la salud (OMS) define a la salud como: ... un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2001).

Como se observa la salud mental es definitivamente un parte integral de esta definición. La OMS (2001) describe a la salud mental como: ... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comodidad (OMS, 2001).

En 1986, en Ottawa Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la define como el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Esta definición implica, una visión social de la salud, con un compromiso y trabajo mancomunado; se hace necesario considerar componentes que están relacionados con la salud tales como: la acción intersectorial para lograr políticas públicas saludables y políticas de salud pública; la afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud para hacer elecciones saludables y obtener un mayor control sobre su propia salud y sobre su ambiente.

La estrategia de Promoción de la Salud no es sólo un modo diferente de hacer, es un modo de pensar que pone mayor énfasis en los factores protectores, relacionados con los determinantes de la salud dentro del proceso de formación de los estudiantes. Dentro de esta conceptualización, el estilo de vida, representa el conjunto de decisiones que toma la persona con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto grado de control.

Si bien los programas preventivos de salud pública por sí solos no pueden mejorar las fuerzas sociales que están asociadas con la disminución de la brecha en los resultados de salud, el desarrollo de una mejor comprensión de los determinantes sociales es fundamental para la reducción de las disparidades de salud entre mexicanos; pero además, esta comprensión es necesaria traducirla y alinear acciones concretas vinculadas a las diferentes políticas con los sectores público, social y privado, que impliquen mejoras en educación, vivienda, trabajo, justicia, transporte, agricultura y el medio ambiente y, por tanto, mejoras en la salud impulsando la generación de políticas públicas saludables (Programa Sectorial de Salud, PROSESA, 2007-2012)

El reto de la promoción de la salud consiste en incorporar en las políticas públicas de otros sectores acciones que impacten sobre los determinantes favorables de la salud, crear sinergias con todos aquellos que puedan incidir de manera favorable, detener el incremento de la cultura riesgosa y virar la cultura en la salud de la población nacional, de tal manera que se contribuya en la educación individual y colectiva respecto a la salud, permitiendo llevar a cabo cambios sostenibles en el comportamiento, y reducir las problemáticas asociadas (PROSESA, 2007-2012).

Por otra parte en cuanto a la prevención de adicciones, la Norma Oficial Mexicana (NOM, 2009) define a ésta, como el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.

PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas se realiza dentro de un marco de búsqueda del bienestar y pleno desarrollo de las personas y de la sociedad. Persigue fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida y entornos saludables. Reconoce el consumo de drogas como fenómeno social complejo y multideterminado, por lo que prevenir su aparición, requiere contemplar esas múltiples dimensiones y exige respuestas integrales (CONACE, 2007).

En consecuencia, las medidas y objetivos tendientes a conseguir mayor compromiso de la sociedad civil a través de la sensibilización, así como modificar estereotipos sociales sobre los consumos en los distintos ámbitos (familiar, escolar, laboral, justicia, comunitario y de la comunicación social), constituyen uno de los principales elementos de intervención (CONACE, 2007).

La NOM 2009 utiliza el término de sustancias psicoactivas o psicotrópicas para referirse a aquellas sustancias que alteran algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumidas reiteradamente, tienen la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen a las sustancias estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.

La estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de las Conductas Adictivas implica: reducir las desigualdades, esto se refiere al concepto de equidad, vale decir, a que todas las personas tengan acceso a cualquier servicio público de calidad. Incrementar el esfuerzo preventivo, teniendo en cuenta la multi-causalidad del proceso de bienestar, no bienestar e incrementar la capacidad de afrontamiento de las personas, que consiste en proporcionar los conocimientos necesarios para el

desarrollo de habilidades que les permitan funcionar eficazmente (Montes de Oca & Mendocilla, 2005).

El propósito de la promoción de la salud en las adicciones es el desarrollo de estilos de vida saludables, libres de consumo perjudicial de sustancias psicoactivas. Para lograr modificaciones en los estilos de vida, es necesario actuar sobre las personas y sobre el entorno. La promoción de la salud en las adicciones, procura el fomento de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo en la población (CONACE, 2007).

La (NOM, 2009) define a dichos factores como:

- Factores protectores → Son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.
 - En este grupo de factores también, es posible distinguir entre los de origen psicológico, como el autoconcepto positivo, tolerancia a la frustración, asertividad, adecuada resolución de conflictos, entre otros, así como factores sociales relacionados con un adecuado sistema de relaciones familiares, calidad en la y expresión del afecto dentro del sistema familiar, existencia de límites, promoción de estilos de vida saludables, redes de apoyo sociales, etc. (CONACE, 2007).
- Factor de riesgo → es el atributo o exposición de una persona o población, que está asociado a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.
 - Es posible distinguir factores personales, como inestabilidad emocional, poca tolerancia a la frustración, problemas conductuales y psicológicos, retraimiento, entre otros, así como factores sociales relacionados con problemas familiares, contextos en que se favorece el consumo de drogas a través de ciertos valores y estilos de vida, mayor oferta, etc. A la hora

de planificar una intervención, se debe tener en cuenta los factores de riesgo y la relación existente con el objetivo (CONACE, 2007).

Tomando en cuenta que la estrategia de prevención se focaliza en el ambiente escolar, es importante identificar aquellos factores tanto de riesgo como de protección en los que se puede incidir directamente desde la práctica académica y aquellos en los que la experiencia escolar impactará de manera indirecta —y en ocasiones poco visible— como en el caso de los factores que tienen que ver con prácticas muy arraigadas, socialmente aceptadas, como la tolerancia ante el consumo de sustancias legales (NOM, 2009).

En resumen, la promoción de la salud y la prevención de las conductas adictivas, se refiere al conjunto de acciones que permiten evitar el consumo de drogas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños que ocasiona el uso de estas sustancias. Gracias a que muchos países han trabajado en la prevención del consumo de drogas, se ha reconocido la necesidad de partir de teorías y modelos internacionales para explicar los factores relacionados con las conductas de consumo y definir los procedimientos más adecuados para influir y modificar tales conductas (CONADIC, 2008).

En el sistema educativo y teniendo en consideración fundamentalmente el concepto de educación en la perspectiva del desarrollo humano, la concepción de estilos de vida saludables y prevención de comportamientos adictivos trasciende la intencionalidad de “enseñar” determinadas formas de vivir o de patrones de comportamientos culturalmente determinados que contribuyen a la promoción y protección de la salud. Se trata de entenderla como el proceso permanente de aprendizaje de un estilo de vida, de una forma de vivir para garantizar el desarrollo integral de las personas y de la sociedad. Esto implica un proceso permanente de fortalecimiento y desarrollo de capacidades, de actitudes, de internalización y práctica de valores para un afianzamiento permanente de las potencialidades de las

personas y de los grupos humanos en interacción con su medio (Montes de Oca & Mendocilla, 2005).

Los programas de prevención tratan, fundamentalmente, la prevención basada en la educación e información, dirigida en especial a los niños y jóvenes para fomentar su madurez emocional y social, orientada al desarrollo de su capacidad crítica, su autonomía y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una habilitación, en suma, que los haga libres y capaces de adoptar las decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en la sociedad. Además, se trata de una prevención que considera la importancia del contexto sociocultural y las interacciones sociales; que procura, por tanto, la construcción de entornos y ambientes libres de drogas y fortalezca y potencie a la familia como principal agente preventivo (CONACE, 2007).

Los propósitos de la promoción de la salud y la educación en prevención de comportamientos adictivos no se agotan en “enseñar” un estilo de vida definido, sino en promover de manera permanente el aprendizaje individual y colectivo de formas sanas de vivir para el logro cada vez mayor de los niveles de desarrollo personal y social, estos son una construcción social y personal; se adquieren en diferentes espacios de socialización - la familia, la escuela y la comunidad; en la interacción social con los padres, profesores, pares y otros miembros del entorno y se consolidan en opciones personales y autónomas. Esto es lo que se busca al promover estilos de vida saludable, que se interioricen y se utilicen en todos los contextos más allá del aula, que es donde se les enseñan estas habilidades, se pretende que los adolescentes tomen decisiones informadas ayudados por este conjunto de habilidades y destrezas.

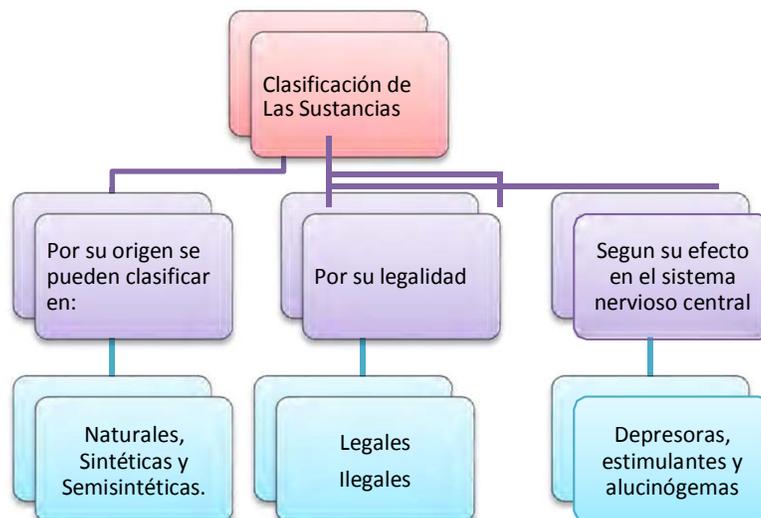
CAPITULO 3: CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, NIVELES DE PREVENCIÓN Y DE CONSUMO

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El consumo de sustancias psicoactivas lleva consigo un sin fin de efectos físicos y psicológicos, y éstos están basados en el tipo de sustancia que se consuma. Las drogas se clasifican en depresores, estimulantes, y alucinógenos. Por otro lado están las drogas de diseño, que pueden tener efectos depresores, estimulantes, alucinógenos o una combinación de éstos.

Para poder estudiar mejor las sustancias psicoactivas, se deben clasificar, ya que la prevención puede realizarse de diversas formas, dependiendo del interés que se tenga. Una forma de clasificar a las sustancias psicoactivas es tomando en cuenta su legalidad, los efectos generales sobre el sistema nervioso central o por su origen como en la figura 1 se describe:

FIGURA 1. Clasificación de sustancias psicoactivas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)



En términos prácticos la clasificación (CIE-10), según los efectos en el sistema nervioso central, permite una mayor comprensión de las sustancias psicoactivas para su abordaje. A continuación se describe en qué consiste esta clasificación:

- **Depresores:** Se les da este nombre porque disminuyen el estado de alerta y ánimo; disminuyen todas las funciones mentales superiores (atención, juicio, razón y memoria). Dentro de los éstos podemos encontrar varias sustancias como las siguientes:
 - Derivados del opio: Morfina, Codeína y Heroína
 - Tranquilizantes (pastas, roche, pastillas, rufis).
 - Inhalables
 - Alcohol

- **Estimulantes:** Los estimulantes son sustancias que incrementan el estado de alerta. Aumentan el estado de conciencia, mientras actúan, el sujeto percibe más intensamente el exterior y responde de manera más rápida a los estímulos del mismo. Dentro de éstos están las siguientes sustancias:
 - Anfetaminas
 - Metanfetaminas
 - Cafeína
 - Cocaína
 - Nicotina
 - Alcohol

- **Alucinógenos:** Los alucinógenos pueden producir depresión o estimulación, son drogas que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo la influencia de éstos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y experimentan sensaciones que parecen reales pero que no existen. Los alucinógenos producen sus efectos interrumpiendo la

interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. Distribuido por el cerebro y la médula espinal, el sistema de serotonina está involucrado en el control de los sistemas de conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial. Dentro de los alucinógenos se encuentran las siguientes sustancias:

- Marihuana
- Peyote (cactus, mezcla, botones)
- Hongos (Psilocibina)
- Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)

El Sistema de Clasificación de Enfermedades (CIE-10) propone otra manera en la que se puede clasificar a las sustancias psicoactivas, en ésta refiere la existencia de nueve tipos de sustancias psicoactivas generadoras de trastornos mentales y del comportamiento, estas son (ver Figura 2):

FIGURA 2. Clasificación de sustancias psicoactivas según el CIE-10



Ya que se conocen algunas de las clasificaciones que se les puede dar a las sustancias psicoactivas, es importante conocer los tipos de prevención que existen, esto con el fin de adecuar las medidas preventivas a las necesidades de la población en la que se pretende incidir, ya que como se verá más adelante dependiendo del tipo y del nivel de consumo, es como se deberá llevar a cabo la prevención, y es con el conjunto de toda esta información que se logrará diseñar un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas efectivo y eficaz.

Becoña, Cortés, Arias, Barreiro, Berdullas, et al. (2011) mencionan que hasta hace algunos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980): la prevención primaria, secundaria y terciaria. Estas son equivalentes a prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). La prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que, si surge un problema con las drogas, se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria, se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos: universal, selectiva e indicada (Gordon, 1987). Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Los programas universales son más amplios, menos intensos y menos costosos que los otros dos tipos. Se incluirían aquí la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen mayor riesgo de ser consumidores que el promedio de los adolescentes. Se dirige a grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y

más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo (Becoña, et. al., 2011).

A manera de resumen a continuación se presenta un cuadro con los niveles de prevención revisados:

FIGURA 3. Breve resumen de los niveles de prevención (Becoña, et. al., 2011)



CONACE (2007) menciona que en general, las estrategias universales son las que cuentan con mayor grado de ejecución, puesto que inciden sobre factores de riesgo y protección generales ya conocidos. Por el contrario, las estrategias selectivas, y en especial las indicadas, exigen un mayor nivel de análisis y conocimiento de la realidad sobre la que se desea intervenir. Para su aplicación es preciso realizar indagaciones que establezcan diferencias entre los distintos niveles de uso de drogas de diferentes grupos o individuos, así como la identificación de los factores de riesgo presentes en cada uno de ellos. Por otra parte, las estrategias

indicadas requieren movilizar mayor número de recursos humanos y materiales para su implantación, para incidir con frecuencia en poblaciones reducidas.

NIVELES DE CONSUMO

Actualmente, además de tomar en cuenta estos niveles de prevención, se adopta también, el tipo de intervención de acuerdo con los niveles de consumo, niveles que serán explicados brevemente en los siguientes párrafos.

El CIE-10 hace una distinción en cuanto a los niveles de consumo y los divide en:

- a) Consumo No Problemático
- b) Consumo Problemático

Dentro del consumo no problemático el CIE-10 agrupa tres niveles:

- **Experimental**→ Inicio exploratorio del consumo. Se desconocen los efectos de la sustancia, la que se utiliza generalmente en el marco de un grupo que invita, o simplemente se expone al consumo. Se produce, por lo regular, durante algunos fines de semana.
- **Ocasional**→ La persona ya ha experimentado los efectos y puede repetir las sensaciones placenteras que le provoca la sustancia. También puede no hacerlo y estar en la situación grupal. Aprovecha la ocasión, no la busca directamente.
- **Habitual**→ Busca la situación para el consumo, lo puede hacer en grupo o en forma aislada. Ya conoce los lugares y formas de acceder a la compra; se inicia el hábito.

Dentro del consumo problemático la CIE-10 agrupa dos niveles de consumo:

- **Consumo perjudicial**→ Forma de consumo que afecta la salud física o mental. Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceras personas y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de variados tipos. En todo caso, el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.
- **Dependencia**→ Conjunto de manifestaciones fisiológicas, del comportamiento y cognoscitivas en las cuales el consumo de una sustancia adquiere la máxima prioridad para la persona, mayor incluso que cualquier otro tipo de conducta de las que en el pasado fueron más valoradas por ella. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo -a menudo insuperable- de ingerir la sustancia.

Distinguir entre los diferentes niveles de consumo, es decir, entre consumo inicial, uso, abuso y dependencia de una sustancia, no es sencillo. La clasificación depende de si la sustancia es legal (alcohol y tabaco) o ilegal (marihuana, cocaína, entre otras), y de parámetros sociales, médicos, biológicos y legales relacionados con su producción, adquisición y uso con fines de intoxicación (Medina- Mora, 2001).

Cada sustancia produce en el organismo diversos efectos, pero estos pueden variar según su administración. Hay que considerar que el uso de cualquier sustancia supone la aparición de algún tipo de “problema” para el consumidor. Este uso puede ser meramente circunstancial, con un objetivo experimental o en un momento determinado de la historia del individuo, y no acarrear modificaciones en su personalidad, en el funcionamiento de su sistema nervioso o en su estilo de vida. La repetición de estos usos experimentales o circunstanciales, pudieran conducir a un abuso o dependencia de la sustancias o sustancias psicoactivas.

Por regla general un uso y abuso de sustancias psicoactivas puede generar dependencia debido al fenómeno de la neuroadaptación, el cual consiste, a grandes rasgos, en un cambio permanente (pero reversible) de la estructura y funcionamiento de las neuronas sobre las cuales se localiza el o los efectos de la o las sustancias psicoactivas (Medina- Mora, 2001).

Los patrones de consumo son un conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y la o las sustancias que están consumiendo.

Medina- Mora (2001) va más allá de la mera definición de los niveles de consumo; y trata de explicar cómo, cuándo, quién, dónde, porqué, sucede cada uno de estos consumos, para ello hace la distinción de 5 niveles (estos niveles fueron los que se tomaron en cuenta para esta investigación):

- **Consumo inicial**→ situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse al abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo. Este tipo de consumo corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo. Las motivaciones pueden ser variadas: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda de placer y de lo desconocido, y aumento de la oferta, entre otras que ya han sido mencionadas anteriormente. Como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.
- **Consumo ocasional**→ uso intermitente de la o las sustancias psicoactivas, sin ninguna periodicidad fija y sin largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales esta facilitar la comunicación, la búsqueda del placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas

características principales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.

- **Uso**→ Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de las sustancias, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que lo rodea, etc. Entre las motivaciones expresados para mantener el uso de estas sustancias psicoactivas están: intensificar las sensaciones de placer, vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad, y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.
- **Abuso**→ Ocurre cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo (Tiburcio, et. al., 2009). Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: la persona que consume incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.), debido al consumo; consume la(s) sustancia(s) en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal. Este consumo abusivo acarrea el incumplimiento de obligaciones en la escuela o en casa (bajo rendimiento, ausencias repetidas, suspensiones o expulsiones de la escuela). Hay un consumo continuado de la sustancia, pese a tener

problemas sociales recurrentes o líos interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las sustancias psicoactivas.

El DSM-IV sugiere los siguientes criterios generales para clasificar a un consumidor como abusador (Uno o más presentes):

- a) Uso frecuente de la sustancia que lleva a fracaso en los asuntos laborales, académicos o en el hogar.
- b) Uso recurrente en situaciones que llevan a un peligro físico.
- c) Problemas legales recurrentes relacionados con el consumo.
- d) Uso continuado de la sustancia a pesar de los problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

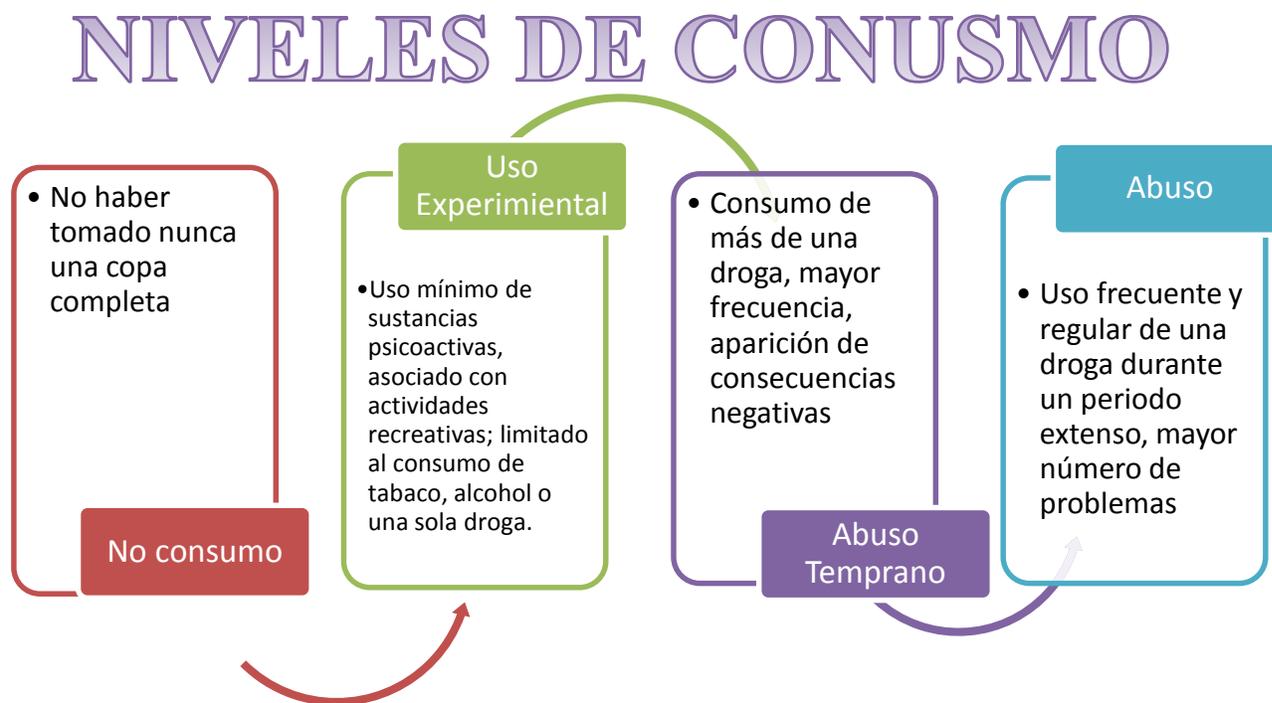
- **Adicción o Dependencia**→ Estado en que el consumo o auto-administración de alguna sustancia, produce daños al individuo y a la sociedad. Surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo solo los fines de semana (Becoña & Vázquez, 2001). La dependencia tiene manifestaciones psicológicas, como preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas. El uso continuo y hasta compulsivo de una sustancia, puede llegar al grado en que el individuo piensa y siente que sin ella, no podrá realizar adecuadamente sus actividades, por lo que se obsesiona en seguir consumiéndola (Tiburcio, et. al., 2009). En la dependencia se incluye la tolerancia y el síndrome de supresión, aunque no siempre aparecen; ya que algunas personas con solo tolerancia y síndrome de supresión no pueden clasificarse como dependientes.

El DSM-IV propone la siguiente clasificación, en donde refiere que para diagnosticar dependencia deben estar presentes tres o más de los siguientes criterios generales:

- a) Consumo de la sustancia en mayor cantidad o por un período largo, más allá de lo esperado.
- b) Deseo persistente y uno o más intentos infructuosos para reducir, controlar o discontinuar el uso de la sustancia
- c) Las actividades sociales, ocupacionales y recreativas son reducidas o desplazadas por el uso de las sustancias.
- d) Uso constante de la sustancia a pesar de problemas sociales, psicológicos o físicos persistentes, causados o exacerbados por la droga.
- e) Marcada tolerancia.
- f) Síndrome de supresión o abstinencia.

Revisado los niveles de consumo y de prevención se puede responder a la siguiente pregunta: ¿Qué es lo único que cambia en los diferentes niveles de programas de prevención? Para responder a esta pregunta, y a manera de resumen está la siguiente figura:

FIGURA 4. Esquema de muestra de los niveles de consumo y nivel de intervención con el que se debe trabajar (UNEMES, 2007).



Esta información es importante ya que tenemos que tomar en cuenta que es en la adolescencia y juventud en donde generalmente un porcentaje de esta población comienza a experimentar con drogas por mera curiosidad; también es importante mencionar que la gran mayoría no pasa a otros niveles de consumo, pero hay casos, que pueden proseguir hacia un consumo ocasional, habitual... hasta llegar, algunas veces, a la dependencia.

Por ello, la creación de programas de prevención surge al reconocer que el problema de las sustancias psicoactivas es una realidad un problema que a todo alumno le toca enfrentar. Por ello, se han elaborado diferentes modelos que buscan brindar a los alumnos, de acuerdo a los niveles de prevención, una serie de

habilidades y competencias que necesitan a lo largo del proceso educativo para convivir mejor, prevenir el consumo y enfrentar los riesgos e influencias del medio que pueden alterar su proyecto de vida. Este conjunto de habilidades son un soporte para crecer sanamente, y que todo programa de prevención requiere reforzar ya que comparten la importancia de integrar y divulgar información clara y objetiva sobre las drogas y sus consecuencias confrontando los mitos existentes e informando sobre los daños que producen las sustancias para aumentar la percepción del riesgo y disminuir la posibilidad de inicio del consumo Organización de los Estados Americanos (OEA, 2005, por sus siglas en inglés).

La Organización de Estados Americanos (OEA, 2005) recomienda reforzar el desarrollo de los factores de protección así como el refuerzo o la transmisión de las habilidades necesarias para afrontar el consumo de sustancias psicoactivas, con programas específicos y atractivos que ofrezcan a la persona encargada de llevar a cabo la prevención y a los destinatarios, instrumentos y herramientas de trabajo para el cumplimiento de su rol preventivo. Para reforzar lo antes mencionado es necesario conocer los principios y las bases que debe seguirse al elaborar cualquier programa de prevención, que busque ser efectivo y eficaz.

CAPITULO 4: PRINCIPIOS EFECTIVOS EN LA PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PRINCIPIOS EN LA PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A partir de los resultados obtenidos en las diversas investigaciones realizadas, desde el National Institute on Drug Abuse (NIDA) se han señalado cuáles son los principios que deben guiar la prevención en drogodependencias. En primer lugar, apuntan como conceptos clave los factores de riesgo y de protección, siendo el objetivo reducir los primeros e incrementar los segundos. La prevención debe tener siempre en cuenta las características de la población objeto de la intervención. Además, desde la investigación se consideran más eficaces los programas preventivos basados en una metodología interactiva, junto con una mayor formación del profesorado en técnicas de manejo del alumnado que faciliten el refuerzo de aquellas conductas que son apropiadas en el ámbito escolar y que se consideran como factores de protección frente al consumo de drogas. Por último, destacar que los programas que están basados en la evidencia científica pueden llegar a mejorar el índice de costo-efectividad (Pires, 2011).

NIDA (2004) menciona que en las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el consumo de las drogas. Hay muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el uso de drogas. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona use drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el uso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra. Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el

fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el uso de drogas en el futuro.

Por otra parte CONADIC (2008) menciona que los principios en cuanto a prevención se agrupan en tres grandes rubros:

- Factores de riesgo y de protección
- Planificación de la prevención
- Introducción de los programas de prevención

Por lo anterior, para el diseño de este programa se siguieron los siguientes principios que sugiere NIDA (2011):

- Respecto a factores de riesgo y de protección se siguieron 3 principios:
 - **Principio 1**→ Los programas de prevención deberán mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- La posibilidad de convertirse en un consumidor de drogas se relaciona con el número y el tipo de los factores de riesgo (por ejemplo, actitudes y comportamientos desviados) y los factores de protección que se presenten (por ejemplo, el apoyo de los padres). Esto quiere decir que puede tener más riesgo un adolescente que convive diariamente con un grupo de consumidores de droga que aquel que sólo ocasionalmente está en contacto con la misma y cuenta con la orientación de sus padres.
- El impacto que tienen los factores de riesgo y de protección se modifica con la edad; por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia ejercen un impacto mayor en un niño, mientras que la convivencia con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.
- Una intervención temprana en los factores de riesgo (por ejemplo, conducta agresiva y autocontrol deficiente generalmente es de mayor impacto que una

intervención tardía en el cambio de trayectoria de la vida de un niño; lo aleja de los problemas y lo encamina a conductas positivas. Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, tienen un efecto diferente dependiendo de su edad, sexo, raza, cultura y ambiente.

- **Principio 2**→ Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad local.
 - Es necesario identificarlos, antes de seleccionar los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen.

- **Principio 3**→ Para ser eficaces, los programas de prevención deben diseñarse para tratar riesgos específicos de la población o de la audiencia, como edad, sexo y cultura; por ejemplo, habrá factores de riesgo que se presentan únicamente en mujeres o en la edad adulta, así como factores de protección que aparecen en culturas occidentales u orientales, por mencionar algunos.

En cuanto a la planificación de la prevención, se siguió un principio del apartado de “Prevención Escolar”:

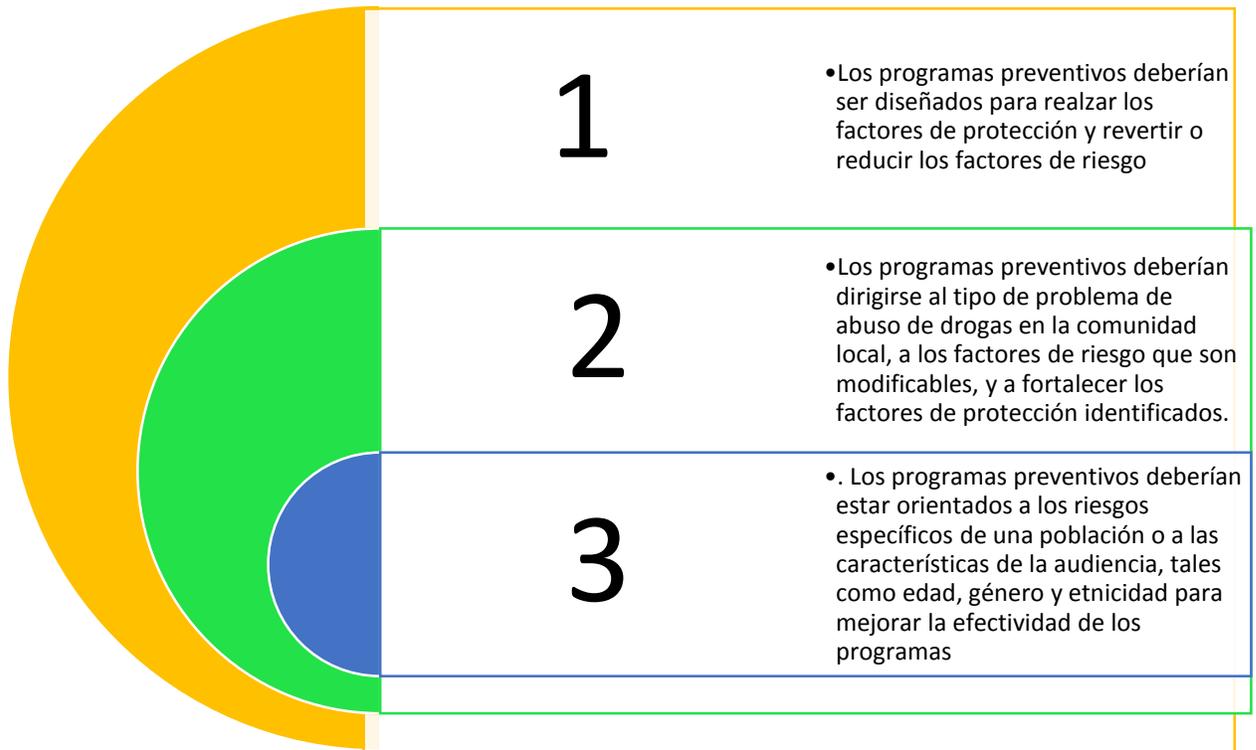
- **Principio 4**→ Los programas de prevención para los estudiantes de educación básica (primaria y secundaria) deben dirigirse al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo como la agresión temprana, el fracaso escolar y la deserción. Los programas de prevención en esta etapa tienen que enfocarse en las siguientes habilidades:
 - Autocontrol.
 - Conciencia emocional.
 - Comunicación.
 - Solución de los problemas sociales.

