



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONFERENCIA-TALLER

PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

T E S I N A

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P r e s e n t a:

DIANA STEPHANY PAZ RADILLA

Directora de la Tesina: **DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA**



Cd. México, D.F.

Octubre, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

INTRODUCCIÒN.....	1
Capítulo I. Conducta de Riesgo.....	4
1.1. Consumo problemático de alcohol y tabaco.....	6
1.1.1. Tendencia Globales y Nacionales.....	6
1.1.2. Patrón de Consumo Problemático.....	8
1.1.2.1. Consumidor Problema.....	9
1.2. Factores de Riesgo y Protección.....	11
1.2.1. Tolerancia Social y Percepción de Riesgo.....	15
1.3. Efectos inmediatos, daños y riesgos asociados Al consumo problemático de alcohol y tabaco.....	20
Capítulo II. Adolescencia Tardía y Cognición Social.....	27
2.1. Perspectiva actual del desarrollo adolescente.....	28
2.2. Adolescencia Tardía.....	30
2.3. Desarrollo Cognoscitivo.....	32
2.3.1. Maduración Cognitiva.....	34
2.4. Desarrollo Cognitivo Social.....	38
2.4.1. Complicaciones del desarrollo cognitivo.....	39
2.4.2. Aplicación práctica: Motivos de Consumo.....	42

Capítulo III. Estrategias preventivas contemporáneas.....	46
3.1. Esfuerzos Preventivos.....	48
3.2. Componentes Efectivos.....	51
3.2.1. Posibilidades de intervención en la población Adolescente.....	55
3.3. Contenidos Teóricos y Prácticos.....	61
3.4. Contexto Preventivo: La Escuela.....	67
Capítulo IV. Propuesta: Conferencia-Taller “Daños y Consecuencias del Consumo Problemático de Alcohol y Tabaco.....	70
4.1. Presentación.....	71
4.2. Justificación.....	74
4.3. Objetivos.....	76
4.4. Características Metodológicas.....	76
4.5. Carta Descriptiva.....	78
4.6. Procedimiento.....	79
CONCLUSIONES: Alcances y Limitaciones.....	91
Referencias	
Anexo A	
Anexo B	
Anexo C	

RESUMEN

Las conductas de riesgo y actitudes con las que se expresan los adolescentes son una herramienta que nos permite observar la manera en que asimilan su entorno. En este sentido, este estudio resalta que las teorías de la cognición social así como determinadas observaciones de la clínica como los datos del desarrollo psico-social del individuo, la intervención breve (Entrevista Motivacional), y procesos terapéuticos como el Modelo Transteórico al Cambio y el Psicodrama son herramientas que permiten fortalecer las estrategias preventivas y el discurso que las acompaña, puesto que permiten: incidir en la tolerancia social y acceder a una realidad negada u oculta para y por la mayoría de los jóvenes. Esto, podría favorecer la adherencia al aprendizaje hacia una mayor percepción de riesgo para el autocuidado de la salud. El resultado, la propuesta de la Técnica *LexiCon* que se desarrolla en el marco de la Conferencia-Taller “Daños y consecuencias del consumo problemático de alcohol y tabaco”.

Palabras Clave: conducta de riesgo, adolescencia tardía, desarrollo cognitivo-social, prevención, técnica.

INTRODUCCIÓN

Trabajar en el campo de la prevención es detectar y favorecer el camino a través del cual el individuo y su grupo (familia, pares, etc.) pueden llegar a un conocimiento más profundo de su propia realidad. El análisis de la problemática social posibilita el hacer conciencia de las consecuencias asociadas a la ocurrencia de una conducta de riesgo teniendo en cuenta los valores y el enclave cultural de la comunidad.

Con este estudio se propone una opción que, como método preventivo, permita en la población joven la percepción de una realidad en la que la tolerancia social promueve conductas de riesgo, como el consumo problemático de alcohol y tabaco.

En el **primer capítulo *Conducta de Riesgo***, se describen las implicaciones características de una conducta de riesgo como el consumo problemático de alcohol y tabaco, presentando datos epidemiológicos, la clasificación de los factores de riesgo y protección, así como los efectos, daños y riesgos asociados a esta conducta, con el fin de señalar el impacto a la salud individual y social y sus posibilidades de prevención.

El **segundo capítulo *Adolescencia Tardía y Cognición Social***, se aborda el desarrollo del adolescente desde una perspectiva cognitivo social haciendo énfasis en la influencia social en su proceso madurativo y la exposición a conductas de riesgo.

Una vez identificadas las características del consumo problemático de alcohol y tabaco en la población adolescente, en el **capítulo tres Estrategias Preventivas Contemporáneas**, se señalan los requerimientos básicos para el diseño de herramientas eficaces dirigidas a este grupo de la población.

Por último, en el **cuarto capítulo** referente a la **Propuesta: Conferencia-Taller “Daños y Consecuencias del consumo de alcohol y tabaco**, se presentan las características y componentes de una herramienta práctica y útil, que ayude a proteger y dar mejores y mayores oportunidades a los adolescentes promoviendo la concientización de la necesidad del aumento en la percepción de riesgo y el cuidado de la salud.

ADVERTENCIA DE LA UNESCO (CONACE, 2008):

“Con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supone utilizar en español vocablos tales como o/a, os/as, es/as, para marcar que nos estemos refiriendo tanto a hombres como a mujeres, se ha optado por utilizar el masculino genérico, en el entendido que todas las menciones van dirigidas a ambos, hombres y mujeres”.

CAPÍTULO I

CONDUCTA DE RIESGO

En el contexto de la Psicología de la Salud, las conductas de riesgo se refieren al aumento de la probabilidad de desarrollar una enfermedad, o de la dificultad para mantener conductas saludables que brinden un mayor bienestar a los individuos y su entorno (García y García, 2008).

Las conductas de riesgo que más se registran entre la población joven son el sedentarismo, estilos alimenticios inadecuados, manejo inadecuado del estrés y de la ansiedad, relaciones sexuales peligrosas o sexualidad precoz, presencia de conductas y cogniciones depresivas, y otras que conllevan una deficiencia en poder establecer una adecuada actividad y desarrollo integral (Castro, Llanes y Margain, citados en Gamboa, 2008; García y García, 2008; Barocio, 2008). Entre estas el consumo de alcohol es uno de los de mayor prevalencia, junto con el tabaquismo.

Al coincidir con Rodríguez-Kuri (2008) en este estudio se revisarán principalmente, los factores relacionados con el consumo del alcohol y tabaco: 1) por su carácter legal, 2) por su amplia aceptación en la población mexicana, y 3) por que las consecuencias de su consumo ocasionan costos considerables para la sociedad significativamente mayores que el consumo de drogas ilegales (CONACYT, 2007; Gamboa, 2008).

1.1. Consumo problemático de alcohol y tabaco.

La existencia del consumo de alcohol y tabaco, está documentada en la historia de la mayoría de las culturas, empero, las tendencias e investigaciones actuales identifican las características de esta conducta de riesgo (CIJ, 2007b; CONADIC, 2007; SS-CONADIC, 1999): como variaciones en los patrones de consumo (***incidencia y prevalencia***), su funcionalidad individual y social (***motivos de consumo y factores de riesgo – protección***); y las respuestas que las sociedades han ido desarrollando a través del tiempo (***estrategias de atención: prevención, tratamiento e investigación***) (González, 2007).

Estas variaciones que permiten ponderar la gravedad de esta conducta con el objetivo de promover intervenciones oportunas que coadyuven al fortalecimiento de la salud de los adolescentes y su entorno.

1.1.1. Tendencias Globales y Nacionales.

Durante la última década, se reporta un descenso, aunque lento (9% en 10 años), en las tasas de consumo, tanto de alcohol como de tabaco, de individuos de ambos sexos de todos los grupos etarios de la población de distintas naciones (Comisión de Salud de la Unión Europea, citado en Vassiliou, 2009; ENA-2008, citado en Córdova, 2008; Fantin, 2006; NIDA, 2007; Nuño, Álvarez, Madrigal y Rasmussen, 2005; Plan Nacional sobre Drogas del Gobierno Español, citado en Freixa, 2009; SAMHSA, 2004, 2006; WHO, 2007).

Sin embargo, en un continuo de tres décadas de investigación de la ENA y otros estudios (CONACYT, 2007; ENA-1998, citado en SS-CONADIC, 1999; ENA-2002, citado en SS, 2002; Córdova, 2008), en México se ha observado una curva de

prevalencia¹ muy parecida a la tendencia internacional (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, Jasso, Alcantar, Bermúdez, Castro y Blanco, 2001) que demuestra que si bien el consumo de alcohol y tabaco de jóvenes en México es aún más bajo al compararlo con otras sociedades², a pesar de las políticas preventivas, **en la mayoría de las sociedades la fácil accesibilidad, la legalidad, la permisividad y la tolerancia social** (CONACE, 2008; Incharruga, 2001) son la causa de incrementos y tendencias preocupantes compartidas, como:

- **Un inicio precoz del consumo de alcohol y tabaco entre los 10 y 19 años de edad** (Alderete et al., 2008; CIJ, 2007b; ENA-2002, citado en SS, 2002 CONACYT, 2007; Freixa, 2009; Medina-Mora, Peña, Cravioto, Villatoro y Kuri, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, citado en Freixa, 2009; SAMHSA, 2006; SS-CONADIC, 1999; U.S. Department of Health and Human Services – U.S. DHHS, 2007; Valdes, Meneses, Lazcano, Hernández, et. al., 2003)

El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas a nivel mundial (Freixa, 2009; Fantin, 2006; Rodríguez, Castillo, Torres, Hernández y Zurita, 2008), y su consumo temprano constituye *normalmente* el primer contacto con sustancias psicoactivas.

- **Un patrón de consumo** de alcohol y tabaco que desde hace dos décadas, se expande como **problemático** - consumo de una cantidad mayor a la que el cuerpo es capaz de metabolizar en una sola ocasión (Cortes, Begoña y Giménez, 2007; Giesbrecht, 2008; Instituto Nacional de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos NIAAA -por sus siglas en inglés-, citado en Farke y Anderson, 2007; U.S DHHS, 2007), **desde los países industrializados a los países en vías de desarrollo** (Comisión de Salud de la Unión Europea, citado en Vassiliou, 2009; WHO, 2007), **hacia los adolescentes de ambos sexos entre los 12 y 17 años de edad**, y con un aumento del consumo entre las mujeres.

Esto último se traduce en menor diferencia significativa en la cantidad, la frecuencia y el estilo de consumo entre ambos géneros (Borges, Orozco, Cremonte, Buzi-Fligie, Cherpitel y Pozniack, 2007; CONACYT, 2007; Fantin, 2006; Freixa, 2009; García, 2007; Mendoza y López, 2007; Warren et. al, 2006; SAMHSA, 2006, 2008b).

Los estimados mundiales actuales indican que en la población mayor de 16 años existe un 30% de fumadores (SAMHSA, 2004; WHO, 2007) y un estimado de más del 60% han consumido al menos una copa de alcohol entre los 12 y 20 años de edad (Comisión de Salud de la Unión Europea, citado en Vassiliou, 2009; NIDA, 2007; SAMHSA, 2004; WHO, 2007).

¹ La **prevalencia** mide la proporción de personas afectadas por una enfermedad (usuarios de alguna sustancia) en comparación con determinada población y en función de un tiempo y espacio determinados. Esta prevalencia refiere al uso de alguna droga al menos alguna vez en la vida.

² El consumo per cápita – indicador del volumen consumido estimado a partir de las ventas de alcohol-, en nuestro país es 4.9 veces inferior al observado en Francia, 4.3 menor al registrado en España, 2.9 menor que al de Estados Unidos y casi la mitad de lo observado en Chile, con 1.9 (Tapia, Medina-Mora y Cravioto, 2001. pp. 128. En: Mojarro, 2007), a excepción de Bolivia y Perú, que junto con Brasil, México registra un índice de consumo 1.7 veces más alto que el observado en países de la misma región de las Américas, de acuerdo con la OMS (2002. En: CONACYT, 2007).

Es decir, en México, al igual que en otros países, la **experimentación** con sustancias se concentra en el **grupo de 15 a 19 años** (60% tabaco, 54% alcohol, 48% cualquier otra droga) (CONACYT, 2007; Medina-Mora et al., 2002).

Como resultado de estos estudios se puede afirmar que es justo en esta edad (Reyna y Farley, 2007) que **los riesgos y consecuencias asociadas al consumo de alcohol y tabaco cada vez afectan por igual el ámbito personal, familiar, escolar y social** de un individuo (Borges et al., 2007; Ministerio de Sanidad de España, citado en Freixa, 2009), como se verá más adelante.

1.1.2. Patrón de Consumo Problemático.

El patrón de consumo es uno de los elementos de mayor relevancia en las estadísticas actuales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, 2006) se puede proponer la siguiente categoría de consumo para ambas sustancias según su **frecuencia**: no consumidores, consumidores experimentadores, ocasional-sociales (en reducción, experimentadores y continuos), y frecuentes (por día, semana, o mes), estos a su vez moderados (sin desarrollo de dependencia), crónicos (con desarrollo de dependencia y padecimientos asociados), o **problemáticos** (sin desarrollo de dependencia pero con consecuencias inmediatas y padecimientos paulatinamente asociados, es decir, que se presentan a lo largo de los años); y ex consumidores (ocasionales y diarios). En el caso del tabaco, se integra la categoría de fumador pasivo (para el individuo expuesto al humo de tabaco en su medio ambiente).

El consumo problemático, se definía como la ingestión de una sustancia durante un período prolongado (OMS, citado en Farke y Anderson, 2007). Sin embargo, en la actualidad el término se utiliza para describir una única ocasión, en cualquier lugar (casa, antro, restaurante-bar o en la calle) (SAMHSA, 2008c), en la que se consumen más de cinco cigarrillos por ocasión, o cinco o más copas que exceden

un determinado nivel de umbral al alcohol (Alderete, et. al., 2008; CONADIC, 2008; Farke y Anderson, 2007), en el plazo de dos horas (NIAAA, citado en Farke y Anderson, 2007).

Las investigaciones (ENA-2002, citado en SS, 2002; Freixa, 2009; U.S. DHHS, 2007) recaban información y estandarizan la cantidad de consumo (**volumen**) a una copa, presentada ya sea como un shot o coctel, en el que se mezclan 14 gramos de cualquier bebida alcohólica o, incluso, alcohol del 96 como bebida alcohólica en la población mexicana (ENA-2002, citado en SS, 2002); o el consumo de un cigarro se estandariza ya sea que se fume una parte de o el cigarro entero (National Survey on Drug Use and Health –NSDUH, citado en: NIDA, 2007), después de unas cuantas semanas del inicio del consumo.

La importancia del estudio de esta conducta de consumo radica en que, independientemente de la edad de inicio, el desarrollo de dependencia (Reyna y Farley, 2007), o el tipo de producto³ consumido (Freixa, 2009), **el patrón de consumo de tipo problemático** entre la población joven exacerba los efectos y daños ocasionados a la salud integral, no solo del individuo sino también de su entorno.

1.1.2.1. El Consumidor Problema

Se puede describir a un consumidor problema de la siguiente manera:

Un consumidor problema no presenta una historia de dependencia severa ni reporta síntomas de retiro o abstinencia cuando deja de consumir. Su consumo problemático data de menos de diez años en promedio, y en la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento previo. Usualmente tiene redes sociales y familiares intactas. También es mayor su estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia más severa. Por último, es importante destacar que los consumidores

³ Cigarros, chicles, hojas de tabaco para diversos usos incluyendo la pipa (National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) citado en: NIDA, 2007), en el caso del tabaco. Y para el alcohol, **bebidas fermentadas**: vino, cerveza, la sidra, pulque, etc., o **destiladas**: incluyen todos los licores como vodka, whisky, tequila, ron, brandy, ginebra, licor de malta, etc. Debido a su proceso de gasificación, este tipo de bebidas presentan mayor contenido de alcohol que las fermentadas (ENA-2002, U.S. Department of Health and Human Service, 2003).

problema no se ven a sí mismos como alcohólicos o fumadores, o diferentes a quienes no tienen problemas con la bebida, por ejemplo (Sobel y Sobell, citados en CONACYT, 2007).

Al igual que la epidemiología global, los datos de las encuestas a hogares (ENA-2002, citado en SS, 2002), documentan el comportamiento de este fenómeno caracterizado por un consumo diario poco frecuente (1.5%); pero, cuando se consume, es común hacerlo en grandes cantidades por cada ocasión de consumo (CONACYT, 2007) que se centran en los fines de semana (jueves, viernes y sábado, o solo viernes y sábado) (García, Expósito, Sanhueza y Angulo, 2008; Observatorio Español sobre Drogas, citado en Freixa, 2009).

En México, los bebedores problema permanecen sin consumir cinco de cada siete días en promedio, pero la media por ocasión de consumo es de nueve y doce copas estándar (un trago estándar equivale a 341 mililitros de cerveza o pulque, 43 de destilados y 142 de vino de mesa, p.e.) para mujeres y hombres, respectivamente (Mojarro, 2007; CONACYT, 2007). Otro dato importante es que en nuestro país, 88% de estas personas, aunque reportaron consumos excesivos, también tuvieron episodios en los que bebieron menos de cuatro copas, lo cual parece indicar que, bajo ciertas circunstancias, pueden controlar su consumo y, tal como se describe al consumidor problemático, probablemente su vida aún no gira en torno al alcohol (CONACYT, 2007).

Lo que es alarmante, es que además de que los jóvenes consideran que el consumo de sustancias está relacionado con situaciones recreativas, como la posibilidad de experimentar y divertirse en situaciones sociales; **la conducta manifiesta un claro propósito de intoxicación** (Heather, 2006; Calafat, 2002) o, se busca que el consumo se vuelva consuetudinario y probablemente intenso (ENA-2008, citado en Córdova, 2008) debido a que en la sociedad global el consumo de sustancias se encuentra legitimado (Sedronar, citado en: Fantin, 2006).

1.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

Los factores de riesgo y protección (biológicos, psicológicos, sociales y/o culturales) son diversas señales y situaciones que no necesariamente conducen o evitan el consumo de alcohol y tabaco, empero, por su interacción requieren de atención especial al presentar altos niveles de incidencia de este fenómeno (Begun, citado en Sánchez, 2005; CONADIC, 2007; CONACYT, 2007).

Los datos epidemiológicos presentados señalan la importancia del contexto ambiental al respecto del consumo de alcohol y tabaco.

Por ello, para conocer la vulnerabilidad del individuo en razón e interacción con los factores existentes en el ambiente, se puede realizar una clasificación basada en dos elementos:

- las seis categorías utilizadas por la SAMHSA (citado en Sánchez, 2005) para organizar las estrategias preventivas: individual, familiar, grupo de pares, escuela, comunidad y sociedad/ambiente; y
- la teoría bioecológica de Bronfenbrenner (citado en Shaffer, 2000) que describe la forma en que los múltiples niveles del ambiente circundante (sistemas ecológicos) y su interacción con determinadas características biológicas del niño y del adolescente moldean su desarrollo, y éste, el del ambiente.

Bronfenbrenner describe cuatro sistemas: microsistema (incluye características individuales como hábitos, temperamentos, características físicas y habilidades que influyen de manera biológica y social en el individuo), mesosistema (por ejemplo, a la familia y los amigos), exosistema (la escuela y la comunidad) y el macrosistema (habla del contexto cultural en base a las creencias y actitudes). Una dimensión temporal adicional del modelo, el **cronosistema**, incluiría los cambios derivados del desarrollo natural y los del contexto social.

La clasificación quedaría de la siguiente manera (ver cuadro 1.1. Clasificación de los Factores de Riesgo por Sistemas Ecológicos):

Cuadro 1.1. FACTORES DE RIESGO.

MICROSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	
PSICOLÓGICOS	
Emocionales	Agresividad o comportamiento agresivo* e irresponsabilidad (Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006), aburrimiento**, bajo control de impulsos: hiperactividad*, impulsividad* (op. cit.) e irritabilidad*, dificultad para expresar y controlar las emociones*(U.S. DHHS, 2007; Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala, 2007), manejo inapropiado del estrés*, enajenamiento, o indiferencia a las necesidades de otros*, deseos y/o intentos de suicidio, problemas de salud mental como el trastorno por déficit de atención, trastornos en el estado de ánimo (distimia –forma leve de depresión crónica; ciclotimia – fluctuaciones en el edo. de ánimo; depresión y trastorno bipolar; por estrés postraumático, fobia social, ansiedad, bulimia nerviosa) o esquizofrenia* (SS-CONADIC, 1999; Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006; CONACYT, 2007).
Conductuales	Rebelía**(Burt-Koval y Tyc, citados en Calleja y Aguilar, 2004); comportamientos alejados de los valores convencionales éticos-morales: se muestra desafiante y opositor, o ha realizado conductas delictivas o actos antisociales (Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006; U.S. DHHS, 2007) como mentir, robar, engañar, etc.; descuido de la salud (hábitos inadecuados), conducta consumista, déficits en habilidades para la solución de problemas* (CONACE, 2008; Amengual, 2000)
Cognitivos	Curiosidad* (Solis, Gómez y Ponce, en CONACYT, 2007; Arnett, en Rodríguez-Kuri, 2007); bajo rendimiento de las funciones cognitivas como el juicio, la percepción, la memoria, etc. (Allsop, Saunders y Phillip, 2000), creencias y actitudes favorables hacia el consumo como algo normal y aceptable** (Brannon et al., citados en CONACYT, 2007; Brownson, Jackson, Wilkerson, Davis, Owens y Fischer, 1992; Watson, Clarkson, Donovan y Giles, 2003) o de que la sustancia sea adictiva o no* (Calleja y Aguilar, 2004) sobre todo para evitar la intoxicación con otras drogas ya que se tiene la creencia de que experimentar con el alcohol y el tabaco no tienen mayor repercusión al fungir como elementos de pertenencia o identificación dentro del grupo de amigos (CIJ, 2003). Todo ello ocasiona baja percepción del riesgo (Berenzon et al., 1999) o la percepción de las situaciones relacionadas con el consumo como estresantes y desestimar la posibilidad de convertirse en consumidor habitual* (Valdes et al., 2004), lo que en algunos casos no les permite poner en práctica ninguna estrategia para evitar el consumo (Brannon et al., citados en CONACYT, 2007).
De la personalidad	Búsqueda de nuevas e intensas emociones y sensaciones* (Nadal, 2008), temperamento*, timidez*; rasgos de personalidad antisocial* (Lacoste et al., citados en Fantin, 2006), de personalidad histriónica y dependiente (Grant, et al., op. cit.). Pedrero y Rojo (2008) explican que respecto a las diferencias observadas en los rasgos de personalidad asociados al consumo, tal parece que son los efectos de las sustancias y las condiciones psicosociales al consumo las que exacerban o impiden el desarrollo de los rasgos. Además, consumo como estilo de afrontamiento por evitación, el cual a largo plazo, en vez de reducir el estrés lo incrementa (facilita la aparición de nuevas situaciones estresantes, y reduce la disponibilidad de recursos personales y sociales), lo que aumenta la probabilidad de volver a consumir (Wills, citado en Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006).
Psicosociales	Alto grado de inconformidad social o con la calidad de vida+ o visión sombría de la sociedad*, baja tolerancia a la frustración y problemas de identidad (Ortega, Ramírez y Castellán, 2005): baja autoestima* (Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006), búsqueda de una imagen social (Secretaría de Educación Pública-Instituto Mexicano de Psiquiatría, citado en Nuño et al., 2005; Álvarez, Madrigal y Rasmussen, citados en Gamboa, 2008; Valdes et al., 2004), búsqueda de una conducta atractiva (Valdes, Hernández y Sepulveda, 2002; Valdes et al., 2004; Villatoro, Medina-Mora, Cardial, Fleiz et al., 1999), descuido de la vida social+, dinero disponible+, mayor valor de los amigos (Calleja y Aguilar, 2004; SS-CONADIC, 1999), poca compatibilidad entre las expectativas familiares*, las de su grupo de pares, o con las exigencias escolares esperadas (Baca et al., citados en: Carrasco, Barriga, Silverio y León, 2004) sin sentido de pertenencia+, soledad*, percepción de poco apoyo familiar*, exposición a la oportunidad, la tentación al consumo, estrategias de enfrentamiento inadecuadas y la autoeficacia baja (Brannon et al., citados en CONACYT, 2007), poca capacidad asertiva, falta y/o uso inadecuado de habilidades de comunicación, locus de control externo (Márquez, 2001), mayor preocupación por la independencia y autonomía, necesidad de ser más atractivas y tener más amigos, en el caso de las mujeres, y necesidad de aceptación (García, 2007).

Cuadro 1.1. CONTINUACIÓN.

MICROSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	
BIOLÓGICOS	
Edad, sexo, complexión física, metabolismo*, y sensibilidad a ciertos efectos específicos de las sustancias, con una mayor facilidad para adquirir (especialmente de forma inicial) la conducta adictiva, con un mayor efecto neuroquímico de las sustancias a nivel del sistema dopaminérgico y también con una mayor reactividad ante ciertas situaciones estresantes a nivel del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Sulie Lin, Bernardo, Yuhui y Milan, 2001); y la capacidad de autocontrol ante el estrés (Nadal, 2008); a la bioquímica del cerebro, la cual liga bajos niveles de serotonina con actos antisociales e impulsivos (Stueber, Lueck y Roth, 2007).	
GENÉTICOS	
396 genes y cinco "vías biológicas" contribuyen en 60 por ciento a la vulnerabilidad del ser humano hacia alcohol, tabaco, y otras sustancias adictivas (Ly, Mao y Wei, citados en Ibáñez, 2008).	
MESOSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO DE PARES
Abuso físico, sexual o emocional*, actitud permisiva y tolerante entorno a las conductas de riesgo*, apoyos y controles familiares débiles+, baja percepción del riesgo**, , creencias y actitudes que favorecen el uso de drogas*, bajos ingresos* y desempleo o empleo precario* (Strueber et al., 2007), desapego parental*, falta de contacto familiar+, comunicación familiar errática, caótica, contradictoria, desorganizada o ambivalente**, falta de congruencia en los actos de los padres (padres consumidores, por ejemplo)*, padres y/o hermanos consumidores o consumo eventual entre familiares**(Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006; Nuño et al., 2005; Berenzon, et al., 1999; Medina-Mora et al., 2002; U.S. DHHS, 2007; SS, 2006), pertenecer a una familia cuyo jefe tiene pocos estudios+, pobre o errónea disciplina familiar como castigo físico* (Straus, Sugarman y Giles, 1997), problemas en el ejercicio de la disciplina y de otras habilidades parentales**: como expresión de afecto, comunicación y confianza, y baja supervisión y monitoreo, trastornos emocionales en uno o ambos padres*, tensión y alteraciones causadas por divorcio o separación de los padres*, violencia familiar o doméstica*, pérdida familiar, padres criminales, exposición a la oportunidad como reuniones familiares (60%)(CONACYT, 2007).	Acceso a distribuidores+, baja percepción del riesgo+, facilidad para conseguirla+, imitación*, pandillerismo*, pares consumidores de drogas legales o ilegales**(Botvin, y Kaufman, citados en Calleja,y Aguilar, 2004; Nuño et al., 2005; Berenzon et al., 1999; Ariza, Cardenal y Nebot, 2002; OMS, citada en: Nuño et al., 2005),presencia de drogas en las fiestas**, presión del nuevo círculo de amistades*, rechazo por parte de los iguales*, reuniones con compañeros rechazados que abusan del alcohol y de otras sustancias y se dedican a actividades delictivas*, o tener amigos que se aburren en las fiestas donde no hay alcohol o reuniones donde se consume alcohol (CONACYT, 2007).
EXOSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO ESCOLARES	FACTORES DE RIESGO COMUNITARIOS
Adaptación escolar*, ambiente escolar con poca motivación y apoyo a los estudiantes*, autoconcepto académico desfavorable, insatisfacción escolar elevada, poco compromiso con las normas de la escuela y con la participación en actividades extraacadémicas, no se dedica tiempo completo a los estudios+ (Carrasco et al., 2004), confrontación entre los compañeros (Frías et al., 2003), bajo rendimiento escolar* (Arillo, Fernández, Hernández, Tapia, Cruz y Lazcano, 2002; Jessor y Jessor, citados en: Nuño et al., 2005) hasta el abandono de los estudios, carencia de la escala de valores adecuada (tolerancia hacia el pandillerismo)*, creencias y actitudes que favorecen el uso de drogas*, deserción escolar*, estudiar en el turno vespertino (Nuño et al., 2005) o nocturno (Alderete et al., 2008), falta de un programa integral para resolver el fracaso académico*, fracaso en la educación primaria y secundaria, entendido como la repetición de cursos (Carrasco et al., 2004; Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006; Alderete et al., 2008), ser alumno irregular y trabajar además de estudiar (Nuño et al., 2005), violencia, descuido o falta de supervisión por parte de los maestros* (Mesa y León-	Actitud ambivalente de la comunidad hacia el consumo de sustancias*, expresado entorno ambiental permisivo y tolerante hacia el consumo de alcohol y tabaco**, donde existe fácil disponibilidad de las sustancias** (Berenzon et al., 1999), se permite el acceso a lugares públicos en los que se consume+. Por otro lado, altos índices delictivos y de trasgresión de las normas sociales*, desigualdad económica o estrato socioeconómico candenciado*, elevada densidad de la población*, falta de oportunidades de empleo**, de sentimientos de pertenencia a la misma*, o de unión en los miembros de la comunidad*, número insuficiente de instituciones sólidas y activas que apoyen a los adolescentes*,

Cuadro 1.1. CONTINUACIÓN.

Continuación EXOSISTEMA

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES

Fuentes, citados en Fantin, 2006), o estudiar la preparatoria+. El consumo de tabaco aumenta conforme se cuenta con un menor nivel de estudios, contrario al consumo de alcohol que se eleva a mayor grado de escolaridad (SAMHSA, 2006; Observatorio Español sobre Drogas, citado en Freixa, 2009).

FACTORES DE RIESGO COMUNITARIOS

problemas en el desarrollo de la integración de los jóvenes a la comunidad*, vivir en zonas de alto riesgo de consumo a nivel nacional, migración de zonas rurales a urbanas+; inseguridad pública y violencia en el entorno (calle o comunidad)*.

MACROSISTEMA

FACTORES DE RIESGO DEL CONTEXTO CULTURAL

Baja percepción del riesgo derivada de las creencias y actitudes que favorecen el uso de drogas+*(SS-CONADIC, 1999; U.S. DHHS, 2007): utilizar el fumar como un medio para adelgazar (Mendoza et al., citados en: Mendoza y López, 2007; Brownson et al., 1992; Valdes et al., 2002; Valdes et al., 2004), falta de apoyo de la familia extensa o de otros sistemas sociales (colegio, trabajo, equipos deportivos, etc.)*, el consumo como un ritual de inicio en la vida adulta; la idea de que el adolescente o niño "debe aprender a beber" antes de llegar a ser adulto. A este respecto, la influencia de pares incita y aprueba la conducta, ejercen presión o actúan como modelos de este comportamiento (Simóns-Morton et al., citados en: Calleja y Aguilar, 2004). Además, la falsa percepción de que el consumo de alcohol es "menos peligroso" que el de otras drogas, el poder que se le otorga a quien resiste los efectos de grandes cantidades, la exposición a la oportunidad (entendida como la posibilidad de usar cualquier tipo de sustancia su ofrecimiento, la búsqueda de la ocasión para el consumo, a la exposición circunstancial sin intención de consumo, o bien como la disponibilidad en casa o en la calle), y la tentación al consumo (entendida como la oportunidad y el interés de que se presente el consumo) (Wagner et al., citados en CONACYT, 2007); estrategias publicitarias de las industrias tabacaleras y de bebidas alcohólicas*(Brownson et al., 1992; Valdes et al., 2002), como la diversificación de la presentación de las bebidas embriagantes o de cigarrillos haciéndolos más accesibles y atractivos con la adición de saborizantes, colorantes y aroma; el uso de los innumerables recursos de la mercadotecnia para aumentar el consumo, como la "hora feliz", el "dos por uno", la barra libre, la admisión gratis para las mujeres, las tardeadas entre otros; las estrategias de las industrias, los medios masivos de comunicación y la globalización de la información han creado un falso sentido de familiaridad con el fenómeno y, en ocasiones, una asociación con estilos de vida y valores materiales que pueden propiciar la difusión de imágenes parciales y distorsionadas del problema de las drogas. En Australia se ha comprobado que la publicidad del tabaco en los puntos de venta crea en los niños un sentido de familiaridad con ese producto, lo que puede predisponerlos a su consumo (Wakefield et al., citados en Mendoza y López, 2007). Por otro lado, la reciente y redituable fuente de ingresos que significa el narcotráfico para las familias derivada la desintegración y transición, a veces acelerada de estructuras sociales tradicionales, donde no ha habido tiempo necesario para reemplazar las viejas normas, valores y costumbres por otros, provoca una fractura cultural, como en el caso de los migrantes; así como una pobre integración familiar. Y sobre todo, la idea de que es fácil dejar de fumar o beber (Shaffer, 2000; Rice, 2000).

CRONOSISTEMA

FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO BIOLÓGICO

Exposición in utero asociada a la experimentación temprana (Cornelius, citado en Medina-Mora, 2002), haber iniciado el consumo en la adolescencia temprana+, inicio temprano de problemas de conducta: desafiante y oposicionista*, de pareja*, de conducta durante la infancia*, escolares en la segunda infancia+; tener entre 15 y 18 años+, reafirmar el paso de la niñez a la adultez (Brownson et al., 1992). El consumo de alcohol y tabaco aumenta conforme lo hace la edad (Burín citado en: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, 2006; SAMHSA, 2006; U.S. DHHS, 2007).