Por ultimo en lo que refiere a la introducción de estos programas de prevención se siguieron los siguientes principios:

- **Principio 5**→Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como las discusiones entre grupos de la misma edad y el juego de roles; por ejemplo, asumir el papel de padres permitiría una participación activa en el aprendizaje sobre el uso de drogas y en el refuerzo de la habilidades social.
- **Principio 6**→Los programas de prevención con bases científicas resultan efectivos en cuanto a su costo, es decir, económicamente, si se consideran los principios antes mencionados.

A manera de resumen NIDA (2004) propone 3 características que deben tener en general los programas preventivos:

FIGURA 5. Características de un programa preventivo (NIDA, 2004).



Por su parte los programas de prevención basados en la investigación se enfocan en una intervención temprana en el desarrollo del niño para fortalecer los factores de protección antes de que se desarrollen los problemas de conducta (NIDA, 2004).

Los factores de riesgo pueden influenciar el uso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño use drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo (NIDA, 2004).

NIDA (2004) por su parte sugiere que conforme a investigaciones realizadas la prevención se debe enfocar a:

- Identificar las señales de riesgo que pueden el uso de sustancias psicoactivas.
- Identificar los periodos de mayor riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.
- Disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.
- Proporcionar información y conocimientos respecto a las sustancias psicoactivas.
- Dotar en habilidades para la vida.

Por todo lo anterior, y ya descritos algunos de los principios que se deben seguir, en general, al realizar la prevención a cualquier nivel y de cualquier sustancia psicoactiva, en las páginas siguientes se describirán como se puede llevar a la práctica dichos principios para formular un programa de prevención de sustancias

psicoactivas, que en esta investigación se trató de prevenir el uso de alcohol y de tabaco, pero enfocado a la prevención escolar a nivel primaria que como ya se ha mencionado es la población vulnerable y la que tiene un riesgo mayor de tener problemas físicos, legales, sociales, por dicho consumo. Vale la pena revisar en el capítulo posterior, qué principios se deben seguir, qué bases existen para prevenir a este nivel, cómo se tratan los factores de riesgo y de protección, qué información se les debe dar y qué habilidades o destrezas se deben trabajar.

CAPITULO 5: PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA ADOLESCENCIA

SEÑALES TEMPRANAS DE RIESGO QUE PUEDEN PREDECIR EL INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS, EN EL FUTURO

NIDA (2004) refiere que algunas de las señales de riesgo se pueden ver tan tempranas como en la infancia o en la niñez temprana, tal como la conducta agresiva, la falta de auto-control, o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y en la comunidad pueden afectar su riesgo para el consumo inicial de drogas en el futuro. Las interacciones fuera de la familia pueden involucrar riesgos tanto para los niños como para los adolescentes, tales como:

- Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente
- Fracaso académico
- Asociación con compañeros que usan drogas. La asociación con compañeros que usan drogas a menudo es el riesgo más inmediato para que los adolescents sean expuestos al consumo inicial de drogas y al comportamiento delincuente.
- Otros factores –como la disponibilidad de las drogas, los patrones del narcotráfico, y las creencias de que el uso de drogas se tolera en general– son riesgos que pueden influenciar a la gente joven a que comiencen a usar drogas.

Ya que estas señales de riesgo se conocen, se pueden estudiar mejor los periodos que son de mayor riesgo para que se comience a consumir alguna sustancia psicoactiva; estos periodos son revisados más a profundidad en la sección siguiente.

*PERÍODOS DE MAYOR RIESGO PARA EL CONSUMO INICIAL DE DROGAS EN LA
ADOLESCENCIA*

Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el uso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez. Después cuando pasa de la primaria a la escuela media (secundaria), a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. Es en esta etapa –la adolescencia temprana– que hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas (NIDA, 2004).

Cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de las mismas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que consuman alcohol, tabaco, y otras sustancias psicoactivas, ya que los riesgos aparecen en cada período de transición de la vida, los planificadores de la prevención deben escoger programas que fortalecen los factores de protección en cada etapa del desarrollo (NIDA, 2004).

*FACTORES QUE PROMUEVEN EL CONSUMO INICIAL DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS*

Cualquier conducta precisa ser explicada, en nuestro caso consumir una droga. Es importante explicar los factores que llevan a algunas personas a realizar alguna conducta. Hay que explicar varios de los factores más importantes que se relacionan con la prueba, o primeras pruebas, y con el posterior mantenimiento y dependencia de la sustancia conforme continúa el consumo (Becoña, et. al., 2011).

Ruiz y Medina-Mora (2012) dicen que el papel de las diferencias individuales y la forma en la que los individuos emplean sus recursos y estrategias de enfrentamiento, favorecen la permanencia o la ausencia de factores que pueden ser considerados como determinantes de una conducta; por ello es que una de las tareas más importantes en la prevención de las adicciones es determinar cuáles son los factores que pueden controlarse, determinar cuáles no pueden modificarse, pero si pueden ser regulados y cuales definitivamente no pueden ser alterados por ninguna circunstancia. Así como la identificación de las razones que llevan al individuo a involucrarse en una conducta problema como lo es el consumo de sustancias psicoactivas.

Algunos de los factores importantes para el inicio en el consumo de sustancias, que hay que explicar son el papel de la publicidad de las compañías tabacaleras que hacían hasta hace poco para que los jóvenes fumasen, y que siguen haciendo las compañías que venden alcohol, sus intereses económicos y otros ocultos, el bajo precio y disponibilidad de los cigarrillos y del alcohol, los efectos que tienen las distintas drogas en el cerebro (tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia), en el estado de ánimo, en la regulación del peso, etc. (Calafat, 2006; Lorenzo, 2006; Pereiro, 2005). Y, los efectos de los componentes de los mismos en la salud (ej., alcohol, alquitrán, monóxido de carbono, distintas adicciones a nivel escolar, familiar, comunitario, laboral y otras carcinógenos, aditivos, etc.), enfermedades que produce (ej., cirrosis, cáncer de pulmón), mortalidad que acarrea, etc. Más importante es explicarles por qué comienzan a fumar o a beber alcohol (verse como adultos, presión a consumir de los iguales, asociación con otras drogas, etc.), qué factores hacen que sigan consumiendo (bajo precio, verse como adultos, presión de los amigos, etc.) o los que aumentan la probabilidad de que se hagan dependientes (ej., fracaso escolar, bajo estado de ánimo, problemas personales, problemas en casa, falta de control paterno, etc.) (Calafat, 2002).

Hoy sabemos que los jóvenes tienen una gran cantidad de información sobre cualquier droga, muchas veces errónea. En este sentido, es muy importante corregir la distorsión perceptiva que tienen sobre el número de personas que ellos creen que fuman o que consumen alcohol. A esto también se le ha denominado “sobreestimación de la norma subjetiva (la cual será revisada en otro capítulo)”.

Ruiz y Medina-Mora (2012) refieren algunos de los factores que pueden relacionarse con el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas:

- **Exposición a la oportunidad**→ Es entendida como cualquier posibilidad en la que el individuo puede consumir algún tipo de sustancia (alcohol, cocaína, inhalables, marihuana, etc.) y que se caracterice por la invitación de diferentes personas, por la búsqueda de la ocasión para el consumo, o bien, por hallarse en alguna circunstancia que propiciará la posibilidad para el consumo aunque no exista una intención de hacerlo.
- **Tentación al consumo**→ El cual es entendida como el interés o la intención para el consumo en cualquier oportunidad para que se presente el consumo de alcohol y otras drogas.
- **Estrategias de enfrentamiento**→ Se refieren a los esfuerzos concretos de una persona para dar solución a una situación particular. Algunas investigaciones relacionadas (NIDA, 2004) muestran que aquellos adolescentes que las utilizan de forma incongruente o inadecuada, para dar solución a diferentes situaciones de su vida cotidiana pueden ser consideradas como un factor en el inicio, en el consumo o los consumos habituales, especialmente porque se relacionan con:
 - Nuevas exposiciones a la oportunidad de consumo.

La tentación hacia el consumo que debe ser entendida como la oportunidad para que se presente el consumo, y que se rige por un interés por el uso de alcohol y otras drogas.

Conocer cuáles son los más importantes factores de riesgo y protección para el consumo de las distintas drogas ha facilitado conocer mejor todas las distintas conductas adictivas, tanto las relacionadas con el uso de sustancias como con otros comportamientos adictivos y también con otras conductas problema, como la violencia, la agresividad, etc. Para la prevención del consumo de las distintas sustancias psicoactivas es importante detectar las personas de mayor riesgo de consumo, así como los factores que favorecen dicho consumo. Esto es de enorme relevancia porque conociéndolos podemos intervenir sobre ellos y así poder conseguir que las personas no consuman drogas o lo hagan en un grado menor (Becoña, et. al., 2011).

Ruiz y Medina-Mora (2012) sugieren que, además de conocer los factores que pueden relacionarse con el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, el desarrollo y la utilización de estrategias de enfrentamiento por parte de los adolescentes deben estar orientadas a los rubros que se describen a continuación, ya que pueden favorecer el mantenimiento de un cambio y el retraso en el inicio en el consumo de sustancias:

- **Autoeficacia**→Se refiere a la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras con el fin de obtener resultados deseables. Es un elemento esencial para la prevención, así como la utilización de habilidades de enfrentamiento adecuadas ante la exposición a la oportunidad y la tentación hacia el consumo, tienen indicadores relevantes de abstinencia.
- **Estrategias de prevención**→ Un elemento que influye en el inicio del consumo, es la percepción de ciertas situaciones relacionadas con él; las cuales son consideradas como estresantes, lo que en algunos casos no permite poner en práctica ninguna estrategia para evitar el consumo.

- **Información y habilidades relacionadas con las sustancias psicoactivas**→
Este componente se dirige a los conocimientos y actitudes concernientes al consumo de sustancias psicoactivas, expectativas de carácter normativo y habilidades destinadas a resistir las influencias de los iguales, que incitan al consumo. El material que debe contener este componente debe centrarse en la formación en habilidades sociales de resistencia. Se incluye material sobre:
 - Consecuencias a corto y largo plazo del consumo.
 - Conocimientos acerca de los niveles reales de consumo tanto entre los adolescentes como entre los adultos, con el propósito de corregir las expectativas normativas existentes acerca del consumo.
 - Información que refleja la decreciente aceptabilidad social de la conducta de fumar cigarrillos y del consumo de alcohol y otras drogas.
 - Información y ejercicio para realizar en el aula que muestren los efectos fisiológicos inmediatos de la conducta de fumar y beber.
 - Técnicas para la resistencia de la presión directa ejercida por los iguales para consumir sustancias psicoactivas.

Ruiz & Medina-Mora (2012) también, mencionan la importante necesidad de desarrollar estos modelos de intervención para prevenir el consumo inicial de sustancias psicoactivas (especialmente para poblaciones vulnerables como son los adolescentes), tomándose en cuenta, para su elaboración, los siguientes puntos:

- La motivación para el no consumo de sustancias.
- El entrenamiento en habilidades de enfrentamiento ante la exposición a la oportunidad y la tentación de consumo.
- La reestructuración de creencias, mitos y expectativas alrededor del consumo de alcohol y otras drogas.
- El incremento de la autoeficacia.
- El entrenamiento de estrategias de afrontamiento como una función protectora.

Ahora lo importante es analizar cómo, cuándo y cómo pudiera progresarse de un consumo experimental o inicial a un consumo abusivo o dependiente; esto para que los esfuerzos preventivos sean eficaces y adecuados para el individuo, para su edad, el contexto, y la sustancia en sí, en la que se quiera realizar la intervención preventiva.

*PERÍODOS DE MAYOR RIESGO PARA EL CONSUMO INICIAL DE DROGAS EN LA
ADOLESCENCIA*

Investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el uso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez. Después cuando pasa de la primaria a la escuela media (secundaria), a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. Es en esta etapa –la adolescencia temprana– que hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de las mismas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que consuman alcohol, tabaco, y otras sustancias psicoactivas, ya que los riesgos aparecen en cada período de transición de la vida, los planificadores de la prevención deben escoger programas que fortalecen los factores de protección en cada etapa del desarrollo (NIDA, 2004).

Ya que se han descrito estas señales de riesgo y que ya sabemos que pueden ser detectadas desde edades tempranas, y los periodos en los que existe mayor riesgo; con esta información se pueden establecer los factores de riesgo y protección, que pueden predecir que las personas tengan mayor riesgo o no, de iniciar el consumo de algún tipo de droga. Así, para su mejor exposición se describen estos factores en las siguientes páginas, siendo importante conocerlos,

para poder desarrollar programas adecuados de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. Con base en estas señales y periodos, se tendrá más certeza a la hora de elaborar el diseño del programa.

CAPITULO 6: BASES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE LA ESCUELA PRIMARIA

Por todo lo revisado en los capítulos anteriores, se sabe que el consumo de drogas, junto con el de alcohol y tabaco, se incrementa paulatinamente en la población estudiantil de educación básica. Asimismo, se observa que los índices de empleo de esas sustancias en la población que se mantiene escolarizada son menores, en comparación con otros grupos de la misma edad que han dejado de estudiar por algún tiempo. De ahí la importancia de estos acercamientos para conocer el problema e instrumentar medidas de prevención adecuadas a la población (Villatoro y col, 2007).

INVESTIGACIÓN

Las revisiones de la literatura sobre investigación en prevención (p.ej., Bangert. Drowns, 1998; Bruvold & Rundall, 1988; Tobler, 1986) muestran que muchas de las aproximaciones en prevención del consumo, cuyo empleo está ampliamente extendido, son ineficaces. Estas revisiones indican también que los enfoques preventivos más prometedores son aquellos que apuntan a los factores sociales y psicológicos que inducen al consumo temprano de drogas. Un programa de este tipo denominado "Entrenamiento en habilidades para la vida", ha sido puesto a prueba repetidamente durante los últimos 15 años. Estos estudios han dado lugar a que en conjunto proporcionan una fuerte evidencia empírica sobre la capacidad de este enfoque para prevenir tanto el consumo inicial como la progresión hacia niveles más graves de implicación con las drogas (Botvin & Botvin, 1992).

Botvin y Botvin (1992) mencionan que el enfoque preventivo de habilidades para la vida se reduce a un modelo del consumo de droga basado en la interacción individuo-ambiente. Las influencias sociales que incitan al consumo (junto con la disponibilidad de las drogas) interaccionan con la vulnerabilidad individual. Algunas personas pueden acusar la influencia de los medios de comunicación (películas,

programas televisivos que embellecen el consumo o sugieren que es normal o aceptable, intentos publicitarios de fomentar la venta de productos con alcohol) o ser influidas por familiares y/o amistades o conocidos a que consuman drogas o mantengan actitudes y creencias favorables al consumo. Otros individuos pueden verse empujados a consumir o hacia un grupo de iguales que consuman debido a factores de tipo intrapersonal como la baja autoestima, niveles elevados de ansiedad u otros sentimientos disfóricos, o la necesidad de emociones.

Botvin y Botvin (1992) mencionan que algunas de las variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas no pueden modificarse mediante la intervención. Sin embargo, muchos de los factores asociados al consumo son objetivos potenciales para las intervenciones. A la vista de lo que sabemos acerca de la secuencia y evolución progresiva del consumo, lo más natural es que los programas preventivos apunten a las sustancias que aparecen al comienzo de esta progresión, es decir, tabaco y alcohol. Esto ofrece una posibilidad de interrumpir el desarrollo normal de la progresión desde estas sustancias a otras formas de consumo.

Una segunda razón para centrarse en este tipo de consumo de drogas es que dichas sustancias son las responsables de la mayor parte de las muertes y enfermedades relacionadas con las drogas que se registran cada año. La consideración de los diversos factores asociados al inicio y la continuación del consumo de drogas sugiere numerosos objetivos potenciales para la intervención o tipos de programas preventivos. La mayor parte de la investigación preventiva (incluyendo los programas de habilidades para la vida) se ha centrado en desarrollar y poner a prueba intervenciones de ámbito escolar dirigidas a factores de riesgo individuales. Teniendo en cuenta la diversidad de los factores de riesgo referidos al consumo de drogas que afectan al individuo, lo más probable es que un programa preventivo escolar tenga un efecto máximo sobre el consumo si repercute sobre las expectativas relacionadas con las drogas (conocimientos, actitudes y normas) sobre

las habilidades de resistencia y sobre la competencia general (Botvin & Botvin,1992).

PRINCIPIOS EFECTIVOS DE LA PREVENCIÓN ESCOLAR

Se reconoce que las escuelas son un punto popular de comienzo para la impartición de muchos esfuerzos de educación social y de prevención dirigidos a una variedad de fenómenos sociales, como el consumo de sustancias, la delincuencia, la actividad sexual y el embarazo adolescente no deseado. Las escuelas son consideradas una plataforma apropiada y conveniente desde donde lanzar esfuerzos en prevención de sustancias psicoactivas. Las escuelas tienen la capacidad de llegar a un número grande de escolares y los programas que se implementan en el horario escolar son relativamente fáciles de poner en práctica, comparados con otros programas no basados en instituciones, como programas con la familia, o basados en la comunidad (Soole, et al. 2008).

La familia y la escuela tienen un papel decisivo en la prevención, mediante la promoción del crecimiento, el desarrollo, la maduración y la socialización de los jóvenes, además de la detección temprana y el manejo de problemas emocionales (Macia, 1995)

Según Sloboda (2008) la escuela es un marco apropiado para las estrategias preventivas por un número de razones. La más obvia es que en los países desarrollados es en la escuela donde la población adolescente emplea la mayor proporción del tiempo. Además, la escuela permanece siendo una institución fundamental de socialización para reforzar los valores, normas y conductas aceptables de la sociedad. La escuela es un ambiente protector para el alumnado. Traducir estos aspectos de la escuela a la prevención plantea varios enfoques que pueden realizarse.

Como agente socializador, la escuela le brinda a la población estudiantil el conocimiento y las habilidades para ser ciudadanos competentes y refuerza las actitudes y comportamientos pro-sociales. Como ambiente protector, la mayoría de las escuelas se supone que estén libres de sustancias o drogas y que tienen actividades para relacionar a progenitores y familias con el personal docente. Los programas basados en la escuela comprenden una amplia variedad de intervenciones. Algunas son estructuradas y utilizan el aprendizaje por los iguales como una forma de comprometer al alumnado en una forma interactiva. Otras buscan construir habilidades de resiliencia altamente específicas, mientras que existen otras intervenciones que son más pasivas y aspiran simplemente a ofrecer a la juventud información educativa. Los programas de prevención basados en la escuela también varían por el grado en que se imparte el programa, el nivel de intensidad e interacción y el tipo de actitud o conducta que el programa busca modificar (Paglia, et al. 1998).

Sloboda (2008) plantea que la fundamentación de los programas basados en la escuela para la prevención general universal es convincente. Es económica porque se llega a una población grande, mientras que son amplios los objetivos de salud: evitar consumir tabaco, alcohol, drogas y la obesidad, por ejemplo. Al dirigirse a jóvenes, los programas basados en la escuela intervienen en una población donde la prevalencia es la más elevada y los beneficios potenciales para la vida futura son los más elevados.

Los programas de prevención pueden dirigirse a un grupo específico o a toda la escuela, y se concentran en las habilidades sociales y académicas de los estudiantes, incluido el mejoramiento de las relaciones con los compañeros, el autocontrol, el manejo de problemas y las habilidades para rehusar las drogas. De ser posible, los programas de prevención basados en la escuela deben integrarse al esquema académico, ya que el fracaso escolar está fuertemente vinculado con el abuso de drogas. Los programas integrados fortalecen los lazos de los estudiantes con la escuela y reducen la probabilidad de que la abandonen.

Ambos programas pueden servir para reforzar los factores de protección contra el abuso de drogas (CONADIC, 2008).

NIDA (2004) por su parte, propone una serie de principios para los programas en las escuelas, éstos son:

- **PRINCIPIO 1**→ Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.

- **PRINCIPIO 2**→ Los programas de prevención para los niños de la primaria deben (...) enfocarse en las siguientes habilidades:
 - Auto-control
 - Conciencia emocional
 - Comunicación
 - Solución de los problemas sociales

El objetivo general es la promoción del desarrollo psicosocial del joven, y de forma específica el objetivo principal consiste en proporcionar a los jóvenes aun no consumidores habituales, los recursos teóricos y técnicos para que se desarrollen un equipamiento de habilidades que los capaciten para prevenir y resolver de forma adecuada el mayor número de situaciones relacionadas con la problemática del inicio al consumo de las drogas, especialmente las primeras ofertas (Macia, 1995).

Con la prevención escolar se intenta una doble tarea:

- Propiciar cambios de aquellos aspectos del contexto del joven (familia, colegio, barrio o comunidades e iguales) que se reconocen como propiciatorios del inicio al consumo, o que dificultan un buen desarrollo y una correcta adaptación;

- Y por otra parte, se intenta que el joven tenga una actitud favorable al mantenimiento de la salud y al no consumo de drogas y aprenda una serie de conductas y estrategias que le permitan comportarse con independencia del medio y con la libertad (Macia, 1995).

Macia (1995) refiere que el objetivo es que aprendan un conjunto de habilidades genéricas para afrontar la vida; habilidades que sin duda tienen una aplicación más amplia que la relacionada con el inicio al consumo de drogas; se trabajan las habilidades sociales por:

- Haber encontrado relaciones significativas entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y;
- El reconocimiento por parte de los agentes educativos de la gran importancia que las habilidades sociales y de las relaciones interpersonales tienen para una buena adaptación a la vida cotidiana.

Macia (1995) propone que en este sentido el aprendizaje de habilidades sociales es el elemento central junto al entrenamiento a padres y la modificación del clima social escolar, de las actuaciones inespecíficas en los últimos cursos de la educación primaria. Se propone, por tanto, que junto a la educación para la salud, que genera actitudes positivas para el mantenimiento de la salud, la intervención se inicie en una primera etapa con este tipo de actuaciones inespecíficas en este nivel educativo.

La prevención del inicio en el consumo de las drogas, debe tener su continuidad en años sucesivos, en momentos evolutivos posteriores, con actuaciones más específicas que pueden llevarse a cabo en la educación secundaria obligatoria (12-16 años). Hay que tener presente que una actitud antidroga no garantiza la abstención del consumo; toda la serie de informaciones

sobre los riesgos o actitudes negativas hacia el consumo de drogas no se utilizan en el momento de consumir por primera vez una droga. Esta discordancia entre actitud y conducta es el resultado de que en el momento en que se ofrece la droga actúan variables que no se tuvieron en cuenta cuándo se formaron o construyeron las convicciones (Macia, 1995).

Macia (1995) dice que así, el trabajo preventivo con los alumnos debe completar sus objetivos con uno fundamental: el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones responsables sobre la utilización de diversas drogas. Se trata de enseñar al joven a identificar las situaciones en las que se deberá tomar una decisión sobre el consumo de una droga (legal o ilegal), y que cuando se encuentren estas, utilice los conocimientos aprendidos para tomar la decisión. Hay que considerar que las habilidades y competencias sociales son de especial relevancia en su aplicación a situaciones específicamente relacionadas con el inicio del consumo: decir no al ofrecimiento para consumir por parte de un compañero, mantener ante un grupo. Una opinión contraria al consumo, adelantarse a situaciones en las que la oferta y la presión subsiguiente es segura.

Macia (1995) refiere que aunque de forma específica tras la primera evaluación se deben detectar las actitudes y creencias sobre las que hay que trabajar con los alumnos; en general, las más frecuentes y sobre las que se debe actuar son proporcionar información y dotar de habilidades (sociales, cognitivas y de control emocional) e intentar provocar un cambio.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LA ESCUELA

La OEA (2005) menciona diversos estudios realizados en los últimos años, que han permitido formular teorías que explican los factores que se asocian al consumo inicial y el tipo de interrelación que puede ocurrir entre ellos. La investigación ha hecho posible identificar determinados factores que se relacionan en mayor o menor

grado, con las diferentes formas de consumo de drogas. Cada uno de esos factores representa un desafío al desarrollo psicológico y social de una persona y tiene un impacto diferente dependiendo de la fase de desarrollo, de cómo se inicia el problema y de cómo progresa. Además, se han reconocido varios factores que diferencian entre los que usan drogas y los que no lo hacen.

NIDA (2004) hace mención del “El enfoque riesgo-protección”, que permite identificar y actuar sobre las múltiples causas que dan lugar a los problemas de salud; en este caso, las que propician el inicio en el consumo de drogas. Desde este punto de vista, se entiende como factor de riesgo aquella característica individual, condición situacional o del entorno que incrementa la probabilidad de que una persona se inicie en el uso y/o abuso de drogas, así como que se mantenga en el consumo; es decir, los factores de riesgo favorecen la probabilidad de que un adolescente explore y consuma esas sustancias, según sus características personales y el entorno social en que vive.

En contraparte, por factor de protección se entiende aquella condición individual, sociocultural y/o ambiental que reduce la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que dicho consumo llegue a causarle problemas importantes. Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son opuestos a los de riesgo, sino que se trata de elementos cuya presencia amortigua el impacto de los agentes causales de las adicciones. De este modo, los factores de protección hacen menos probable el consumo de drogas en los adolescentes. Las condiciones personales de cada adolescente — autoconcepto, autoestima, seguridad y confianza en sí mismo— juegan un papel trascendental en la posibilidad de que ciertos aspectos del ambiente social puedan fungir como factores de protección o de riesgo. Por ello, es importante notar que, aun cuando la mayoría de los individuos pueden estar expuestos a los factores de riesgo para el consumo de drogas, no todos comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que puede ser un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (NIDA, 2004).

NIDA (2004) propone ciertos principios, que tienen el objetivo de ayudar a los padres, educadores, y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del uso de drogas con bases científicas. Las referencias que siguen a cada principio son representativas de la investigación actual:

- **PRINCIPIO 1**→Los programas de prevención deberán mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo:
 - El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que usan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.
 - Una intervención temprana en los factores de riesgo (Ej., conducta agresiva y un auto-control deficiente) a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándolo de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas.
 - Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.
- **PRINCIPIO 2**→Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de uso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen.
- **PRINCIPIO 3**→Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.

Los factores de riesgo pueden influenciar el uso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño use las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo (NIDA, 2004).

NIDA (2004) sugiere una clasificación de los factores de protección es la siguiente:

- **Vinculados a las características del individuo**→abarcan un amplio conjunto de variables como: las actitudes positivas hacia la salud, capacidad para tomar decisiones, los valores, la competencia individual para la interacción social.
- **Vinculados al contexto social**→Nacen en la sociedad y van destinados a ella. Tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los grupos y los individuos.

Los factores de riesgo y de protección pueden estar presentes durante diferentes etapas del desarrollo; sin embargo, si los riesgos son identificados con oportunidad, pueden atenuarse o cancelarse, a través de intervenciones preventivas, pero si no son tratados a tiempo, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el bajo rendimiento académico, la deserción escolar y/o dificultades sociales, lo que aumenta aún más la propensión al abuso de drogas en el futuro (NIDA, 2004).

Diversas investigaciones coinciden en subrayar la importancia de desarrollar intervenciones tempranas para fortalecer los factores de protección y anticiparse así al avance de otros problemas de conducta. Los factores de riesgo y de protección se encuentran presentes en múltiples entornos y esferas del desarrollo y pueden influenciar o desalentar el inicio en el consumo de drogas de diversas maneras.

Los factores conectados con el mayor potencial para el uso de drogas son los ya mencionados “factores de riesgo” y los relacionados con la reducción del potencial de dicho uso “factores de protección”.

El conocer todos estos factores que pueden evitar, demorar o favorecer el consumo de sustancias psicoactivas en la escuela, es de mucha importancia ya que al momento de construir programas de prevención en el ámbito escolar es fundamental que se tomen en cuenta, con el fin de reducir los factores de riesgo lo más que se pueda, y aumentar o realzar los factores de protección, todo ello para lograr una prevención más efectiva y más eficaz y que proteja a los adolescentes.

Los programas de prevención, además de realzar los factores de protección y reducir al máximo los de riesgo, deben incluir el desarrollo de habilidades para la vida y de técnicas para resistir el consumo de drogas cuando estas sean ofrecidas. Asimismo, deben reforzar la actitud y los comportamientos personales contra el uso de drogas y aumentar la habilidad social de comunicación asertiva, relaciones con compañeros, eficacia personal y confianza en sí mismo (OEA, 2005).

En torno a los factores de riesgo y los factores de protección es importante considerar que (SEP, 2009):

- A menor edad es mayor la influencia de los factores de protección; con el aumento de la edad se incrementan los factores de riesgo, cuando los niños y las niñas amplían la relación con sus pares.

- Los factores de riesgo que existen dentro del grupo familiar impactan especialmente cuando el niño tiene más edad y necesidad de autonomía.
- Una intervención temprana en los factores de riesgo tiene mayor impacto que cuando las situaciones de riesgo ya implican el uso de una sustancia adictiva, como tabaco o alcohol.
- Las situaciones de riesgo se presentan en la mayoría de los grupos sociales; sin embargo, estos factores puede tener un efecto diferente, dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente en el que se desenvuelven los sujetos.
- Es preferible iniciar la prevención temprana, a fin de atender factores de riesgo como conductas agresivas, antisociales y dificultades para el aprendizaje en la escuela.

Los programas preventivos dirigidos a los alumnos de educación básica deben orientarse al desarrollo de competencias que permitan que las y los alumnos enfrenten (SEP, 2009):

- La elevada tolerancia que presenta la población en general ante el consumo de las drogas legales como el tabaco y el alcohol.
- La baja percepción del riesgo y de los daños que ocasionan éstas y otras drogas. Para ello es indispensable complementar el trabajo en el aula con actividades en la familia.
- Desarrollo de habilidades para la vida

El reto de definir una estrategia de prevención de adicciones dirigida a las comunidades escolares de educación básica, es diseñar un modelo que parta de la consideración de que, si bien es indispensable dotar a los estudiantes de información sobre qué son, cómo actúan y qué provocan las drogas, lo más importante es prepararlos para enfrentar los riesgos a través de la asimilación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la apropiación de valores.