FACTORES DE RIESGO DEL DESARROLLO SOCIAL

Cambios vitales estresantes**(Mesa y León-Fuentes, citados en Fantin, 2006): embarazos, abortos, problemas parentales, sucesos traumáticos en la infancia, deficiencias serias en la relación temprana entre madre e hijo, crianza inconsistente de los hijos incompatible, etc. El hecho de que América Latina y el Caribe tengan una población eminentemente joven es un elemento susceptible de padecer un incremento de consumidores en los próximos años (Valdes et al., 2002). Contar con un empleo (Urquieta et al., 2008; Souza, Oliveira de Areco y Silveira, 2005; Alderete et al., 2008) o trabajar en la calle (CONADIC, 2006).

*CIJ (2005). Niños y Adolescentes: una mirada desde la prevención. México +Llanes, Castro y Margain, 1990, citado en: Gamboa, 2008

** CIJ (2005) y Llanes, Castro y Margain (citados en Gamboa, 2008)

-
- **Microsistema:** Factores de Riesgo Individuales.
 - **Mesosistema:** Factores de Riesgo Familiares y de Pares.
 - **Exosistema:** Factores de Riesgo Escolares y Comunitarios.
 - **Macrosistema:** Factores de Riesgo Culturales.
 - **Cronosistema:** Factores de Riesgo del Desarrollo Biológico y Social.

El mesosistema, el exosistema y el macrosistema hacen referencia a los factores de riesgo existentes en el ámbito social en conjunto, que incluyen a la familia, el grupo de pares, la escuela, la comunidad y el contexto cultural.

1.2.1. Tolerancia Social y Percepción de Riesgo.

Rodríguez-Kuri (2007), ejemplifica la importancia de los factores en cuanto a la reciprocidad de los sistemas de Bronfenbrenner.

Explica que la tolerancia social, en función de la permisividad familiar, social y escolar, la accesibilidad y disponibilidad de las sustancias, como factor macrosocial se encuentra en un entorno difícilmente modificable para el individuo -como lo es el contexto sociocultural o el lugar donde vive-.

Sin embargo, como una actitud de aceptación respecto a aquello que es diferente de los valores, se constituye como un determinante cognitivo del sistema microsociales del individuo (Valdés et al., 2004). A excepción de los determinantes genéticos, todos los factores individuales de este sistema son modificables.

En este contexto, la tolerancia social es un factor de gran relevancia ya que gracias a este el consumo persiste, pues existe evidencia de que cuanto mayor es la tolerancia percibida mayor es el consumo (Berenzon, Villatoro, Medina-Mora, Feliz, Alcantar y Navarro, 1999; Medina-Mora et al., 2002; Rodríguez-Kuri, 2007).

Entre los factores microsociales de tipo cognitivo se incluye una serie de circunstancias, actitudes, percepciones y falsas creencias culturales que favorecen

el consumo de alcohol y tabaco, en la población de adolescentes y menores (CIJ, 2005; SS-CONADIC, 2007; U.S. DHHS, 2007) al mediar a su vez los factores cognitivos del ámbito social (familia, escuela, grupo de pares y contexto sociocultural). Tal como se presentan algunos ejemplos en el apartado de *Macrosistema* en el cuadro antes revisado (ver cuadro 1.1, p. 11).

Se trata, entonces, de una serie de contradicciones sociales relacionada con lo que se observa en casa y la calle, dejando de lado los problemas asociados con esto.

En el ámbito de la prevención del consumo de drogas, estas falsas creencias o suposiciones se abordan bajo el concepto de Mitos y Realidades como un intento por disminuir o evitar el consumo de estas sustancias, en el que los mitos se discuten presentando información veraz y objetiva acerca de las propiedades farmacológicas del alcohol y el tabaco y los daños y riesgos que implica su consumo, es decir, la realidad. En los cuadros 1.2 y 1.3 se proporcionan algunos ejemplos.

La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones son las que pueden afectar de manera considerable al momento en que se tenga o no que adoptar una conducta concreta (García y García, 2008). El riesgo no está en que se consuma alcohol y tabaco, sino en no ver los riesgos que puede originar su consumo en cualquiera de sus patrones, es decir, incluso a nivel experimental. La enfermedad del alcoholismo aparecerá cuando el abuso de alcohol se convierta en una dependencia, por ejemplo, como se muestra en el siguiente apartado respecto a la relación entre los efectos, daños y consecuencias del consumo de estas sustancias.

Por ello, resulta importante considerar de entre los factores sociales de riesgo a **la tolerancia social** como uno de los primeros factores que influyen en el enfoque que los medios de comunicación, la cultura y la sociedad han dado a este fenómeno en la actualidad; y a **la percepción de riesgo**, como uno de los factores

de protección necesarios para disminuir el consumo de alcohol y tabaco, y sus consecuencias.

Cuadro 1.2. Mitos y realidades asociados al consumo del tabaco (CONADIC, 2007)

FUMAR SÓLO DAÑA AL QUE CONSUME, estar donde alguien fuma, no perjudica a nadie.

Realidad. Quienes fuman afectan a los que conviven a su alrededor, principalmente, los cónyuges y los hijos. Los hijos de padres fumadores pueden padecer más infecciones respiratorias y problemas del oído, crisis de asma frecuentes y severas, predisposición a bronquitis y neumonías; y los recién nacidos, síndrome de muerte súbita (muerte de cuna). Los cónyuges tienen mayor riesgo de sufrir bronquitis crónica y enfisema pulmonar, cáncer pulmonar, bucal o de vejiga, infarto al corazón y enfermedades cerebrovasculares.

FUMAR TIENE EFECTOS RELAJANTES o calma los nervios.

Realidad. La nicotina que contiene el tabaco es un estimulante que aumenta la tensión y la ansiedad. La "relajación" que sienten los fumadores al fumar no es por el cigarrillo, sino por las circunstancias que se asocian al acto de fumar. Un ex fumador puede informar que se siente más relajado, menos tenso y que duerme mucho mejor.

CUANDO DEJAS DE FUMAR, ENGORDAS.

Realidad. Los estudios realizados indican que cuando dejan de fumar los individuos, aumentan, otras bajan y otras más se mantienen en su peso. En algunas personas la falta de nicotina produce cambios metabólicos pero estos efectos son de corta duración. Cuando un ex fumador engorda es porque generalmente ha sustituido el acto de fumar por el de comer en exceso.

LOS CIGARROS LIGHT HACEN MENOS DAÑO.

Realidad. Aunque los cigarros light sean bajos en nicotina y alquitrán, provocan los mismos daños a quienes fuman.

FUMAR POCOS o 5 CIGARRILLOS AL DÍA NO ES FUMAR

Realidad. Los efectos de la nicotina y las demás sustancias contenidas en el cigarro son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continuada es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Y desde luego, no fumar es no fumar NUNCA.

HAY GENTE A LA QUE EL CIGARRO NO LE HACE DAÑO

Realidad. El cigarro perjudica la salud de todos los que lo consumen y de quienes están alrededor. Lo que sucede es que el grado de daño y el tiempo en que éste se manifiesta varían con cada individuo.

Cuadro 1.3. Mitos y realidad del consumo de alcohol (CONADIC, 2007; SAMHSA, 2006)

BEBER ES UN BUEN CAMINO PARA ESTIMULARME Y DESINHIBIRME EN LAS FIESTAS, ME HACE DIVERTIDO Y ESTAR EN ONDA.

Realidad. El alcohol es depresor, no estimulante del Sistema Nervioso Central y actúa sobre los centros de control en el cerebro. Lo que sucede es que la persona se desinhibe y se atreve a actuar de forma distinta, como decir cosas que no se dirían, e incluso que hacer cosas que normalmente no se harían (como participar en peleas o tener relaciones sexuales de riesgo). Además, no hay nada divertido en andarse tambaleando, excediéndose, o exponiéndose a sí mismo, y beber alcohol puede ocasionar mal aliento y aumento de peso. Si en realidad lo que se busca es encajar, lo mejor es mantenerse sobrio: **la mayoría de los jóvenes no consumen alcohol en realidad. Las investigaciones muestran que el 70% de los jóvenes entre 12 y 20 años nunca han tomado una sola copa de alcohol** (NSDUH, en SAMHSA, 2006).

ME PUEDO SOBREPONER RÁPIDAMENTE A LOS EFECTOS DEL ALCOHOL CON UNA DUCHA BIEN FRÍA, BEBIENDO CAFÉ, COMIENDO CALIENTE Y PICOSO.

Realidad. Al introducirse al cuerpo, el alcohol tarda entre 2 o 3 horas hasta que el hígado lo transforma en azúcar, a razón de una bebida estándar por hora (un caballito de tequila, un bote de cerveza, un trago mezclado, una copa de vino, un tarro de pulque o una onza o "jigger" de whisky, ron, ginebra o vodka) (ENA-2002, U.S. DHHS, 2007) para ser expulsada del cuerpo. Nada puede acelerar ese proceso, el alcohol se elimina de la sangre de acuerdo con el metabolismo de cada individuo, y como se menciona más adelante de la capacidad metabólica de la enzima de alcohol deshidrogenasa (Brick, 2009).

LOS ADULTOS TOMAN ALCOHOL, POR ESO LOS JÓVENES PODEMOS BEBER TAMBIÉN.

Realidad. El hecho de que los adultos consuman no tiene nada que ver con que los adolescentes "puedan" beber. El cerebro y el cuerpo de una persona joven aún están en crecimiento al momento en que inicia a consumir alcohol por lo que son más vulnerables a los daños físicos que causa el alcohol a largo plazo (cirrosis hepática, pancreatitis, neuropatía alcohólica, diabetes). Por eso, beber alcohol a temprana edad puede ocasionar problemas de aprendizaje u otras alteraciones del sano desarrollo; si se inicia a consumir alcohol a la edad de 15 años se está cinco veces más propensos a abusar de esta y otras sustancias así como a desarrollar dependencia al alcohol que aquellos que empiezan a beber después de los 20 años de edad (SAMHSA, 2004).

LA CERVEZA Y EL VINO SON MENOS DAÑINOS QUE EL LICOR (Freixa, 2009), INCLUSO UNA COPA DE VINO AL DÍA ES SALUDABLE (Guardía, 2008).

Realidad. El alcohol es alcohol y en cualquiera de sus presentaciones puede ocasionar daño si se consume. Una botella de 12 onzas de cerveza o una copa de 5 onzas de vino (aproximadamente la mitad de la copa) tiene tanto alcohol como 1.5 onzas de un shot con licor. Incluso, las bebidas dulces con licor de malta, contienen más alcohol que una cerveza. Los efectos del alcohol son los mismos en una bebida llamada de moderación que en otra más fuerte. Por otro lado, los estudios que muestran que consumir una copa de vino al día es benéfico se refieren a que esta copa al día ayuda a bajar el colesterol sólo en adultos que padecen de colesterol alto.

Cuadro 1.3. (Continuación)

PUEDO BEBER ALCOHOL SIN PROBLEMAS.

Realidad. Si se encuentra en una edad menor de los 18, beber alcohol es un gran problema. Es ilegal y las consecuencias son el pago de una fianza, realizar servicio comunitario, o tomar un tratamiento preventivo del consumo de alcohol. Los niños que beben alcohol también se exponen a obtener bajas calificaciones y un pobre y bajo rendimiento escolar, y están en un alto riesgo de convertirse en criminales o ser víctimas de estos, por ejemplo. Aun en pequeñas cantidades, desde la segunda copa, el alcohol produce alteraciones en el Sistema Nervioso Central que afectan la capacidad de respuesta de los reflejos y la percepción del tiempo-espacio.

BEBER LOS FINES DE SEMANA NO HACE DAÑO

Realidad. El daño que provoca el alcohol depende principalmente de la cantidad que se ingiere. No es lo mismo consumir un par de copas un fin de semana que embriagarse todos los fines de semana, ya que las sustancias provocan daños al hígado y al cerebro, propicia accidentes en la calle (choques y atropellamientos), en la casa, en el trabajo y genera violencia.

ALCOHOL DAÑA POR IGUAL A HOMBRES Y A MUJERES

Realidad. Está demostrado que el alcohol daña más a las mujeres. Esto debido a que, generalmente, tienen un tamaño y peso corporal menores y poseen menos cantidad de agua en el cuerpo, lo que ocasiona que el alcohol circule en la sangre más concentradamente. Por eso, cuando un hombre y una mujer beben la misma cantidad de alcohol, las mujeres se emborrachan más fácilmente, los efectos del alcohol duran más tiempo y tienen mayor posibilidad de sufrir daños en el hígado. De hecho, las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar dependencias que los hombres.

HAY GENTE QUE SABE BEBER Y NO SE EMBORRACHA AUN DESPUÉS DE MUCHAS COPAS

Realidad. El hecho de que una persona luego de mucho beber parezca que no está intoxicada significa que ha desarrollado lo que se conoce como tolerancia, lo cual más bien constituye un signo de alarma, puesto que puede existir ya un problema de dependencia o adicción, dado que su organismo requiere mayor cantidad de alcohol para sentir los mismos efectos.

EL ALCOHOL CON LAS BEBIDAS ENERGETIZANTES NO SE SUBE

Realidad. La única sustancia activa de este tipo de bebidas es la cafeína, la cual es un estimulante menor que por sus propiedades, pone en alerta al sujeto. La persona se emborrachará igual y sufrirá los mismos daños a la salud por abusar del alcohol. La única diferencia es que se sentirá más despierto.

1.3. EFECTOS INMEDIATOS, DAÑOS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y TABACO.

De acuerdo con las evidencias científicas (Freixa, 2009), una sustancia psicoactiva como el alcohol y el tabaco afecta de diferentes formas a las personas debido a que tiene la capacidad de actuar neurobiológicamente generando dependencia, sea física, psicológica o social. Sin embargo, constantemente se resalta que el consumo de estas sustancias puede producir daños a la salud sin ser dependiente a ellas (Babor y Higgins-Biddle, citados en: Sánchez, 2005; Guardia, 2008).

Esta es una tendencia primordial en la atención de este fenómeno social, considerando que en la etapa de la adolescencia el organismo se encuentra aún en desarrollo lo que hace que no esté preparado para consumir cualquier sustancia con capacidad potencial de producir una alteración en su sano desarrollo y maduración (Freixa, 2009). Es por ello que mientras más temprano empieza una persona a consumir, las cifras de daños y riesgos asociados como convertirse en un consumidor regular, desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivadas de este hábito (Medina-Mora, 2002) se incrementan al triple cuando son producidos por adolescentes y adultos jóvenes (U.S DHHS, 2007).

Así, en este estudio la dependencia y la muerte asociadas al consumo de alcohol y tabaco se presenta como un riesgo más ya que antes de estas (dependencia y muerte) se manifiestan un sin número de efectos, daños y riesgos asociados derivados de esta conducta. En la mayoría de las ocasiones esta información es una de las herramientas principales para proveer información y con ello sensibilizar a los usuarios de sustancias o a la población en general acerca del riesgo implicado en el consumo. Los cuadros 1.4 y 1.5 contienen algunos de los efectos, daños y riesgos asociados al consumo de alcohol y tabaco más registrados por diversas instituciones o investigaciones (AACAP, 1999; AAP, 2004; Alderete et al., 2008; Apte, Wilson y Korsten, 1997; Brick, 2009; Caballero, 2007;

CIJ, 2008; CONADIC, 2007; Gmel y Rehm, 2003; Hoaken y Stewart, 2003; SAMHSA, 2008a, 2008b; IMS Health, 2009; Klingemann y Gmel, 2001; Gamboa, 2008; Ministerio de Salud de España, citados en Freixa, 2009; OMS y Beirness et. al., citados en Farke y Anderson, 2007; Samet, 2008; Zinser, 2008; WHO, 2007).

Como se podrá observar, en la dinámica de los cuadros se puede seguir un continuo en el que los efectos inmediatos preceden a los daños responsables de los posibles riesgos a los cuales se expone el adolescente ante la persistencia de esta conducta y desde su condición en pleno desarrollo. Por ejemplo:

El alcohol es la droga con efecto depresor del Sistema Nervioso Central (SNC), cuyas funciones superiores se ven seriamente alteradas y afectadas a largo plazo. Especialmente sensibles son las estructuras del sistema reticular ascendente, que incluyen los grados más finos del discernimiento, la memoria y la concentración (CIJ, 2005; CONADIC, 2007).

Por ello, durante un episodio de intoxicación, la persona pasa por diferentes etapas: al inicio es comunicativa, sociable y se siente eufórica. Luego, se le altera el juicio, la coordinación motora y el equilibrio. Después sufre confusión mental, dificultad para entender y pronunciar palabras; visión borrosa; marcha tambaleante; se muestra agresiva, llora o ríe sin motivo (Brick, 2009; OMS y Beirness, et. al., citados en: Farke y Anderson, 2007), o incluso puede llegar a inventar historias (confabulación), y ver o escuchar cosas que realmente no existen (alucinaciones); síntomas característicos de lo que se conoce como Síndrome de Wernicke-Korsadoff ocasionados por la interferencia del alcohol en el metabolismo de tiamina (vitamina B-1). Si continúa bebiendo, pierde el equilibrio, presenta somnolencia y vómito. Por último se deprime profundamente, pierde la conciencia y los reflejos, queda "anestesiada" y puede morir por bronco-aspiración del vómito y paro respiratorio (Brick, 2009), cuando no se desarrolla una enfermedad crónica.

Cuadro 1.4. Efectos, Daños y Riesgos asociados por el consumo de alcohol.

EFECTOS INMEDIATOS				
Cerebrales	Psicofisiológicos	Cognitivos	Emocionales	Conductuales
Menor coordinación motriz (ataxia), lentitud de reflejos que provoca dificultad para hablar como arrastrar las palabras, lenguaje farfullante, poco claro o errores de pronunciación, caminar inestable, reacciones ralentizadas, etc. A nivel de la conciencia se produce somnolencia. Visión borrosa y/o restringida.	Rubor facial, mal aliento, mareos y náuseas, visión, nublada.	Alteraciones en la memoria, percepción (insensibilidad o estupefacción), juicio (perturbado o carente) y atención o menor capacidad para concentrarse y/o tomar decisiones.	Cambios intensos de ánimo o afectos, pasa de la alegría a la agresión, o euforia a la irritabilidad, ideas y/o intentos suicidas, p.e.	Desinhibición que provoca conducta exagerada, desordenada o violenta, decir y hacer cosas inapropiadas para la situación, o provocar lesiones intencionales.
	Psicosocial Sensación de mayor libertad, poder y confianza.			
DANOS		RIESGOS		
Sistema Nervioso Central	Orgánicas	Respiratorias	Irritación de los pulmones y las vías respiratorias	Fatiga, ojos enrojecidos y sin brillo, tos persistente, problemas al dormir. Mayor predisposición a inflamación de los bronquios (bronquitis), enfisema pulmonar y cáncer pulmonar, disminuye la velocidad del crecimiento pulmonar.
		Digestivos y órganos abdominales	Irritación de garganta, tracto digestivo, esófago, así como inflamación y acidez estomacal.	Pérdida del apetito, aumento en los niveles de ácido gástrico, excitación del movimiento intestinal, úlceras, hepatitis, estreñimiento, diarrea u obstrucción, tumores intestinales. Alteraciones metabólicas como avitaminosis, diabetes, colesterol, ácido úrico elevado, obesidad, osteoporosis, etc.; pérdida de peso, desnutrición, gastritis, cirrosis hepática, ascitis, hígado graso, pancreatitis (inflamación del páncreas).Cáncer en todos los órganos del sistema digestivo y órganos abdominales (boca, glándulas salivales, esófago, estómago, intestino grueso y delgado, recto, hígado, riñón, vejiga, páncreas, apéndice, vesícula biliar, etc.
		Cardio-vasculares	Alteraciones en la circulación o composición sanguínea como aumento en los niveles de colesterol, bajo nivel de glóbulos rojos o anemia, bajos niveles de glucosa, degeneración de la pared de venas y arterias, aumento de la tensión o presión arterial (hipertensión).	El colesterol tapa las arterias, lo que puede conducir a embolias o infarto, mientras que la hipertensión (presión alta) rompe los vasos sanguíneos y causa accidentes cerebro vasculares (derrames cerebrales) Esta condición también produce arritmia o insuficiencia cardíaca, aneurismas arteriales o venosos, enfermedad vascular cerebral, cardiomiopatías, varices esofágicas arteroesclerosis, enfermedad coronaria e infarto al miocardio.
		Sexuales	Alteraciones o molestias en el ciclo menstrual, o en el funcionamiento eréctil y deformación de espermatozoides u óvulos. Enfermedades de transmisión sexual y/o embarazos no deseados.	Concepción retardada y aborto espontáneo o parto prematuro, disfunción eréctil y esterilidad, cáncer de mama o próstata. En mujeres embarazadas, puede afectar al feto y producir problemas en el desarrollo, muerte fetal o neonatal, bajo peso al nacer, deformidad de cráneo y cara, retardo físico o mental que puede ser irreversible y se conoce como Síndrome Alcohólico-Fetal.
	Psicológicas	Emocionales	Alteraciones crónicas en el estado de ánimo que se traducen en depresión y ansiedad, baja autoestima, impulsividad y agresividad, soledad o sentimientos de abandono, timidez, retraimiento, en extremo reservado y/o temores, comportamiento irresponsable, desinterés generalizado, actitud negativa, rompe reglas de disciplina, aislamiento, vagancia.	Sociales o Familiares: problemas interpersonales, conflictos o violencia (insultos, indiferencia o abuso físico, psicológico o sexual, o asesinato) entre los miembros de la familia, entre pares o con la pareja, desaliño y descuido de la salud o de la higiene personal, accidentes de tráfico. Disfuncionalidad o desintegración familiar. Disminución enérgica para realizar actividades deportivas u otras, separación del círculo social. Ideas o intentos de suicidio.
		Cognitivas	Por la reciprocidad que existe entre la cognición y la conducta, los efectos inmediatos al nivel de la conciencia y del pensamiento impactan de manera importante el ámbito psicosocial.	Escolares o Laborales: Interés decreciente, actitud negativa, indisciplina, faltas al deber, ausentismo y bajo rendimiento escolar y laboral, y bajas calificaciones. Desplazamiento del poco ingreso económico hacia el consumo. Deserción escolar, marginación y/o asociación con pandillas que inducen al comportamiento delictivo para mantener la adicción lo que ocasiona problemas con la autoridad. Pérdida del empleo e integrarse a redes de distribución.

Cuadro 1.5. Efectos, Daños y Riesgos asociados por el consumo de tabaco.

EFECTOS INMEDIATOS					
Psicofisiológicos		Emocionales		Psicosociales	
Ansiedad, dolor de cabeza, aumento de la frecuencia cardíaca, náuseas, inflamación y acidez estomacal, ardor de ojos, mal aliento, sabor desagradable, irritación de garganta (tos).		Estado de ánimo voluble (cambios intensos de ánimo o afectos), es decir, pasa de la alegría a la agresión, euforia, irritabilidad.		Sensación de mayor libertad, poder y confianza. Mal olor en la ropa.	
DANOS			RIESGOS		
Sistema Nervioso Central	Orgánicas	Respiratorias	Irritación de los pulmones y las vías respiratorias	Insuficiencia pulmonar: acumulación mucosa, dificultad para respirar, tos crónica, susceptibilidad a infecciones respiratorias.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y cáncer nariz, lengua, faringe, garganta, laringe, piel y utero.
		Digestivos y órganos abdominales	Irritación de garganta, tracto digestivo, esófago, así como inflamación y acidez estomacal.	Alteraciones metabólicas como pérdida del cabello, enfermedades periodontales, deterioro de la dentadura (coloración amarillenta, p.e.), pérdida de piezas dentales, resequedad de la piel o arrugas prematuras, discromía en los dedos, etc.;	
		Cardio-vasculares	Alteraciones en el sistema vascular (ver cuadro 1.4).	Arteroesclerosis, enfermedad coronaria e infartos al miocardio, embolias, rompimiento de los vasos sanguíneos y accidentes cerebrovasculares (derrames cerebrales).	
		Sexuales	Alteraciones en el sistema reproductor de ambos sexos (ver cuadro 1.4).	Se sabe con certeza que los hijos de mujeres consumidoras están expuestos al síndrome de muerte súbita (muerte de cuna). Aunado a ello fumar durante el embarazo aumenta la probabilidad de que los niños desarrollen trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDA-H).	
	Psicosociales	Fumar a temprana edad aumenta la probabilidad de causar mayores daños físicos y psicológicos al organismo en pleno desarrollo, convertirse en fumador regular y usar otras drogas ("escalada").	Reducción de años de vida productiva por incapacidad o muerte prematura (de 20 a 25 años)	Pérdidas económicas a la industria, las familias y la sociedad al reducir la fuerza laboral por enfermedad y ausentismo.	
		Disminuye la calidad de vida en fumadores activos y pasivos.	Ausentismo por enfermedad repetitiva de las vías respiratorias.		

Es decir, su consumo implica un riesgo para el funcionamiento normal de los adolescentes y menores que han incrementado los índices de consumo en los últimos años (CIJ, 2005).

Y es que, uno de los principales riesgos asociados al consumo de alcohol, radica en que a veces la intoxicación etílica no es reconocible a simple vista. Esto dificulta su detección y aumenta las probabilidades de que se produzcan, entre otros, accidentes de tráfico mortales (Brick, 2009). La revisión de la literatura insiste en que los efectos del alcohol perduran en el organismo incluso cuando la concentración de alcohol en sangre ya ha llegado a 0. Pero, lo más preocupante, es que 14 horas después de que el nivel de alcohol en el organismo sea cero, permanecen las dificultades para mantener la atención.

Por factores como éste, es que el alcohol es el problema número uno en la actualidad de nuestra juventud y es la causa de muerte con cinco o seis veces más probabilidad que la cocaína, la heroína y todas las demás drogas de orden ilegal combinadas (NIDA, 2007), como ya se había mencionado.

En el caso del tabaco, en el humo del cigarro, independientemente de su presentación, se han encontrado más de 4 mil sustancias, 40 de las cuales son potencialmente cancerígenas (CONADIC, 2007). El principio activo del tabaco es la nicotina, sustancia de propiedades altamente adictivas con efectos sobre el estado de ánimo. Es por ello, que los criterios de dependencia al tabaco se registran desde las primeras ingestas de éste aunque los síntomas no se perciban hasta muchos años después.

De este modo, la nicotina puede causar que el corazón lata muy fuerte haciendo que la eficiencia de su trabajo disminuya. Aunado a esto, al entrar en la sangre, el monóxido de carbono obstaculiza la absorción y transporte de oxígeno, que requiere el cuerpo. Con ello, genera un mayor esfuerzo al sistema cardiovascular que deriva en un proceso de deterioro de la salud con síntomas identificados a corto y a largo plazo a nivel físico, psicológico y social. Las demás sustancias son

las responsables de padecimientos físicos, orgánicos y psicológicos, los de mayor gravedad, el cáncer producido por las nitrosaminas, o el alquitrán (CONADIC, 2007).

Por otro lado, hay evidencia científica que demuestra los graves daños que produce a la salud, no solo a quienes fuman sino también entre los que se exponen involuntariamente al humo del tabaco (Glass, 2005). Además, Samet (2008) y Zinser (2008) coinciden en que cuando menos 5% de los fallecimientos secundarios al tabaquismo se presentan en fumadores pasivos.

En ambos casos (alcohol y tabaco), los efectos varían de una persona a otra según las circunstancias en que se consume, así como el peso corporal, la edad, la presencia de alimentos en el estómago, la cantidad y la velocidad con que se ingiere alcohol y tabaco (CONADIC, 2007), e incluso la capacidad metabólica de la enzima deshidrogenasa del alcohol, por ejemplo (Brick, 2009). Además, los síntomas y daños se exacerban en la medida en que una o más sustancias son consumidas. Sobre todo considerando que solo en el 13% de los usuarios que han consumido alcohol el consumo de tabaco no ocurrió primero (ENA-1998, citado en SS-CONADIC, 1999).

Por último, además de la relevancia asociativa entre estos tres elementos (efectos, daños y riesgos asociados) es importante resaltar algunos datos que a nivel global mantienen la atención de los especialistas.

Por ejemplo, los costos por el consumo de tabaco y alcohol van más allá de las trágicas consecuencias para la salud. Un dato relevante al respecto es que el costo económico, social y de salud del consumo problemático de sustancias es muy superior a los ingresos provenientes de los impuestos de alcohol y tabaco (Gamboa, 2008). Además, el dinero que se gasta en estos productos constituye una grave amenaza para el desarrollo sustentable y equitativo de la sociedad al desviarse de necesidades básicas como la alimentación, la educación y la atención de la salud (Samet, 2008; Zinser, 2008).

Como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS citada en CIJ, 2005) de mantenerse las tendencias actuales para el 2030 siete de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo, cada una con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida a causa del tabaco ocurridas justo durante la madurez productiva, es decir, entre los 30 y 40 años de edad. En el Reporte Mundial 2002 (Obot, 2003) elaborado por la OMS se reflejó que en países en desarrollo como México, el 6.2% y 4% del total de años de vida que un individuo pierde por discapacidad y salud deficiente (Disability Adjust Life Years Lost, DALY's – por sus siglas en inglés) son causa del consumo de alcohol y tabaco respectivamente (Tapia-Conyer et al., citados en Sánchez, 2005).

Hasta aquí, la atención oportuna de bebedores y fumadores problema es lógica por dos motivos: el mayor daño al individuo y a la sociedad, lo ocasionan aquellos bebedores y fumadores cuyo patrón de consumo excede sus capacidades físicas y mentales; y porque este tipo de consumidores, en su mayoría jóvenes, tienen muchas más posibilidades de revertir el curso de la enfermedad o las consecuencias negativas de dicho consumo (Mojarro, 2007), si se les atiende a tiempo.

Además, por ser el alcohol y el tabaco drogas legales su consumo constituye una práctica muy difundida. Por ello, es fundamental incrementar la percepción de riesgo realizando la desarticulación de las ideas que conforman la tolerancia social, retomándolas y comparándolas con información verídica y basada en investigación con rigor científico, mediante estrategias especializadas para ello.

CAPITULO II

ADOLESCENCIA TARDÍA Y COGNICIÓN SOCIAL

2.1. PERSPECTIVA ACTUAL DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.

Después de siglos de consideraciones erróneas hacia niños y adolescentes, a partir de 1960, los investigadores han logrado realizar aclaraciones importantes que han permitido un gran avance en el estudio del desarrollo del adolescente.

Uno de los primeros aciertos lo realizó Albert Bandura (1969), confirmado más tarde por Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1998), al señalar que los adultos sostenían una mala o exagerada interpretación expresada en generalizaciones hechas, con demasiada frecuencia, a base de las señales superficiales de inconformidad de muestras de jóvenes “anormales” (delincuentes o perturbados) – como la moda o su rebelión, falta de respeto y desobediencia hacia los padres o cualquier adulto y desprecio por la autoridad, pérdida de esperanza por el futuro, carencia de moderación y resistencia a ésta, inclinación por la lujuria, gusto por la ociosidad en vez de ejercitarse, tendencia a encontrar fallas en las figuras de autoridad o a discutir, indecisión, hipocresía aparente, centrarse en sí mismos, etc. (Hernández, 2007; Papalia y Wendkos, 1998). Dificultades que han sido descritas como **problemas típicos** más que como **tareas esenciales** durante la adolescencia (Mckinney et al., 1998).

Por consiguiente, se explicó que dichas generalizaciones se deben a reacciones estereotipadas que hacen las veces de espejos que la sociedad pone ante los ojos de los adolescentes y que reflejan una imagen que el adolescente poco a poco llega a aceptar como auténtica, hasta conformar su conducta con esa imagen (Anthony, citado op. cit.). Estereotipos regularmente promovidos por los medios masivos de comunicación y adaptados por los adolescentes a un patrón de comportamiento aceptado y criticado a la vez por la sociedad adulta (Bandura, citado en Mckinney et al., 1998; Calleja y Aguilar, 2004; Medico Moderno, 2008).

En la mayoría de las sociedades y los jóvenes mismos, la conformidad, las actitudes favorables y la buena salud física y mental, son algo más característico

de la adolescencia que la rebelión (Gómez et al., 2006; Hurlock, 1999; Mckinney et al., 1998; Papalia y Wendkos, 1998).

Gracias a la objetividad de estas primeras aclaraciones, en la nueva perspectiva con la que se describe a la adolescencia, se hacen a un lado consideraciones o etiquetas que no han hecho sino estigmatizar a individuos en una etapa más de su desarrollo natural, resaltando la importancia de comprender el hecho de que el adolescente es un ser en pleno proceso de maduración.

En este sentido, lo que si es cierto y alarmante es la postura “débil y sin fuerza de voluntad” de los adolescentes, que en la actualidad deriva de los cambios sociales acontecidos de forma radical en los últimos años y, principalmente, por la inercia de los padres que se dejan llevar por la corriente actual de excesiva tolerancia y la consiguiente pérdida de valores a la hora de educar (Sóla, citado en Médico Moderno, 2008).

Hoy en día sabemos que las desviaciones en el desarrollo de los adolescentes, no se deben a un solo factor, sino a la suma de muchos; de tal modo que, los estudios realizados sugieren mantener una visión unificada del proceso integral que enfatice las interrelaciones entre los aspectos físico, mental, social y emocional del individuo, también llamada perspectiva holística (Mckinney et al., 1998; Papalia y Wendkos, 1998; Rice, 2000; Shaffer, 2000).