Como ya se mencionó en capítulos anteriores estas habilidades son un serie de capacidades o destrezas que permiten a la persona enfrentarse a los retos cotidianos y también estar en posibilidad de saber cómo actuar ante una potencial o eminente situación de riesgo. A continuación se describen cómo se dividen las habilidades para la vida y cómo se desarrollan en el ámbito escolar (SEP, 2009):

- **Habilidades Cognitivas**→ Desarrollar habilidades cognitivas en los alumnos favorece el hecho de que sean capaces de solucionar, constructivamente, los problemas que les presenta la vida; tomar decisiones en relación con su salud, evaluando distintas opciones bajo la consideración de las consecuencias que cada una puede tener; explorar alternativas y efectos de sus acciones y sus no-acciones, para adaptarse y responder con flexibilidad ante situaciones cotidianas, así como prepararse para analizar informaciones y experiencias de manera objetiva. El pensamiento crítico les ayudará a reconocer y evaluar los factores que influyen en las actitudes y la conducta, como son los valores, la presión de los pares y de los medios de comunicación.
- **Habilidades Sociales**→ Las habilidades sociales expresan la importancia de fomentar la comunicación asertiva; la capacidad para expresar los deseos o las necesidades propias; la posibilidad de relacionarse de forma positiva con las personas con que interactúan, así como identificar la presión de los iguales, de hermanos, padres, de otros adultos y de la publicidad, para resistirse al uso de sustancias adictivas. Estas habilidades también le deben impulsar a colaborar de manera coordinada en la ejecución de un proyecto a fin de alcanzar un objetivo común.
- **Habilidades Afectivas**→ En su caso, las habilidades afectivas requieren de tener un conocimiento de sí mismo; de imaginar cómo es la vida para otras

personas —aun en situaciones con las que no está familiarizado maneja diferentes emociones y niveles de estrés; así como generar sentimientos individuales de autoconfianza y valía.

Por su parte hay autores como Mangrulkar (2001) que señalan que es preciso desarrollar habilidades para que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria, identificando (SEP, 2009):

- **Habilidades sociales e interpersonales** → comunicación, negociación/rechazo, afirmación, cooperación y empatía.
- **Habilidades cognitivas** → toma de decisiones, soluciones alternas, pensamiento crítico, autoevaluación y clarificación de valores.
- **Habilidades para manejar emociones** → control de estrés y de sentimientos; aumento interno de un centro de control. El desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y fomentar el ajuste social positivo.

Este concepto de Habilidades para la Vida se relaciona estrechamente con el concepto de competencia psicosocial, es decir, “la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria”. La competencia psicosocial cumple una función importante en la promoción de la salud en su sentido más amplio, en especial en el caso de los problemas de salud relacionados con el comportamiento, y cuando éste depende de la incapacidad del individuo para enfrentarse de forma efectiva con el estrés y las presiones de la vida. Las destrezas psicosociales permiten a las personas transformar conocimientos, actitudes, creencias y valores en habilidades, es decir, saber “qué hacer y hacerlo”. Son habilidades que les facilitan comportarse en forma saludable, siempre y cuando deseen hacerlo y tengan la oportunidad para ello. No obstante, es evidente que las habilidades sobre “cómo hacer algo” no son los únicos factores que influyen en el comportamiento (Mantilla, 2001).

La motivación y la capacidad para comportarse en forma saludable también se relacionan con el apoyo social y los factores culturales y ambientales (Mantilla, 2001).

Las habilidades abarcan las aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que permita enfrentar eficazmente las exigencias y los retos de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (1999) propuso que existe un grupo esencial de habilidades psicosociales, o Habilidades para la Vida, que probablemente son relevantes para los niños, las niñas y los jóvenes en cualquier contexto sociocultural, y que pueden agruparse de la siguiente manera, ya que existen relaciones naturales entre ellas:

- **Comunicación asertiva**→ Tiene que ver con la capacidad de expresarse, tanto verbal como pre-verbalmente, en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a un niño o un adolescente a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva también se relaciona con nuestra capacidad de pedir consejo o ayuda en momentos de necesidad.
- **Toma de decisiones**→ Nos facilita manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas y la de los demás. Esto puede tener consecuencias para la salud y el bienestar, si los niños y jóvenes toman decisiones en forma activa acerca de sus estilos de vida, evaluando opciones y las consecuencias que éstas podrían tener.
- **Solución de problemas**→ Nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en la vida. Los conflictos y problemas importantes que no se resuelven pueden convertirse en una fuente de malestar físico (trastornos

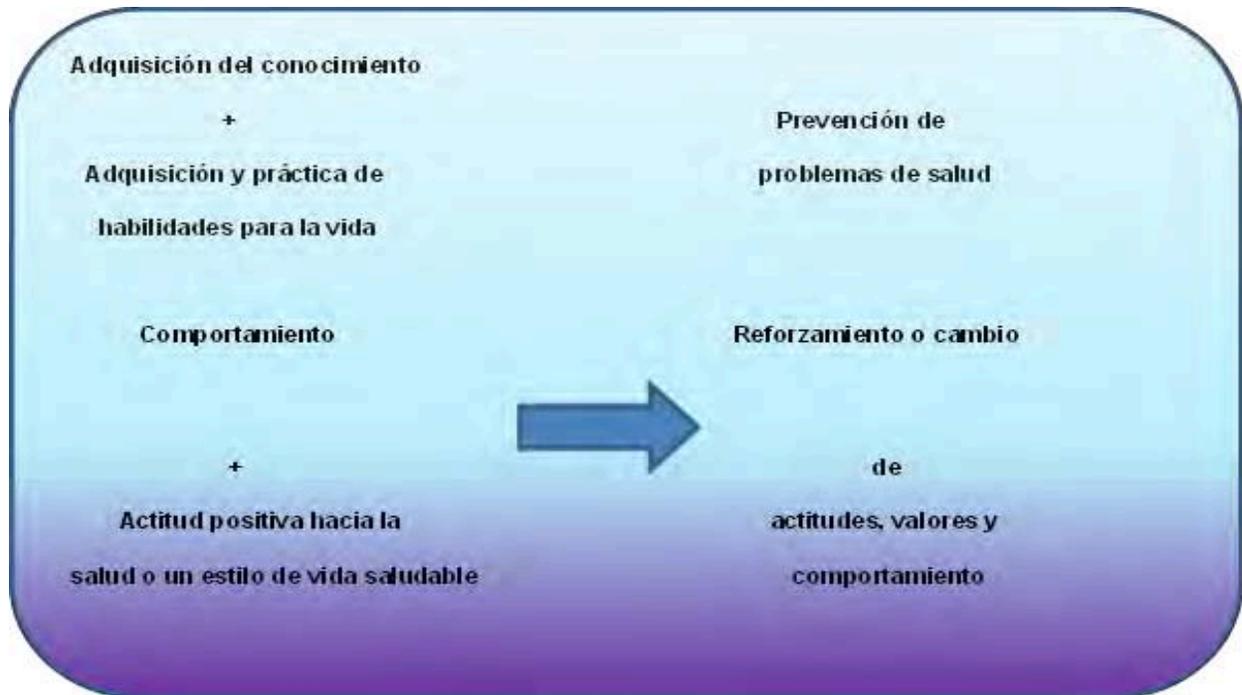
psicosomáticos) y mental (ansiedad y depresión), y de problemas psicosociales adicionales (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas). Otro aspecto de esta habilidad se relaciona con la solución de conflictos, orientada a la educación de niños, niñas y jóvenes en formas constructivas, creativas y pacíficas de resolver los pequeños y grandes conflictos cotidianos, como una forma de promover una cultura de la paz.

- **Manejo de emociones**→ Nos ayuda a reconocer nuestros sentimientos y emociones y los de los demás, a ser conscientes de cómo influyen en nuestro comportamiento social, y a responder a ellos en forma apropiada.
- **Manejo de las tensiones**→ Nos facilita reconocer las fuentes de estrés y sus efectos en nuestras vidas; y el estrés desarrollar una mayor capacidad para responder a ellas y controlar el nivel de estrés; realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés, por ejemplo, haciendo cambios en nuestro entorno físico o en nuestro estilo de vida, y; aprender a relajarnos de tal manera que las tensiones creadas por el estrés inevitable no nos generen problemas de salud.

Entonces, ¿Qué son las habilidades para la vida?

- Destrezas para conducirse de cierta manera, de acuerdo con la motivación individual y el campo de acción que tenga la persona, dentro de sus limitaciones sociales y culturales.
- Un eslabón entre los factores motivadores del conocimiento, actitudes y valores, y el comportamiento o estilo de vida saludable (ver la figura 6).

FIGURA 6. Eslabón entre los factores motivadores de cambio y el comportamiento.



Cabe señalar que estas habilidades no son:

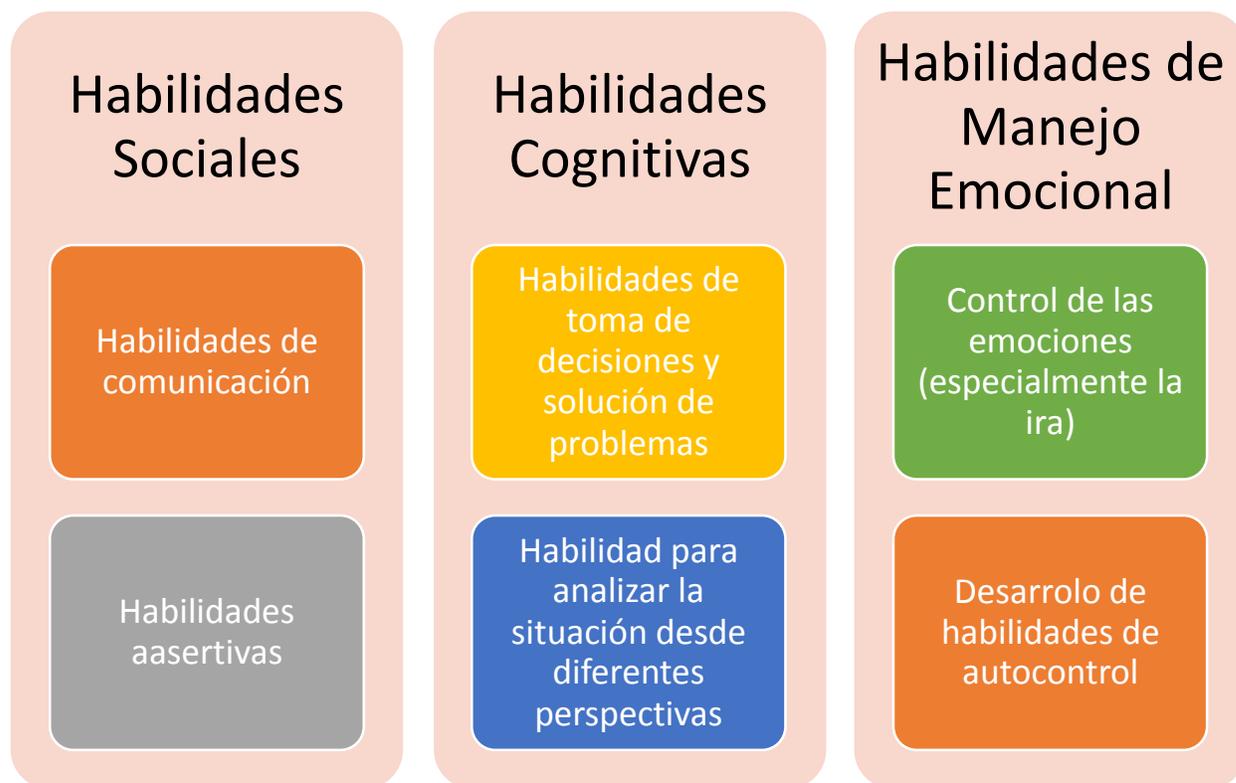
- Comportamientos en sí mismos. La educación en Habilidades para la Vida no se basa en la enseñanza de “recetas” o prescripciones de comportamiento, sino en la adquisición de herramientas específicas que le faciliten al individuo un comportamiento más positivo y saludable (en el sentido holístico de la salud) consigo mismo, con los demás y con el mundo en general.

Hoy se sabe que tanto el consumo de tabaco, como el de alcohol o de otras drogas, cumple diversas funciones en algunos de sus consumidores, como reducir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo, sentirse mejor consigo mismo, estar bien con las personas que le acompañan, etc. (Becoña, 2003; Comisión Clínica, 2006).

Basado conceptual y técnicamente en el entrenamiento en habilidades sociales y en el entrenamiento en aserción, el entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana incluye actualmente estos componentes y en ocasiones otros más. De ahí que se le suele denominar entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana o entrenamiento en habilidades generales (Botvin & Griffin, 2003).

Algunos de los componentes o habilidades específicos que se incluyen en este tipo de entrenamiento pueden resumirse en la siguiente figura (Botvin & Griffin, 2003):

FIGURA 7. Habilidades para la Vida que deberían incorporarse en los programas preventivos de drogas (Botvin y Griffin, 2003).



Las habilidades para la vida nacen con vocación de prevenir los problemas sociales de nuestro tiempo: abuso de drogas, problemas de convivencia, comportamiento disocial, sexualidad de riesgo... Fenómenos sociales ante los que han mostrado una considerable eficacia como prueban las diversas evaluaciones realizadas. Pero este modelo ha trascendido este inicial objeto de intervención psicosocial ante situaciones problemáticas, para ocupar un lugar de relieve en la promoción del desarrollo y la inclusión social (Oñate & Piñuel, 2009).

Para Oñate, & Piñuel (2009), las habilidades para la vida son, en síntesis, los cimientos sobre los que se construye la competencia psicosocial, entendida, según la Organización Mundial de la Salud, como “la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria”. El enfoque de educación en habilidades para la vida ha mostrado su eficacia en el abordaje educativo de contenidos que, sin ánimo de exhaustividad, podemos cifrar en los siguientes:

- **Desarrollo de la autonomía personal y la inclusión social:** en la medida en que el manejo equilibrado de las habilidades favorece procesos de socialización positiva y respetuosa.
- **Promoción de comportamientos prosociales:** en tanto en cuanto, permiten la construcción de estilos de vida saludables, en el sentido biopsicosocial del término salud. De este modo, la educación en habilidades para la vida favorece procesos de convivencia positiva entre el alumnado, entre éste y el profesorado, etc., haciendo menos probables situaciones de falta de respeto o violencia manifiesta. Al propiciar unas relaciones escolares positivas, favorece la adhesión del alumnado a la institución escolar, contribuyendo a la mejora del rendimiento académico.
- **Solución negociada de conflictos de convivencia:** cabe destacar la capacidad de este enfoque para mejorar el autocontrol emocional y el ensayo de formas positivas de abordar los conflictos.

- **Abuso de drogas:** el enfoque educativo ha mostrado su eficacia desde los años 80 en la reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Oñate y Piñuel (2009) dicen que la educación en habilidades para la vida del alumnado de las diversas etapas educativas, contribuye directamente el desarrollo de las mencionadas competencias. En este sentido, no es un proceso educativo extra, sino íntimamente incardinado con las expectativas actuales del sistema educativo.

*ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE RESISTENCIA Y RECHAZO AL CONSUMO
EN EL ÁMBITO ESCOLAR*

Botvin y Griffin (2003) mencionan que desde hace unos años se sabe de la importancia que tiene el entrenar a las personas jóvenes en habilidades de resistencia, siendo una de las estrategias más efectivas. El objetivo de este entrenamiento es que sean capaces de rechazar el consumo de las distintas drogas. Hoy los cigarrillos, el alcohol y el cannabis, están presentes en la vida cotidiana de los jóvenes a partir de cierta edad, y especialmente en la escuela. Por ello, una buena estrategia es entrenarles en hacer frente a las presiones que van a sufrir, o a los ofrecimientos que les van a hacer para que las consuman. A partir de los 10 años en adelante, esto va a ser habitual. Estos años coinciden con un mayor nivel de libertad, empezar a salir con los amigos y amigas, mayor libertad dentro del recinto escolar, menor control parental, comienzo de la etapa de la adolescencia, etc. Cuanto antes se entrene a las personas en este tipo de habilidades mucho mejor. De ahí que siempre se insista en que los programas preventivos comiencen a aplicarse antes de que surja el problema, antes de las edades de comienzo de los consumos, y mejor si el programa se puede mantener en el tiempo (ej., lo ideal sería desde que empiezan la escuela, sobre los 6 años, hasta que finalizan el bachillerato, a los 18 años.

Becoña, et. al. (2011) dicen que el entrenamiento en habilidades de resistencia consiste en reconocer cuando a uno lo presionan para consumir cigarrillos, beber una copa, participar en el botellón, probar un porro, etc., tanto por parte de amigos o compañeros como de los medios de comunicación de masas (publicidad sobre todo), y hacerle frente rechazando el ofrecimiento o la presión al consumo.

Becoña, et. al. (2011) dicen que se les entrena en habilidades de resistencia o en habilidades de rechazo. Este entrenamiento suele complementarse con el rechazo público de las sustancias en la situación del aula, para que luego se generalice a la situación cotidiana. Hoy la mayoría de los programas preventivos incluyen el entrenamiento en el rechazo de cigarrillos, alcohol y cannabis que le puedan ofrecer (pej., Calafat et al., 1992). Esta habilidad es especialmente importante para aquellos jóvenes que tienen amigos que han comenzado a probar cigarrillos o que ya fuman, para los que beben alcohol o para los que han probado cannabis. De todos modos, el entrenamiento en esta habilidad hay que unirlo, para que sea efectivo, al conocimiento y análisis de la influencia de sus amigos e iguales, presiones de grupo y efecto de conformidad. Unir estas habilidades al cambio de las expectativas normativas sobre el consumo de las distintas drogas, al darse cuenta que consumen muchos menos de lo que creen, ayuda a mejorar la aplicación de este tipo de habilidad.

Las habilidades de resistencia y sobre la competencia general (habilidades de automanejo y habilidades sociales). La modificación de las expectativas y de las habilidades de resistencia proporcionan a los adolescentes la información y las habilidades necesarias para promover el desarrollo de actitudes y normas contrarias a las sustancias psicoactivas; y para resistir aquellas presiones que, por parte de los iguales y de los medios de comunicación, inducen al consumo de las mismas. Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas de automanejo y de habilidades sociales, ofrece la posibilidad de reducir la motivación intrapsíquica hacia el consumo y la vulnerabilidad a las influencias sociales que lo favorecen.

La incorporación de conocimientos es el contenido más popular de las intervenciones de prevención. El supuesto que lo fundamenta, es que las personas podrían cambiar su conducta cuando estén informadas sobre el grado y la naturaleza del daño asociado con un comportamiento dado (Paglia et al. 1998).

Con base en “el conocimiento es poder” se supone que una falta de conocimientos deja a las personas expuestas al consumo de sustancias, mientras que una conciencia de los hechos relevantes, les permite elegir patrones de estilos de vida saludables.

Los primeros abordajes de la educación en sustancias brindaban información sobre el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, basados en el supuesto de que la juventud (y los adultos) se comportan de forma racional y, dada la nueva información, van a alterar consecuentemente su comportamiento. En la actualidad está claro que esa estrategia es inefectiva. Aunque el brindar información aumenta el conocimiento y la conciencia de los efectos adversos de las drogas y puede producir actitudes negativas hacia las mismas, no tiene un impacto sobre la conducta del consumo de sustancias. Para la prevención universal, la impartición de información sola no se encontró que haya sido un componente efectivo en ningún estudio y puede ser contraproducente en el sentido de que, el ofrecer información sobre los peligros y riesgos puede atraer a la juventud que busca la aventura y también provocar curiosidad (Paglia et al. 1998).

Sin embargo, como se plantea en todas las revisiones sobre este tema, la impartición de conocimientos siempre debe ser una parte necesaria de los programas efectivos de prevención de drogas. La información sobre las sustancias debe balancearse y ser relevante para la realidad social de la juventud. Por ejemplo, la información sobre los efectos a corto plazo y los efectos sociales, (incluyendo los

efectos cosméticos, tales como, el efecto sobre la piel, el olor, el aliento, los dientes por el tabaco, así como la conducta ridícula por el alcohol, la falta de control de la agresividad por la cocaína, etc.), debería ser más enfatizada que aquella sobre los efectos para la salud a largo plazo.

Se concluye que, aunque la información no es suficiente para afectar el consumo de sustancias, ofrecer hechos es un componente necesario de cualquier currículo de educación en sustancias (Pagial et al. 1998). En el documento de revisión de la OMS (WHO, 2002) se señala que la impartición de conocimientos como parte de un enfoque de entrenamiento en habilidades para la vida es un aspecto importante de un programa. El tipo de conocimiento ofrecido, sin embargo, necesita ser relevante para chicas y chicos, necesita ser aplicable a las experiencias de sus vidas y necesita ser de un uso práctico inmediato para dicha población adolescente.

Un término empleado para este tipo de conocimiento es “conocimiento de utilidad.” El papel del conocimiento de utilidad en un programa refuerza la necesidad de asegurar que la planificación del programa incorpore el aporte del alumnado para ayudar a identificar las cuestiones de conocimiento relevantes para chicas y chicos. Se plantea, asimismo, que la información de utilidad necesita estar directamente vinculada al desarrollo de habilidades. Se recomienda, entonces, que el conocimiento sea relevante a las necesidades de chicas y chicos y que esté vinculado al desarrollo de habilidades para la vida (WHO, 2002).

INFORMACIÓN SOBRE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SUS CONSECUENCIAS

Hoy sabemos que “la información es necesaria pero no suficiente”. Aquellos programas informativos y de apelación al miedo que se pusieron en práctica hace varias décadas no conseguían que con dicha información las personas dejaran de consumir drogas (Caulkins, Pacula, Paddock y Chiesa, 2002). Pero, aunque es cierto esto, también lo es que tenemos que proporcionar en cualquier programa

preventivo cierta cantidad de información sobre la sustancia, sus efectos y sus consecuencias. La información tiene que ser objetiva, organizada al nivel de comprensión para las edades a las que va dirigida y, cuando ello es posible, acompañada de una buena didáctica, ejercicios interesantes, etc. (Calafat, Amengual, Farrés, Mejías & Borrás, 1992).

El tipo de información que se proporciona en un programa preventivo va desde por qué las personas comienzan a fumar cigarrillos, beber alcohol, consumir cannabis, qué factores llevan a continuar consumiendo, a hacerse dependientes, a las dificultades que luego tienen cuando se hacen adictos a la sustancia, hasta las enfermedades y mortalidad que producen las distintas drogas, especialmente el tabaco y el alcohol. Analizar distintos mitos sobre las drogas (ej., el de la libertad, “el cuerpo es de uno”), el engaño de la publicidad, etc., son aspectos que deben incluirse y que hay que trabajar en las sesiones iniciales (Becoña, et. al., 2011).

PREVENIR LAS CONDUCTAS ADICTIVAS DESDE LA PRIMARIA

La escuela tiene la encomienda de desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano, es decir, de formar integralmente a las y los alumnos mediante la promoción del pleno desarrollo de su personalidad, del enriquecimiento de su acervo cultural y del desarrollo de competencias que les permitan enfrentarse a un mundo cada vez más complejo. La educación, por tanto, debe proveer herramientas para aprender a tomar decisiones y a resolver problemas, tanto en lo individual como en lo colectivo (SEP, 2009).

Es crucial el papel que juega la educación primaria en el logro de esos propósitos, tanto por la integralidad de las nociones que se desarrollan en cada asignatura como por la oportunidad de continuidad que brinda su extensión temporal. Las niñas y niños fortalecen la construcción de su identidad durante los años de curso de la escuela primaria; ahí se asumen como integrantes de grupos

distintos a la familia, a la vez que aprenden a ser, a conocer y a convivir (SEP, 2009).

La escuela, al igual que la familia, son los grupos sociales con mayor potencial para convertirse en ambientes protectores, donde sus integrantes puedan encontrar un estado de confort y tranquilidad, en espacios controlados que alejen los riesgos que puedan atender contra su integridad física, emocional y social. Sin embargo, no es posible mantener a niñas, niños y adolescentes acuartelados en casa o en la escuela para que no corran riesgos, por lo que es indispensable formarlos, instruirlos y prepararlos para que estén alertas en los momentos en que se vean expuestos a una situación de riesgo (SEP, 2009).

Indudablemente, la educación familiar sienta las bases para el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a niñas y niños relacionarse con otras personas fuera de casa. La escuela, por su parte, además de favorecer la asimilación de conocimientos, fortalece el desarrollo físico, emocional y social de las y los alumnos, a través de las actividades en el aula, del abordaje de los contenidos de las asignaturas y de la convivencia. El tratar desde la escuela primaria los temas relativos a las adicciones es un reto que parte de la necesidad de enfrentar un problema social y de salud pública, desde todos los flancos posibles y aprovechando fortalezas de cada persona y de cada institución. La tarea se centra en la anticipación, en la idea de ganarle tiempo y espacio a la oferta de sustancias y a su consumo, preparando a los alumnos para que sean capaces de identificar riesgos, tomar decisiones, responder asertivamente y, sobre todo, para cuidar de sí mismos (SEP, 2009).

Los alumnos de primaria pueden tener experiencias relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, a través de observar personas de la comunidad y la familia. Es posible, además, que hayan presenciado sus efectos; así como pueden haberse formado una valoración sobre el consumo y sus consecuencias, de acuerdo a quienes les rodean. Estos elementos, experiencias actitudes ante las drogas y su

consumo, constituye la materia prima del trabajo de prevención que requiere desarrollarse en este nivel. Desde esta perspectiva, el modelo preventivo en el que se basa este material, busca fortalecer el logro del perfil de egreso y los fines de la educación (SEP, 2009).

Para comprender, desde una perspectiva amplia, qué son las adicciones y cómo desde la escuela se puede contribuir a evitar que cada día más niños y jóvenes se inicien en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, es importante describir los conceptos generales del fenómeno, a partir de los cuales —como docentes de educación básica— podremos tomar mejores decisiones a favor de la salud de los alumnos y del mantenimiento de la escuela como un ambiente seguro, protector y, ante todo, favorecedor del desarrollo integral (SEP, 2009).

Tomando en cuenta que esta intervención de prevención se focaliza en el ambiente escolar, es importante identificar aquellos factores en los que se puede incidir directamente desde la práctica académica y aquellos en los que la experiencia escolar impactará de manera indirecta —y en ocasiones poco visible— como en el caso de los factores que tienen que ver con prácticas muy arraigadas, socialmente aceptadas, como la tolerancia ante el consumo de sustancias legales.

En el marco de esta propuesta de intervención se han definido tres ejes preventivos con la intención de orientar el desarrollo de capacidades en los alumnos para la asimilación de la cultura de la prevención y del retraso o la evitación del consumo de sustancias adictivas, esto, a través de la toma de decisiones informadas; del desarrollo de habilidades para la vida como la capacidad para resolver problemas, la adopción de una actitud desfavorable hacia el consumo y percepción de riesgo, y una disminución de la sobreestimación de la norma subjetiva, con el fin de disminuir la intención conductual hacia el consumo inicial de alcohol y tabaco, esto como producto de un proceso de reflexión, la aplicación del juicio crítico, y mediante el uso, como ya se mencionó, de algunos elementos de La Teoría de la Acción Razonada, el desarrollo de las habilidades para la vida puede

retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y fomentar el ajuste social positivo.

CAPÍTULO 7: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

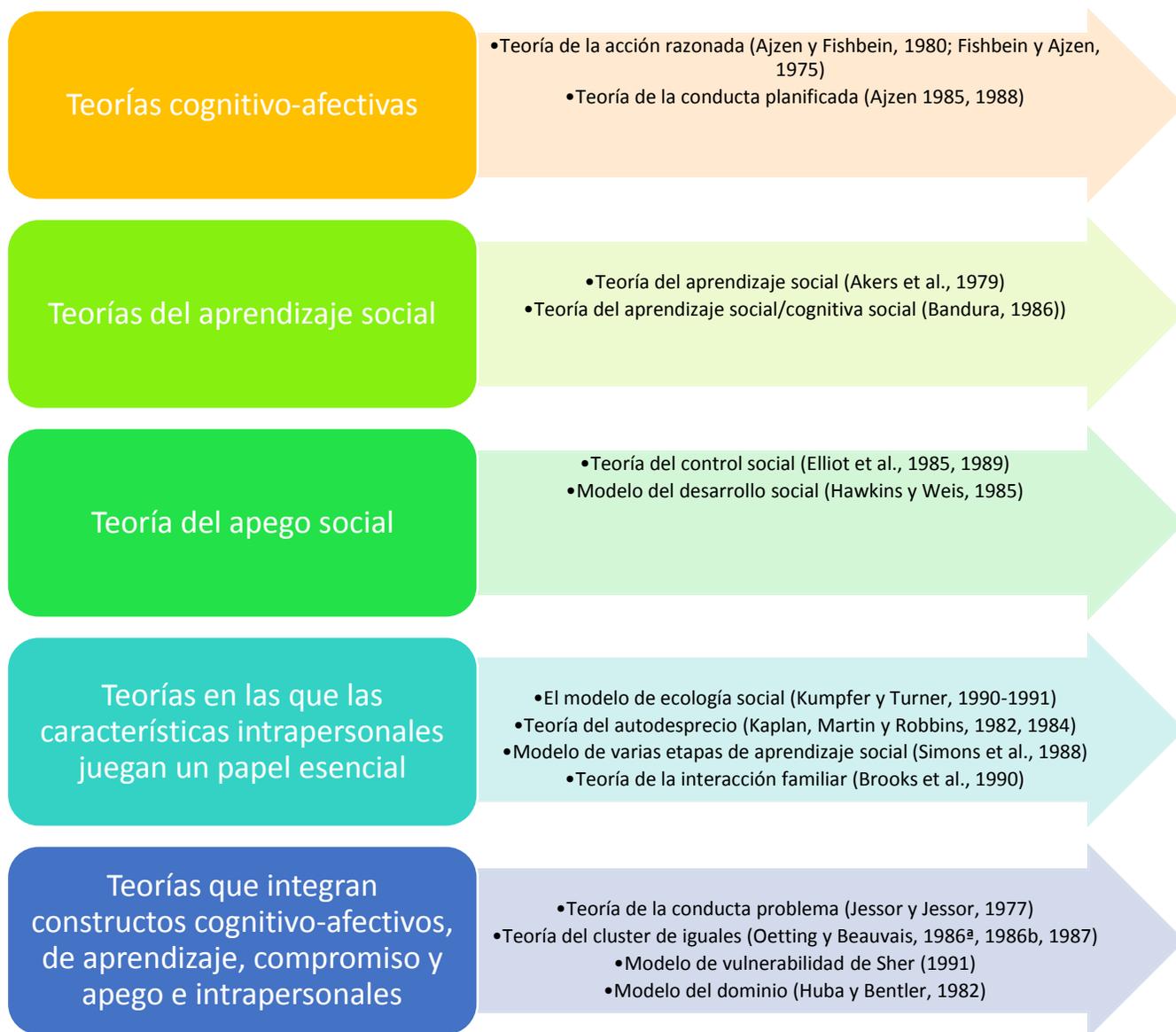
TEORÍAS EXPLICATIVAS

Las teorías más complejas, mayoritarias hoy en día, tienen en cuenta la multidimensionalidad del fenómeno que abordamos pero también son conscientes de la dificultad de operativizar, evaluar y conocer las variables que las integran, ya que es imposible controlar cómo afecta cada una, su magnitud y la interdependencia entre ellas. Evolutivamente, las teorías más parciales o de pocos factores coinciden con los primeros años de literatura en torno al fenómeno de la drogodependencia mientras que en estos últimos años predominan las teorías más complejas e integradoras. Las distintas teorías existentes para explicar el uso de sustancias concluyeron que son 14 las más importantes utilizables para comprender este fenómeno. Estas teorías poseen un apoyo empírico.

La gran cantidad de teorías propuestas por diversos autores y las diferencias entre ellas hace difícil su organización e integración en un modelo que permita comparar y/o confirmar los resultados de cualquier estudio. Sin embargo, por su relevancia, exponemos una breve referencia de algunas de estas teorías de acuerdo con Petraitis, Flay y Miller (1995).

FIGURA 8. Teorías explicativas de la experiencia con el uso de sustancias

(Petratis, Flay & Miller, 1995).



Teniendo ya un panorama general de los modelos teóricos que pueden explicar el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, y teniendo en cuenta de que un modelo teórico es de suma importancia para elaborar programas de intervención en conductas adictivas, se explicara a continuación cuales fueron las 2 teorías utilizadas para la elaboración de este programa de prevención universal contra el consumo inicial de alcohol y tabaco.

Desde mediados de los años 70 se ha producido una importante revolución en el campo actitudinal. Mientras que con anterioridad apenas se encontraba relación entre la actitud evaluada y la conducta real observada, el impulso de autores como Fishbein y Ajzen, Triandis, y un largo etcétera, ha cambiado totalmente el pesimista panorama anterior. Hoy es posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y creencias del sujeto, o desde componentes anteriores o relacionados con la misma como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc. (Becoña, 1986).

Es este contexto lo que ha posibilitado, sin duda alguna, que la predicción desde componentes previos a la conducta sea posible, y ha sido la aparición de distintos modelos en donde se analiza la relación actitud-conducta y se introducen elementos intermedios para explicar adecuada y predictivamente dicha relación. Entre éstos los dos más relevantes en el campo de las drogodependencias son la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (Fishbein, 1967; Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1980) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1985, 1988) (Ajzen, 1988).

LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA DE FISHBEIN Y AJZEN (1975)

El modelo inicial de Fishbein (1977), con posterioridad denominado modelo de Fishbein y Azjen por sus autores (Fishbein & Azjen, 1972, 1975; Azjen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980), fue finalmente denominado como teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1980). La gran aceptación de esta teoría, como de la posterior de Ajzen, nos lo explican muy bien las palabras de Gergen y Gergen (1981) cuando la definen por su coherencia, integración y afabilidad, al lado de posibilitarnos una predicción fiable sobre las actividades de las personas. Esto es, se asume que los seres humanos se comportan de una manera sensible, tomando en consideración la información disponible y considerando

implícita o explícitamente las implicaciones de sus asunciones. Se asume, por tanto, que las conductas que llevan a cabo son conductas voluntarias.

El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Parte de la asunción de que las personas son usualmente racionales y hacen uso de la información que poseen para llevar a cabo su conducta (Ajzen & Fishbein, 1977).

En el libro de Fishbein y Ajzen (1977) es donde más amplia y pormenorizadamente desarrollan su modelo. Revisan los problemas de las definiciones de actitudes, y concretamente la de “predisposición aprendida a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado” o “la localización personal sobre una dimensión bipolar o afectiva con respecto a algún objeto, acción o evento”. Para ellos, afecto y evaluación son intercambiables. Según esta última definición, la actitud se mediría con escalas bipolares afectivas o evaluativas respecto a un objeto dado. En el citado libro dedican también un buen número de páginas en defensa de las escalas bipolares en contraposición a las unipolares (Fishbein & Ajzen, 1977).

Esta definición es el punto de arranque. A partir de la misma desarrollaron su esquema conceptual. Desde la perspectiva tradicional de los componentes de las actitudes consideran cuatro: afecto, cognición (que incluiría opiniones y creencias), conación (intenciones conductuales) y conducta (observada a través de los actos). Su concepción teórica se compone de los siguientes elementos: actitud, creencias conductuales, evaluación de estas creencias, norma subjetiva, creencias normativas, motivación a acomodarse, intención conductual, y conducta.

La teoría de la acción razonada, es un modelo para la predicción de la intención de comportamiento, que abarca las predicciones de la actitud y las predicciones de comportamiento. La posterior separación de la intención conductual

de la conducta permite la explicación de los factores de influencia en las actitudes limitantes. La teoría de la acción razonada fue desarrollada por Martin Fishbein y Ajzen Icek, derivados de la investigación previa que comenzó como la teoría de la actitud, lo que llevó al estudio de la actitud y el comportamiento (Luengo, et.al., s.a).

Este modelo se enmarca dentro del conjunto de teorías que asientan sobre el campo actitudinal su cuerpo explicativo. El impulso de autores como los mencionados, han hecho posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y las creencias del sujeto, introduciendo elementos intermedios para explicar adecuadamente dicha relación (Luengo, et.al., s.a).

La Teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Aunque el modelo no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, se ha revelado útil para comprenderlo y predecirlo, lo que ha hecho que sea uno de los modelos más citados en este ámbito y más influyentes en muchos programas de prevención (Luengo, et.al., s.a)

Como anteriormente se ha indicado, la actitud es el resultado del producto de las creencias sobresalientes del sujeto por la evaluación de los atributos o consecuencias al ejecutar la conducta, objeto de la actitud. Hemos indicado la importancia que tienen las creencias en la determinación de la actitud, pero la actitud por sí sola no es suficiente para predecir la conducta, o la intención a ejecutarla. La intención, paso previo a la conducta, está determinada por dos componentes: la actitud hacia la conducta, de la que anteriormente hemos indicado como la conceptúan Fishbein y Ajzen, y de la norma subjetiva. La norma subjetiva, a su vez, está compuesta de las creencias normativas. La intención conductual es quizás el aspecto más importante de la teoría de Fishbein y Ajzen. La actitud, en cambio, es importante pero sólo es un paso dentro de todo el constructo teórico que lleva finalmente a la intención antes de pasar a la conducta (Ajzen, 1988).

Así, esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social, actúan de forma más directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad vendrá mediatizada por las anteriores.

Becoña (2011) dice que el objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Es decir, aplicando la teoría al fenómeno que nos ocupa, tener intención de consumir es la “causa” más inmediata del consumo. Sin intenciones, lógicamente, no habría consumos. Ahora bien, la pregunta que inmediatamente nos podemos plantear es la siguiente: ¿Qué provoca la intención de consumo? Dos son las variables responsables:

- Las actitudes hacia el consumo
- Las normas subjetivas sobre el mismo.

Las actitudes vienen dadas por las consecuencias que los jóvenes esperan del consumo de drogas y por la importancia que conceden a esas consecuencias personal y subjetivamente. Si el joven concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo o si magnifica los primeros en detrimento de los efectos negativos, mostrará actitudes positivas hacia él (Becoña, 2011).

Las normas subjetivas vienen determinadas por la percepción que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueban y esperan que él consuma, además de por su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el adolescente cree que sus amigos esperan que consuma y él desea agradarles, esto es, no defraudar sus expectativas, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto y no menos importante, la creencia de que el consumo está ampliamente extendido entre los jóvenes, que es algo normal y que “todo el mundo” lo hace, influirá también sobre la decisión de consumir.

Estos dos componentes no tienen igual peso en todas las personas. En algunas, la decisión de consumir estará más influida por los efectos positivos esperados, es decir, por las actitudes hacia el consumo. En otras, en cambio, puede pesar más el segundo elemento, el querer ajustarse a las expectativas de los demás (Becoña, 2011).

Los componentes entonces de esta teoría son tres construcciones generales: intención de conducta, la actitud y la norma subjetiva. La teoría de la acción razonada (TAR) sugiere que la intención de conducta de una persona depende de la actitud de la persona sobre el comportamiento y las normas subjetivas. Si una persona tiene la intención de realizar un comportamiento, entonces es probable que la persona lo haga. La Intención conductual mide la fuerza relativa de una persona de la intención de realizar una conducta. La Actitud se compone de creencias sobre las consecuencias de la realización de la conducta, multiplicado por su evaluación de estas consecuencias. La Norma subjetiva es vista como una combinación de expectativas percibidas de las personas o grupos pertinentes, junto con las intenciones de cumplir con estas expectativas. En otras palabras, "la percepción de la persona de que la mayoría de las personas que son importantes para él o ella cree que debe o no realizar la conducta de que se trate" (Ajzen, 1988).

Macia (1995) define cada uno de los tres componentes de la teoría de la siguiente manera y utiliza el ejemplo de embarcarse en un nuevo programa de ejercicios para ilustrar la teoría:

- **Actitudes**→ la suma de las creencias acerca de un determinado comportamiento ponderado por las evaluaciones de estas creencias
- Usted podría tener la creencia de que el ejercicio es bueno para su salud, que el ejercicio hace que se vea bien, que el ejercicio lleva demasiado tiempo, y que el ejercicio es incómodo. Cada una de estas creencias puedan ser ponderadas.

- **Las normas subjetivas**→ analizan la influencia de las personas en su entorno social sobre sus intenciones de comportamiento. Las creencias de la gente, ponderados por la importancia que se le atribuye a cada uno de sus opiniones, influirán en la propia intención de conducta
 - Es posible que tenga algunos amigos que son deportistas ávidos y constantemente animar a que se una a ellos. Sin embargo, su cónyuge puede preferir un estilo de vida más sedentario y se burla de los que trabajan fuera. Las creencias de esta gente, ponderados por la importancia que atribuye a cada uno de sus opiniones, influirán en su intención de conducta para el ejercicio, lo que llevará a su comportamiento para el ejercicio o no ejercicio.

- **La intención de conducta**→ una función tanto de las actitudes hacia un comportamiento y las normas subjetivas hacia ese comportamiento, que se ha encontrado para predecir el comportamiento real.
 - Sus actitudes hacia el ejercicio combinado con las normas subjetivas sobre el ejercicio, cada uno con su propio peso, se le llevará a su intención de ejercicio, que luego llevará a su comportamiento real.

La teoría de la acción razonada ha recibido, una atención justificable en el campo del comportamiento de las conductas adictivas; no sólo el modelo parece predecir las intenciones del consumidor y el comportamiento bastante bien, sino que también proporciona una base relativamente simple para identificar dónde y cómo dirigirse a los intentos de cambio de comportamiento de los consumidores" (Ajzen, 1988).

En los últimos años Ajzen (1988) ha incluido en su teoría un nuevo elemento: la percepción sobre la capacidad para controlar la conducta. Además de tener actitudes positivas hacia una conducta concreta y/o desear acomodarse a lo que los demás hacen o esperan, es necesario que la persona se crea capaz de realizar dicha conducta. Según Petraitis y cols. (1995) esta percepción de control en el

ámbito de las drogas influye de dos maneras. Por un lado, es preciso que el joven crea que puede acceder a las drogas y utilizarlas para consumir. De otro, es importante la percepción sobre la capacidad personal para resistir la presión de los demás. Si un adolescente siente que no posee las habilidades suficientes para enfrentarse a los mensajes que le incitan a consumir, tenderá a consumir.

Ajzen (1988) dice que las implicaciones preventivas que derivan de la adopción de este modelo son tenidas en cuenta por muchos programas. La mayoría de ellos intenta actuar sobre las actitudes proporcionando información sobre las consecuencias negativas del consumo, no sólo a largo plazo, sino también, a corto y medio plazo, con el ánimo de modificar las inclinaciones positivas hacia él. Asimismo, intentan corregir mitos o creencias erróneas sobre la pretendida generalización o normalización del consumo entre los jóvenes. El tercer elemento de la teoría, la percepción de control, es también una variable muy trabajada porque, precisamente, dada la presencia ineludible de las drogas, intenta desarrollar en los niños y adolescentes habilidades para resistir la presión de los iguales, la publicidad, el fácil acceso a las sustancias, etc.

El nivel más específico de las intenciones (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1977, 1980) sería aquel en el que la persona se propone realizar un acto particular con respecto a un objeto dado en una situación específica y en un momento dado del tiempo. El nivel más general sería, por ejemplo, que la persona se propone ser amistosa (hacia cualquier conducta, objeto, situación o tiempo). La no adecuación entre los criterios de especificidad entre la intención conductual y la actitud evaluada puede ser una clara fuente de inconsistencia entre ambas. De modo similar a los conceptos anteriores, la intención conductual se evalúa mediante la probabilidad subjetiva, porcentajes, etc., del sujeto respecto a realizar una conducta dada, y es definida por Fishbein y Ajzen (1975) como la “localización personal sobre una dimensión de probabilidad subjetiva envolviendo una relación entre sí mismo y alguna acción” (Ajzen, 1988).

Según la teoría de la acción razonada, el uso experimental de sustancias estaría directamente relacionado con la intención de consumirlas, la cual integraría tres componentes: a) la actitud del individuo ante el uso de drogas, que comporta un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias del consumo y el valor afectivo que el individuo le atribuye a tales consecuencias, b) sus creencias normativas al respecto (norma subjetiva), es decir, la percepción de que otras personas significativas aprueban o desaprueban la conducta en cuestión y el grado de motivación para ajustarse a tales expectativas, y c) el control conductual percibido, esto es, la percepción del individuo de sí mismo como capaz o no de usar drogas o, en su caso, de enfrentar la presión social para hacerlo. Los primeros dos componentes habían sido ya incluidos en la llamada Teoría de la Acción Razonada, propuesta con anterioridad, a la cual se añadió, posteriormente, el control conductual, constructo equiparable al concepto de autoeficacia de Bandura.

Esta teoría cuenta con una amplia base empírica que permite verificar su validez en diferentes poblaciones y con respecto a diversas conductas. En el campo particular del uso de sustancias psicoactivas, la Organización Panamericana de la Salud reporta 26 estudios realizados en los últimos 10 años en relación con el uso de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes (Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero, & Gómez, 2007).

Witte subraya la utilidad del modelo para el diseño y transmisión de “mensajes persuasivos” orientados a la modificación de actitudes respecto al cuidado de la salud. Tobler y Cuijpers subrayan la probada eficacia de los programas basados en este modelo para cambiar las actitudes hacia el uso de drogas; aunque también coinciden en que la inclusión de elementos para el desarrollo de habilidades conductuales aumenta la efectividad de los programas en términos de promover el cambio conductual (Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero, & Gómez, 2007).

Por lo que se refiere a la utilidad del modelo para explicar el uso de sustancias psicoactivas, se determinó que la intención de usar bebidas alcohólicas explicaba 26% del uso de las mismas, 38% de la frecuencia del consumo y 30% del abuso de alcohol; además, más del 76% de la varianza en la variable intención de uso de alcohol fue explicado por la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido, destacando la importancia de las normas sociales para la predicción del consumo de drogas, no obstante que este componente ha mostrado tener un menor peso explicativo, por lo que se ha optado, por agregar al constructo de norma subjetiva otros componentes que incrementan su capacidad predictiva; a saber, la norma moral o personal y la norma descriptiva, referidas a la percepción del individuo sobre el daño que una conducta puede acarrearle de manera directa y la segunda, a la percepción de la frecuencia con que otras personas de su entorno incurren en la conducta en cuestión. Por su parte, la variable control conductual ha sido con frecuencia incorporada en modelos que buscan predecir conductas relacionadas con la salud, en virtud de que resulta particularmente útil para predecir conductas que no dependen del control voluntario, como es el caso de las conductas adictivas (Rodríguez, et al. 2007).

Rodríguez, et al. (2007) mencionan que, debe señalarse cierta ambigüedad en la definición de esta variable, ya que se ha vinculado tanto con la habilidad percibida por el sujeto para ejecutar determinada conducta como con la presencia percibida de factores que pueden facilitar u obstaculizar su ejecución. Aun así, las implicaciones en la prevención del uso de drogas de la inclusión del control conductual son evidentes, por lo que diversos programas han incorporado el desarrollo de habilidades de resistencia como un componente fundamental para reforzar y enfrentar la presión social.

Rodríguez, et al. (2007) dicen que, en suma, la evidencia empírica con respecto a la aplicación de este modelo indica que puede constituir una base firme para el desarrollo de intervenciones preventivas dirigidas a adolescentes, por lo que parece conveniente tomarlo como sustento para el desarrollo y evaluación de un programa de prevención escolar.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL: TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE

BANDURA

La teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría cognitiva social es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Dentro de los programas preventivos su utilidad es clara (Abrams & Niaura, 1987; Cleaveland, 1994), dado que varios de los programas preventivos más eficaces parten de la misma, utilizan alguno de sus componentes o los sustentan junto a otras teorías. Distintas teorías se han fundamentado en la teoría del aprendizaje social, como uno de sus elementos, o han utilizado elementos de la misma, para fundamentarlas. Por otra parte, la misma ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los distintos elementos que llevan a su inicio, mantenimiento o al abandono de las mismas (Carrobles, 1985).

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977b, 1986), haciendo la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Más recientemente, el propio Bandura ha re denominado a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995, 1997), donde en este último caso un elemento central es el concepto de autoeficacia, como elemento cognitivo central para poder explicar

la conducta, aunque sin dejar de considerar, al tiempo, las otras variables ya indicadas. A continuación solo se dan a conocer los principios que subyacen a la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Carrobes, 1985).

Esta teoría es una de las más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias. Acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios en el funcionamiento psicológico, además de incluir la importancia del ambiente social entre los factores determinantes de la conducta. Bandura considera la conducta como fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el ambiente en sentido social (medios de comunicación de masas, etc.), que actúan como modelos de conducta.

En contraste con los modelos de enfermedad que sólo consideran la presencia o ausencia de la enfermedad, donde hay una progresión inevitable hacia el alcoholismo, la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) expresada por Bandura (1969, 1967, 1978, 1982 y 1985), se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medio-ambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta Teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo. Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986).

Además de todos estos factores externos, la Teoría del Aprendizaje Social recalca la importancia de los procesos simbólicos vicarios y autorreguladores de la conducta (Bandura 1986):

- **Simbolización**→ Permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones. Permite al individuo generar y probar alternativas.
- **Anticipación de la acción y establecimiento de metas**→ Las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal sobre las acciones. Junto con la simbolización, la anticipación tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.
- **Aprendizaje vicario**→ Este se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Esta es la raíz de la definición de la teoría, ya que el aprendizaje social –los patrones de conducta y las normas sociales y culturales– se adquieren mediante la observación de un modelo.
- **La autorregulación**→ Se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones auto-evaluativas.
- **La capacidad auto-reflexiva**→ es la capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo.
- **Determinismo recíproco**→ En el planteamiento de esta tesis los individuos son agentes activos en determinar su destino, es también en el modelo del aprendizaje social sobre uso y abuso del alcohol una suposición importante, ya que los modelos médicos asumen al individuo como un enfermo y los modelos biológicos asumen al individuo como un ser pasivo. La Teoría del Aprendizaje Social supone al individuo con una orientación adaptativa que puede elegir el alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conductas para lograr sus fines.

La perspectiva que enfatiza la TAS (Teoría del Aprendizaje Social), es que existe una interacción multideterminada entre factores biológicos, medioambientales,

cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y es esta interacción de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo nos permite el re-aprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas. Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas que da el cliente (usuario) a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de estas nuevas conductas, entrenándolo en:

- Habilidades sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo.
- Búsqueda de nuevas alternativas de afrontamiento.
- Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de la conducta más adecuada.
- Manejo y establecimiento de metas.
- Desarrollo de capacidades de autorregulación y autoevaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias.
- Entrenamiento en habilidades de autoeficacia, que permitan al individuo afrontar una situación específica, influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta.

De esta forma, la TAS supone que el individuo puede elegir el alcohol como un medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines. Por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva (Bandura 1986).

Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977b): 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos,

y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura (Carrobles, 1985).

Los procesos de aprendizaje mediante el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, ambos constituyen importantes procesos para explicar la conducta, entre los que se encuentra la de adquisición de las distintas conductas con poder adictivo y su mantenimiento. El tercer proceso que Bandura introduce es el del aprendizaje vicario, sobre el que ha hecho estudios de gran relevancia (ej., Bandura & Walters, 1963), especialmente en el aprendizaje de la conducta violenta y agresiva. El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como “al proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Carrobles, 1985 en Perry & Furukawa, 1987, p.17).

Para que pueda producirse aprendizaje por observación, es necesario que se produzca la adquisición de esa conducta simbólica. Esto se produce si la persona presta atención y tiene capacidad de retener dicha información. Finalmente, se produce la ejecución si la persona realiza realmente dicha conducta en el proceso denominado de reproducción motora. El elemento básico que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Si éstas son positivas para él se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte el observador; si son negativas disminuye la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador. Una vez adquirida la conducta de modo observacional, la propia realización de la conducta y las consecuencias que le siguen, sean positivas o negativas, informan al observador si ésta es o no adecuada, sirviéndole para ejecuciones posteriores de la misma (Bandura, 1986)

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977b, 1983:986) propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje puede hacerse mediante modelos reales o simbólicos (ej, mediante películas de vídeo) (Bandura, 1986). Cabe señalar que el entrenamiento en habilidades sociales, es hoy un elemento básico de casi todos los programas preventivos, se fundamenta de modo casi exclusivo en las técnicas de modelado, de ahí la gran relevancia del mismo.

Respecto a los procesos cognitivos mediacionales, como expone Bandura (1986), de nuevo sostiene claramente una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica. Su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y las influencias ambientales, señalan que éstos operan de modo interactivo como determinantes de cada una de las otras. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales. El término determinismo lo utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos y no como causas que operan independientemente del individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que se produzca un efecto (Bandura, 1986).

A causa de la multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes. La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Como un ejemplo, ver la televisión proporciona una adecuada representación de lo dicho. En este caso las preferencias del espectador, su conducta y lo ofrecido por la televisión se ven recíprocamente afectados entre sí, y no influidos unidireccionalmente por uno sólo de ellos (Bandura, 1986). Los tres factores no interaccionan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo. De los varios segmentos del sistema de interacción triádico, la relación

recíproca entre la conducta y los eventos ambientales, ha sido la que ha recibido mayor atención.

APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL EN EL CAMPO DE LAS

CONDUCTAS ADICTIVAS

Actualmente, esta teoría parte de que (Schippers, 1991): 1) La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; 2) estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro; 3) los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (ej., para aliviar el estrés que excede su capacidad de afrontamiento) en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; 4) los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar, posteriormente, la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conductas alternativas; y, 5) la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas (Bandura, 1986).

En una de las conductas donde más aceptación y utilidad se ha encontrado esta teoría ha sido en el uso y abuso del alcohol, tanto para su explicación como para el tratamiento de las personas con dependencia del alcohol. Este ejemplo es aplicable al resto de las conductas adictivas, tanto para su adquisición como para su mantenimiento, abandono y recaída (Carrobes, 1985).

En el caso del alcohol, se asume que toda conducta de beber, desde la abstinencia, el beber social normal y el abuso del alcohol, se basan en principios similares de aprendizaje, cognición y reforzamiento (Abrams & Niaura, 1987;

Bandura, 1969; Wilson,1988). Así, afirma que “desde un punto de vista del aprendizaje social, los alcohólicos son personas que han adquirido a través del reforzamiento diferencial y del modelado, el consumo de alcohol como la respuesta dominante y ampliamente generalizada a la estimulación aversiva. La atención terapéutica debería por tanto dirigirse más provechosamente a reducir el nivel de la estimulación aversiva experimentada por los individuos y a eliminar el alcohol como respuesta al estrés directamente o, preferiblemente, estableciendo formas alternativas de hacer frente a las situaciones. Una vez establecidos otros medios más eficaces y recompensantes de hacer frente a las demandas ambientales, los individuos necesitarán menos la auto-anestesia contra las experiencias de la vida diaria” (Bandura, 1969/1984, p. 513 en Bandura, 1986).

En su formulación muestra cómo, el aprendizaje social, influye las contingencias de reforzamiento asociadas con el uso del alcohol. Da gran peso a la teoría de la reducción de tensión, aunque presentando datos indicativos de su modulación por factores culturales, la educación familiar y el grupo de iguales. De modo más importante la teoría que Bandura (1969) propone, lleva a explicar tanto la conducta de no beber, la del bebedor social o del beber abusivo. Tales principios explicativos son similares para ambos tipos de bebedores o no bebedores en su aprendizaje, cognición y reforzamiento. La teoría del aprendizaje social (Abrams & Niaura, 1987) rechaza la existencia en la persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de uno a otro individuo (Bandura, 1986).

La tesis central de la teoría del aprendizaje social viene a ser que el uso responsable del alcohol depende de la autorregulación cognitiva en un mundo estresante donde muchos “continuos apuros” están frecuentemente presentes. En el inicio del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: a) la

influencia de la familia y de los iguales; b) la influencia de modelos; y c) el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol. La influencia de la familia es clara al ser una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños se inician en el consumo del alcohol y cada sociedad tiene unos peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social (Carrobles, 1985).

Una parte de este modo social de beber, en nuestra actual sociedad, va a llevar a un beber abusivo. En un segundo momento son el grupo de iguales los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales. Ambos, la familia y el grupo de iguales, van creando en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia el alcohol que lo van a marcar de modo importante para su futuro consumo de alcohol (Carrobles, 1985).

Los anteriores factores, reforzados interna y externamente y mediados por las expectativas, tienen gran importancia en la adquisición y luego en el posterior mantenimiento de la conducta de beber. Conforme la persona va teniendo más experiencias con el alcohol puede, o bien hacer frente a las situaciones y afrontarlas sin alcohol, con estrategias de afrontamiento adecuadas y satisfactorias, o bien beber alcohol o consumir otras sustancias. Conforme vaya utilizando el alcohol como una estrategia de afrontamiento, más difícil le va resultar buscar estrategias de afrontamiento alternativas en donde no esté presente el alcohol. El déficit en habilidades sociales para afrontar las situaciones cotidianas que se nos van presentando es el factor que explica en un momento del tiempo el abuso del alcohol. Una habilidad social adecuada posibilita descender el nivel de ansiedad que puede estar presente en situaciones interpersonales y sociales. Su carencia incrementa la ansiedad social e impide dar una respuesta adaptativa. Si el individuo no la tiene puede beber para encontrar en la bebida esa respuesta si en el pasado ha encontrado que bebiendo se le alivia el estrés a corto plazo. Si esto se va repitiendo,

a lo largo del tiempo, el déficit en habilidades sociales puede hacer que el uso del alcohol se incremente hasta hacerse crónico (Bandura, 1986).

Bandura (1986) dice que la TAS, en el campo de las adicciones, difiere de las teorías tradicionales de la adicción que se enfocan en un modelo de enfermedad médica, enfatizando en la farmacología de las propiedades –psicológicas del alcohol y sus efectos (Collins & Marlatt, 1983). El énfasis primario de las teorías biológicas es que es un proceso bioquímico incontrolable donde el individuo adicto es considerado como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos. Por otro lado, la TAS considera que:

- Aprender a consumir bebidas alcohólicas, es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura. Gran parte del aprendizaje tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente pruebe el alcohol, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas, y creencias que los individuos tienen acerca del alcohol, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo de bebidas alcohólicas. Los patrones de consumo de alcohol se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo que en las diferentes etapas vitales de desarrollo como la infancia, la adolescencia y la adultez se encuentra que las creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso del alcohol, difieren en concierto a los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Cellucci, 1982; Zucker, 1979; & Plant, 1979). La Teoría del Aprendizaje Social sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes, al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales (Biddle & cols., 1980 en Bandura, 1986).

- Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso, estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, o psicológica, así mismo, pueden ser de naturaleza heredada o aprendida. Estos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo inicial del alcohol. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en un alto riesgo de abuso en el consumo.
- Las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, ya que la persona al consumir alcohol obtiene beneficios como el reducir la tensión que le causa la interrelación social. De esta forma el alcohol actúa como un reforzador negativo, porque elimina un elemento desagradable del sujeto y al facilitar el contacto social, el alcohol actúa como un reforzador positivo y éste tiene la facultad de elevar el grado de aparición de la conducta que refuerza.
- Ya que el consumo de alcohol puede ser utilizado como una forma de afrontar a corto plazo las demandas de una situación estresante, o aligerar las consecuencias aversivas, es altamente probable que esta conducta se siga presentando, en especial en aquellas personas en las que sus capacidades de afrontamiento se encuentran disminuidas, es decir, en personas que tienen un déficit de habilidades sociales. Los efectos bifásicos del alcohol explican, en parte, cómo el alcohol puede elegirse, tanto para reducir estados de afecto negativo, como para incrementar estados de afecto positivo. En estos casos, diversos factores bioquímicos interactúan con factores psicológicos para producir ciertos resultados específicos (Melo, 1968 en Badura, 1986).

- Una "demanda medioambiental" da como resultado una necesidad o urgencia de consumir alcohol, ya que en el periodo de abstinencia la persona encuentra señales o estímulos que han sido asociados con el consumo del alcohol, y estos disparan una necesidad de consumo que es una respuesta condicionada por los estímulos medioambientales; esta respuesta condicionada provocará que el individuo busque alivio a través del uso del alcohol, lo que eventualmente propiciará un fenómeno de pérdida de control (Pomerleau, Fertig, Baker & Cooney, 1983). Así, la reactividad a señales internas y ambientales puede establecer las bases para el consumo excesivo, en donde la primera copa actúa como un estímulo condicionado para continuar consumiendo alcohol.
- Dentro de la Teoría del Aprendizaje Social, la tolerancia y la dependencia física al alcohol se consideran determinantes del consumo sostenido de alcohol. Se sostiene que la tolerancia promueve un incremento en el consumo al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso del alcohol, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de alcohol para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud, la tolerancia se adquiere a través del condicionamiento clásico. Por otro lado, se considera que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por los efectos del retiro del alcohol que ocurre en periodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977). Es aquí cuando el consumo de alcohol es reforzado de manera negativa, para evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta de alcohol, o sea evitar el síndrome de abstinencia.
- La dependencia física al alcohol y el síndrome de abstinencia también pueden explicarse como fenómenos que surgen a través de procesos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, las señales medio ambientales del olor o la presencia del alcohol en sí misma, produce lo que

provocará una necesidad adicional de ingerir más alcohol, como un entremés lo produce con la comida.

- En el abuso del alcohol existen también una serie de consecuencias negativas a largo plazo que se empiezan a hacer presentes. Entre estas tenemos:
 - Problemas familiares,
 - Problemas sociales, y
 - Medio ambientales.

- Podemos mencionar los problemas más comunes que empiezan a formar parte de la vida de los individuos por un uso excesivo de alcohol, pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, además de iniciarse un deterioro de la salud, pudiendo manifestarse una serie de síntomas que hacen evidente su estado de salud. El individuo con un consumo excesivo empieza a estar aislado y con muy pocas alternativas de enfrentar los problemas, por lo que la tensión se ve incrementada. Generalmente hay pérdida de apoyo social, la persona pierde su auto-eficacia y la capacidad de afrontamiento. De esta manera se inicia un círculo vicioso, ya que el individuo se ve a sí mismo poco capaz de enfrentar su problemática, por lo que para disminuir su ansiedad ingiere más alcohol, a mayor consumo aumentan los conflictos, y así en forma sucesiva.

- Existe una serie de factores que afectan el consumo de alcohol, factores sociales, situacionales e individuales. Éstos varían entre individuos y en el momento, por lo que la Teoría del Aprendizaje Social asume que no hay una sola combinación de factores que se requiera para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medio ambientales específicas. Tampoco existe una progresión inexorable de etapas al alcoholismo; en contraste, existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber

problemática, sujeta a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternas de afrontamiento.