Bajo este contexto, en este trabajo el estudio de la etapa adolescente se centrará en las implicaciones del desarrollo cognitivo social complementados con otras teorías que permitan explicar las implicaciones de riesgo relacionadas al consumo problemático del alcohol y tabaco, que de acuerdo con los datos presentados en el capítulo anterior, los individuos entre los 15 y 19 años de edad presentan una mayor predisposición de padecer consecuencias graves e inmediatas. Por ello, es de vital importancia describir la etapa de desarrollo en la que se encuentran estos individuos, es decir, la adolescencia tardía.

2.2. ADOLESCENCIA TARDÍA.

Dadas las implicaciones de maduración¹ bio-física y psico-social acontecidas en el proceso de desarrollo adolescente, durante años ha sido muy difícil definirlo.

Empero, con gran objetividad y desde una perspectiva integral Rice (2000) describe a la **adolescencia** como un **período de crecimiento entre la niñez y la edad adulta cuyo inicio está determinado por signos físicos y biológicos (pubertad), y su fin por signos psicosociales (status sociológico del adulto²)**.

La pubertad hace referencia a un período de cambios madurativos internos, protagonizados por la madurez sexual que no es más que la preparación para la reproducción. Se caracteriza por cambios fisiológicos en los órganos genitales que producen la aparición de la primera menstruación o menarca, o por las primeras eyaculaciones. Casi de la mano, se presentan cambios físicos sexuales secundarios como el ensanchamiento de caderas o crecimiento mamario en las mujeres, cambios de voz, en hombres, o crecimiento púbico, en ambos, por ejemplo (Papalia y Wenkdos, 1998; Hurlock, 1998).

De acuerdo con el entorno sociocultural, se considera adulto a un individuo cuando puede mantenerse por sus propios medios, ha elegido una carrera, se ha casado o ha conformado una familia, por ejemplo (Shaffer, 2000; Rice, 2000).

Esta definición sugiere que los cambios durante la adolescencia acontecen en dos etapas, cada una con signos distintivos. Por ello, en los últimos años, se ha dividido a la adolescencia en **etapa temprana** que abarca desde los 11 a los 14 años, y la **etapa mediana o tardía** que se extiende desde los 15 a los 19 años aproximadamente, como una forma útil de distinguir a qué momentos del desarrollo del adolescente se hace referencia (Mckinney et al., 1998; OMS citado en Rodríguez, 2003; Sherrod, Haggerty y Featherman, citados en Rice, 2000).

De forma que para facilitar la comprensión del proceso de desarrollo en este período se puede decir que, durante la etapa temprana, el crecimiento y la conducta están bajo el control de fuerzas madurativas físicas y fisiológicas internas que dejan poco espacio para las influencias ambientales. Mientras que,

¹ Se refiere al desarrollo biológico de acuerdo con un plan contenido en los genes, el material hereditario transmitido por los padres a su hijo en el momento de la concepción (Shaffer, 2000).

² De acuerdo con el entorno sociocultural, se considera adulto cuando pueden mantenerse por sus propios medios o han elegido una carrera, se han casado o han organizado una familia, por ejemplo (Shaffer, 2000; Rice, 2000).

en la adolescencia tardía, la **maduración cognitiva interna** da paso a las **influencias ambientales** para dirigir la conducta (Health System, 2004; Rice, 2000).

Cabe resaltar que, como en cualquier etapa del desarrollo, los rangos de edad con los que se delimita al periodo adolescente son solo aproximaciones que se señalan **entre los 10 y 19 años de edad**, pero que no pueden aplicarse a algún individuo en un contexto o cultura particular, sobre todo porque no es posible determinar una edad exacta para el inicio en los cambios madurativos internos, y al parecer en ninguna sociedad es posible determinar la edad en que se logra el status de adulto (McKinney et al., 1998; Shaffer, 2000). Por ejemplo, unos cuantos niños de 10 años de edad han experimentado la pubertad y son clasificados en forma apropiada como adolescentes. Por otro lado, algunos adolescentes se sostienen a sí mismos por completo, tienen hijos propios y son clasificados mejor como adultos jóvenes (Shaffer, 2000). Es decir, la transición de una etapa a otra es gradual e indeterminada, y no se conoce la misma duración para todas las personas. Por lo tanto, son las características individuales, internas y externas, biológicas y psicológicas, es decir, aspectos como la herencia, la raza, la alimentación y el estado de salud, entre otras cosas, las que marcaran la pauta en ello (CIJ, 2003).

En palabras de Muss (citado en Rice, 2000), dado que el adolescente se encuentra en un período de transición se genera un estado de “locomoción social” yendo hacia un campo psicológico y social no estructurado, donde las metas ya no son claras, y las vías hacia ellas son ambiguas y llenas de incertidumbre. Esta “falta de estructura cognitiva” ayudan a explicar esta incertidumbre en la conducta adolescente, quien bajo este contexto es un ser cuyas conductas han dejado de ser justificadas por la inmadurez de la infancia.

En suma, el desarrollo del adolescente se describe mejor como un proceso continuo y acumulativo de maduración y aprendizaje. La constante es el cambio, y

los cambios que ocurren en cada fase de la vida pueden tener implicaciones importantes para el futuro (Shaffer, 2000).

2.3. DESARROLLO COGNOSCITIVO.

La Cognición es el acto o proceso de conocer. Al abordar el desarrollo cognitivo de los adolescentes, se busca tratar los procesos, cambios cualitativos o etapas, por los que van ganando en conocimiento (Rice, 2000).

Una de las líneas de investigación acerca del desarrollo cognoscitivo se ha basado durante décadas en la teoría de los cambios cualitativos o etapas de desarrollo intelectual creada por Jean Piaget, un psicólogo suizo que comenzó a estudiar este factor de la integridad humana desde 1920 (ver cuadro 2.1. Etapas del Desarrollo Cognoscitivo).

Cuadro 2.1. Etapas del Desarrollo Cognitivo según Piaget.

Etapa Sensoriomotora (desde el nacimiento hasta los 2 años)	Etapa preoperacional (desde los 2 a los 7 años)
La tarea cognitiva primordial se denomina <i>la conquista del objeto</i> (Elkind, 1970) por lo que los niños aprenden a coordinar las acciones físicas y motoras con las experiencias sensoriales (tacto, oído, vista, gusto y olfato). Por ejemplo, aprenden a mover su mano y sus ojos para perseguir un objeto en movimiento.	Aunque en este período los niños adquieren el lenguaje y aprenden a utilizar símbolos que representan el entorno, todavía no pueden pensar lógicamente. Elkind (1970) denomina la tarea cognitiva en esta etapa como <i>la conquista del símbolo</i> .
Etapa operacional concreta (desde los 7 a los 11 años)	Etapa operacional formal (desde los 11 años en adelante)
Los niños (entre 6 a 12 años de edad) desarrollan la capacidad de pensar en forma concreta (operaciones concretas) como por ejemplo, combinar (sumar), separar (restar o dividir), ordenar (alfabéticamente o por clase) y transformar objetos (por ej., verter un líquido en un vaso alto a otro bajo no cambia el volumen total del líquido) y acciones. Estas operaciones también son llamadas concretas porque los objetos y hechos sobre los que se está pensando se encuentran físicamente presentes frente al niño.	En esta etapa los adolescentes superan las experiencias concretas actuales y comienzan a pensar de una forma más lógica, en términos abstractos (posibilidades). Son capaces de realizar introspección y pensar sobre sus pensamientos. Son capaces de razonar a partir de principios conocidos (construir por uno mismo nuevas ideas o elaborar preguntas), y tienen la capacidad de considerar distintos puntos de vista según criterios variables (comparar o debatir acerca de ideas u opiniones). Adicionalmente, pueden pensar sobre lo que podría ser (hipotético), proyectándose en el futuro y haciendo planes sobre él.

De acuerdo con Piaget y otros (Health System, 2004; Rice, 2000; Shaffer, 2000), la adolescencia, de los 11 años en adelante, marca el comienzo del desarrollo de los procesos de pensamiento más complejos (también llamados operaciones lógico-formales), es decir, a modo general, el adolescente adquiere la capacidad de pensar sistemáticamente acerca de todas las relaciones lógicas implicadas en un problema (Health System, 2004).

Más particularmente, el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia (2004, citado op. cit.) divide la adolescencia en etapa temprana, media y tardía para explicar, a través de indicadores específicos, el progreso que implica la transición desde un desarrollo cognitivo simple (pensamiento concreto), a uno más complejo (pensamiento abstracto):

Figura 2.2. Desarrollo Cognitivo de la Adolescencia Temprana, Media y Tardía.

ADOLESCENCIA TEMPRANA (11-14a): los pensamientos más complejos se dirigen hacia la toma de decisiones personales en el colegio o el hogar, comienza a cuestionar la autoridad y las normas de la sociedad, a formar y verbalizar sus propios pensamientos y puntos de vista acerca de diversos temas generalmente relacionados con su propia vida, como por ejemplo:

- cuáles son los mejores deportes para practicar.
- cuáles son los grupos más convenientes para incluirse.
- qué aspecto personal es atractivo o deseable.
- qué reglas establecidas por los padres deberían cambiarse.

ADOLESCENCIA TARDÍA (17 en adelante): los procesos de pensamiento complejos se utilizan para concentrarse en conceptos menos egocéntricos y en la toma de decisiones: piensa con mayor frecuencia acerca de conceptos más globales como por ejemplo, la justicia, la historia, la política y el patriotismo, desarrolla puntos de vista idealistas acerca de temas o cuestiones específicas, se involucra en debates y no tolera puntos de vista diferentes, comienza a dirigir el pensamiento hacia la decisión de optar por una carrera o hacia el rol que desempeñará en la sociedad como un adulto.

ADOLESCENCIA MEDIA (14-17a): Debido a que el adolescente cuenta ya con algo más de experiencia en el uso de pensamientos más complejos, el énfasis frecuentemente se extiende e incluye cuestiones más filosóficas y futuristas: suele cuestionar y analizar con una mayor profundidad, piensa acerca de su propio código ético y comienza a elaborarlo (por ejemplo, "**¿Qué creo yo que es lo correcto?**"), piensa acerca de diferentes posibilidades y comienza a desarrollar su propia identidad (por ejemplo, "**¿Quién soy?**"), piensa acerca de posibles metas para el futuro y comienza a considerarlas sistemáticamente (por ejemplo, "**¿Qué es lo que quiero?**"), piensa acerca de sus propios planes y comienza a elaborarlos, y comienza a pensar a largo plazo.

El hecho de que el adolescente piensa sistemáticamente comienza a influir en su relación con los demás.

En estas descripciones se pueden observar los alcances de pensamiento durante la adolescencia, que de alguna manera explican las diferencias entre jóvenes y adultos respecto a la conducta, la resolución de problemas y la toma de decisiones, ya que aún cuando se espera que un adolescente piense y reaccione como adulto, lo anterior refiere un proceso a través del cual el adolescente avanza en su maduración cognitiva.

En complemento a lo anterior, existen estudios que desde hace 20 años dan una explicación biológica con la que se ha demostrado que el cerebro continúa madurándose y desarrollándose durante la niñez y la adolescencia, hasta principios de la edad adulta (AACAP, 2008b; Reyna y Farley, 2007).

Además, los investigadores de los procesos cognitivos afirman que las impresiones que tenga un adolescente sobre su ambiente y sus reacciones ante él dependen en gran medida de su nivel de desarrollo cognoscitivo (AACAP, 2008b; Papalia y Wendkos, 1998; Reyna y Farley, 2007; Shaffer, 2000; Rice, 2000) inmerso en una interacción dinámica con el contexto social (Papalia y Wendkos, 1998), tal como se explica a continuación.

2.3.1. Maduración Cognitiva.

Durante la adolescencia, el programa de maduración humana a nivel cerebral es responsable *en parte* de cambios psicológicos de tipo cognitivos como el aumento de la capacidad para concentrarnos, solucionar problemas y entender los pensamientos o sentimientos de otra persona (cognición social) (Papalia y Wendkos, 1998).

Y se dice *en parte* ya que de acuerdo con Piaget, los cambios internos y externos en la vida de un adolescente se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva. Es decir, además de seguir un patrón preestablecido, la madurez del cerebro, depende de la estimulación del ambiente social que permitirá que la etapa del razonamiento formal se logre, en la medida que ofrezca calidad en las

interacciones y más oportunidades de experimentación (estímulos culturales y educativos) (Creary, 2007; Papalia y Wendkos, 1998; Ortiz, 2008). Por ejemplo, las clases de problemas que se les presentan, la clase de instrucción que reciben en el hogar y en la escuela, e incluso las habilidades que por las características que en su cultura o subcultura específica deben dominar.

Como parte de los cambios internos, debido a que la adolescencia es un período de transición, las vías cerebrales conjugadas en lo que se conoce como materia gris, que desempeñan un papel dominante en la regulación emocional y la función cognoscitiva, experimentan cambios distintos en su maduración (CIJ, 2007b).

Durante la infancia, la materia gris comienza a realizar el proceso de maduración secuencial en la parte posterior del cerebro, y no es sino hasta la temprana edad adulta que esta ola de materia finalmente alcanza las zonas del cerebro implicadas en la planificación, el razonamiento y el control de impulsos, es decir, la corteza frontal (AACAP, 2008b; Contreras, Catena, Candido, Perales y Maldonado, 2008; Reyna y Farley, 2007), que puede recibir información desde toda la corteza sensorial, motora y desde un buen número de estructuras subcorticales para manejar información tanto del medio interno como del medio externo (García, Exposito, Sanhueza y Angulo, 2008) (ver figura 2.2).

Mientras tanto durante la adolescencia se presenta un rápido aumento en las conexiones entre las células del cerebro, que permiten el refinamiento de las vías cerebrales y una mayor intercomunicación, esenciales para el desarrollo coordinado de pensamiento, acción y comportamiento (AACAP, 2008b).

Es decir, tal como lo explican los teóricos del procesamiento de la información (Klahr y Siegler citados en Shaffer, 2000), contrario a lo que establecía Piaget, hoy día sabemos que el desarrollo cognoscitivo es un proceso continuo que no se produce en etapas, en absoluto. La maduración cognitiva de tipo secuencial presentada hace probable que las estrategias que usamos para recopilar,

almacenar, recuperar y operar información sobre la información evolucionen en forma gradual durante el transcurso de la infancia y la adolescencia.

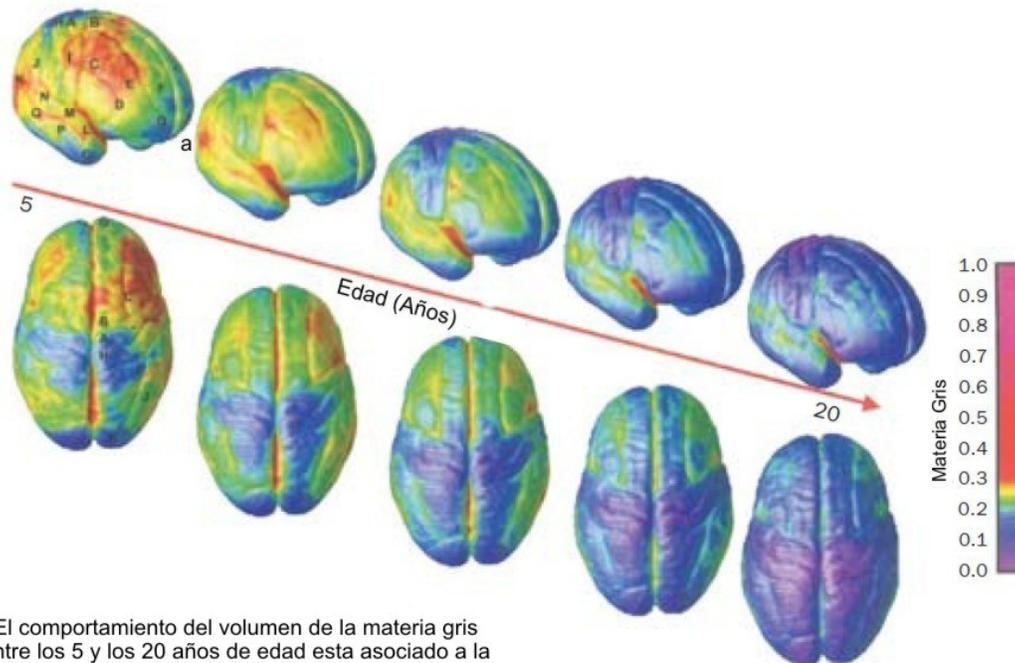


Figura 2.2. muestra el proceso de maduración de la materia gris desde los 5 a los 20 años de edad. La barra de color a la derecha representa el volumen de materia gris en unidades, mientras se va concentrando en el centro del cerebro (Reyna y Farley, 2007).

Por lo tanto, el desarrollo cognoscitivo desde la perspectiva del procesamiento de información implica pequeños cambios cuantitativos en lugar de grandes modificaciones cualitativas, que se pueden explicar en cinco términos para describir la dinámica de la adquisición del conocimiento: esquema, adaptación, asimilación, acomodación y equilibrio (Rice, 2000) (ver cuadro 2.2).

De tal manera que, de acuerdo con Murueta (2009) y Reyna y Farley (2007) una estimulación y entrenamientos adecuados promueven un desarrollo cognitivo aún más complejo, el pensamiento intuitivo.

Cuadro. 2.2. Conceptos de la Dinámica Adquisitiva del Conocimiento.

ESQUEMA	
Representa los patrones originales del pensamiento, o las estructuras mentales que la gente utiliza para enfrentarse a los sucesos del entorno. Por ejemplo, cuando los niños ven algo que desean, aprenden a darle alcance y cogerlo. Crean un esquema que es necesario en la situación.	
ADAPTACIÓN	
Incluye la información nueva que incrementa la comprensión de una persona, a través de dos medios: la asimilación y acomodación.	
ASIMILACIÓN	ACOMODACIÓN
Significa adquirir nueva información utilizando estructuras ya existentes en respuesta a nuevos estímulos ambientales.	Implica el ajuste a la información nueva creando nuevas estructuras para reemplazar las antiguas.
Por ejemplo, los niños pueden ver perros de diferentes tipos (asimilación) y aprender que algunos se pueden acariciar sin peligro y a otros no (acomodación). A medida que se adquiere mayor información, cambian los esquemas y se acomodan al mundo de forma diferente.	
EQUILIBRIO	
Implica alcanzar una armonía entre la asimilación y la acomodación. Esto induce un sentimiento agradable, porque la realidad que una persona experimenta es compatible con lo que ha aprendido de la misma. El desequilibrio surge cuando hay una disonancia entre la realidad y la comprensión que tiene una persona acerca de dicha realidad, cuando se necesita acomodación. El deseo de equilibrio se convierte en la motivación que impulsa a los individuos a evolucionar a procesos mentales más complejos.	

De acuerdo con las evidencias sobre la maduración interna se puede explicar:

- Porqué la transición hacia la maduración de dichas funciones mentales superiores se produce con el tiempo (Health System, 2004), y se manifiesta por la **reestructuración** de ideales, valores y principios (CIJ, 2005).
- Porqué las acciones de los adolescentes son diferentes a las de los adultos, al estar guiadas más por la amígdala, región específica del cerebro de desarrollo temprano responsable de las reacciones instintivas incluyendo el temor y el comportamiento, que por la corteza frontal, que como se observó va cambiando y madurando hasta bien entrada la edad adulta (AACAP, 2008b; Reyna y Farley, 2007).

Basado en el estado de desarrollo del cerebro expresado en observaciones teóricas y fisiológicas como las anteriores, se puede decir que los problemas de los adolescentes se reducen a que con el cerebro en pleno desarrollo: tienden a actuar impulsivamente, leer mal o malinterpretar las señales sociales y emocionales, involucrarse en toda clase de accidentes, peleas y actividades peligrosas y arriesgadas; y tienden a no pensar antes de actuar, hacer una pausa

para considerar las consecuencias potenciales de sus acciones o modificar sus comportamientos peligrosos o inapropiados (AACAP, 1999).

Estas diferencias en el cerebro no quieren decir que la gente joven no pueda tomar decisiones buenas o que no sepa diferenciar entre lo correcto y lo incorrecto. Ello tampoco quiere decir que ellos no deben de ser responsables por sus acciones. Pero, estar conscientes de estas diferencias puede ayudar a entender, anticipar y manejar el comportamiento de los adolescentes (AACAP, 2008b).

Los teóricos de la cognición social nos permiten explicar dichos “problemas”.

2.4. DESARROLLO COGNITIVO SOCIAL.

La cognición social es la capacidad para comprender las relaciones sociales y su influencia en los procesos mentales y conductuales del individuo.

De acuerdo con Bandura y otros teóricos del aprendizaje cognoscitivo (de manera más notable Richard Bell, 1979) los vínculos entre personas, comportamientos y ambientes son bidireccionales, de tal manera que un individuo puede influir en su ambiente en virtud de su propia conducta (*determinismo recíproco*) (Shaffer, 2000). Tal como se hizo referencia a las influencias inmediatas sobre el adolescente de acuerdo con la teoría ecológica de Bronfenbrenner (ver p. 7).

Estos teóricos destacan que los individuos pueden controlar activamente los sucesos que afectan a sus vidas, en vez de tener que aceptar pasivamente cualquiera que sea lo que el entorno proporcione; en parte, controlándolo por medio de su forma de reaccionar ante él. Debido a las diferencias individuales, de acuerdo con su etapa evolutiva, las personas interpretan y actúan sobre su entorno de forma distinta de manera que crean experiencias particulares (Bandura citado en Rice, 2000).

Por otro lado, en su teoría sociocultural, el ruso Lev Vigotsky (citado en Shaffer, 2000), se concentró en la forma en que la cultura, las creencias, los valores, las tradiciones y habilidades de un grupo social se transmite de generación en generación. Es decir, veía el crecimiento cognoscitivo como una actividad socialmente transmitida, en la que los niños adquieren de manera gradual formas nuevas de pensamiento y comportamiento por medio de diálogos compartidos con miembros más informados de la sociedad, y que hoy se sabe promueven el sano desarrollo de la integridad del individuo (Sebanz, 2007).

Al respecto, Victoria Horner y sus colaboradores (citados en Branan, 2007), en un estudio con chimpancés, sugieren que el aprendizaje puede ser profundamente arraigado en el proceso evolutivo y puede remontarse a los antepasados. De tal modo que, las personas tienden a estar de acuerdo rápida e involuntariamente ante conceptos comunes y conocidos. Al crearse este acuerdo implícito y cordial se simplifica el entendimiento (Garrod citado en Sebanz, 2007).

Cuando nuestras acciones se parecen a las que observamos en otros, se toma como un signo de unidad. Esta tendencia de la coordinación con los demás está tan profundamente arraigado que la gente lo sigue aún cuando se trate de conductas riesgosas (Sebanz, 2007).

Planteado de otra forma, ***cambiamos en respuesta a nuestro ambiente, en particular en respuesta de las acciones y reacciones de las personas que nos rodean*** (Shaffer, 2000).

2.4.1. Complicaciones del Desarrollo Cognitivo.

Al tratarse de un proceso que por un lado sigue un patrón establecido y por otro depende de la interacción e influencia socio-ambiental, está claro que las personas que llegan a la etapa del pensamiento formal no siempre lo utilizan o lo que es peor, se dice que hacia el final de la adolescencia o en la edad adulta

nadie parece capaz de llegar al pensamiento abstracto (Murueta, 2009; Papalia y Wendkos, 1998). Es decir, existen factores que obstaculizan el proceso de maduración cognitiva (Ablin, 2007; Creary, 2007; Ortíz, 2008).

Investigaciones (AACAP, 2008b; Reyna y Farley, 2007) han demostrado que la exposición a drogas y alcohol antes o, después del nacimiento (García et al., 2008), trauma a la cabeza u otros tipos de lesiones cerebrales pueden interferir con el desarrollo normal del cerebro durante la adolescencia.

De hecho, se ha demostrado que la abstinencia alcohólica, al menos en sus fases iniciales, es un factor determinante en buena parte de la presencia de alteraciones en el rendimiento neuropsicológico (Neiman y Rathlev, citados en op.cit.). Una simple borrachera o un par de días de consumo elevado pueden ocasionar neurodegeneración en determinados circuitos cerebrales y provocar alteraciones cognitivas (Obernier et al., citados en op.cit.).

Al respecto, muy claramente explican:

“El patrón de consumo en el alcoholismo de fin de semana implica una secuencia borrachera-abstinencia que se repite cada siete días, lo que implica que los jóvenes bebedores van a sufrir el daño neurocognitivo propio del consumo abusivo más el correspondiente al inicio de la abstinencia, y esto, con la regularidad que implica repetir el proceso prácticamente cada fin de semana” (García et al., 2008b, p. 276).

Y señalan que la recuperación neurocognitiva después de un período de abstinencia no siempre ocurre en la medida deseada ni en las funciones ejecutivas necesarias para la organización de la conducta y el diseño de estrategias encaminadas a lograr nuestros objetivos, a menos que se mantenga el retiro del consumo.

En ulteriores investigaciones de Glass (2005), se encontró que aun cuando fumar no tiene relación con todas las disminuciones de funcionamiento neurocognitivo observadas entre los alcohólicos, parece que si lo tiene con su efectividad global. Esta investigadora especuló que la capacidad cognitiva disminuida entre los

fumadores podría deberse en parte a algún mecanismo que implicaría un flujo restringido de sangre y oxígeno al cerebro.

Entre los factores del medio ambiente, el estrés producido por la pobreza o las presiones sociales, por ejemplo, manifiesta un aumento en el torrente sanguíneo de glucocorticoides, sustancias que son tóxicas para el cerebro, de tal manera que, cuando al tornarse crónico (diestres), las neuronas mueren, la neurogénesis (reproducción de neuronas) cesa y las dendritas desaparecen, limitando la función cerebral (Ortiz, 2008; AACAP, 2002). Además, el hipocampo, estructura esencial para el aprendizaje y la memoria se marchita, debido a que éste es el lugar de acumulación de las neuronas nuevas. Es decir, las neuronas reflejan las circunstancias en las que viven (Ortíz, 2008).

Cuando los niños o adolescentes se sienten obligados o “sometidos” para controlar sus emociones no tienen la fuerza suficiente para asimilar y orientar lo que tienen que experimentar ante situaciones que no comprende y que están fuera de su control. En estos casos, muestran una menor capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y dan la impresión de no poner atención, de distraerse con facilidad o se quejan de falta de memoria (CIJ, 2005).

En México y en el resto del mundo, las exigencias de la vida moderna se han incrementado, a las nuevas generaciones se les demanda mayor competitividad y eficacia; el tiempo se acorta para los jóvenes y se reduce su espacio vital (Camarena, 2008); el consumismo sólo pretende sustituir sentimientos por objetos en ese vano afán de satisfacer carencias afectivas y llenar vacíos existenciales al comprar de manera desmesurada (Alvarado, 2008).

Esta tendencia induce al individuo hacia un comportamiento no reflexivo y cien por ciento consumista, aprovechando cualquier idea que facilitara el trabajo y explotando el medio al máximo casi sin pensar en las consecuencias que llevaban consigo (Chávez, 2008). Lo que se busca es evitar que la población tenga siquiera

tiempo de analizar antes de consumir algo que, la mayoría de las veces no necesita (Rice, 2000).

Al respecto, comenta un adolescente “la ciudad está hecha para el consumismo, y lo aplicamos igual para nuestras amistades o relaciones” (Hechos, 2009). Es decir, los niños/as aprenden lo que es valorado dentro del ambiente familiar, sea esto bueno o malo para el resto de la sociedad (McCord, citados en Frías, López y Díaz, 2003).

Por lo tanto, derivado de la constante influencia del entorno, el adolescente requiere que su macrosistema, modifique las ideologías, las actitudes, la moralidad, las costumbres, y las leyes de una cultura particular con las que rigen el desarrollo psicosocial de cada uno de sus integrantes. Y es que el cuerpo de valores educativos, económicos, religiosos, políticos y sociales que lo constituyen, determinan estándares para el atractivo físico y la conducta en relación a la función de género, e influye en prácticas relacionadas con la salud, como el consumo de sustancias, por ejemplo (Rice, 2000).

Los antropólogos señalan que, desafortunadamente, la rapidez del cambio social, los sistemas de valores plurales y la tecnología moderna hacen que el mundo parezca demasiado complejo y demasiado imprevisible para los adolescentes como para proporcionarles un marco de referencia estable (op. cit.).

2.4.2. Aplicación Práctica: Motivos de Consumo.

Muchos jóvenes son conscientes del peligro que implica fumar o beber en exceso. La pregunta es, ¿por qué empiezan a hacerlo y continúan haciéndolo? ¿Cómo lograr que eviten su consumo ante el conocimiento de los antecedentes existentes?

La literatura revisada revela que poco a poco la frecuencia, el contexto, las formas y los motivos de consumo han cambiado. En la historia de las culturas ancestrales, el consumo de alcohol o tabaco se presenta en actos relacionados al

mantenimiento de la salud, al culto religioso y esporádicamente a actividades de tipo social (CIJ, 2007; Sauerbruch y Wenke, citados en Gómez, 2008).

Dependiendo del grupo etario y los fines de consumo, en la actualidad, a los productos de alcohol y tabaco se les ve como **recreativos** –un medio para disfrutar más-, **funcionales** –favorecedores de la actividad cotidiana-, **normales** –elemento adicional de la vida juvenil - o **relacionales** –favorecedor de las relaciones sociales- (Hernández, 2007; Watson, Castro y Mille, 1998).

Típicamente, estos fines de consumo se señalan en las investigaciones como curiosidad, sentido de pertenencia, necesidad de identidad social positiva, para reducir el estrés o las necesidades fisiológicas ocasionadas por el desarrollo de la dependencia a edad muy temprana, placer, desafío social, o para sentirse personas adultas fundamentalmente (AACAP, 1999; Llanes, Castro y Margain, 1990 citados en Gamboa, 2008).

Sin embargo, bajo un enfoque cognitivo-social como el de este estudio, la primera cuestión puede deberse a explicaciones como la siguiente.

Como ya se ha mencionado, las investigaciones realizadas respecto a las diferencias de la actividad cerebral en adolescentes de diferentes culturas, sugieren que el ambiente puede modificar al cerebro (Creary, 2007; Ortíz, 2008).

Por ello, las modificaciones asociadas a los motivos del consumo de alcohol y tabaco, se pueden asociar a cambios en las actitudes de la población (de menor a mayor tolerancia), y con las respuestas a esta demanda, que han oscilado desde la prohibición hasta el clamor por el libre mercado (Alderete et al., 2008; Berruecos, 2008; Calleja y Aguilar, 2008;), sin percatarse de que el uso regular de estas sustancias paulatinamente ha de convertirse en un problema tanto para el individuo como para su entorno (Castro y Millé, 1998).

Y es que, con las áreas del cerebro para la toma de decisiones en pleno desarrollo, los adolescentes se conducen con muy poca percepción de riesgo. Pensar con menos lógica es probablemente la respuesta (Reyna y Farley, 2007).

De acuerdo con Elkind (citado en Papalia y Wendkos, 1998) para los adolescentes:

- La **audiencia imaginaria**³, les hace suponer que los demás piensan de ellos igual que ellos mismos. Esto, les causa problemas para distinguir lo que les interesa a ellos y lo que les interesa a los demás. Es decir, si un adolescente se crítica y se devalúa a sí mismo pensará que los demás también lo hacen.
- El **mito personal**⁴ (“estas cosas le suceden solamente a otras personas, no a mí”), es un supuesto inconsciente de invulnerabilidad que los hace pensar que se hallan protegidos mágicamente contra el peligro y los hace tomar riesgos.

Y aunque se ha demostrado que en realidad los adolescentes se sienten vulnerables y sobrestiman los riesgos, Reyna y Farley (2007) señalan que por décadas el “mito personal” ha explicado que los adolescentes conducen con exceso de velocidad, abusan del alcohol y tienen relaciones sexuales sin protección porque subestiman los riesgos, de otro modo no tomarían tales acciones.

Sucede que, curiosamente, el hecho de que los adolescentes sobrestimen los riesgos tiende a disminuir después la adolescencia temprana, y la evidencia sugiere que la experiencia puede ser la responsable (op. cit.), es decir, participar en la toma de riesgos, sin incurrir en consecuencias inmediatas puede alentar la tranquilidad al respecto.

Por ejemplo, psicossocialmente fumar o beber se ha identificado con la masculinidad o femineidad, independencia, naturaleza, belleza, juventud, atractiva sexual, sociabilidad, riqueza y la buena vida; utilizadas por la publicidad para

³ Observador que sólo existe en la mente del adolescente y se interesa en los pensamientos y comportamientos del joven.

⁴ Convicción de que se es una persona especial y única que no está sujeta a las reglas que rigen al resto del mundo. Es además, un aspecto del egocentrismo juvenil que se demuestra con mucha fuerza en la adolescencia temprana y se convierte en la base de buena parte del comportamiento autodestructivo. Al respecto, se ha encontrado que la mayoría de las personas de *cualquier edad* son demasiado optimistas para evaluar peligros potenciales (Taylor, 1989). Por supuesto, como en todo existen excepciones, como las investigaciones que señalan que en algunos riesgos los jóvenes se ven menos vulnerables de lo que sus padres se consideran a sí mismos (Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993); aunque no se especifican si se podrían mencionar enfermedades crónicas o provocadas por la contaminación ambiental, o ser alcohólico.

incitar al consumo resaltando siempre a las emociones y al deseo de aceptación, la popularidad y el atractivo sexual.

De tal modo que al hacer hincapié en el peligro no percibido de los beneficios la mente del adolescente tiende a compensarlos con la mínima posibilidad de los riesgos percibidos (Goldberg et al., citados op. cit.). Así, el estado del desarrollo cognitivo de un adolescente derivado de su interacción con factores específicos del ambiente promueve una baja percepción de riesgo, al tiempo de que es incapaz de tener conciencia de la importancia de valores como el respeto a la salud o la seguridad social. Es decir, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana (AACAP, 2008a). Por ello, un adolescente no será capaz de percibir que aquello que le ocurre a determinado individuo en la sociedad le pasará a él.