- Características complementarias del modelo de consumo desde la TAS:
 - Hay determinantes distales que pueden predisponer al consumo excesivo de alcohol: actitudes familiares hacia el consumidor, edad de éste, habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores disposicionales genéticos, historia de abuso familiar, influencia de los amigos, y varios más. Los determinantes distales tienen sólo un efecto indirecto en el comportamiento de beber en un determinado momento.
 - Hay, por otra parte, determinantes próximos, que pueden fungir como reguladores directos del comportamiento de beber:
 - Expectativas del efecto del alcohol,
 - Señales internas y externas,
 - Factores situacionales,
 - Habilidades específicas de afrontamiento,
 - Modelamiento,
 - Historia previa de consumo y varios más.
 - Los determinantes distales, sólo a través de su influencia en los determinantes próximos, pueden jugar un papel de consideración en el desarrollo y mantenimiento del consumo excesivo de alcohol.

Es claro que sólo por el hecho de constituir la teoría del aprendizaje social la teoría más utilizada para explicar la conducta de beber alcohol, su relevancia ya es grande. Pero además, el hecho de que las técnicas de modelado derivadas de la misma sean un elemento esencial en muchos programas preventivos hacen de la misma una de las teorías más relevantes de las que tenemos hoy disponibles. Además, con la introducción de la autoeficacia como un potente predictor de la

conducta (Cleaveland, 1994), la misma se ha hecho más comprensiva, bien en su primera formulación de teoría del aprendizaje social o en su versión más reciente de teoría cognitiva social (Bandura, 1986).

A pesar de que la utilización del modelado y de las técnicas de habilidades sociales son frecuentes en el campo de la prevención de las drogodependencias, no se ha desarrollado ningún programa preventivo basado, exclusivamente, en la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Cleaveland, 1994), y en los componentes que la forman, como autoeficacia, modelado, motivación, retención, etc., aunque muchos programas preventivos utilizan parte de estos componentes, o parten de la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Bandura, 1986).

MÉTODO

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Instrumentar un programa de prevención universal basado en un modelo cognitivo conductual de entrenamiento en habilidades para la vida e información psicoeducativa, así como en diversos componentes de la teoría de la acción razonada y de la conducta planeada; y su posterior evaluación, a partir de un diseño pre-experimental pre-prueba-post-prueba con un solo grupo, dirigido al incremento de un conjunto de habilidades de comunicación asertiva, solución de problemas, toma de decisiones, regulación emocional, rechazo al consumo, actitud desfavorable hacia el consumo y percepción de riesgo y una disminución de la sobreestimación de la norma subjetiva, con el fin de disminuir la intención conductual hacia el consumo inicial de alcohol y tabaco en un grupo de estudiantes de primaria de sexto grado de una comunidad semiurbana de una escuela pública del estado de Morelos.

Objetivos Específicos

- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el establecimiento o aumento de la habilidad de comunicación asertiva.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el establecimiento o aumento de la habilidad de solución de problemas y toma de decisiones.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal, en el establecimiento o aumento de la habilidad de regulación emocional.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el establecimiento o aumento de la habilidad de rechazo al consumo.

- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el establecimiento o aumento de una actitud desfavorable hacia el consumo de alcohol y tabaco.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el establecimiento o aumento de la percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol y tabaco.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el decremento de la sobrestimación de la norma subjetiva hacia el consumo de alcohol y tabaco.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el decremento en la intención de alcohol y tabaco.
- Evaluar los efectos de un programa de prevención universal en el decremento en el consumo de alcohol y tabaco.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H1: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el aumento de la habilidad de comunicación asertiva.

H2: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el aumento de la habilidad de solución de problemas y toma de decisiones.

H3: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el aumento de la habilidad de regulación emocional.

H4: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el aumento de la habilidad de rechazo al consumo.

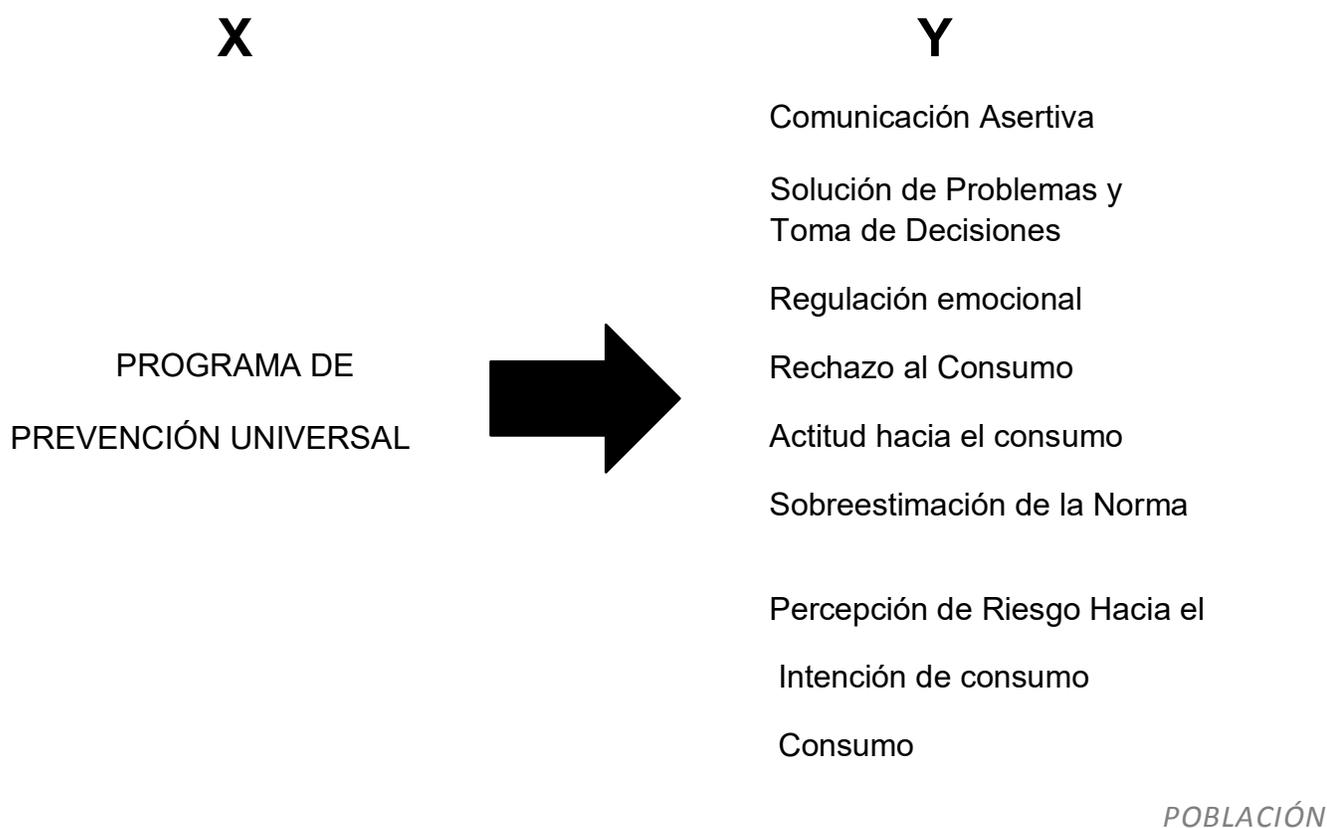
H5: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el incremento de la actitud desfavorable hacia el consumo de alcohol y tabaco.

H6: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el decremento de la sobreestimación de la norma subjetiva hacia el consumo de alcohol y tabaco.

H7: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el incremento en la percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol y tabaco.

H8: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el decremento en la intención de consumir alcohol y tabaco.

H9: El programa de prevención universal si tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el decremento en el consumo de consumir alcohol y tabaco.



La población estuvo constituida por un total de 105 alumnos de sexto año de primaria de una escuela pública del Estado de Morelos, de los cuales sólo se consideró la participación de 77, debido a que sólo ellos tomaron el taller de manera completa, dado que el taller fue diseñado para que las sesiones se relacionaran unas con otras y sólo de esta manera se podría esperar tener el efecto deseado. De estos 77 alumnos el 51.95% fue de sexo masculino, en tanto que el 48.05% de sexo femenino. En cuanto a la edad de los participantes ésta se encontró dentro de un

rango de 11 a 13 años, del cual el 71.43% fue de 12 años, el 16.88% de 11 años y el 11.69% de 13 años. Ninguno de los estudiantes reportó uso de alcohol ni de tabaco. Cabe señalar que los participantes no fueron seleccionados al azar, puesto que ya estaban conformados los grupos de esta manera, por otro lado, se tomó en cuenta como criterio de inclusión el que estuvieran inscritos en sexto año de primaria y que supieran leer y escribir.

ESCENARIO

Se utilizaron salones de una escuela pública del estado de Morelos, los cuales contaban con una buena iluminación y ventilación; con pupitres suficientes para cada alumno al cual se le impartió el programa de prevención universal.

MATERIALES

- Proyector
- Laptop
- Programa Microsoft PowerPoint 2010
- USB de 32 GB
- VIDEO: “La mejor decisión”: Información, mitos y consecuencias del consumo de tabaco, daños a la salud y los efectos. (<http://www.youtube.com/watch?v=v1nkla8Z2Po>).
- VIDEOS: “Prevención del consumo de alcohol”: Información, mitos y consecuencias del consumo de alcohol, daños a la salud y los efectos. (<https://www.youtube.com/watch?v=Xi-gl1RBixl>). (<http://www.youtube.com/watch?v=ndXO0eg7VV8>).
- Cuadernillo de trabajo para los alumnos (ver apéndice 4)
- Cuadernillo de trabajo para el facilitador (ver apéndice 5)
- Guía para el facilitador (ver apéndice 6)
- Gafete de identificación del facilitador (ver apéndice 7)
- Gafete de identificación para los alumnos (ver apéndice 8)

El proyector y la laptop se utilizaron para proyectar la explicación de cada una de las habilidades, es decir, con el programa de PowerPoint se presentaron las sesiones del programa de habilidades para la vida, las cuales se dieron en el siguiente orden: información sobre alcohol y tabaco, comunicación asertiva, solución de problemas y toma de decisiones, regulación emocional y rechazo al consumo; para esta última sesión se requirió de los dos videos (“La mejor decisión” y “Prevención del consumo de alcohol”) previamente señalados.

Por otro lado, Se utilizó un cuadernillo de trabajo tanto para el facilitador como para los alumnos, con el cual, se fue contestando con forme las sesiones iban transcurriendo; las sesiones tuvieron una duración de 120 minutos cada una, siendo un total de 5 sesiones que se impartieron de manera consecutiva, es decir, 5 días seguidos (lunes a viernes).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Para evaluar las habilidades para la vida se aplicó el instrumento “Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos”, diseñado por Pérez (2012). La escala fue adaptada, y quedó integrada por 42 ítems con una confiabilidad de .897, en donde las modalidades de respuesta son tipo Likert. El estudio quedo conformado por cuatro factores: Comunicación Asertiva y Estilos de Respuesta Social, cuya validez mostró el 57.26% de varianza explicada, Control Emocional, cuya validez mostró el 61.88% de varianza explicada, Toma de Decisiones y Solución de Problemas, cuya validez mostró el 61.23% de varianza explicada y Rechazo al Consumo, cuya validez mostró el 71.04% de la varianza explicada. Además, se obtuvo una medida de adecuación muestral de .425 y una prueba de esfericidad de Barlett ($X^2= 1480.833$ $p<0.00$) (Ver apéndice 2).

- Para evaluar el consumo de alcohol y de tabaco, se utilizó la “Escala de consumo de drogas” (FAD, 2005). La escala fue adaptada y quedó integrada por 9 ítems bajo una modalidad tipo Likert con una confiabilidad de .727. El estudio de validez mostró el 85.66% de la varianza explicada y conformada por dos factores que se denominaron de la siguiente forma: “Consumo de Tabaco y “Consumo de Alcohol” (Ver apéndice 2).
- Para evaluar las actitudes ante el consumo de alcohol y de tabaco, se utilizó la “Escala de actitudes ante el consumo de drogas” (Xunta De Galicia, 2008). La escala fue adaptada y quedó integrada por 3 ítems con una modalidad de respuesta tipo Likert con una confiabilidad de .757. El estudio de validez mostró el 68.16% de la varianza explicada y una medida de adecuación muestral de .506 y una prueba de esfericidad de Barlett ($X^2= 1259.954$ $p<0.00$) (Ver apéndice 2).
- Para evaluar la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y de tabaco, se utilizó la “Escala de percepción de riesgos asociados al consumo de drogas” (Xunta De Galicia, 2008). La escala fue adaptada y quedó integrada por 4 ítems con una modalidad de respuesta tipo Likert con una confiabilidad de .760. El estudio de validez mostró el 56.06% de la varianza explicada, con una medida de adecuación muestral de .721 y una prueba de esfericidad de Barlett ($X^2= 180.105$ $p<0.00$) (Ver apéndice 2).
- Para evaluar la sobreestimación de la norma subjetiva se utilizó La “escala de “norma subjetiva” (Xunta De Galicia, 2008). La escala fue adaptada y quedó integrada por 4 ítems con una modalidad de respuesta tipo Likert con una confiabilidad de .780. El estudio de validez mostró el 66.83% de varianza explicada, con una medida de adecuación muestral de .458 y una prueba de esfericidad de Barlett ($X^2= 23.686$ $p<0.00$) (Ver apéndice 2).
- Para evaluar la intención de consumir alcohol se utilizó la “Escala de intención de consumo (Xunta De Galicia, 2008). La escala fue adaptada y quedó integrada por 2 ítems con una modalidad de respuesta tipo Likert con una confiabilidad de .685. El estudio de validez mostró el 76.09% de la

varianza explicada con una medida de adecuación muestral de .500 y una prueba de esfericidad de Barlett ($X^2= 23.686$ $p<0.00$) (Ver apéndice 2).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó un diseño pre-prueba-post-prueba con un solo grupo, el cual se expresa en el siguiente diagrama:

G 0₁ X 0₂

En donde “G” se refiere al grupo con el que se trabajó, “0₁” se refiere a que hubo una primera medición (pre-prueba), que estuvo constituido por el cuestionario el cual contiene los diferentes reactivos de las diferentes habilidades para la vida consideradas, “X” que fue el programa de entrenamiento de prevención universal y “0₂” que se refiere a que se hizo una segunda medición al término de la intervención (post-prueba), que estuvo constituido por el instrumento, el cual contiene los diferentes reactivos de las diferentes habilidades para la vida consideradas.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Programa de prevención universal basado en un modelo cognitivo conductual de entrenamiento en habilidades para la vida, el cual se centra en Habilidades intrapersonales (Solución de problemas, Toma de decisiones y Manejo de emociones (enojo, tristeza y ansiedad), “Habilidades interpersonales”(Comunicación verbal, Comunicación no verbal, Asertividad y Escucha activa), así como en diversos componentes de la teoría de la acción razonada y la conducta planeada (actitudes, norma subjetiva,

intención, percepción de riesgo), y en un componente de información psicoeducativa sobre diversos aspectos acerca de las drogas.

- Las Estrategias de entrenamiento empleadas en las sesiones en que se estructuró el Programa, estuvieron basadas en: Guías y Pasos para ejecutar las habilidades (Instrucciones); Modelamiento de las habilidades; Moldeamiento de las habilidades; Reforzamiento positivo; Roll playing; Reestructuración cognitiva (actitudes, norma subjetiva y percepciones disfuncionales); Psicoeducación (creencias); Ejercicios de practica en el cuadernillo de trabajo; Técnicas de control emocional (sesión control emocional) y Dinámicas de Integración.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Habilidades para la vida (Toma de decisiones y solución de problemas, Comunicación Asertiva, Regulación emocional)
- Actitud hacia el consumo.
- Norma subjetiva.
- Percepción de riesgo ante el consumo;
- Intención de consumo
- Consumo de alcohol y tabaco

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

- **Habilidades para la vida**→ se refiere a destrezas que permiten que los adolescentes adquieran aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).
- *Definición operacional:* puntaje obtenido en el instrumento “Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos” (Pérez, 2012).

- **Actitud hacia el consumo**→ son las evaluaciones globales de la conducta, hechas por el individuo; la suma de las creencias acerca de un determinado comportamiento ponderado por las evaluaciones de estas creencias (Ajzen, 1980).
 - *Definición operacional:* puntaje obtenido en la “Escala de actitudes ante el consumo de drogas” (Xunta De Galicia, 2008) (adaptado).

- **Norma subjetiva**→ analiza la influencia de las personas en su entorno social sobre sus intenciones de comportamiento, las creencias de la gente, ponderados por la importancia que se le atribuye a cada uno de sus opiniones, influirán en la propia intención de conducta (Ajzen, 1980).
 - *Definición operacional:* puntaje obtenido en la “Escala de norma subjetiva” (Rodríguez et al., 2007) (adaptado).

- **Intención de consumo**→ una función tanto de las actitudes hacia un comportamiento y las normas subjetivas hacia ese comportamiento, que se ha encontrado puede predecir el comportamiento real (Ajzen, 1980).
 - *Definición operacional:* puntaje obtenido en “La escala de intención de consumo” (Xunta De Galicia, 2008) (adaptado).

- **Percepción de riesgos asociados al consumo**→ percepción del individuo sobre la peligrosidad del consumo de drogas para la salud, hace a la persona tomar una decisión para conducirse de una manera determinada, a partir de la ponderación de diversos aspectos intrapersonales y ambientales a favor o en contra de la misma (Medina-Mora, et al. 1992).
 - *Definición operacional:* puntaje obtenido en La “Escala de percepción de riesgos asociados al consumo de drogas” (Xunta De Galicia, 2008) (adaptado).

- Lo primero que se hizo fue visitar la escuela “A” del Estado de Morelos, posteriormente el director de dicha primaria me planteó la idea de realizar un taller de prevención de alcohol y de tabaco (debido a que algunos padres de familia comentaron en las juntas de padres de familia que sus hijos les comentaron que algunos compañeros de sus hijos toman y/o fuman).
- Las autoridades por motivos de tiempo decidieron que se diera dicho programa en solo 5 días, con una duración de 120 min.
- Después de una junta con los directivos y maestros en donde se comentó a grandes rasgos lo discutido en los grupos focales, se decidió que el programa fuera de índole universal y para la prevención de alcohol y de tabaco.
- El programa de prevención universal se elaboró con base en el principio 7 del NIDA (2011) “Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo (...):
 - Estructura→ La estructura tiene que ver con el tipo de programa, la audiencia, y el ambiente.
 - Contenido→ está compuesto por la información, el desarrollo de las habilidades, los métodos y los servicios
- Quedó compuesto de las siguientes sesiones de entrenamiento:

Sesión 1:

- Se llevó a cabo la “Presentación del taller” brevemente una pequeña presentación de mi persona, y se comenzó a explicar a grandes rasgos la finalidad, la duración y los objetivos del mismo, se les pidió también, que comentaran lo que les gustaría saber y lo que esperaban de dicho taller.
- Después de esto se les repartieron los instrumentos de “Evaluación Inicial” y se les pidió que respondieran de la manera más honesta que

podieran que únicamente se necesitaba esa evaluación por motivos de estadística y que no iba a ser posible identificarlos posteriormente.

- Por último, y ya que todos habían entregado las evaluaciones se llevaron a cabo “Dinámicas de integración”: Encuentra a alguien que...y ¿Qué hace un chico@ como tú en sitio como este? (ver apéndice 2).
- Los últimos minutos que quedaban de la sesión se designaron para dar el “Cierre”, se les pidió a los alumnos que comentaran como se habían sentido con las dinámicas y con las evaluaciones. También se recalcó la importancia de no faltar a la siguiente sesión.

Sesión 2:

- Se pidió a algunos voluntarios que mencionaran lo que se había trabajado la sesión anterior, así como la finalidad del taller.
- Posterior a ello se llevó a cabo la presentación (en powerpoint) de los “Mitos y realidades del alcohol y del tabaco” esto también sirvió para dar información sobre alcohol y el tabaco, sus componentes, sus efectos y daños a la salud.
- Después se les repartió un cuadernillo de trabajo y se les pidió que resolvieran el primer ejercicio que se refiere a los mitos del alcohol y tabaco y la parte de daños a la salud y componentes de los mismos.
- También se les pidió que recortaran de la última hoja el gafete y que lo decoraran como quisieran y pusieran su nombre.
- Cuando todos terminaron se llevó a cabo la “Dinámica”: ¿Cuánto sabes?→ Se les pidió que en una hoja anotaran todos los efectos, daños y consecuencias que recordaran y al final se pidió a algunos participantes que comentaran sus respuestas y se pidió que fueran llenando la hoja con lo que los demás comentaban (si no era correcto lo que decían se pedía la opinión de los demás chicos del grupo y entre todos corregían los errores o complementaban las respuestas de sus compañeros).
- Por último se llevó a cabo el “Cierre” en donde con la dinámica anterior se pudo hacer un pequeño debate respecto a los mitos y así se aclararon dudas

de esos u otros mitos. Se les recalco nuevamente la importancia de no faltar a la siguiente sesión y de traer su cuadernillo de trabajo y su gafete.

Sesión 3:

- Se les pidió que se pusieran su gafete.
- Encuadre del taller, se pidió algunos voluntarios que comentaran que se había visto la sesión anterior y mediante una lluvia de ideas se reafirmó el objetivo de esa sesión.
- Se llevó a cabo la presentación en powerpoint del primer tema “La comunicación y sus elementos” en donde se mencionan los elementos principales que la integran.
- Después se llevó a cabo la dinámica: “El mensaje” (ver apéndice 2).
- Para el segundo tema “Asertividad” y “Estilos de respuesta social”, también se llevó a cabo una presentación en powerpoint en donde también se mostraron los elementos principales y los estilos de respuestas social que se pueden tener.
- Para que esto quedara más claro se llevó a cabo la dinámica: “Primera... Segunda... Tercera llamada” y la dinámica “Es la hora de la asertividad” (ver apéndice 2).
- Por último se dio el “Cierre” en donde se realizó un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento de la sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco.

Sesión 4:

- Se les pidió que se pusieran su gafete.
- Se llevó a cabo un breve repaso de las habilidades vistas la sesión pasada.
- Después se llevó a cabo la explicación del tema “solución de problemas así como los pasos para hacerlo y también la explicación del tema toma de decisiones y solución de problemas, los pasos para una buena solución de

problemas y algunos tips para tomar las mejores decisiones al resolver los problemas esto en presentación powerpoint.

- Para ejemplificar se llevaron a cabo las dinámicas “Enfrentando problemas” y “Resolviendo Problemas” y “Toma una decisión y da soluciones” (ver apéndice 2).
- Por último el “Cierre” mediante un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco.

Sesión 5:

- Repaso de todas las habilidades vistas la sesiones pasadas, se pidió la participación voluntaria para recordar las habilidades vistas en las sesiones anteriores, después deberá hilar las habilidades anteriores recalcando el hecho de ya las poseen y unir con la habilidad de esta sesión.
- Posteriormente se da la explicación del tema “control emocional”, así como algunas emociones (enojo, tristeza y ansiedad) con ayuda de la presentación en powerpoint.
- Se dibujó en el pizarrón las caritas con las emociones revisadas y se discutió cuáles de ellas fueron “positivas o negativas”.
- Para explicar el tema se llevaron a cabo algunas dinámicas 1: “yo conozco esa emoción, la dinámica 2: “Yo sé que se siente”...” que están en su cuadernillo de trabajo (ver apéndice 2).
- Se les enseñó mediante modelamiento y por la presentación en powerpoint, algunas técnicas de regulación emocional.
- Se hizo otra dinámica más para seguir poniendo en práctica esta habilidad la dinámica “Yo decido que sentir”.
- Como “cierre” se les pidió que identifiquen la finalidad de las actividades realizadas, así como la importancia de ya contar con dichas habilidades, y se realizó un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la

sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco).

Sesión 6:

- Se pidió algunos voluntarios que hicieran el recuento de todas las habilidades revisadas.
- Mediante una presentación en powerpoint se les explicó el tema “Rechazo y resistencia al consumo”, así como los elementos que los conforman.
- Después se llevó a cabo una discusión de lo que implica el consumo, las consecuencias que pudiera tener, así como quienes son los que ellos consideran que presionan más para consumir alcohol y tabaco, y como han hecho para resistir dicha presión.
- Para poner en práctica esta habilidad se llevaron a cabo dinámicas: “Yo puedo decir no” y: “Es todo un drama...”
- Se les enseñaron algunas técnicas de rechazo al consumo utilizando la presentación de powerpoint.
- Se hizo también un breve modelamiento y moldeamiento de dichas técnicas pasaron algunos voluntarios para que utilizaran algunas en una situación hipotética de ofrecimiento de alcohol o tabaco, ellos podrán inventar tal situación.
- Por último se les pasaron los videos “La mejor decisión” y “Prevención del consumo de alcohol”: donde se mostró Información, mitos y consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, así como daños a la salud y sus efectos a corto y largo plazo, respectivamente.
- Como cierre se les pidió que identificaran la finalidad de las actividades realizadas, y la importancia de las habilidades revisadas en la sesión, así como una breve reseña de la finalidad del taller así como la mención de todas las habilidades que ya poseen hasta el momento, invitándolos a reflexionar y a practicarlas y utilizarlas en todos los ámbitos.
- Cierre (se realizó un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la

sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco).

- Después del cierre de la sesión se hizo entrega de los instrumentos (post evaluación), y nuevamente se les pidió que contestaran lo más honestamente posible.
- Para dar el cierre del taller se hizo un breve recuento de todas las habilidades revisadas, de cómo es importante que las practiquen y que comprendan que son parte de ellos y que como cualquier habilidad tiene que seguir practicando, también se les hizo entrega de reforzadores (dulces) haciendo referencia a que todo el que se esfuerza tiene sus recompensas. Se les pidió algunos voluntarios que comentaran lo que habían aprendido, si les había gustado, si ellos propondrían más temas, etc.

Las sesiones estuvieron integradas por dinámicas que se relacionaron con los elementos revisados en las sesiones, las que ayudaron a los alumnos a entender mejor la habilidad revisada en la sesión, (ejemplos de estas dinámicas ver apéndice 2):

- **Dinámicas de integración**
 - “Encuentra a alguien que...”
 - “¿Qué hace un chico(a) como tú en sitio como este?”
- **Dinámica 1 Primer tema “La comunicación y sus elementos”**
 - “El mensaje”
- **Dinámica 2 Segundo tema “Asertividad” y “Estilos de respuesta social”**
 - “Primera... Segunda... Tercera llamada”
 - “Es la hora de la asertividad”
- **Dinámicas tercer tema “Solución de Problemas y Toma de Decisiones”**
 - “Enfrentando problemas”
 - “Resolviendo Problemas”
 - “Toma una decisión y da soluciones”
- **Dinámicas cuarto tema “Control Emocional”**
 - “Yo conozco esa emoción”

- “Yo sé que se siente”...
- **Dinámicas quinto tema; “Rechazo al Consumo”**
- “Yo puedo decir no”
- “Es todo un drama...”

Como se señaló previamente, este programa se basó en algunos elementos de la teoría de la acción razonada y conducta planeada, y un nuevo elemento que se incorporó (percepción de riesgo), Estos elementos se trabajaron en conjunto en cada una de las sesiones; al finalizar se hizo un debate de todos ellos y como se relacionaban con la habilidad vista en la sesión respectiva; estos elementos son:

- Actitud desfavorable hacia el consumo de alcohol y tabaco.
- Sobreestimación de la norma subjetiva
- Intención de consumo
- Percepción de riesgo

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para poder evaluar si el Programa de Prevención Universal cognitivo-conductual de entrenamiento de habilidades para la vida combinado con la información psicoeducativa tiene efectos estadísticamente significativos al .05 en el aumento o establecimiento del conjunto general de habilidades para la vida, así como en cada una de ellas en lo específico, y en los componentes actitud hacia el consumo, percepción de riesgo, sobreestimación de la norma subjetiva e intención de consumo consideradas en este Programa, se llevaron a cabo los mismos análisis para todo los datos arrojados por el instrumento aplicado, así como sus pruebas correspondientes, las cuales, se describen a continuación:

- Se utilizaron Pruebas t de Student para el conjunto de todas y cada una de las escalas de los instrumentos de evaluación debido a que se buscaba

establecer la diferencia de las medias antes y después de la aplicación del mismo para todo el instrumento y para cada una de las escalas específicas que lo componen.

- El procedimiento para evaluar la confiabilidad del coeficiente de estabilidad se llevó a cabo mediante la confiabilidad test-retest y para la medida de consistencia interna se empleó el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, y así determinar en qué grado los instrumentos producen resultados consistentes y coherentes.
- La validez de constructo se obtuvo mediante el análisis de los factores, por el método de extracción de análisis de componentes principales que nos indica el porcentaje de la varianza total explicada y el método de rotación normalización Varimax con Kaiser que nos da el número de componentes en los que la rotación ha convergido. También se llevó a cabo la prueba de esfericidad de Barlett que contrasta si la matriz de correlaciones es una matriz identidad, lo cual indica que el modelo factorial es inadecuado. En su conjunto todas estas pruebas indican cuantas dimensiones integran una variable y que ítems conforman cada dimensión, lo que proporciona confianza respecto de que el instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

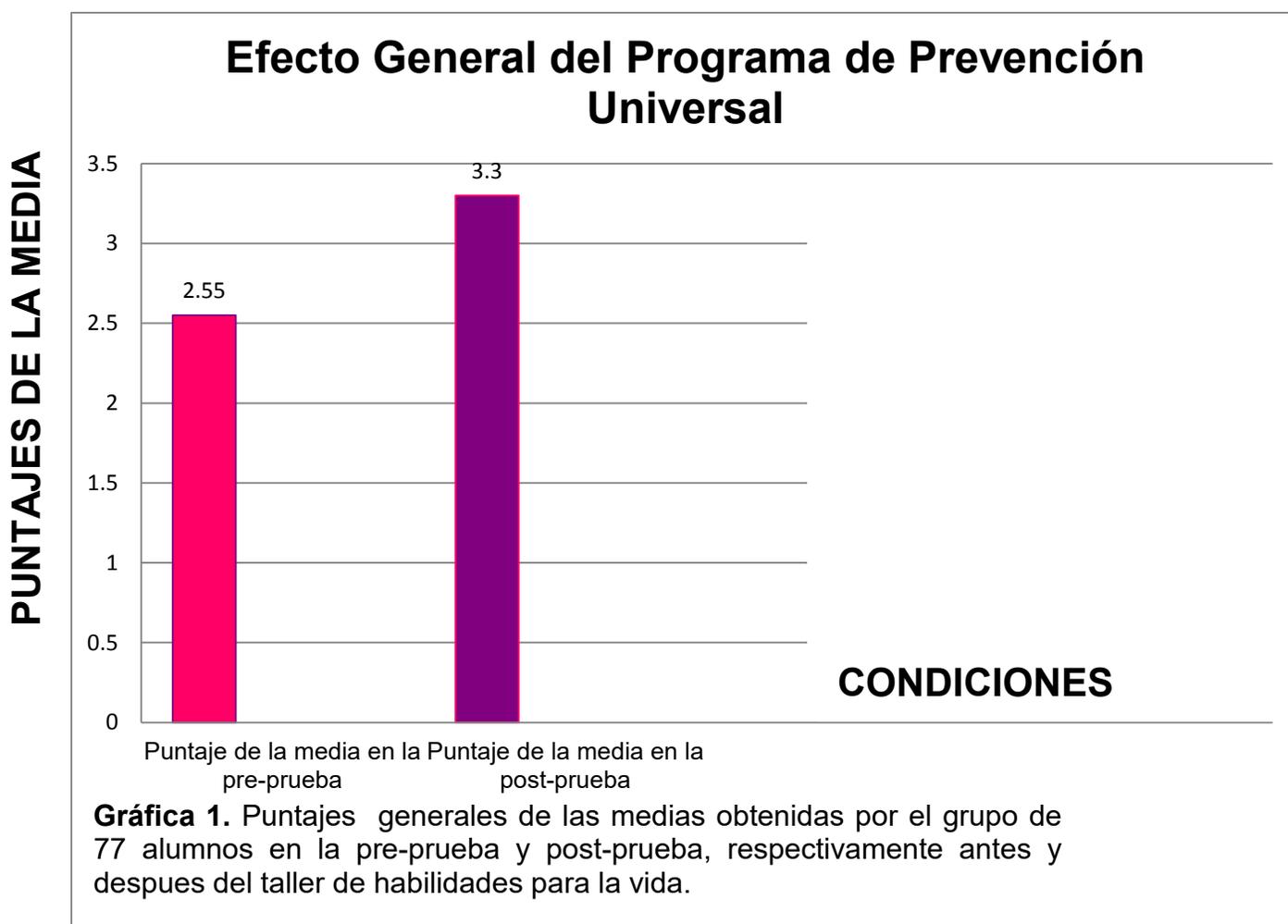
ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tuvo un alcance explicativo, ya que tuvo como finalidad conocer el efecto de la instrumentación de un programa de prevención universal cognitivo conductual basado en habilidades para la vida, en el aumento o establecimiento de las mismas, así como el efecto sobre la actitud, la percepción de riesgo, la norma subjetiva y la intención de consumir alcohol y tabaco.

RESULTADOS

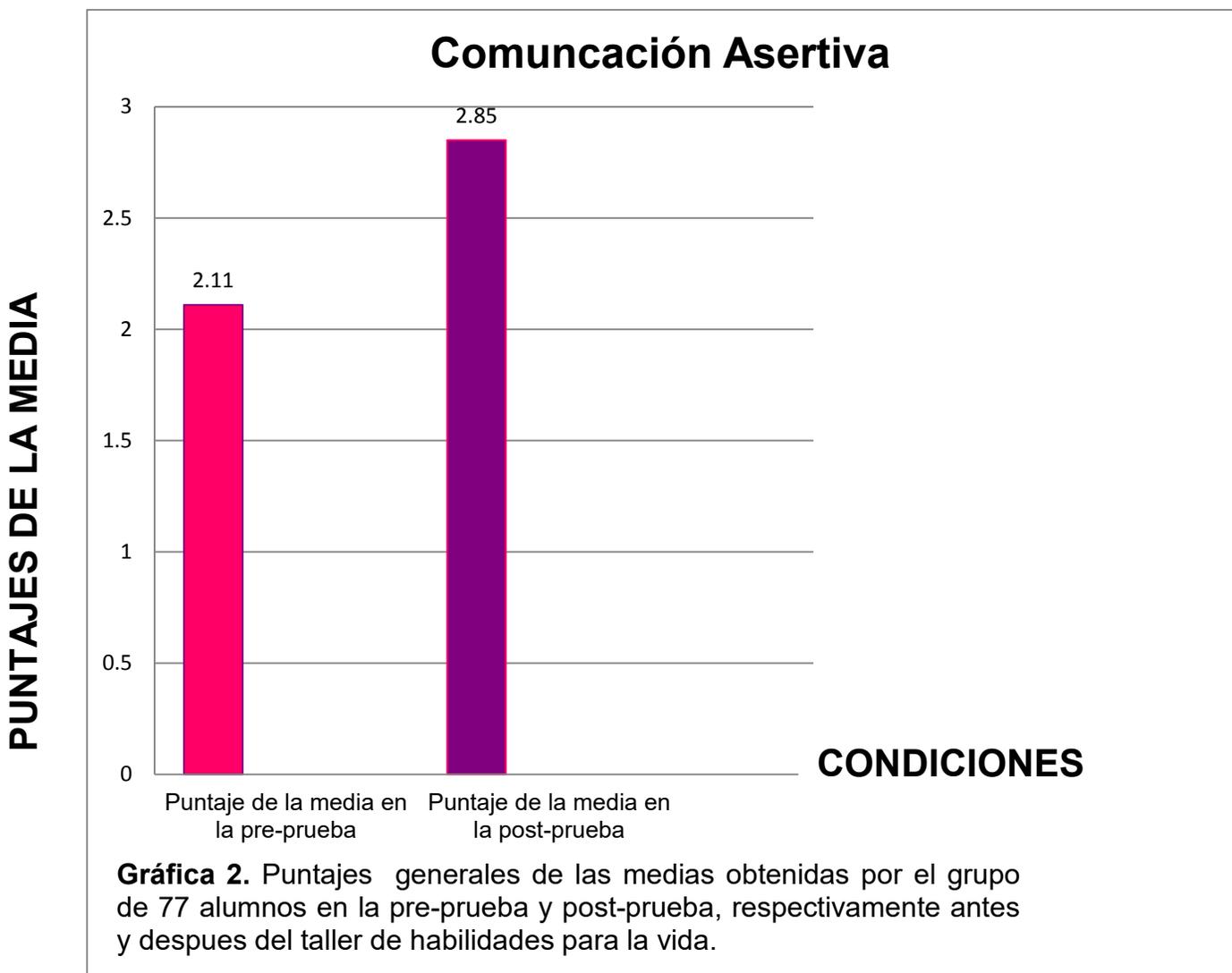
El objetivo general de la presente investigación fue instrumentar y evaluar el efecto del Programa de Prevención Universal en el establecimiento de un conjunto de habilidades para la vida. Al respecto, se obtuvieron los siguientes puntajes en las medias generales del Grupo de 77 alumnos en la pre-prueba (2.55) y postprueba (3.3) respectivamente (ver gráfica 1). Por otro lado, al efectuarse, un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 2.55, DE= 0.11$) < ($\bar{X} = 3.30, DE= 0.08$), $t(76) = 5.02, p = .000$.

Gráfica 1



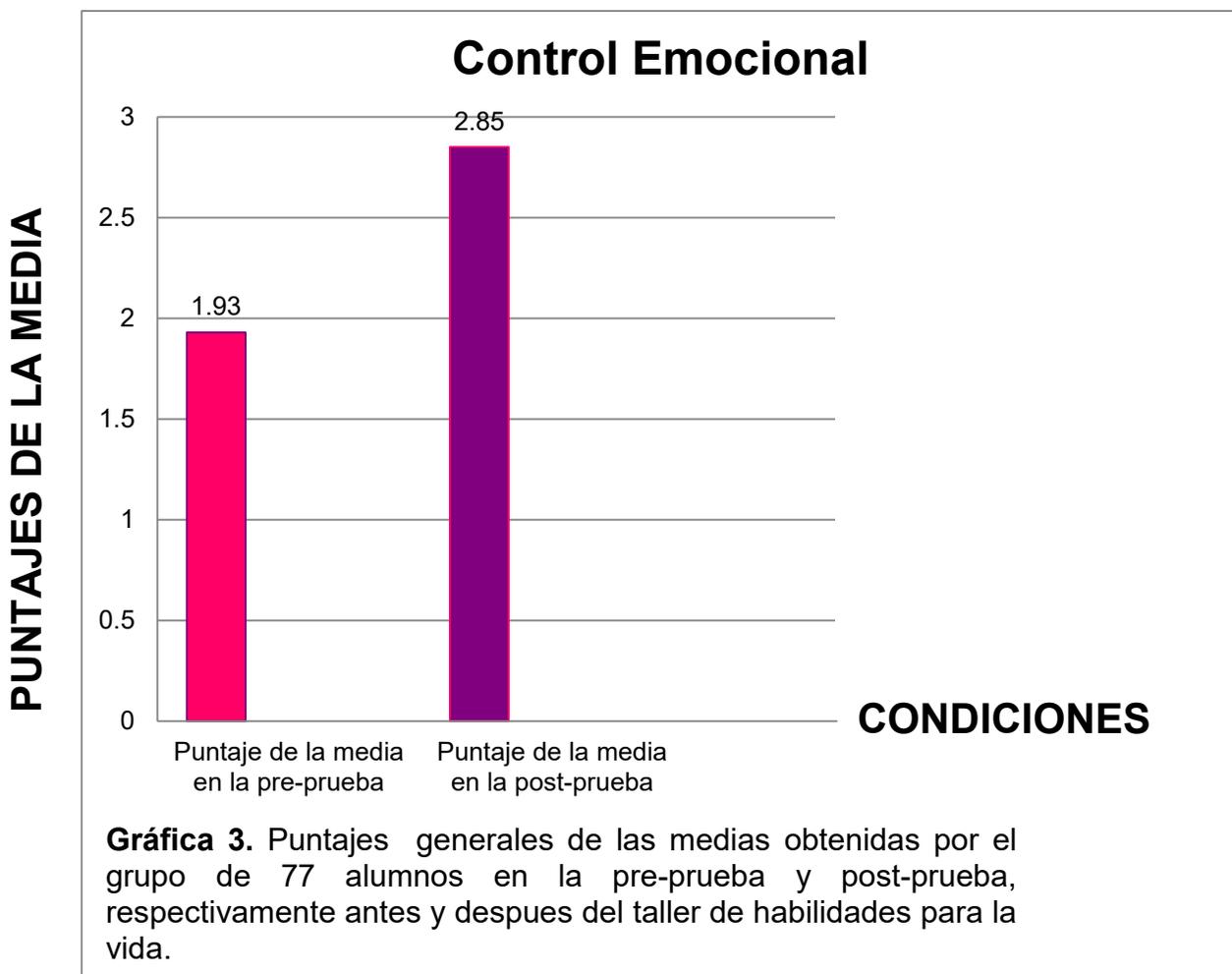
Por otro lado, en relación con el primero de los objetivos específicos que fue evaluar los efectos del programa de Prevención Universal, en el establecimiento o el aumento de la habilidad de comunicación asertiva, se obtuvo durante la pre- prueba una media de 2.11, en tanto que durante la post-prueba este fue de 2.85 (ver gráfica 2). Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 2.11$, $DE= 0.16$) < ($\bar{X} = 2.85$, $DE= 0.24$), $t(76) = 2.46$, $p=.016$.

Gráfica 2



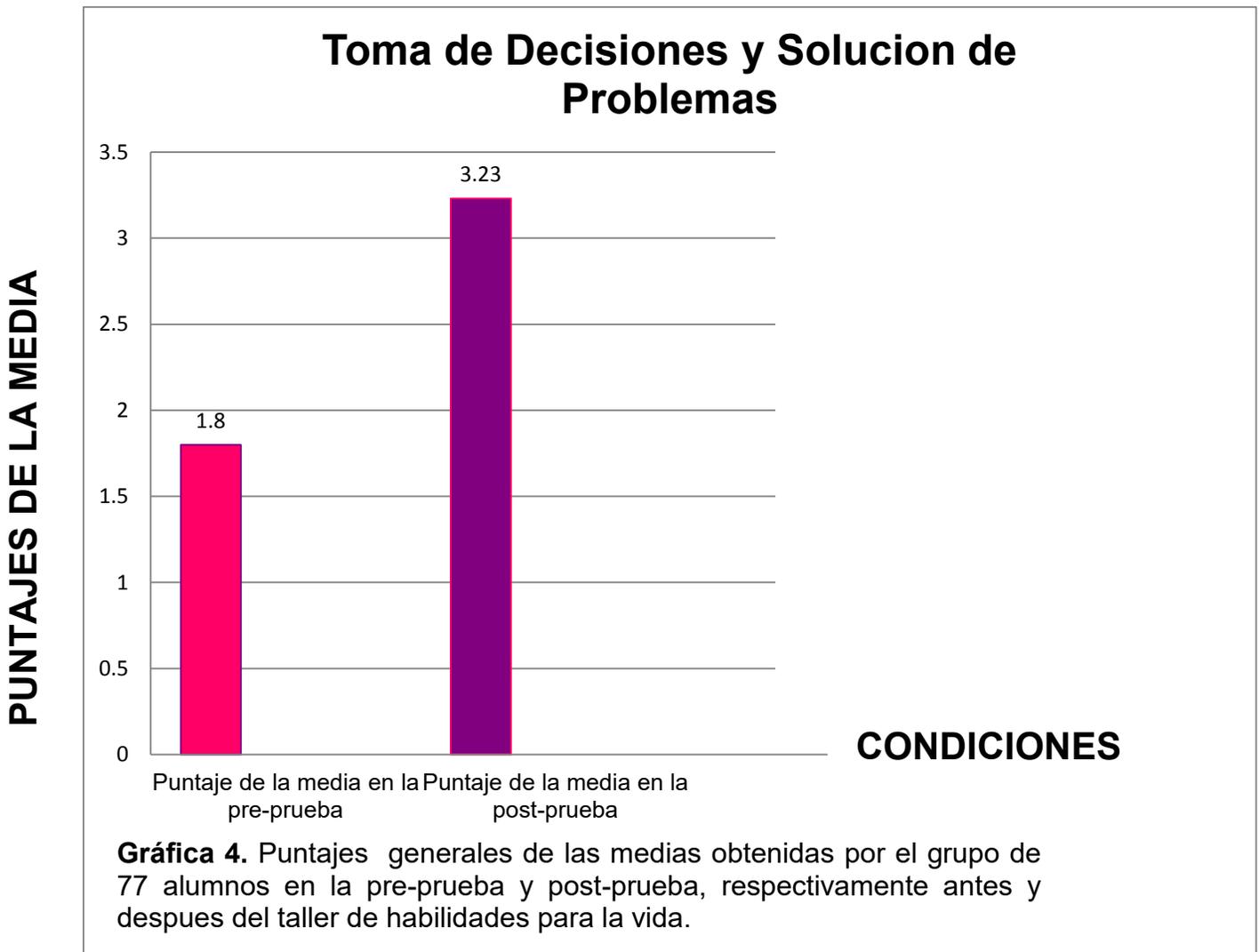
En relación con el segundo de los objetivos específicos que fue evaluar los efectos del programa de Prevención Universal, en el establecimiento o el aumento de la habilidad control emocional, se obtuvo durante la pre-prueba una media de 1.93, en tanto que durante la post-prueba esta fue de 2.85 (ver gráfica 3). Por otro lado al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 1.93$, $DE = 0.05$) < ($\bar{X} = 2.85$, $DE = 0.24$), $t(76) = 3.75$ $p = .000$.

Gráfica 3



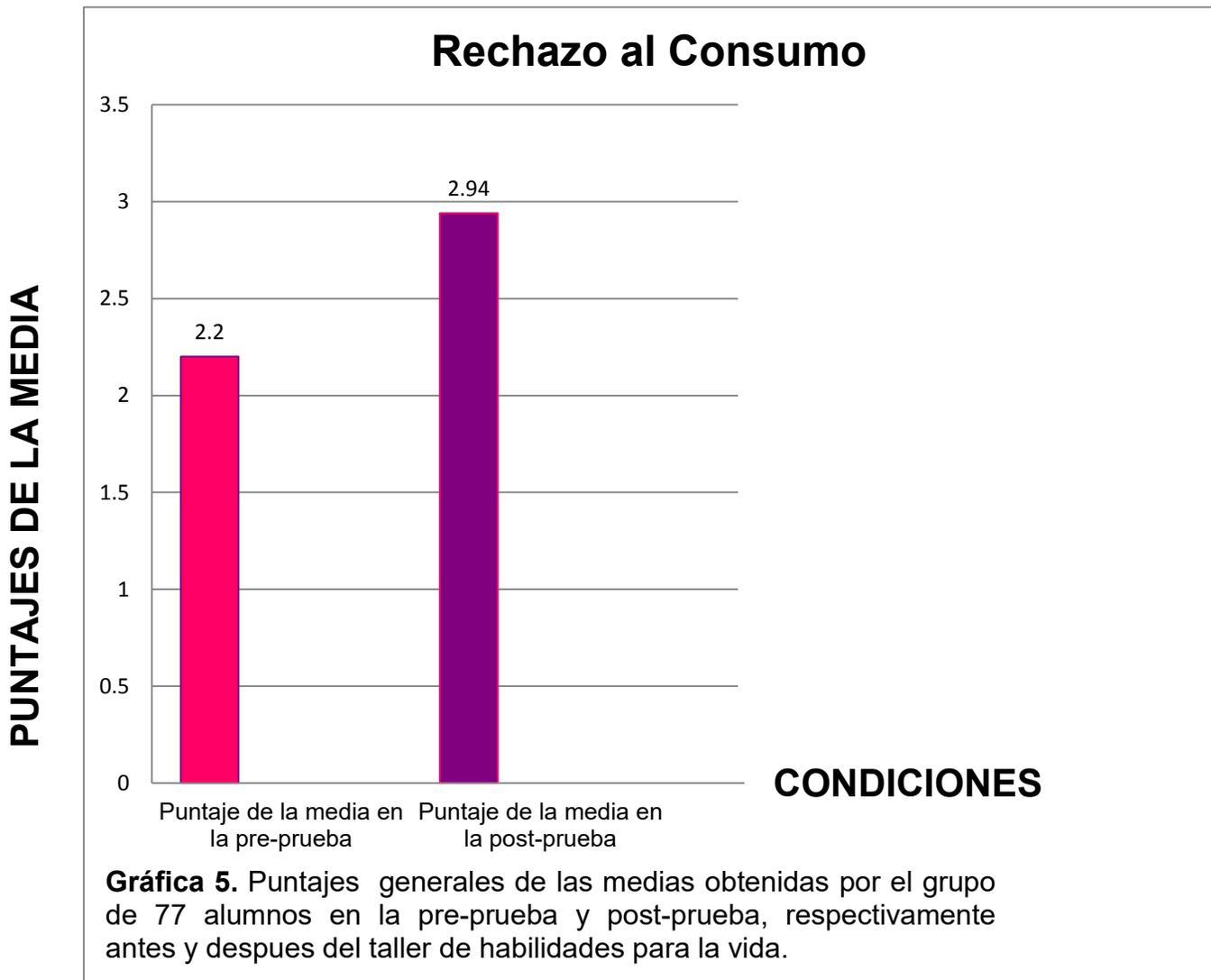
En relación con el tercer objetivo específico que fue evaluar los efectos del programa de Prevención Universal, en el establecimiento o el aumento de la habilidad de toma de decisiones y solución de problemas se obtuvo durante la pre- prueba una media de 1.80, en tanto que durante la post-prueba este fue de 3.23 (ver gráfica 4). Por otro lado al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 1.80, DE = 0.62$) < ($\bar{X} = 3.23, DE = 0.38$), $t(76) = 3.69$ $p = .000$ (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4



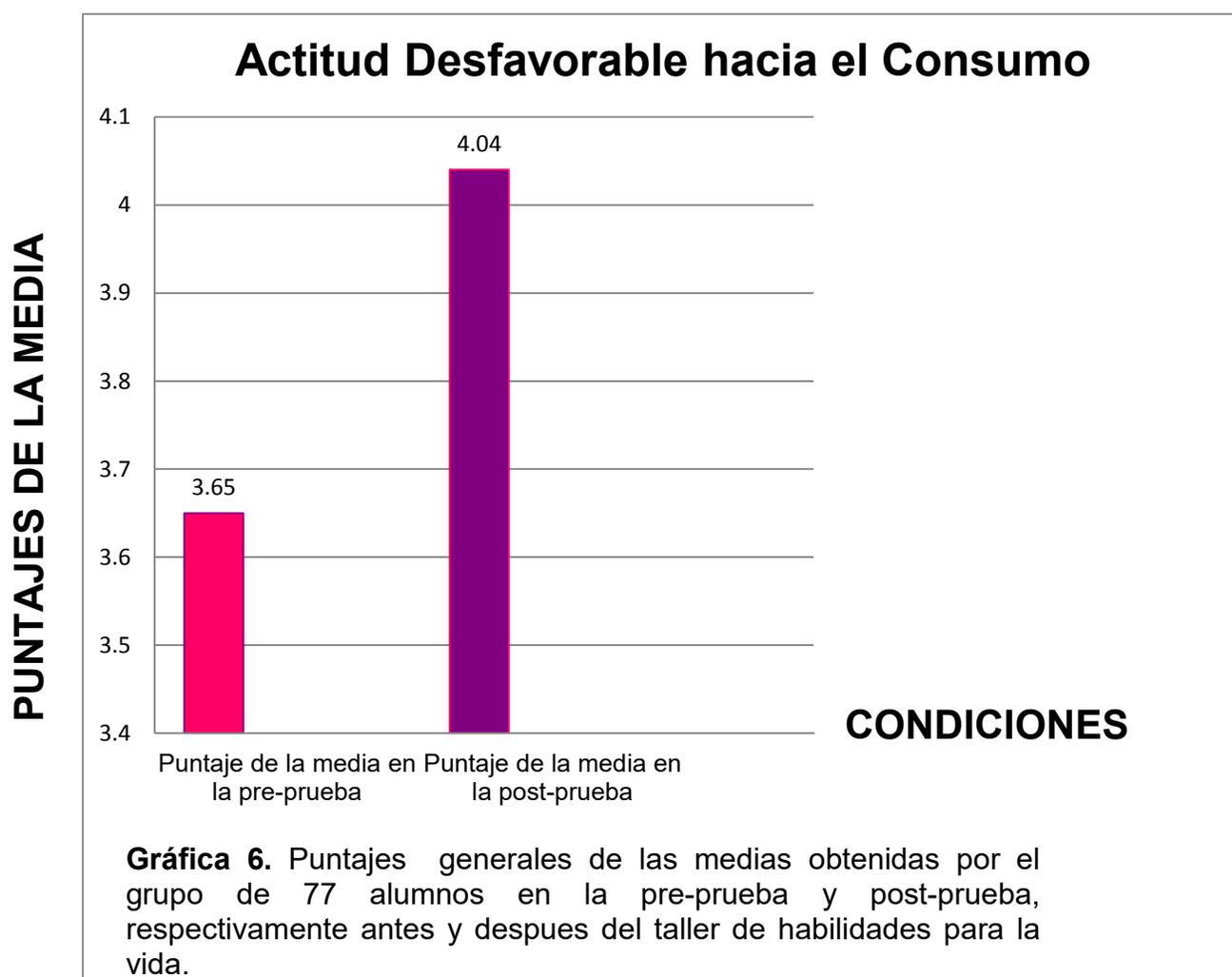
En relación con el cuarto objetivo específico que fue evaluar los efectos del programa de Prevención Universal, en el establecimiento o el aumento de la habilidad de rechazo al consumo se obtuvo durante la pre-prueba una media de 2.20, en tanto que durante la post-prueba este fue de 2.94 (ver gráfica 5). Por otro lado al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 2.20$, $DE = 0.07$) < ($\bar{X} = 2.94$, $DE = 0.17$), $t(76) = 3.84$ $p = .000$.

Gráfica 5



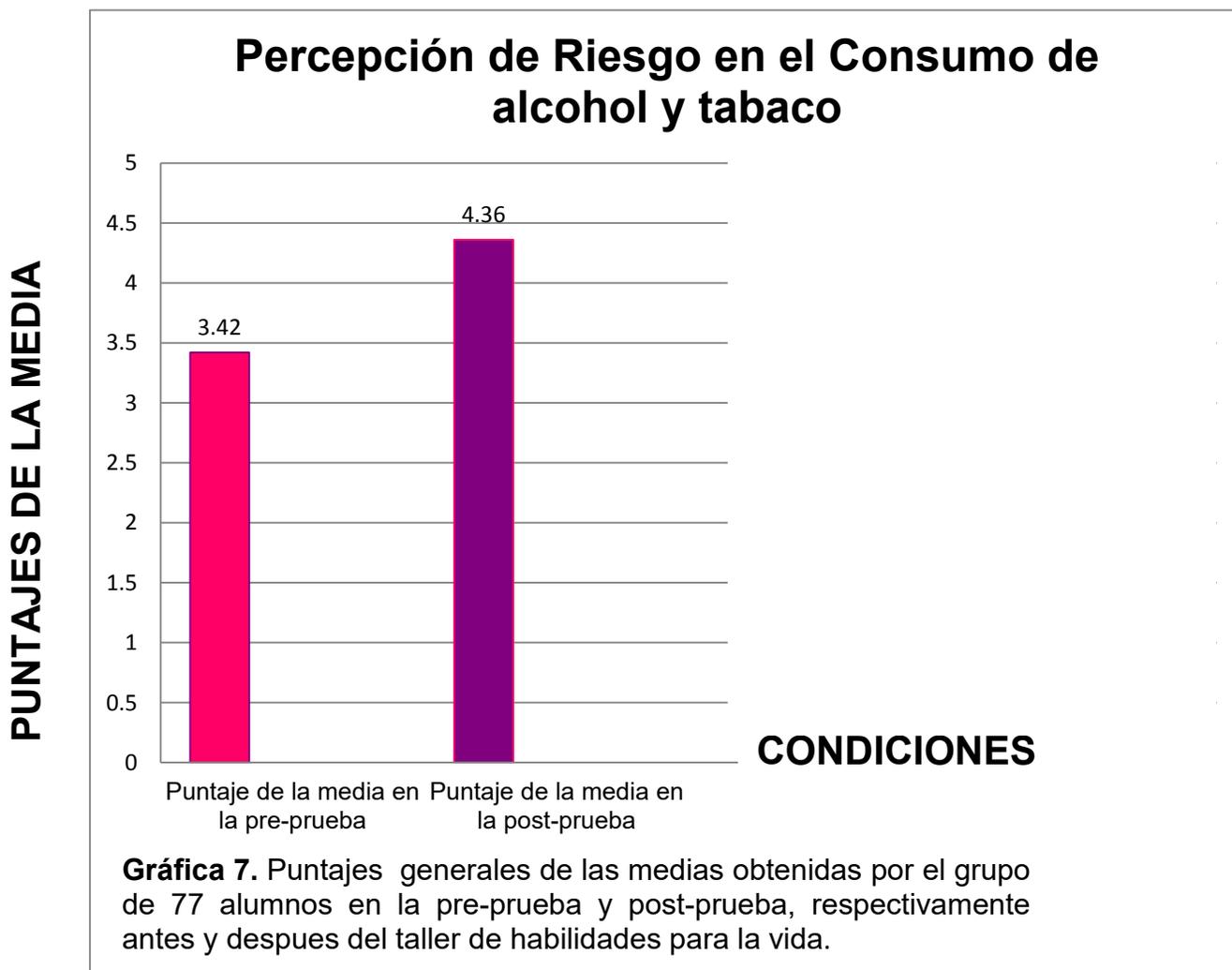
En relación con el quinto objetivo específico que fue evaluar los efectos del programa de Prevención Universal, en el establecimiento o aumento de la actitud desfavorable hacia el consumo de alcohol y tabaco se obtuvo durante la pre-prueba una media de 3.65, en tanto que durante la post-prueba este fue de 4.04 (ver gráfica 6). Por otro lado al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 3.65$, $DE = 0.84$) < ($\bar{X} = 4.04$, $DE = 0.08$), $t(76) = 3.85$ $p = .000$.

Gráfica 6



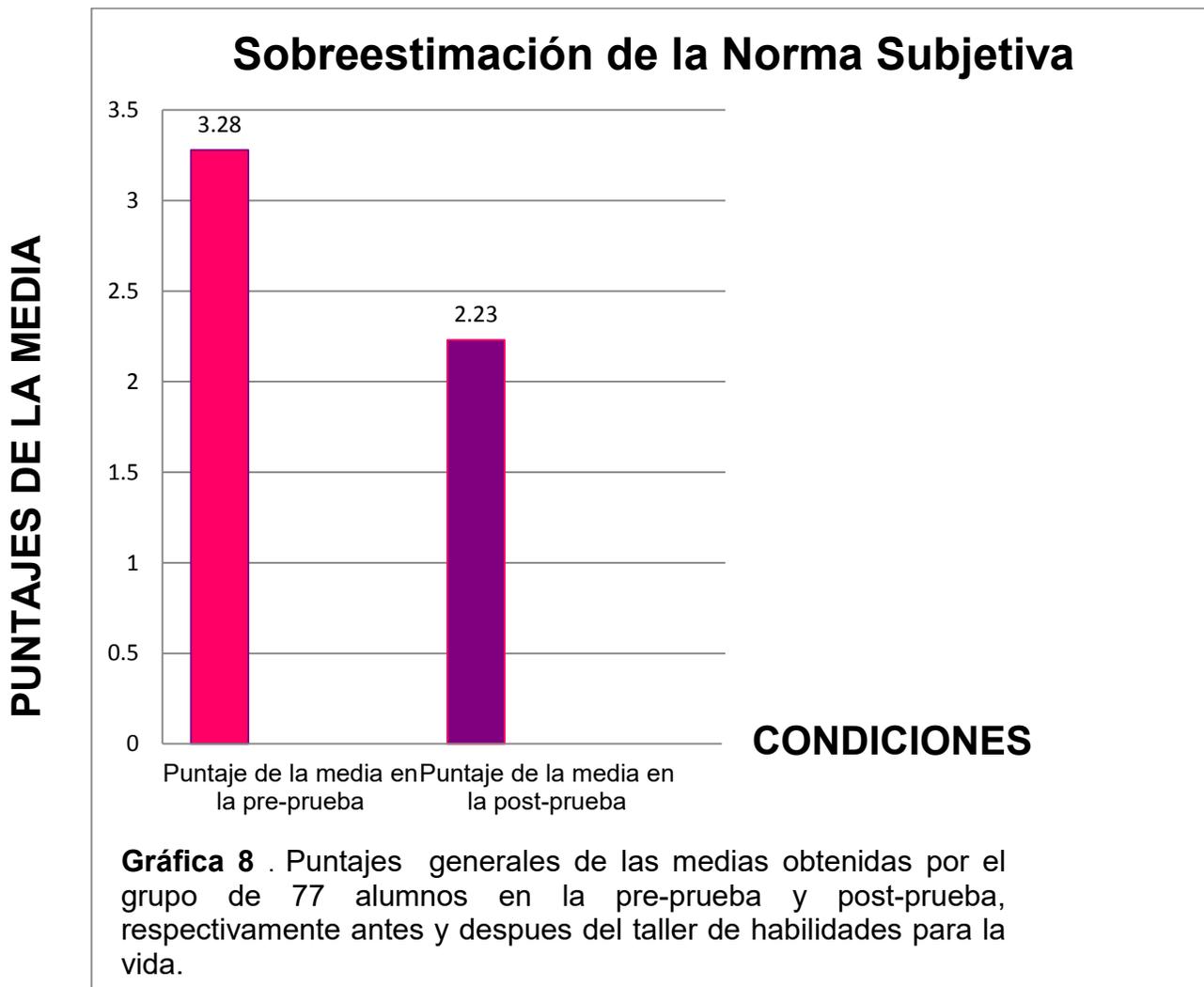
En relación con el sexto objetivo específico que fue evaluar los efectos del programa de prevención universal, en el establecimiento o aumento de la percepción de riesgo en el consumo de alcohol y tabaco se obtuvo durante la pre- prueba una media de 3.42, en tanto que durante la post-prueba este fue de 4.36 (ver gráfica 7). Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 3.42$, $DE = 0.10$) < ($\bar{X} = 4.36$, $DE = 0.06$), $t(76) = 10.61$ $p = .000$.