En esta línea, al llegar a esta etapa del ciclo vital, la tolerancia social es proveedora y restrictiva del consumo. Es decir, los escenarios en los que se desenvuelve el adolescente, tal como los plantean Bronfenbrenner (citado en Shaffer, 2000) y Belsky (citado en Frías et al., 2003) pudieran contribuir al desarrollo de la conducta prosocial del individuo, si éstos son positivos. Sin embargo, un ambiente familiar adverso, un vecindario conflictivo, con venta de drogas, una escuela con condiscípulos antisociales, con un ambiente físico descuidado, una cultura de no respeto a las leyes, y actitud permisiva y tolerante, respecto a una conducta como el consumo problemático de alcohol y tabaco, sin duda representa el riesgo más cercano al adolescente para desarrollar conducta antisocial (Castro y Llanes, 2008; Papalia y Wendkos, 1998).

Es por esto que, para aumentar el éxito de los esfuerzos de la prevención de las conductas de riesgos, se ha venido probando una estrategia diferente basada en ir más allá de llamar a la razón de los adolescentes a sopesar riesgos y beneficios, se les entrena para pensar de manera menos lógica y más intuitiva –en otras palabras, a pensar del modo en que lo llegan a hacer los adultos.

CAPITULO III

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS CONTEMPORÁNEAS

El significado etimológico de prevenir deviene del verbo transitivo latín *prevenire* (Gertz, 1997) que significa “antes de venir”. En otras palabras, anticiparse a que el *hecho ocurra o tenga lugar*, con dos acepciones: una del dominio popular y otra de carácter técnico.

En un sentido común, prevenir es informar o avisar de un riesgo, con la intención de influir o predisponer a una persona contra algo. Por el contrario, para el discurso científico, la prevención es un concepto que no se limita a su concepción puramente informativa.

Cuando se habla de prevención los científicos hacen referencia, a la *preparación y disposición* de actuar (Diccionario de la Real Academia Española, citado en: Álvarez y Amaya, 1997) bajo ***un conjunto sistemático y organizado de actuaciones que tienden a evitar o reducir la manifestación de un problema*** (prevención primaria), e impedir que cuando las deficiencias se han producido, tengan consecuencias o efectos físicos, psicológicos (mentales, conductuales o sensoriales) y sociales negativos (prevención secundaria y terciaria –con mayor énfasis en el tratamiento) (Amengual, 2000; Buendía, 2008; OMS, citado en: González, 2006).

Para lograrlo, Minkler (citado en: Arco y Fernández, 2002) mencionó que es necesario dotar a los individuos de las “responsabilidades” (habilidades de respuesta) o capacidades necesarias para responder a su entorno positivamente. A lo que se le puede sumar la disposición del conocimiento y la actitud idónea para encararlos y poder (...) *vivir sanamente en una ambiente insalubre*, según una frase que acuñó la OMS (Llanes, Castro y Margain, 2007).

3.1. ESFUERZOS PREVENTIVOS.

Los programas preventivos que tienen como objetivo central dotar al individuo de habilidades y competencias personales que le permitan resistir las influencias sociales que incitan al consumo, forman parte de numerosos estudios y esfuerzos realizados en esta década y que han permitido la consolidación de una nueva generación de programas de carácter cognitivo-conductual (CIJ, 2009; Gamboa; 2008; Luengo-Martín, Gómez y Romero, citados en Arco y Fernández, 2002;).

Gran parte de los conocimientos preventivos que se consideran y aplican a distintos temas de prevención (salud, SIDA, violencia, dieta, educación vial, etc.) proceden de la investigación realizada en el área del consumo de sustancias psicoactivas (Botwin y Scheier; Jessor; Otero citados en Arco y Fernández, 2000).

En una historia breve reducida a los últimos tres décadas, podemos encontrar que los primeros programas se basaban en variables exógenas como la táctica del miedo y sus efectos contraproducentes (Calafat y Amengual, 1999), las políticas gubernamentales de represión y restricción de la oferta (Farke y Anderson, 2007; Giesbrecht, 2008; Heather, 2006; Rice, 2000), las aproximaciones basadas en el enfoque biomédico y que se dirigían a proporcionar información contrastada sobre hechos (farmacológica, física, psicológica y sobre los efectos sociales y criminales) (Becerro, 2000; Benítez, 2005) en un intento de desafiar a la juventud a tomar decisiones responsables respecto al uso de drogas (Arco y Fernández, 2000).

Por otro lado, los trabajos centrados en variables endógenas destacan las **características psicológicas** (p. e., la autoestima) y **habilidades** (p. e., la comunicación o la toma de decisiones), o la educación afectiva (Construye tu vida sin Adicciones, citado en Castro y Millé, 1998; Para vivir sin drogas, CIJ, 2009). Por otro lado, se comenzó a pensar que el medio más efectivo de impedir el

consumo de drogas era el de ofrecer a la juventud acceso a experiencias que pudieran **satisfacer** el mismo tipo de **necesidades** que cuando se **consumía**. Entre estos la «expansión mental», el crecimiento personal, la excitación, el desafío, o el alivio del aburrimiento (CIJ, 2007b; Cohen, citado en Arco y Fernández, 2000).

Otros teóricos han defendido alternativas que **crean oportunidades** para que la juventud se involucre en **actividades comunitarias en lugar de** programas que enfatizan **la búsqueda de sensaciones**, emergiendo así otro enfoque del problema centrado esta vez en la importancia del **contexto** (Arco y Fernández, 2000; Castro y Llanes, 2008; CIJ, 2009).

Sin embargo, en ese intento por evitar, postergar o frenar el consumo de sustancias, particularmente de alcohol y tabaco en cualquiera de sus patrones, y el daño ocasionado por estos, el fenómeno no solo persiste sino además es cada vez mayor (Calafat, 2002; Llanes, 2003), en una realidad que ha sido salpicada de iniciativas que si bien una a una son muy loables, a primera vista, expuestas a un análisis en conjunto ofrecen un panorama de datos discontinuos, inconexos e incoherentes (Arco y Salvador, citados en Arco y Fernández, 2002).

Y es que, en la actualidad se sabe que la implementación de medidas restrictivas, por ejemplo, obedece más a formas reactivas de enfrentar el problema que a prácticas ciertamente preventivas, es decir, han dirigido sus estrategias con mayor énfasis en la atención de la oferta que de la demanda (Álvarez y Amaya, 1997; Calafat, 2002; Llanes, 2003; Leyva y Castillo citados en Gamboa, 2008).

También se ha comprobado que los programas basados exclusivamente en **información** presentan **pocos cambios** en actitudes y menos aun en conductas (...) (Becoña, 2000; Botvin y Ruchlin, citados en: Amengual, 2000; Giesbrecht, 2007; Tobler, citado en Arco y Fernández, 2002).

Arco y Fernández (2002) describen:

En general, la investigación sugiere que incrementos en conocimiento son relativamente fáciles de obtener, cambios en actitudes son más difíciles y cambios en conducta (particularmente cambios que perduren en el tiempo) son extremadamente raros (Goodstadt, 1986). Los cambios en conocimiento y actitudes pueden ser importantes precursores para el cambio de conducta, pero el último criterio para evaluar la efectividad de programas de prevención es la evidencia de haber disminuido las conductas de riesgo y los problemas a ellas asociados. Por ello, se requiere de ir más allá de predecir y comprender la conducta o predecir la probabilidad de su ocurrencia.

En este sentido, los nuevos “programas de reducción de riesgos” que se centran en la idea de que al ser el consumo de sustancias, y otras conductas de riesgo, una constante a lo largo de la historia de la humanidad (García, 2008), “(...) la abstinencia no puede ser el único objetivo trabajable” (Rovira e Hidalgo, citado en CIJ, 2009: 28); y buscan empoderar al individuo y a la comunidad mediante el desarrollo de habilidades y la utilización de sus propios recursos para conformar estilos de vida saludables (Castro y Llanes, 2007; Rappaport citado en Gamboa, 2008).

Pero al hablar del adolescente y de su vulnerabilidad, dirigir el objetivo preventivo hacia la aceptación del consumo y la reducción de los problemas asociados a éste, tampoco puede ser un objetivo a considerar ya que al mandarles un doble mensaje (permisividad contra restricción legal) no solo se generaría mayor confusión y empobrecimiento del desarrollo integral de los adolescentes sino del contexto sociocultural en general, de acuerdo con las bases de la teoría socio-ecológica ya revisada.

Es decir, para que se dé el cambio y con él, un aprendizaje claro y duradero (cambio), Laperrière Heléne (2007, citado en: Gamboa, 2008) señala que es necesario **confrontar la idea con las posibilidades reales**, de lo contrario el trabajo se limita a una aspiración.

3.2. COMPONENTES EFECTIVOS.

La literatura más reciente, y por ende, la que proporciona componentes necesarios para la prevención sugieren la sistematización de las actividades de la siguiente manera (Castro y Llanes, 2005; CIJ, 2009; Comité Europeo de Salud Pública citado en Amengual, 2000; CONADIC: Modelos Preventivos. Serie de Planeación 2002, citado en: Barron, Ibarra, Castro et al., 2008):

1. **Definir y describir el problema** que se quiere prevenir, su dimensión y las personas (entorno histórico, geográfico y sociocultural, problemas de interés y grado de vulnerabilidad) que están expuestas a padecerlo.

De esta manera podrán establecerse las metas, es decir, los objetivos generales o efectos (outputs) genéricos de la prevención que se va a emprender; los recursos y servicios que se deberán movilizar o implementar; las poblaciones destinatarias; y los indicadores para la evaluación.

2. **Referir un marco teórico** que dé cuenta de los factores que contribuyen o evitan la aparición del problema definido, y de los mecanismos que favorecen o que disminuyen el riesgo.

De esta manera se podrán definir los cambios específicos que se van a perseguir, en qué grupos determinados de la población, y mediante qué organización de servicios.

3. **Estructurar una estrategia de intervención**, es decir, un conjunto de acciones que modifiquen aquellos factores, lo que también implica un conocimiento de los procedimientos a través de los cuales es posible producir algún cambio favorable en los comportamientos individuales y sociales determinantes del problema.

De esta manera podremos determinar quienes van a intervenir, la secuencia de actividades que han de llevar a cabo y los objetivos operativos o resultados (outcomes) concretos que se han de producir con cada una de ellas.

4. **Diseñar la evaluación.** Porque, la pertinencia de una estrategia de intervención se considera en relación a los resultados obtenidos **traducidos en capacidad de cobertura e indicadores de cambio**, e incluso de la posibilidad de generalizar sus componentes y procedimientos a otros contextos temporales y sociales. Además, permite comprobar si la teoría que habíamos elaborado, y en la que se basaba el programa, tiene algún valor.

Para lograr esto, la prevención requiere del establecimiento de principios que guíen objetivos concretos y escalonados dentro de un marco planeado y programado (CIJ, 2007b).

En este sentido, el trabajo preventivo se puede encuadrar de la siguiente manera (op.cit.):

Cuadro 3.1. Componentes Preventivos.

Elementos (CIJ, 2009)		
Individuo	Conducta	Ambiente
Estrategias (CONACE, 2008; Llanes, 2003; Álvarez y Amaya, 1997)		
Disminuir o eliminar los factores de riesgo	Promover, favorecer y fomentar los factores protectores	
Líneas de Acción (CONACE, 2008; CONADIC, 2007)		
Información, Orientación, Capacitación,		
Empoderamiento y Movilización Social, Detección Precoz y Tratamiento		
Niveles (Institute of Medicine, 1994)		
Universal	Selectiva	Indicada
Determinada		
Contextos (CONACE, 2008; IMNA, 2009)		
Familiar, Escolar, Laboral, Social, Comunitario, etc.		
Redes Interinstitucionales (Ajenjo, citado en: Díaz, 2007)		
- 3 Sectores: Público, Social y Privado		
- 3 órdenes de gobierno: Municipal, Federal y Estatal		

Es decir, las acciones deben ir dirigidas al estudio actual de la **conducta** respecto al **individuo** en su **ambiente** (**escuela**, familia, trabajo, grupo de pares), y en interacción con él. Lo que requiere de programas de intervención dirigidos reducir la vulnerabilidad (**factores de riesgo**) del individuo con respecto a su ambiente al promover y favorecer estilos de vida saludables (**factores protectores**).

Luego entonces, las estrategias deben incluir las políticas contenidas en el Programa Nacional de Salud que, en México se rige por los principios de la NOM-028-SSA.1999 (citado en CIJ, 2007):

- PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD: **información** de riesgos asociados y **orientación** en el desarrollo de habilidades sociales.
- MOVILIZACIÓN SOCIAL: **capacitación e integración** de la comunidad civil y especializada.
- COMUNICACIÓN EDUCATIVA: promoción de alternativas de vida saludable, **tratamiento y rehabilitación**.

Estas estrategias se llevan a cabo en tres niveles, **universal, selectiva, e indicada**, de acuerdo al impacto a la salud y los riesgos asociados que presente la población a intervenir. Por ello, es importante hacerlo en el propio contexto del individuo o grupo de individuos objetivo ya sea en lo **familiar, escolar, laboral, comunitario**, y con el apoyo de **redes interinstitucionales** del sector público, social y privado y de los tres órdenes de gobierno.

Por otro lado, en México, el Programa Para Vivir Mejor del actual gobierno, articula las acciones en favor de la salud de los tres poderes de la unión, los tres órdenes de gobierno, las organizaciones no gubernamentales (ONG's), las empresas, la sociedad civil, en conjunto con organizaciones internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y la UNICEF, y academias e instituciones educativas, en el ámbito de sus competencias (SS, 2002; CIJ, 2007a).

Todos estas acciones representan los esfuerzos preventivos más importantes por beneficiar en forma continuada a la mayor parte de la población y particularmente a los grupos vulnerables. De ahí que a la *prevención universal*, o sea aquella dirigida a la población sin hacer distinciones, deba complementarse con la *prevención selectiva*, aquella que identifica factores concretos de vulnerabilidad, y con la *prevención indicada*, porque están identificados los factores específicos que inciden en la problemática (Castro y Llanes, 2007; Gamboa, 2008).

Sucede que, los programas de intervención universal son los más comunes, pero requieren tres o más años para ser efectivos y su eficacia está limitada a efectos leves, temporales e insuficientes para los jóvenes de alto riesgo y sus familias (Amengual, 2000; Castellanos, 2007). Los programas selectivos son menos comunes, pero más efectivos, y los indicados son entrevistas motivacionales con quienes ya están sufriendo una adicción, son efectivos pero tienen un efecto limitado de aproximadamente 6 meses (Castellanos, 2007).

En relación con esta cuestión se establece una interesante comparación entre *las estrategias que son más eficaces* (impuestos, disminuir su disponibilidad, algunas medidas de reducción del daño y disuasión especialmente en el contexto de beber y conducir, o del daño a terceros, como en el caso del fumador pasivo) (CONADIC-SS, 2006; Solis, citado en Lañarraga, 2007; Castro y Llanes, 2008) y *las más populares* (programas educacionales especialmente en la escuela) (Calafat, 2002). Solis (citado en Lañarraga, 2007) refiere que como sociedad nos sentimos más cómodos con estrategias como los programas escolares que con medidas más restrictivas, como las políticas legislativas o impositivas –y su cumplimiento eficaz- dirigidas a dificultar el acceso a la sustancia.

Sin embargo, la perspectiva de investigación-acción actual promueve el diseño de sistemas de prevención basados en factores de riesgo específicos a los cuales puedan proponerse factores de protección, también específicos (Llanes, 2003), lo que se denomina ***prevención determinada***.

Se trata entonces de estrategias que promueven la comprensión de las conductas de riesgo asociadas al consumo, más allá del problema mismo, de la restricción de la conducta o de la disposición al cambio.

En la práctica preventiva, los factores de riesgo definen a la población objetivo y los factores de protección fundamentan el tipo de actividades preventivas a implementar (Londoño y Vinaccia, 2005, citados en: Gamboa, 2008).

De este modo, en la línea de investigación de este trabajo el diseño de una estrategia de intervención podría basarse en la **tolerancia social** como **factor de riesgo** y la **estimulación del desarrollo cognitivo** como **factor protector**, específicos para la población adolescentes.