Gráfica 7



En relación con el séptimo objetivo específico que fue evaluar los efectos del programa de Prevención Universal, en el decremento de la sobreestimación de la norma subjetiva en el consumo de alcohol y tabaco se obtuvo durante la pre-prueba una media de 3.28, en tanto que durante la post-prueba este fue de 2.23 (ver gráfica 8). Por otro lado al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 3.28$, $DE = 2.84$) > ($\bar{X} = 2.23$, $DE = 0.42$), $t(76) = 3.18$ $p = .002$.

Gráfica 8



DISCUSIÓN

Cabe mencionar, que debido a que en el presente programa de índole universal no se aplicaron mecanismos de selección de los alumnos, puesto que ya estaban formados los grupos, hubo algunos casos en los que se reportó consumo de alcohol y/o tabaco, por lo que también a estos alumnos se les dio el programa, debido a que no había nadie que se hiciera cargo de ellos. Esto pudo haber afectado un tanto los resultados, ya que no debieron ser considerados al momento de dar el taller, puesto que no estaba dirigida para ellos, ya que consumían sustancias. Sin embargo, esto permitió ver que este programa también puede tener un efecto en la disminución del consumo. Cabe señalar que al analizar los resultados estadísticamente se encontró que en la pre-prueba se obtuvo una media de 2.42, en tanto que durante la post-prueba esta fue de 1.50. Por otro lado, al efectuarse un análisis estadístico de las diferencias de medias se encontraron cambios estadísticamente significativos ($\bar{X} = 2.42, DE = 0.11$) > ($\bar{X} = 1.50, DE = 0.06$), $t(76) = 7.81$ $p = .000$. No obstante, Estos resultados deben ser interpretados con cautela, ya que esto requiere que se estudie a fondo y se requiere de más estudios para confirmar y dar solidez a estos resultados, esto para saber a qué se debe la disminución en el consumo de alcohol y/o tabaco, que variables lo rodean, que otros factores se puede atribuir esta disminución o si se le puede atribuir únicamente al programa.

Cabe mencionar que diversos estudios han evaluado la relación que existe entre las habilidades para la vida y el consumo de drogas, en ellos se ha encontrado que las habilidades sociales como la asertividad asociada a la resistencia a la presión son factores protectores ante el consumo (Epstein y Botvin, 2002; Epstein et al. 2006, Andrade et. al. 2009). Por ejemplo, los adolescentes no consumidores de drogas tienen puntajes más altos en resistencia a la presión de pares para consumir tabaco y alcohol a diferencia de los consumidores, quienes son menos asertivos para decir no. No así con respecto a la asertividad general se han encontrado algunos resultados contradictorios, por ejemplo Wills et al. (1989) y Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003) señalan que la asertividad general no se relaciona con el consumo, mientras que López-Torrecillas et al. (2003) indican que existe una relación directa. Los resultados obtenidos también encuentran confirmación para el

caso de las habilidades emocionales como la expresión de emociones las cuales se han asociado al consumo de drogas. Así, por ejemplo, Llorens et al. (2004) encontraron que jóvenes de 18 años que les costaba más trabajo expresar sus emociones fumaban 42% más que los jóvenes que no presentaban dificultades. Por su parte Becoña y Míguez (2004) indican que cuando los adolescentes inician el consumo de tabaco tienen niveles más altos de estrés comparativamente con los adolescentes no fumadores. Por su parte Sáiz et al. (1999) encontraron que los adolescentes con mayores niveles de inestabilidad emocional consumían con más frecuencia tabaco, alcohol y otras drogas. Todo esto resultó fundamental a la hora de elaborar este programa de prevención ya que se les prestó mayor importancia y se les dio mayor énfasis a estas habilidades que se relacionan con el inicio en el consumo de alcohol y tabaco.

En general, los resultados obtenidos en otros estudios (Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez de la Barrera & Montes de Oca, 2010; Botvin, 1995; Ruiz & Medina- Mora, 2014; Rodríguez, Díaz, Gracia, Gutiérrez de Velasco, et.al., 2007), y los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran la efectividad que tiene el entrenamiento preventivo de corte cognitivo-conductual basado en estrategias de modelamiento, moldeamiento, reforzamiento positivo, instrucciones y dinámicas grupales en combinación con información psico-educativa sobre el alcohol y el tabaco en el establecimiento y/o incremento de habilidades de comunicación asertiva, solución de problemas, toma de decisiones, regulación emocional, rechazo al consumo, así como en el establecimiento de una actitud desfavorable hacia el consumo, un aumento en la percepción de riesgo y una disminución de la sobreestimación de la norma subjetiva, en la disminución de la intención y consumo inicial del alcohol y del tabaco en la población intervenida.

Una de las principales aportaciones de esta investigación fue la validación de las escalas de habilidades para la vida, actitud ante el consumo, norma subjetiva, percepción de riesgo e intención de consumo, las cuales obtuvieron niveles

aceptables; toda vez que en México son pocas las escalas que miden este tipo de habilidades en esta población, sobre todo las habilidades específicas como la toma de decisiones y la resistencia a la presión para el consumo de drogas. Asimismo, los resultados obtenidos permitieron identificar a las habilidades de toma de decisiones y solución de problemas, control emocional, actitud desfavorable ante el consumo y la norma subjetiva, como variables relacionadas con la prevención del consumo, ya que pudieran disminuir la probabilidad de consumo de alcohol y de tabaco en los participantes. Al analizar cada una de las habilidades, destaca la de toma de decisiones y solución de problemas como una habilidad clave en la prevención ya que fue de las habilidades que incrementaron mucho más antes y después del taller. Los hallazgos de esta investigación son concordantes con múltiples estudios que las reportan como uno de los factores predictores más importantes en el consumo de drogas en adolescentes (De Vries et al., 2006; Epstein et al., 2007; Epstein y Botvin, 2008; Faggiano et al., 2008).

En el mismo tenor, cabe recordar que la habilidad de rechazo al consumo fue medida como intención conductual en este estudio, ya que la gran mayoría de todos los estudiantes no presentaban consumo de drogas ni habían sido persuadidos para consumir. Se tomó esta decisión, retomando lo planteado por Azjen y Fishbein (1980) que mencionan que las intenciones preceden a la conducta y el predictor más exacto de la conducta de una persona es por tanto su intención de llevarla a cabo. Es así que se presume, que los adolescentes que manifiesten la intención de resistir la presión para el consumo, instrumentarán esta conducta de rechazo cuando el contexto así lo demande.

Referente a la norma subjetiva que fue una en las que se obtuvo mayor significancia estadística se comprobó que las creencias a favor de las drogas se relacionan con el consumo adolescente y que 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 de consumo en su entorno (Marcoux & Shope, 1997; Mac Millan & Conner, 2003; Rodríguez-Kuri, Diaz-Negrete, Gracia-Gutiérrez, Guerrero-Huesca &

Lucio, 2007). La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980), ha hecho hincapié sobre la importancia de estas creencias; al parecer, es la evaluación de las consecuencias de consumir drogas; tales como las creencias de que para tener éxito en la vida hay que evitar las drogas o que consumir drogas arruinará el proyecto de vida personal; lo que determina que los estudiantes consuman o no; de ahí la necesidad de incluir un componente informativo en los programas preventivos que considere la clarificación de creencias positivas hacia el consumo como se hizo en este programa de prevención.

Finalmente, cabe destacar el hecho de que en algunas habilidades hubo menores diferencias significativas, estos hallazgos pueden tener su explicación en el hecho, de que si bien existe abundante evidencia en la literatura que pondera el papel protector de las habilidades sociales, tales como la comunicación asertiva y el rechazo al consumo, debido a la importancia de la socialización en esta etapa de la vida (Andrade et al., 2009; Epstein et al., 2007; Epstein y Botvin, 2008; Hecht et al., 2006; Nichols et al., 2006; Poelen et al., 2007); queda claro que se requiere profundizar en el conocimiento exhaustivo sobre la relación entre las habilidades emocionales y más aún, las habilidades cognitivas y el consumo adolescente.

Después de un largo camino en la labor preventiva, en México como en otros países, se cuenta con una amplia evidencia sobre la eficacia de los distintos programas a partir de las evaluaciones realizadas, las cuales han permitido establecer cuál es el valor real y el impacto comparado de estas experiencias. De este modo, se ha comprobado que los programas basados únicamente en la información, aun cuando logran producir un incremento considerable en el nivel de información del alumno, no tienen un efecto significativo cuando se toma como único criterio de evaluación el consumo de drogas (Margain, 2008). Por ello es necesario ir más allá para facilitar que los niños y adolescentes logren enfrentar con éxito la adversidad en sus ambientes; la educación en habilidades para la vida ha demostrado ser una buena opción para lograr este objetivo (Botvin & Griffin, 2007; Castro et al., 1999; Griffin et al, 2006; Pick & Givaudan 2007; Vartiainen et al., 2007).

La propuesta es por tanto, a favor del desarrollo de programas preventivos que promuevan la adquisición y/o desarrollo de habilidades que la literatura ha documentado como relacionadas con la prevención del consumo (Andrade et al., 2009; Audrain-McGovern et al., 2006; Epstein et al., 2007; Epstein & Botvin, 2008; Hecht et al., 2006; Faggiano et al., 2008; López-Torrecillas et al., 2003; Luengo et al., 2008; Llorens et al., 2004; Nichols et al., 2006; Poelen et al., 2007; Seal, 2006), entrenadas a través de técnicas de enseñanza interactivas que faciliten dicho aprendizaje y que además incluyan todas las drogas (CONADIC, 2008).

Los hallazgos de este estudio se traducen en un esfuerzo por contribuir a enriquecer el conocimiento sobre la relación entre algunas habilidades para la vida y la disminución en la intención del consumo adolescente. Sin embargo se reconoce como primera limitación del estudio, la escasa generalización de estos hallazgos dadas las características de la escuela y su población estudiantil. Al trabajar con una muestra específica y no tan grande, se sacrifica la validez externa en aras de aumentar la validez interna. Otra limitación del estudio fue el hecho de que los participantes que aún no habían consumido drogas, hicieron referencia de forma hipotética a una conducta (conducta de consumo y/o de resistencia) que aún no instrumentaban. Además la muestra se redujo al explorar la conducta de consumo, ya que algunos de los participantes mencionaron que ya habían iniciado en el consumo al momento de conducir la investigación. Por tanto, para futuras investigaciones se recomienda utilizar una muestra más amplia y aleatoria, que permita una mejor exploración de la conducta de consumo de drogas en estudiantes adolescentes. Por otra parte, como otros autores mencionan (Pick, Givaudan & Poortinga, 2003; Pick, Poortinga & Givaudan, 2003; Pick & Poortinga, 2005), se recomienda que los programas preventivos de consumo inicial de drogas sean diseñados teniendo en cuenta las necesidades específicas de los adolescentes a los cuales van a estar dirigidos; es decir, desarrollar contenidos específicos para adolescentes ya usen drogas; ya que si bien todos los datos en México coinciden en que el consumo de drogas va en aumento, el creciente número de consumidores no es homogéneo: algunos son meramente experimentales, otros van incorporando el consumo a su vida social, unos desarrollan una enfermedad adictiva con más o

menos disfuncionalidad y para todos, hay un grado variable de daños individuales y repercusiones sociales (CONADIC, 2008).

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.). *Consistency in social behavior: The Ontario symposium* (vol. 2, pp. 3-15). Hillsdale, NJ: LEA.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relationship: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Alvira, M (2002). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona: Martínez-Roca, 1987).
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, L., Llorente del Pozo, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. & Villanueva, V. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2007). ¿Qué debemos saber para hacer una buena prevención de las drogodependencias? *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5, 71-96.
- Becoña, E. & Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.: Síntesis.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas
- Becoña, E. (1995). La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. En Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (s.f). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela: España.
- Botvin, G. y Griffin, K. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19, 607–615. doi: 10.1080/09540260701797753
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 45-74). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Botvin, G., Schinke, S., Epstein, J., Diaz, T. y Botvin, E. (1995). Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviors*.

- Botvin, G. J. & Botvin, E. M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and behavioral pediatrics*, 13, 290-301
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 317-335
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª ed.* Mallorca: Sección de Promoción de la Salud. Servicio de Acción Social y Sanidad, Consell Insular de Mallorca.
- Carles, A. & Manel, N. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública* 2002, Vol. 76, Nº3.
- Carrobes, J., (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones. En J.A.I. Carrobes (Ed.), *Análisis y modificación de conducta II* (vol. 1, p. 77-107). Madrid: UNED.
- Castro, M. E., Llanes, J. y Carreño, S. (1999). Chimalli, un modelo de prevención de riesgos psicosociales. *Psicología Iberoamericana*, Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2008). Encuesta Nacional de Adicciones. México: Secretaría de Salud.
- Chassin, L., Presson, C & Sherman, S., (1984). Cigarette Smoking and Adolescent Psychosocial Development. *Basic and Applied Social Psychology*, p. 295-315.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, s.f). *La Estrategia Hemisférica sobre Drogas*. Asamblea General de la Organización de Estados Americanos: Peru.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2007). *Escuela sin drogas*. CONACE: Santiago de Chile.
- CONADIC (2008). *Modelos Preventivos. Serie Planeación*. México
- CONADIC, DIF, Río-Arronte, G (2008). *Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables. Guía para el Promotor de Nueva Vida*. Secretaría de Salud, México. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/guiaadicciones_nuevavida.html.
- CONADIC, SSA, 2008. *Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida. Guía para el Promotor de Nueva Vida*. México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/guiaadicciones_nuevavida.html.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (s.a.). *¿Qué es el alcohol? Extraído de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abcalc.pdf> el día 20/05/2013.*
- CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI (2006). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/ena2002.html>.

- CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI (2006). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/ena2002.html>
- DeVries, H., Dijk, F., Wetzels, J., Mudde, A., Kremers, S. y Ariza, C. (2006). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Education Research*, 21, 116-132. doi:10.1093/her/cyh048.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar
- Fundación de Ayuda Contra las Adicciones (FAD, 2005). Estudio sobre consumo de drogas en la ESO y validación del nuevo cuestionario para alumnos. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Romero, M. & Hernández, A. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Nutrición.
- García, L. (2010). Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia. Islas Canarias: Colegio oficial de psicólogos de las palmas.
- Gaeta González, Laura, Galvanovskis Kasparane, Agris. ASERTIVIDAD: UN ANÁLISIS TEÓRICO-EMPÍRICO Enseñanza e Investigación en Psicología [en línea] 2009, 14 (Julio-Diciembre) : [Fecha de consulta: 17 de marzo de 2015] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992013>> ISSN 0185-1594.
- González A., Fernández, J. & Secades, R. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. España: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Griffin, K., Botvin, G. y Nichols, T. (2006). Effects of a school drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behaviors in young adulthood. *Prevention Science*, 7, 103-112. doi: 10.1007/s11121-006-0025-6.
- Guitart, A., (2012). *Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de barcelona*. *RevEspSaludPública*; 86: 189-198.
- Kandel, D.B. & Jessor, R. (2002). *The gateway hypothesis revisited*. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gutiérrez López, A.D., Castillo Franco, P.I. (2010). Tendencias del consumo alguna vez en la vida de drogas en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-Primer semestre de 2009. Archivo electrónico. Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 10-01e, México.
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), (2012). Consulta Juvenil sobre las Adicciones en el Distrito Federal. México.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2004.) *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*, Instituto Nacional sobre el

- Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2a edición: Estados Unidos.*
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.
- Londoño, C. & Vinnacia, S., (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos; *Psicología y Salud*, Vol. 15, Núm. 2: 241-249, julio-diciembre de 2005.
- Luengo, M., Romero, T., Gómez, F., Guerra, L. & Lence, P., (2003). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa.* Chile: Universidad de Santiago de Compostela.
- Macia, A. (1995). *Las drogas: Conocer y educar para prevenir.* Madrid: Pirámide, 1995.
- Martinez-Luna & Majó, (s.a.). Prevención Terciaria: Programas de Reducción de Daños. En Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. (Eds.) (s.f.) *Manual de Trastornos Adictivos.* (2da. Edición., pp. 338-346). Enfoque Editorial, S.C.
- Mantilla, C. (2001). Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Ministerio de Salud & Fe y Alegría: Bogotá.
- Marcoux, B. y Shope, J. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Educational Research*, 12, 323-331.
- Medina-Mora, M. E. et. al. "Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas" En Medina Mora, M. E: et. al. (1992) *Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario* SSA. CONADIC 87 – 96.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J.A., López, E.K., Berenzon, S., Carreño, S., Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica: México.*
- Medina, S. y León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera. *Psicología de la salud y de la calidad de vida.* Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Montes de Oca, J. & Mendocilla, Á. (2005). *Guía para la Promoción de Estilos de Vida Saludables en Educación Secundaria.* Naciones Unidas: Perú.
- Margain, M. (2008). Pensando y re-pensando la prevención. En Cuadernos de prevención. *Revista Libberadictus*, 1-7
- NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad.* Segunda edición. Washington, DC.
- Organización de los Estados Americanos (OEA, 2005). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar.* CICAD: Washington.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Guidelines: LifeSkillsEducationCurriculaforSchools.* Ginebra: Suiza.

- Oñate, A.; Piñuel, I. (2009). Educar para contarlo. EDEX. Bilbao
- Paglia A., Room R. (1998) Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations. Research Document No. 142 Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.
- Pantoja, L. (ed.) (2006). Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables. Planteamientos teóricos y experiencias internacionales. Instituto de drogodependencias. Serie Avances en Drogodependencias. Universidad de Deusto: Bilbao.
- Pick, S. y Givaudan, M. (2007). Yo quiero, yo puedo: Estrategia para el desarrollo de habilidades y competencias en el sistema escolar. Revista do Programa de Estudos Pos-Graduados em Psicologia da Educacao, 23, 203-221.
- Programa Sectorial de Salud (PREOSES, 2007-2012). Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012. México. Presidencia de la República.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.): Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona: Sitges.
- Reynales (2010). Tabaquismo en Jóvenes en México: Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez, K., Díaz, N., Gracia, G., Guerrero, H. & Gómez, M. (2007). *Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos*. Salud Mental, Vol. 30, No. 1, enero-febrero 2007.
- Rodríguez Kuri, Solveig Eréndira, Diaz Negrete, David Bruno, Gracia Gutiérrez de Velasco, Sara Elisa, Guerrero Huesca, José Abelardo, Gómez Maqueo, Emilia Lucio. Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos Salud Mental [en línea] 2007, 30 (enero-febrero): [Fecha de consulta: 26 de junio de 2013] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230109>> ISSN 0185-3325 .
- Rojas, E., Fleiz, C., Villatoro, J., Gutiérrez, ML. & Medina-Mora, ME (2009) Tendencias del consumo de Drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. Salud Mental, 32 (4):13-19.
- Ruiz, T., & Medina-Mora, I. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. Salud mental 2014; 37: 1-8
- Secretaría de Salud (2012). Programa escuela segura. Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria. México.
- Ruiz, J (2003). Secretaría de Cultura de la Municipalidad de La Plata: Manual Básico de Adicciones. Buenos Aires: La Comuna Ediciones
- SEP (2008). Programa Integral de Formación Cívica y Ética. Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa. Subsecretaría de Educación Básica, Secretaría de Educación Pública. México.

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA, 2012). Informe 2012. Secretaria de Salud: México.
- Sloboda, Z. (2008) EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. In: A cannabis reader: global issues and local experiences Chapter 12 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>. Extraído el 20 de mayo de 2013.
- SSA (2011). SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud, Tabla. Dinámica de Defunciones, 1979-2009. <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#dinamica>. Extraído el 20 de enero 2014.
- SSA, CONADIC (2008). Programa de acción. Prevención y tratamiento de las adicciones, 2007-2012. México.
- UNEMES de Adicciones. Modelo Innovador. 5 de febrero de 2007. Última modificación: lunes, 11 de febrero a las 14:40, por Ricardo Morales., obtenido de la página <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/noticias/unemes.html>, el 22 de febrero de 2008.
- Vartiainen, E., Pennanen, M., Haukkala, A., Dijk, F., Lehtovuori, R. y De Vries, H. (2007). The effects of a three-year smoking prevention program in secondary schools in Helsinki. *European Journal of Behavior*.
- Velasco, R. (2003). Las adicciones. Manual para maestros y padres. Ed. Trillas. Págs. 281.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A. et al. (2001). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del distrito federal: medición otoño 2000. Reporte global del Distrito Federal. INP-SEP: México.
- Villatoro, J.; Gaytán, F.; Moreno, M.; Gutiérrez, M.L.; Oliva, N.; Bretón, M.; López, M.A.; Bustos, M., y Medina-Mora, ME (2010). Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2009. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, ML., Oliva, N., Bretón, M., et al. (2011). Tendencias del uso de Drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental* 2011; 34(2):81-94.
- WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html. Extraído el 13 de diciembre del 2013.
- World Health Organization. (2002) Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention
- Xunta De Galicia (2008). Guía para la planificación de programas preventivos en el campo de las drogodependencia. Santiago de Compostela: Servicio Gallego.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

CARTAS DESCRIPTIVAS

- Primera sesión en donde se llevaron a cabo dinámicas de integración de los alumnos y entrega de evaluaciones.

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN DEL TALLER, EVALUACIÓN INICIAL Y DINÁMICAS DE INTEGRACIÓN

PRESENTACIÓN DEL TALLER		
SESIÓN 1	➤ Presentación del taller	5 min
	➤ Evaluación Inicial	40 min
	➤ Dinámicas de integración ➤ “Encuentra a alguien que...” ➤ “¿Qué hace un chico(a) como tú en sitio como este?”	65 min
	➤ Cierre	5min
	OBJETIVOS	⚡ Que los alumnos conozcan la finalidad del taller, y los componentes que lo integran. ⚡ Dinámicas que creen un ambiente de empatía, así como también que se conozcan más a fondo los unos a los otros.
CIERRE	⚡ Cierre (se les pregunta a los alumnos que esperan del taller, así como la importancia del mismo.	
DURACIÓN TOTAL	120 min.	

- Segunda sesión en donde se dio información psicoeducativa sobre riesgos, daños, mitos y verdades sobre las drogas.

SESIÓN 2. PSICOEDUCACIÓN

PSICOEDUCACION		
SESION 2	➤ Entrega de materiales	➤ 10 min
	➤ Mitos y realidades del alcohol (presentación powerpoint) ➤ Información sobre alcohol (presentación powerpoint)	➤ 20 min
	➤ Actividades	➤ 45 min
	➤ Dinámica <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto sabes? 	➤ 30 min
	➤ Entrega de cuadernillo de trabajo	➤ 10 min
	➤ Cierre	➤ 5min
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que los alumnos recuerden la finalidad del taller, y los componentes que lo integran. ➤ Que los alumnos tengan información real, clara, oportuna y necesaria de alcohol y tabaco. ➤ Aumentar la percepción del riesgo de consumir alcohol y tabaco, mediante la exposición de todos sus efectos tanto físicos como sociales. ➤ Que los alumnos identifique los mitos y las realidades que se tienen con respecto al alcohol y al tabaco. ➤ Motivar a los alumnos a resistirse a beber alcohol o fumar tabaco ayudándolos a identificar las consecuencias sociales, psicológicas y físicas. ➤ Hacer una breve discusión de los efectos que les traerían al decidir beber o fumar, tabaco o no, en el ámbito familiar, escolar, y personal. (dirigir el debate a efectos negativos del consumo) 	
CIERRE	➤ Cierre (se hace un pequeño debate respecto a los mitos y se aclaran dudas de esos u otros mitos que se tengan)	
DURACIÓN TOTAL	120 Min.	

- Tercera sesión en donde se desarrolló el tema de comunicación asertiva y estilos de respuesta social.

Sesión 3. COMUNICACIÓN ASERTIVA Y ESTILOS DE RESPUESTA SOCIAL

COMUNICACION, ASERTIVIDAD Y ESTILOS DE RESPUESTA SOCIAL		
SESIÓN 3	➤ Encuadre del taller	➤ 5min
	➤ Primer tema “La comunicación y sus elementos” (presentación en powerpoint)	➤ 15 min
	➤ Dinámica; “El mensaje”	➤ 35 min
	➤ Segundo tema → “Asertividad” y “Estilos de respuesta social” (presentación en powerpoint)	➤ 15 min
	➤ Dinámica: • “Primera... Segunda... Tercera llamada”	➤ 35 min
	➤ Dinámica: • “Es la hora de la asertividad”	➤ 15min
	➤ Cierre	➤ 5 min
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que los alumnos identifiquen los puntos importantes dentro de la comunicación. ➤ Que los alumnos comprendan el término asertividad ➤ Que los alumnos puedan identificar los diferentes estilos de respuestas sociales. 	
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cierre (se realiza un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco). 	
DURACION TOTAL	120 Min.	

- Cuarta sesión en donde se desarrollaron los temas de toma de decisiones y solución de problemas.

SESION 4. SOLUCION DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES

SOLUCION DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES		
SESIÓN 4	➤ Repaso de las habilidades vista la sesión pasada.	10min
	➤ Explicación del tema “solución de problemas así como los pasos para hacerlo. (presentación en powerpoint)	20min
	➤ Explicación del tema toma de decisiones y solución de problemas, los pasos para una buena solución de problemas y algunos tips para tomar las mejores decisiones al resolver los problemas. (presentación en powerpoint)	20min
	➤ Dinámica: ➤ “Enfrentando problemas”	20min
	➤ Dinámica: • “Resolviendo Problemas”	20min
	➤ Dinámica: • “Toma una decisión y da soluciones”	20min
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que los alumnos identifiquen los elementos que se toman en cuenta para la solución de problemas ➤ Que los alumnos identifiquen los elementos que se requieren para la toma de decisiones 	
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se les pedirá que identifiquen la finalidad de las actividades realizadas, así como la importancia de las habilidades revisadas en la sesión. ➤ Cierre (se realiza un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco). 	10min
DURACIÓN TOTAL	120 Min.	

- Quinta sesión en donde se desarrolló el tema de regulación emocional.

SESIÓN 5. CONTROL EMOCIONAL

CONTROL EMOCIONAL		
SESION 5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Repaso de todas las habilidades vistas la sesiones pasadas (se pedirá la participación voluntaria para recordar las habilidades vistas en las sesiones anteriores 	➤ 5min
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Después del repaso el facilitador deberá hilar las habilidades anteriores recalcando el hecho de ya las poseen y unir con la nueva habilidad. 	➤ 15min
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicación del tema “control emocional”, así como algunas emociones (enojo, tristeza, ansiedad) ➤ Se dibujara en el pizarrón las caritas con las emociones revisadas y se discutirá cuáles de ellas son “positivas o negativas” (presentación en powerpoint) 	➤ 20min
DINAMICAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinámica 1: <ul style="list-style-type: none"> • “Yo conozco esa emoción” En su cuadernillo de trabajo resolverán el cuadro de situaciones. 	➤ 20min
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinámica 2: <ul style="list-style-type: none"> • “Yo sé que se siente...” En su cuadernillo de trabajo completaran algunas oraciones relacionadas con el enojo, la ansiedad y la tristeza. 	➤ 20min
TÉCNICAS DE CONTROL EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se les enseñaran mediante modelamiento y por una presentación en powerpoint, algunas técnicas de regulación emocional 	➤ 20min
DINAMICA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinámica <ul style="list-style-type: none"> • “Yo decido que sentir” 	➤ 20min
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que los alumnos comprendan el término control emocional. ➤ Que los alumnos puedan identificar que son las emociones. ➤ Que los alumnos identifiquen algunas emociones como son el enojo, la ansiedad, y tristeza. 	
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cierre (se realiza un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco). 	
DURACION TOTAL	120 Min.	

- Sexta sesión en donde se desarrolló el tema de rechazo al consumo, y entrega de evaluaciones.

SESIÓN 6. RECHAZO AL CONSUMO

RECHAZO AL CONSUMO		
SESION 6	Repaso de las habilidades vistas la sesión pasada	5min
	El facilitador deberá hilar todo el contenido del programa para unirlo con este último tema que es de suma importancia	10min
	Explicación del tema “rechazo y resistencia al consumo”, así como los elementos que conforman dicho tema (presentación en powerpoint) Se deberá hacer una discusión de que implica el rechazo al consumo, las consecuencias que pudiera tener, las técnicas que pudieran utilizar, así como quienes son los que ellos consideran que presionan más para consumir alcohol	20min
DINAMICAS	Dinámica 1: “Yo puedo decir no”	15min
	Dinámica 2: “Es todo un drama...”	15min
TÉCNICAS PARA RECHAZAR EL CONSUMO	Se les enseñaran algunas técnicas de rechazo al consumo (presentación powerpoint) Así como un breve modelamiento y moldeamiento de dichas técnicas (pasar algunos voluntarios para que utilicen algunas en una situación hipotética de ofrecimiento de alcohol o tabaco. ellos podrán inventar tal situación).	25min
VIDEOS	ALCOHOL→ La mejor decisión TABACO→ Prevención del consumo de alcohol	20min
OBJETIVOS	Que los alumnos identifiquen algunas técnicas para rehusarse al consumo; esto se logrará mediante el uso de todas las habilidades revisadas en cada sesión, el alumno deberá poner en práctica cada una de ellas para rehusarse al consumo.	
CIERRE	Se pedirá que identifiquen la finalidad de las actividades realizadas, así como la importancia de las habilidades revisadas en la sesión. Se hará una breve reseña de la finalidad del taller así como la mención de todas las habilidades que ya poseen hasta el	10min

	<p>momento, invitándolos a reflexionar y a practicarlas y utilizarlas en todos los ámbitos.</p> <p>Cierre (se realiza un debate de cómo es que esta habilidad se relaciona con una actitud desfavorable, una percepción de riesgo alta, como decremento la sobreestimación de la norma subjetiva y cómo afecta la intención de consumo de alcohol y tabaco).</p> <p>Entrega de instrumentos (post evaluación)</p> <p>Entrega de reforzadores (dulces, juguetes, etc.), haciendo referencia a que todo el que se esfuerza tiene sus recompensas.</p>	
DURACIÓN TOTAL	120 Min	

APÉNDICE 2:

DINÁMICAS DE LAS SESIONES (MUESTRA)

Dinámica de integración 1

- Instrucciones: debes llenar el siguiente cuadro intentando no repetir nombres, debes poner la mayor cantidad de personas, listo, comenzamos...“Encuentra a alguien que...”

Haya desayunado lo mismo que tu	Haya leído algún libro en el último mes	Conozca a alguna persona que no se haya emborrachado

Dinámica de integración 2

Instrucciones: debes buscar a alguien que cumpla la condición que se indica, y escribe su nombre (recuerda no repetir nombres) y cuantos más nombres tengas mejor (escribe en las estrellas los nombres)...“¿Qué hace un chic@ como tú en sitio como este?”

Alguien que te cuente un chiste



Alguien que te enseñe el ombligo



Alguien que te de un abrazo



→ Dinámica 1 Primer tema:

“La comunicación y sus elementos”

“El mensaje”

- Se divide al grupo en equipos.
- Al representante de cada equipo se les dará un mensaje el cual debe leerlo y pasarlo a su compañero sin hablar, su compañero a su compañero y así sucesivamente (como teléfono descompuesto).

→ Dinámica 2 Segundo tema:

“Asertividad y Estilos de Respuesta Social”

“Primera... Segunda... Tercera llamada”

Se piden algunos voluntarios para representar una pequeña obra de teatro en el que el tema principal debe ser el consumo de alcohol o de tabaco, los personajes deben demostrar los diferentes estilos de respuesta social (los integrantes de la obra de teatro son a consideración del facilitador)

Ejemplo: Pedrito, Juanita, Anita, Panchito, Julia, y Raúl son amigos de la escuela, los han invitado a una fiesta, sin embargo saben que en esas fiestas hay mucho alcohol y fuman todos... los cuatro amigos se reúnen para tomar una decisión...

“Es la hora de la asertividad”

En el cuadernillo de trabajo se definen los estilos de respuestas sociales los alumnos deben dar ejemplos de cada estilo.

Ejemplo: Respuesta social pasiva → significa que rompes los límites de tus propios derechos a expresar tus ideas, etc...

Escribe un ejemplo de este estilo de respuesta social: _____

“Toma una decisión y da soluciones”

→ Dinámicas tercer tema “Solución de Problemas y Toma de Decisiones”

El cuadernillo de trabajo se les pide a los alumnos que piensen en un problema hipotético o real y que lo resuelvan con base en los pasos vistos en la sesión.

EJEMPLO (Se debe completar con los pasos que debe tener la toma de decisiones):

1. CLARO EL PROBLEMA	2. IDENTIFICA POSIBLES SOLUCIONES	3.	4.	5.
•SITUACIÓN:	•SOLUCION 1: •SOLUCIÓN 2: •SOLUCIÓN 3:			

→ DINÁMICAS CUARTO TEMA “CONTROL EMOCIONAL”

➤ “Yo conozco esa emoción”

Situación	Me siento ...	Lo que suelo hacer es...
Cuando me regaña mis papas		
Cuando alguien que conozco consumo alcohol y/o tabaco		

➤ “Yo sé que se siente”...”

Llego a enojarme cuando... _____

Cuando me enojo yo hago... _____

Cuando me enojo yo digo... _____

→ Dinámicas quinto tema; “Rechazo al Consumo”

➤ “Yo puedo decir no”

Se debe pedir a los chicos que formen equipos, después se les pide que piensen en algunas situaciones en las que se sientan presionados para consumir alcohol o tabaco y en situaciones en las que no saben qué hacer, el facilitador les pedirá que lo escriban y tomen la solución que sea mejor para resolverlo (el facilitador guiará el acto para que se resuelva de la mejor manera, ayudándolos con preguntas, recordatorios de la sesión de toma de decisiones, etc.).

Ejemplo: Situación 1 → Cuando me invitan una cerveza

Situación 2 → Cuando mi mejor amigo toma en una fiesta

➤ “Es todo un drama...”

Se divide al grupo en equipos

El facilitador dará a cada equipo situaciones en las que alguien está siendo presionado para usar alguna droga, en el mismo escribirá algunas técnicas para rehusarse al consumo y los alumnos tendrán que actuarlo y mostrar a los demás como utilizarían la técnica que se les pidió.

Ejemplo:

Situación: Juanita es una niña muy estudiosa pero tiene un amigo que se llama Pancho, a él le encanta irse de fiesta, siempre le gusta beber, pero cuando lo hace ya no puede parar, Pancho invitó a Juanita a una fiesta (...) ella aceptó...en la fiesta Pancho le ofrece de tomar a Juanita, ella no quiere y lo rechaza, pero el sigue insistiendo e incluso llama a los demás para que le ayuden a convencer a Juanita para que tome llegando hasta ofenderla para que lo haga...

Habilidad que debe usar Juanita: Ofrecer alternativas

APÉNDICE 3

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Folio No. _____

"ESCALA DE HABILIDADES PARA LA VIDA"

- Vas a encontrar algunas preguntas acerca de temas como el tabaco y el alcohol. Debes contestar sinceramente. No olvides que tus respuestas **serán siempre anónimas** y no podrá saberse de ninguna manera a quien corresponden.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
CA: Expreso lo que siento.				
CA: Si tengo algo que decir, lo digo.				
CE: Soy paciente.				
CE: Me mantengo tranquilo ante las dificultades.				
TDSP: Cuándo tomo una decisión, evaluó sus resultados.				
TDSP: Pienso antes de hacer las cosas.				
RC: Si mis amig@s me invitan un cigarro, les diría que no quiero fumar.				

"CUESTIONARIO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO"

- Vas a encontrar algunas preguntas acerca de temas como el tabaco y el alcohol. Debes contestar sinceramente. No olvides que tus respuestas serán siempre anónimas y no podrá saberse de ninguna manera a quien corresponden.

1) ¿Fumas tabaco?

- Nunca he fumado
- Solo lo he probado
- He fumado alguna vez cigarros, peros solo algunos en mi vida
- Fumaba, pero ya lo he dejado
- Fumo en la actualidad

2) ¿Has tomado alguna vez alcohol (cerveza, vino o licores)? (Contesta no si solo diste un sorbo o probaste la bebida de otra persona)

- No (en este caso no sigas respondiendo y ve directamente a la pregunta 12)
- Si

**"ESCALA DE ACTITUDES ANTE EL CONSUMO DE
ALCOHOL Y TABACO"**

- A continuación se hace una lista de afirmaciones de diversas personas sobre el consumo de alcohol y tabaco. Marca la respuesta que más se aproxima a tu opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro/a	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Consumir drogas puede ser agradable					
Hay cosas más arriesgadas que consumir alcohol y/ tabaco					
En los colegios se debería enseñar los riesgos reales de consumir alcohol y/o tabaco					

"ESCALA DE NORMA SUBJETIVA"

- A continuación se hace una lista de afirmaciones de diversas personas sobre el consumo de alcohol y tabaco. Marca la respuesta que más se aproxima a tu opinión:

1. ¿Probar el alcohol y el tabaco tendría algún impacto negativo en tu vida?

Definitivamente Si	Probablemente Si	No Estoy Seguro	Probablemente No	Definitivamente No

2. ¿Qué tan dispuesto estoy a seguir los consejos de mi padre y/o madre?

Definitivamente Si	Probablemente Si	No Estoy Seguro	Probablemente No	Definitivamente No

3. ¿Mi padre y/o madre piensan que algún día probare el cigarro y el alcohol?

Definitivamente Si	Probablemente Si	No Estoy Seguro	Probablemente No	Definitivamente No

**"ESCALA DE PERCEPCION DE REISGOS ASOCIADOS AL
CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO"**

- En tu opinión ¿Cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a si mismo por...?

	Ningún riesgo	Pequeño riesgo	Difícil de decir/no lo se	Riesgo moderado	Gran riesgo
Fumar cigarros ocasionalmente					
Fumar uno o más paquetes de cigarros al día					
Tomar una o dos copas todos los días					
Tomar cuatro o cinco copas todos los días					

- ¿Hasta qué punto es probable que consumas alcohol y/o tabaco en los próximos meses a partir de ahora?

	Muy probable	Probable	No estoy seguro/a	Improbable	Muy improbable
Cigarros					
Bebidas con alcohol					

APÉNDICE 4

Cuadernillo de trabajo para los alumnos (MUESTRA)

Sesión 2

Tabaco...

¿Qué es el tabaco?

¿Qué sustancias tiene?

VÍAS DE ADMINISTRACION

> POR VIA DIGESTIVA:

-
-
-
-
-

> ADMINISTRACION PERCUTANEA
(EFECTOS ANALGESICOS)

> ADMINISTRACION POR VIA
RESPIRATORIA:

-
-



Alcohol...

¿QUE ES EL ALCOHOL?

¿Cuáles son los tipos de bebidas con alcohol?

_____	<ul style="list-style-type: none">• _____• _____• _____• _____
_____	<ul style="list-style-type: none">• _____• _____• _____• _____

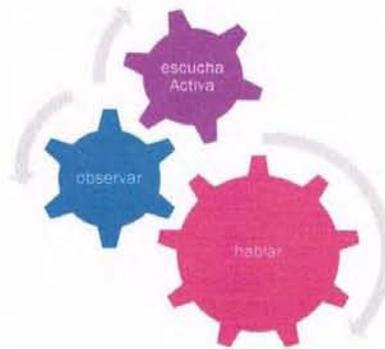
Sesión 3 fecha: _____

"COMUNICACIÓN"

La comunicación es el intercambio de información, ideas, sentimientos, valores, costumbres y actitudes entre las personas que interactúan en un contexto específico, compartiendo significados comunes, con el fin de establecer un entendimiento común.

La mayor parte de nuestra vida la pasamos conviviendo con otros, por lo que es importante aprender a relacionarnos.

Aprendiendo tres habilidades básicas y sencillas:



Escucha activa → _____

¿Cuál es la diferencia entre oír y escuchar?

Para escuchar a los demás debemos:

- Prestar atención: si de verdad se quiere escuchar a alguien es importante concentrarse en lo que el otro está diciendo e interrumpir lo que se estaba haciendo.
- Mirar a los ojos a quien habla.
- Identificar los sentimientos que la persona está expresando al hablar, por ejemplo: enojo, tristeza, ansiedad, etcétera.
- No interrumpir a la otra persona hasta que termine su idea, ni estar pensando en qué se le va a responder.
- Ponerse en el lugar de la otra persona, ver las cosas desde su punto de vista para comprenderlo.

Para que se entienda lo que decimos debemos hablar de manera clara y precisa, sin tantos rodeos. Si sabemos lo que queremos podemos encontrar una forma sencilla y directa para

En caso de que la respuesta sea negativa, hay dos opciones:

- a. Revisar en dónde estuvo el error (revisar cada paso), o
- b. Buscar otra solución.

- ✓ Si se decide buscar otra solución, se puede considerar alguna de las que se tenían o pensar en una nueva. En cualquiera de los casos, la persona debe asumir las consecuencias de la decisión que tomó.

"Se pueden tomar decisiones o resolver un problema rápidamente, por lo que el sentido común es de gran utilidad. Lo más recomendable es que las niñas, niños y adolescentes se den el tiempo para tomar decisiones que sean positivas y que beneficien a todos los involucrados en el problema."

Tips para tomar decisiones y resolver problemas

- Recuerda que los problemas son parte de la vida diaria.
- Sé creativo al pensar en todas las posibles soluciones.
- Considera tu intuición o "voz interior" al tomar una decisión.
- Ponte en el lugar de los otros involucrados y escucha lo que tienen que decir.
- Cuando otras personas estén involucradas, tómalas en cuenta siempre.
- Contempla lo que puede pasar; es decir, los riesgos que corres al tomar una u otra decisión.
- No seas indeciso, toma decisiones y responsabilízate de ellas.
- Muestra una actitud positiva para solucionar el problema.
- Comunícate claramente, considerando a las otras personas.
- Borra de tu mente frases como "esto sólo me ocurre a mí" o "no soy capaz de solucionar este problema".
- No respondas de manera impulsiva; es decir, con lo primero que se te ocurra. Piensa antes de actuar.
- Toma decisiones informadas.
- Di SÍ a lo que quieres y NO a lo que no quieres.
- Recuerda que lo que decidas va a impactar en ti y en todos los que están involucrados en el problema.
- Podemos equivocarnos en las decisiones que tomamos, en ese caso lo mejor será aceptarlo, aprender de la experiencia e intentarlo de nuevo.



ESCRIBE ¿PARA QUE TE PUDEN SERVIR ESTAS EMOCIONES?

ENOJO

TRISTEZA

ANSIEDAD

Entonces...



Las emociones comienzan a causar problemas cuando su intensidad es desmedida o desproporcionada a la situación que se está viviendo como al tener tristeza y depresión intensa solo porque se perdió un pequeño objeto material (en esta situación la emoción rebasa a la situación), o si se siente rabia intensa ante la creencia de que alguien nos veía feo. En estos casos, es mejor aprender a controlar las emociones para tener una mejor relación con los demás y sentirse más seguros de sí mismos.

Para poder expresar lo que sentimos es necesario que tomemos en cuenta los siguientes puntos:

INSTRUCCIONES: Piensa en alguna situación que te ponga triste, que te moleste o que te ponga ansioso y escribe la condición que se te pide, si es el caso.

Escribe como usarías esta técnica: _____

□ Para ti-para mí



Se emplea cuando, al manifestar una negativa, el adolescente o la persona puede ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas con las que se pretende manipularlo. Cuando se usa se consiguen dos cosas: no enfadarse si otros critican y que no se salgan con la suya.

Primer paso: PARA TI + (Repetir lo que dijo la persona que critica): "Para ti seré un cobarde". Segundo paso: PARA MÍ + (Decir algo positivo de uno mismo): "Pero para mí soy una persona que sabe divertirse". Repetir el proceso las veces que sea necesario.

Ejemplo: "Eres un cobarde, no te atreves..."

Escribe como usarías esta técnica: _____

□ Banco de niebla

Es una técnica que se emplea cuando, al manifestar la negativa, se puede ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas que pretenden manipular. Consiste en reconocer la razón que pueda tener la otra persona, pero expresando la decisión de no cambiar la conducta. Es huir del riesgo, sin atacar demasiado al que dice u ofrece algo. De algún modo, se trata de no entrar en discusión.

- Después de reflejar o parafrasear lo que acaba de decir la otra persona, se puede añadir una frase que exprese el deseo de no consumir: "Pero lo siento, no puedo hacer eso...", "...pero no, gracias", "...pero prefiero no tomarlo".



Ejemplo: Escribe como usarías esta técnica:

Amigo: "¡Pero si la vamos a pasar muy bien!"

Tu: _____

"¡Ándate no seas niño!"

Tu: _____

"Todo el mundo las toma, ¡Pruébalas!"

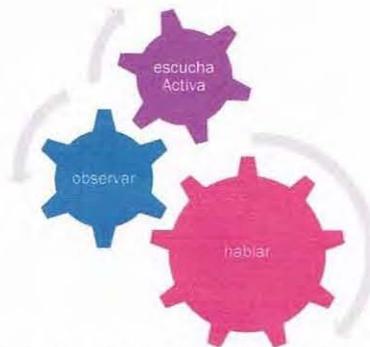
Tu: _____

"COMUNICACIÓN"

La comunicación es el intercambio de información, ideas, sentimientos, valores, costumbres y actitudes entre las personas que interactúan en un contexto específico, compartiendo significados comunes, con el fin de establecer un entendimiento común.

La mayor parte de nuestra vida la pasamos conviviendo con otros, por lo que es importante aprender a relacionarnos.

Aprendiendo tres habilidades básicas y sencillas:



Escucha activa → es una habilidad básica de la comunicación, para utilizarla adecuadamente debemos asegurarnos que en el momento en el que el emisor envía un mensaje; el receptor escucha con atención, concentrándose en el emisor, comprendiendo el mensaje, resumiendo los puntos importantes y confirmando si el mensaje fue comprendido.

¿Cuál es la diferencia entre oír y escuchar?

Oír es simplemente percibir vibraciones de sonido, escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye

Para escuchar a los demás debemos:

- Prestar atención: si de verdad se quiere escuchar a alguien es importante concentrarse en lo que el otro está diciendo e interrumpir lo que se estaba haciendo.
- Mirar a los ojos a quien habla.
- Identificar los sentimientos que la persona está expresando al hablar, por ejemplo: enojo, tristeza, ansiedad, etcétera.
- No interrumpir a la otra persona hasta que termine su idea, ni estar pensando en qué se le va a responder.
- Ponerse en el lugar de la otra persona, ver las cosas desde su punto de vista para comprenderlo.

Para que se entienda lo que decimos debemos hablar de manera clara y precisa, sin tantos rodeos. Si sabemos lo que queremos podemos encontrar una forma sencilla y directa para

4. Analizar las alternativas de solución:

¿Qué gano y qué pierdo si elijo esta solución? _____

¿Qué de bueno y qué de malo puede pasar si elijo esta alternativa de solución? _____

Ventajas: _____

Desventajas: _____



5.- Ponerla en práctica:

¿Qué necesito para poner en práctica la solución? _____

6.- Ver los resultados: si se obtiene una respuesta positiva, quiere decir que la decisión fue la mejor. Me puede funcionar ¿Por qué? _____

En caso de que la respuesta sea negativa, hay dos opciones:

a. Revisar en dónde estuvo el error (revisar cada paso), o

b. Buscar otra solución.

- ✓ Si se decide buscar otra solución, se puede considerar alguna de las que se tenían o pensar en una nueva. En cualquiera de los casos, la persona debe asumir las consecuencias de la decisión que tomó.

“Se pueden tomar decisiones o resolver un problema rápidamente, por lo que el sentido común es de gran utilidad. Lo más recomendable es que las niñas, niños y adolescentes se den el tiempo para tomar decisiones que sean positivas y que beneficien a todos los involucrados en el problema.”

Tips para tomar decisiones y resolver problemas

- Recuerda que los problemas son parte de la vida diaria.
- Sé creativo al pensar en todas las posibles soluciones.
- Considera tu intuición o “voz interior” al tomar una decisión.
- Ponte en el lugar de los otros involucrados y escucha lo que tienen que decir.



ESCRIBE ¿PARA QUE TE PUEDEN SERVIR ESTAS EMOCIONES?



Entonces...

Las emociones comienzan a causar problemas cuando su intensidad es desmedida o desproporcionada a la situación que se está viviendo como al tener tristeza y depresión intensa solo porque se perdió un pequeño objeto material (en esta situación la emoción rebasa a la situación), o si se siente rabia intensa ante la creencia de que alguien nos veía feo. En estos casos, es mejor aprender a controlar las emociones para tener una mejor relación con los demás y sentirse más seguros de sí mismos.

Para poder expresar lo que sentimos es necesario que tomemos en cuenta los siguientes puntos:

INSTRUCCIONES: Piensa en alguna situación que te ponga triste, que te moleste o que te ponga ansioso y escribe la condición que se te pide, si es el caso.

necesidad de dar alguna explicación del porqué no se quiere consumir.

□ **Sencillamente di no**

Consiste sencillamente en decir **NO** ante cualquier petición que no le agrade a una persona, para que nadie la manipule.

Ejemplo: "¡vamos por unos tabacos...!"

Escribe como usarías esta técnica: _____

□ **Disco rayado**

Consiste en la repetición de las palabras que expresan deseos, pensamientos, etc.; sin enojo, sin levantar la voz y sin hacer caso a presiones por parte de la otra persona.

- Repetir la frase que exprese el deseo sobre un aspecto concreto, aunque no aporte demasiadas explicaciones.

- Repetirla una y otra vez, siempre de forma serena.

Ejemplo: "Chale, no seas aburrido vamos por unas Chelas..."

Escribe como usarías esta técnica: _____



□ **Ofrecer alternativas**

Consiste en proponer algo positivo que guste a la gente. Aunque a veces presentar una alternativa se parece mucho a "Cambiar de tema", proporcionar algo positivo supone diversas ofertas.

- Buscar algo atractivo y proponerlo con entusiasmo.

- Insistir sin decaer ante la posible reacción negativa de los demás.

- Buscarse el apoyo de alguien dispuesto a seguir lo propuesto.

Ejemplo: "Vamos a echar la chela al bar de aquí cerca ¿no?, yo invito..."

Escribe como usarías esta técnica: _____

□ **Para ti-para mí**



Se emplea cuando, al manifestar una negativa, el adolescente o la persona puede ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas con las que se pretende manipularlo. Cuando se usa se consiguen dos cosas: no enfadarse si otros critican y que no se salgan con la suya.

Primer paso: **PARA TI** + (Repetir lo que dijo la persona que critica): "Para ti seré un cobarde".

Segundo paso: **PARA MÍ** + (Decir algo positivo de uno mismo): "Pero para mí soy una persona que sabe

APÉNDICE 6

Guía para el facilitador (MUESTRA)

Sesión 2 Información alcohol y tabaco (carteles)

Alcohol:

¿QUE ES EL ALCOHOL?

Es un líquido incoloro y aromático que procede de la fermentación de las sustancias azucaradas existentes en los frutos y cereales, en este proceso el jugo de las frutas queda expuesto al aire durante un tiempo determinado, así el azúcar que contiene se transforma en alcohol, bajo la acción de unos hongos llamados levadura.

Una forma de aumentar el contenido de alcohol es mediante el proceso de destilación en el cual se hierva el alcohol fermentado, el vapor obtenido es condensado, luego pasa por un tubo de enfriamiento para volver a convertirlo en líquido y así, obtener una mayor cantidad de alcohol.

¿QUÉ CAMINO SIGUE EL ALCOHOL A NUESTRO ORGANISMO?

Una vez ingerido comienza a absorberse rápidamente al estómago, esta rapidez de absorción va a depender de diversos factores, ya absorbido es el flujo sanguíneo el que se encarga de distribuirlo rápidamente a todos los tejidos y órganos del cuerpo, en un periodo que va de los 10 a los 30 minutos

El alcohol comienza a deshacerse mediante:

Eliminación y la oxidación:

2% mediante el sudor

Del 1 al 5 % a través de la orina

A)rededor de 1 a 5% por la respiración

La mayor parte el 90 al 97% se metaboliza u oxida casi exclusivamente por el hígado a través de la enzima "ALCOHOL DESHIDROGENASA" (ADH)

Esta actividad es menor en las mujeres pues la enzima (ADH) está en cantidades más bajas que en los hombres

¿CUÁLES SON SUS EFECTOS?

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, por lo que disminuye el ritmo cardíaco, la respiración y la vigilia en general.

En pequeñas cantidades actúa como un ansiolítico, relajando y produciendo desinhibición (FASE DE EXCITACIÓN).

En grandes cantidades funciona como un depresor y sedante, provocando pesadez, cansancio, pérdida de coordinación y finalmente pérdida total de la conciencia (FASE ANESTÉSICA).

Más de 5 mililitros de alcohol por litro de sangre provocan la muerte (FASE BÚLBAR).

PREVALENCIA DEL CONSUMO EN MÉXICO DE LOS 12 A LOS 17 AÑOS MUJERES

Consumo Alguna Vez: 39.7

Consumo Último Año: 28.1

Consumo Último mes: 11.6

SESIÓN 3 "COMUNICACIÓN, ASERTIVIDAD Y ESTILOS DE RESPUESTA SOCIAL"

Se les explicara de manera clara los puntos más importantes de la comunicación. A continuación hay un resumen que puede servir para dar la información, aunque se recomienda investigar más bibliografía.

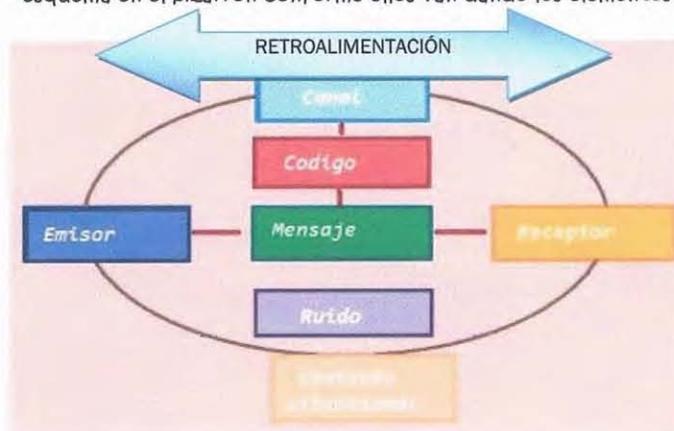
- Se les pregunta que es la comunicación para que se de un lluvia de ideas y entre todos formen la definición que debe de ser parecida a la siguiente:

Es el recurso que empleamos los seres humanos para expresar nuestros sentimientos, ideas, pensamientos, conocimiento y necesidades.

- Se les pide que recuerden los elementos de la comunicación que deben de ser los siguientes:

- 1) El emisor.- persona que envía un mensaje.
- 2) El mensaje.- es aquello que se quiere decir, compuesto de ideas, valores y sentimientos.
- 3) El canal.- es el medio por el que se envía el mensaje.
- 4) El receptor.- es quien recibe la información, es decir, codifica e interpreta el mensaje al recibir la información.
- 5) La respuesta.- es lo que el receptor manifiesta al recibir el mensaje.
- 6) Ruido.- es todo aquello que afecta la recepción del mensaje
- 7) Contexto.- es en donde se lleva a cabo la comunicación el ambiente en el que se desarrolla
- 8) Retroalimentación.- es fundamental para que se hable de comunicación, si no se da este elemento no se puede dar la comunicación.

- Para que se entiendan mejor estos elementos se les pone el siguiente esquema en el pizarrón conforme ellos van dando los elementos:



Sesión 4

"SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES"

- Se explica en qué consiste la solución de problemas y toma de decisiones. A continuación un breve resumen que puede ayudar a explicar estos temas:

A lo largo de nuestra vida nos enfrentamos constantemente con problemas, diferencias o malentendidos; no los podemos evitar. Son el "motor" que nos empuja a cambiar y a crecer; surgen como oportunidades que nos hacen aprender a convivir con los demás.

De igual forma, siempre estamos tomando decisiones. A veces, los problemas que se nos presentan requieren de tomar decisiones muy sencillas: qué ponernos, a dónde ir el fin de semana, qué comer, etcétera. Pero, ¿cuántas veces tenemos que tomar decisiones que nos quitan el sueño? Conforme crecemos y nos hacemos adultos nos enfrentamos a situaciones en las que no resulta tan fácil decidir: qué estudiar, qué amistades elegir o qué rumbo tomar en la vida; son decisiones importantes que implican tiempo, pensar en lo que realmente queremos y el estar seguros de decidir lo que nos conviene.

Es muy importante que demos a los adolescentes la oportunidad de tomar decisiones desde pequeños y de acuerdo con su edad, porque a la par que aprenderán a resolver problemas, les estaremos demostrando que confiamos en ellos. De esta manera irán experimentando la solución de problemas para que poco a poco se sientan capaces de tomar las mejores decisiones y estén más contentos y satisfechos con ellos mismos, porque al practicar sus derechos podrán prevenir situaciones que no les convengan o que los pongan en riesgo, como por ejemplo el consumo de drogas.

Es necesario que les hagas saber que cada persona tiene sus propios problemas, y que, por lo mismo, las decisiones que se toman no son ni deben ser iguales para todos. Cada uno debe decidir por sí mismo y no hacer lo que otros quieren. Lo más importante es que tomemos conciencia de que al aceptar la libertad de elegir, aceptamos también la responsabilidad de las consecuencias que resulten.

Seguramente en muchas ocasiones no sabemos si la decisión que estamos tomando es la correcta; entonces ¿cómo tomar las mejores decisiones?

Sesión 5

"CONTROL EMOCIONAL"

- Se les explica en qué consiste el control emocional. A continuación hay un resumen del tema:

Las emociones son reacciones físicas y psicológicas de corta duración, que surgen bruscamente cuando una persona vive o ha vivido una experiencia agradable o desagradable. Existen diferentes emociones como pueden ser el miedo, el enojo, la tristeza, la ansiedad, los celos, etc. (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002).

Las diversas emociones desempeñan una función muy importante en el ser humano ya que son necesarias para la supervivencia y para procurarnos mejoría en nuestra vida diaria, por ejemplo el enojo, éste sirve para defenderse de algún ataque; la ansiedad es indispensable para evitar el peligro, la tristeza para solicitar ayuda a la familia o amigos como desahogo; los celos también son útiles para asegurar la estabilidad de una relación. Pero las emociones comienzan a causar problemas cuando su intensidad es desmedida o desproporcionada a la situación que se está viviendo como al tener tristeza y depresión intensa solo porque se perdió un pequeño objeto material (en esta situación la emoción rebasa a la situación), o si se siente rabia intensa ante la creencia de que alguien nos veía feo. En estos casos, es mejor aprender a controlar las emociones para tener una mejor relación con los demás y sentirse más seguros de sí mismos.

Cummings et al, (1980), señalan que uno de los factores que con más frecuencia se asocia a recaídas son las emociones desagradables con un 35%, por lo que es indispensable que el usuario adquiera herramientas que le permitan enfrentar el sentir emociones desagradables con eficiencia logrando mantenerse sin consumo.

A las emociones que sentimos como una reacción de lo que nos pasa las llamamos sentimientos. Son muchas las que existen: tristeza, alegría, enojo, miedo, nerviosismo, resentimiento, satisfacción, vergüenza, celos, envidia, amor, etcétera; son parte de nosotros.

Estas emociones influyen en todo lo que hacemos: en cómo nos percibimos, qué pensamos de los demás, en la forma en que nos comportamos y actuamos. Es importante que aprendamos a entenderlas, pues de esa manera podremos decidir qué hacemos con ellas. Las emociones también pueden afectarnos físicamente, por lo que es importante conocer la forma en que nuestro cuerpo reacciona ante distintos sentimientos (dolor de cabeza, fuerte latido del corazón, falta de apetito, etcétera).

SESION 6

"REHUSARSE AL CONSUMO"

- Se les deben vincular todas las habilidades revisadas hasta el momento con el rechazo al consumo. Se les dirá que recuerden todas las habilidades que ellos ya poseen y que piensen como se pueden relacionar con el rechazo al consumo.
- Después se les debe explicar en que consiste en rechazo al consumo haciendo la vinculación con las habilidades anteriores. A continuación un resumen del tema:

El consumo de sustancias en adolescentes interesa y preocupa a educadores e investigadores, debido tanto a las consecuencias negativas derivadas de su consumo como al elevado porcentaje de chicos y chicas implicados en estas conductas (Gilvarry, citado en Cava 2008). Existen diferentes factores que favorecen el consumo de sustancias, entre ellos se encuentra la autoestima, aunque en diferentes estudios no se ha encontrado una relación significativa en estos factores, por lo que es necesario adaptar todos y cada uno de estos factores a los diferentes programas de prevención ajustando también los factores de protección significativos en la etapa y contexto en el que se encuentren los adolescentes. (Cava, 2008).

El consumo de drogas y las conductas antisociales son dos de los problemas de salud que han despertado mayor interés en las últimas décadas. La enorme magnitud que han ido adquiriendo, así como la gravedad de los costos personales y sociales que conllevan, han fortalecido la necesidad de abordar estos comportamientos, que constituyen lo que, desde el ámbito de la prevención, se ha designado como conducta problema.

La presión de pares es un factor muy importante dentro del consumo de sustancias psicoactivas, por lo que es importante tener en cuenta que algunas estrategias que pueden utilizar van desde persuadir hasta ofender.

- Se les explica que tipo de presión pueden usar para con ellos para presionarlos a consumir, las cuales también se encuentran en el cuadernillo de trabajo:

Ridiculizar:

- Eres un gallina.
- No insistas más; lo que pasa es que es un niño.

Retar:

- A que no te atreves.
- No eres capaz.

Adular, "hacerle la barba":

- Con lo inteligente que eres, no te costaría nada.

APÉNDICE 7

Gafete de identificación del facilitador



PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA

NOMBRE DEL
FACILITADOR

APÉNDICE 8

Gafete de identificación para los alumnos



PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA

NOMBRE DEL
ALUMNO