3.2.1. Posibilidades de intervención en la población adolescente.

Para incrementar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los programas preventivos en contacto con poblaciones vulnerables como los adolescentes, así como disminuir los costos y optimizar los resultados, los investigadores proponen (Amengual, 2000; Alvira, citado en León y Reyes, 2008; Becerro, Garai y López, 2008; CIJ, 2007b; 2008; CONACE, 2008; Dryfoos, citado en García y García, 2008; CONADIC, 2007):

- Tomar en cuenta la edad de inicio e intervenir desde una edad temprana con una visión evolutiva del individuo y su entorno, con el fin de neutralizar los niveles de consumo (Bukoski y Hawkins citados en León y Reyes, 2008; Rice, 2000).
- Considerar el desarrollo sociocognoscitivo de la población a intervenir.
- Realizar un diagnóstico inicial de la situación actual del individuo y su entorno.
- **Realizar intervención individual intensiva** (Farke y Anderson, 2007).
- Desmitificar estereotipos, para lo cual es necesario realizar estudios locales y sensibilizar para romper el silencio (Becerro, Garai y López, 2008).
- **Considerar la posibilidad de trasladar el trabajo clínico a la escuela.**
- Apoyarse de los padres que tienen un papel muy importante a desarrollar.
- Hacer énfasis en el entrenamiento de habilidades sociales.
- Contar con un especialista (CONACE, 2008), y entrenar al equipo que va a llevar a cabo la implementación del programa.
- Tener en cuenta y coordinarse con programas alternos (informativos, educativos, legislativos, etc., sean de la misma institución o de otras organizaciones públicas, privadas, civiles, para alcanzar la totalidad de la población según sus riesgos (Amengual, 2000).
- Basarse en un contenido amplio y genérico (op. cit.)

- Contar con instituciones o grupos sociales que puedan desempeñar funciones de apoyo para el desarrollo y difusión de la intervención.
- Programar las actividades a largo plazo, ya que existe un impacto positivo en la participación continua y sistemática.

Las **intervenciones breves** han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el manejo de los individuos con comportamientos y consumos de riesgo. El bajo costo hace que las intervenciones breves sirvan de herramienta para llenar el hueco que existe entre los esfuerzos de las acciones preventivas y los tratamientos más intensivos (Becerro, Garai y López, 2008).

En este contexto, la posibilidad de trasladar el trabajo realizado en la clínica al trabajo preventivo en el contexto escolar se basa en que los programas preventivos requieren motivar al sujeto para aprender lo necesario hacia el cambio de la conducta. Al respecto, Santos-Rego (citado en García y García, 2008) y otros (Brannon, Dent y Flay, citados en CONACYT, 2007; CONACE, 2008) mencionan una serie de estrategias para fomentar y favorecer la motivación con el fin de aplicar lo aprendido en la modificación de conductas de riesgo por conductas de salud, como parte de un programa de tratamiento de adolescentes en riesgo:

- Fomentar un contexto de interacción terapeuta-paciente en el que se promueve el valor del aprendizaje como una actividad recompensante, satisfactoria y enriquecedora en la vida personal y colectiva.
- Diseñar materiales que generen un proceso de interacción terapeuta-paciente de actitudes, creencias y motivaciones positivas para el aprendizaje de los nuevos contenidos.
- Inducir en los pacientes curiosidad y valoración de la tarea.
- Focalizarse en un aprendizaje cooperativo o enseñanza de equipo.
- Contar con la ayuda de los líderes de los estudiantes y los estudiantes mismos (Rice, 2000).
- Que el contenido del programa sea concreto, novedoso, variado, significativo y en la medida de lo posible lúdico, con el fin de que el paciente aprenda divirtiéndose.
- El programa tiene que ser interactivo y debe fomentar el trabajo vivencial.

- El programa debe apelar a la vanidad del adolescente, su orgullo, su creencia en sí mismo y su sensación de éxito. Se le debe animar a ejercer control sobre su propia conducta y no culpar a los demás de sus propios hábitos (Sheppard, Wright y Goodstadt, 1985, citados en Rice, 2000). Apelar a su deseo de mantener la forma física ha resultado ser una táctica eficaz.
- Acercarse con interés genuino e información veráz.
- **Inducir en los sujetos un cierto grado de disonancia y/o conflicto sociocognoscitivo para motivarlos más (Rice, 2000; Becerro, Garai y López, 2008), ya que para percibir los efectos negativos los sujetos deben estar conscientes de la relación causa-efecto de ambos eventos (CIJ, 2007b).**
- **Fomentar el modelo cognitivo relacionado con el proceso de solución de problemas (identificación de la tarea, búsqueda de nuevas alternativas, implementación de la alternativa elegida, verificación de dicha alternativa), como parte del entrenamiento de habilidades para la vida.**
- **Generar la reestructuración de creencias, mitos y expectativas alrededor de la conducta de riesgo.**
- **Inducir en los participantes el sentimiento de competencia metacognitiva para que pueda controlar los propios procesos y estrategias que se utilizan en el proceso de aprendizaje.**
- **Que el paciente reconozca el esfuerzo entre el esfuerzo realizado y el resultado obtenido para fomentar y favorecer la elección y la toma de decisiones autónomas.**
- Facilitar a los pacientes un proceso de retroalimentación inmediato y contingente con las respuestas y comportamientos emitidos durante la actividad.
- Que el contexto enseñanza-aprendizaje fomente las interacciones con los iguales e influya en un pensamiento grupal positivo para la promoción de la salud y la calidad de vida individual y colectiva.

Uno de los intentos para llevar la clínica al contexto escolar es el programa MOTIVA de la Dirección de Drogodependencia “Hazkunde” de España (CONACE, 2008), que centra sus acciones en detectar a la población de riesgo y derivarlos a un programa de intervención breve basado en el Modelo Transteórico al cambio de Prochaska y Di Clemente, y la Entrevista Motivacional de Miller.

Al respecto de programas que estimulan el desarrollo cognitivo, a partir de un análisis de la realidad basado en la psicoeducación, haciendo incidencia en lo cognitivo, actitudinal-conductual, emocional y en la transmisión de información, en

una investigación se busco lograr un ambiente de diálogo y conversación distendida, intercalando preguntas como ¿tu qué crees? y ¿tú que opinas?, con comentarios e información necesarios que favorezcan la reflexión basados en ejemplos aproximados a la realidad y con información objetiva (Turbi , 2007).

Otro intento para estimular el desarrollo de habilidades de razonamiento crítico, se centra en proveer de conocimientos básicos acerca del funcionamiento de la neurotransmisión y la dinámica de la droga al tener contacto con nuestro sistema cerebral y con nuestro funcionamiento conductual a través de materiales didácticos (NIDA, 2008).

Sin embargo, las verdades que un adolescente tomará para sí mismo, surgirán de su propio desarrollo cognoscitivo, el cual se presenta dentro de un importante contexto social (Papalia y Wendkos, 1998). Es decir, a partir de una representación social elaborada del “sentido común”. De la experiencia cotidiana será posible guiar la conducta (Jodelet, citado en Gamboa, 2008).

Un estudio reciente ha mostrado que las técnicas en vivo son significativamente más atractivas que el vídeo (Miller, Hecht y Stiff, citados en CIJ, 2009). Además, los programas que incluyen más de un componente son significativamente más eficaces, ya que la multiplicidad de componentes incluye desde una diversidad de destinatarios (padres y profesores y entorno comunitario próximo, más que jóvenes solos) hasta una gradación de objetivos interrelacionados (conocimientos, influencias sociales, habilidades sociales de rechazo y genéricas, y cambio o refuerzo de normas). Y en su calidad genérica, los programas suelen ser más eficaces que los que toman una sola droga como objeto, o conducta.

Al respecto, Festinger (citado en Reyna, 2004) propuso que buscar la comparación de otras personas en situaciones de temor o ansiedad era debido, al menos en parte, a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se pueda obtener información acerca de la situación estresante (lo

que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparación sentimientos y conducta).

En concreto el trabajo en grupos es efectivo al promover la reducción del aislamiento, ya que (Becerro, 2000):

- Son un grupo de iguales con similares problemas.
- Se lleva a cabo en un entorno no orientado.
- No se pone énfasis en el rol de enfermo.
- Se destacan las competencias del individuo poniendo énfasis en los logros conseguidos.
- Los participantes son miembros activos de su cambio sirviendo de modelos unos a otros.
- Promueve un proceso generador de cambio.

El hecho de abordar la práctica preventiva desde los elementos que constituyen el estilo de vida, nos permite adentrarnos en una serie de dispositivos que inciden en la reflexión, la toma de conciencia y la posible modificación de actitudes, patrones de comportamiento, usos y costumbres, mediante el trabajo grupal hacia una percepción diferente sobre el riesgo (Hernández, 2007).

De este modo, el factor vivencial propicia que el individuo se sienta involucrado en el trabajo de grupo. Para lograr el efecto vivencial, el programa Construye tu vida sin Adicciones (citado en Castro y Millé, 1998) hace énfasis en el trabajo con imágenes y explica:

Como paso previo a la resolución de un problema se crea una imagen del mismo y se contempla desde diversas posiciones y perspectivas, lo que da la oportunidad de imaginar las posibles consecuencias de cosas que todavía no ocurren pero que, dadas las condiciones, podrían llegar a ocurrir.

De esta manera, el trabajo con imágenes permite a los individuos encontrar soluciones a posibles problemas, tomar decisiones, integrar y sintonizar pensamientos, emociones y sensaciones confusas y prepararlos para enfrentar la realidad de manera más efectiva.

Gloubermann (citado op. cit.) explica que el lenguaje verbal nos guía solamente en determinadas direcciones, convirtiendo algunos pensamientos en más fáciles de

explicar que otros. Sin embargo, tenemos otros sentimientos, confusiones y deseos, que quedan fuera del área de la palabra y solemos no pensar ni enfrentarnos a ellos hasta que inevitablemente provocan una crisis.

Por ejemplo, un joven que está tenso después de un problema en el que ha experimentado un ambiente negativo en casa, acude a una fiesta en la que le ofrecen droga y acepta probar la marihuana, no podrá explicar con palabras la relación entre lo que siente y el uso de la droga, puesto que no tiene conciencia de lo tenso que lo pone un ambiente negativo y mucho menos de las cosas que está haciendo para desalojar esas tensiones (AACAP, 2002).

Si a través del trabajo con imágenes, pudiéramos concientizar a los jóvenes en las escuelas de los efectos de un ambiente negativo y de lo que se puede hacer para eliminar la tensión, estaríamos avanzando en el camino de la prevención (Castro y Millé, 1998).

Hablar de concientizar es garantizar el aprendizaje generado por la reestructuración cognitiva (creencias, aspiraciones, percepciones, etc.) y el desarrollo de habilidades que potencialicen el cambio. Y es que no se trata solo de lo que se aprende, sino de cómo se aprende (Rice, 2000).

Una de las teorías más representativas para tratar de comprender y explicar cómo aprendemos, es la teoría de los estilos de aprendizaje, la cual refiere a tres estilos básicos con los que se señala que algunos recuerdan mejor lo que escuchan; otros, lo que ven; otros, lo que hacen involucrando los sentidos con la acción, es decir, el aprendizaje se denomina como auditivo, visual o kinestésico, respectivamente (Shaffer, 2000).

Otro aspecto fundamental del desarrollo cognoscitivo es el desarrollo de la creatividad que puede mejorarse con la educación (Mckinney et al., 1998).

Los adolescentes se encuentran en un momento propicio para desarrollar y expresar su creatividad, quieren y necesitan cambiar, están abiertos a otras

maneras de ver el mundo, necesitan poner a prueba la realidad y encontrar conceptos, significados y valores que los acerquen a su verdad interna. Se trata entonces de un proceso para hacerse sensible a los problemas (deficiencias, lagunas en el conocimiento, pérdida de elementos y disonancias), identificando la dificultad (búsqueda de soluciones, hacerse conjeturas o formular hipótesis acerca de las deficiencias), examinando y volviendo a examinar (posiblemente modificando) estas hipótesis, para finalmente comunicar los resultados (Rice, 2000; AAP, 1999).

La persona que no es creativa y no puede imaginar, ni siquiera puede desear otro modo de vida, porque hasta para desear se requiere crear en la mente eso que uno quisiera.

Por el contrario, el adolescente capaz de tomar decisiones, reflexiona con detenimiento y actúa con firmeza, sabe lo que quiere, averigua cómo conseguirlo, analiza las situaciones, mide los riesgos y se compromete con su elección (AAP, 1999).

Es decir, de acuerdo con Rice (2000) uno de los resultados del procesamiento de la información es la resolución de problemas, que abarca varios pasos que conviene seguir conscientemente:

1. Definir el problema objetivo, para determinar qué se necesita hacer.
2. Analizar el asunto, que requiere captar el problema, reorganizando información, deteniéndose a pensar sobre varias facetas del problema.
3. Explorar las opciones o las posibles soluciones al problema, intentando adelantar los efectos o las consecuencias de cada solución.
4. Hacer una lista de las ventajas y desventajas de las diferentes opciones.
5. Elegir una solución.
6. Llevar a la práctica la decisión y establecer un compromiso.
7. Examinar los efectos de las acciones.
8. Reconocer y agradecer la ayuda de los demás en la solución del asunto.

Todo este procesamiento cognitivo posibilita una adecuada toma de decisiones, lo que implica que el adolescente es capaz de elegir, comprender, crear,

comprometerse, ser consecuente, estar en lo correcto, conducirse con credibilidad, ser consistente y cumplir.

Además también se ha observado que cuando los adolescentes se reúnen en grupo para resolver problemas, encuentran soluciones más satisfactorias y con una mayor comprensión (Ayma-Nolley y Church; Grannot; Tudge y Winterhoff citados en Rice, 2000).

Desafortunadamente, la amplitud de la experiencia juega un importante papel en la calidad de las decisiones que se toman (Reyna, 2004), y tal como se menciona en el capítulo anterior, la tendencia actual afirma que incurrir en conductas de riesgo sin padecer algún tipo de daño resulta en el reforzamiento de la conducta que se quiere prevenir.

Es por esto que un adolescente que no ha logrado desarrollar una mentalidad capaz de imaginar ideales no se le puede exigir que tenga conciencia de la importancia de valores como el respeto a la salud o la seguridad social.

3.3. CONTENIDOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS.

En esta línea, la psicología cognitiva ha sido el marco teórico dominante en psicología (básica y aplicada) durante los últimos veinte años; de él han emanado las tres teorías que han dominado el escenario de intervención en investigación preventiva. A pesar de la existencia de otros modelos muy extendidos en el ámbito de la psicología preventiva como la teoría de conducta problemática (Jessor y Jessor, citados en CIJ, 2009), los tres modelos más utilizados en la prevención han sido (CIJ, 2007a; Arco y Fernández, 2002):

Cuadro 3.2. Marco Teórico Cognitivo.

Teoría del Aprendizaje Social	–la cual sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, con ello se puede inducir el aprendizaje de
--------------------------------------	---

de Bandura	conductas deseadas o por el contrario cambiar aquellas que no favorecen el desarrollo del individuo
Teoría de la Acción Razonada	las personas normalmente son bastantes racionales y hacen uso sistemático de la información de que se dispone. <i>La mayoría de las acciones que tienen relevancia social están bajo el control de la voluntad consiguientemente, la intención de ejecutarlas (o no) es el determinante inmediato a la acción.</i>
Teoría de la Conducta Planificada	que señala que la intención de realizar cierta práctica no sólo está determinada por la actitud y las normas subjetivas, sino también por el control de conducta percibida

En este sentido, existe evidencia de algunos modelos que han logrado articulación de estrategias efectivas y orientar los objetivos preventivos en un contexto educativo y social, como lo es el **Modelo de Competencias** (Marlat, citado en Becerro, 2000; González, 2006) que además, ofrece las bases de la estrategia determinada que se busca lograr con este estudio, como son:

- a) El constructo de competencia está firmemente establecido dentro de la teoría del desarrollo onto y filogenético del ser humano.
- b) Los estudios longitudinales ponen de manifiesto que es la ausencia de competencias adaptativas amplias, y no la presencia de grupos de síntomas por sí mismos, lo que es más predictivo de la psicopatología a largo plazo.
- c) Se focaliza en intervenciones preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, destrezas conductuales y socioemocionales, que conducirán a resultados adaptativos y un sentido de control personal.

Estas destrezas conductuales y socioemocionales se han trabajado dentro del contexto ampliado y adaptado del **Entrenamiento de Habilidades para la Vida** (Life Skill Training, LST – por sus siglas en inglés) programa creado por Botvin (Amengual, 2000), cuyo objetivo primordial es que los adolescentes sean capaces de desarrollar habilidades para manejar las influencias externas, y así evitar el consumo de alcohol y tabaco, y otras drogas (CIJ, 2007b).

El modelo se basa en la enseñanza de habilidades cognitivo conductuales que les permitan el desarrollo adecuado de la autoestima, resiliencia, habilidades sociales como comunicación asertiva y significativa, reflexiva, organización, negociación, expresión emocional, autonomía, afrontamiento del estrés y manejo del autocontrol, resistirse a los mensajes publicitarios, educación en valores, empleo

adecuado del tiempo libre, madurez humana y sentido de vida, así como metas compartidas, el trabajo en equipo, la capacidad de liderazgo y el sentimiento de tolerancia y respeto, educación cívica que busca la participación e inclusión de los jóvenes en la vida activa de sus comunidades y una adecuada resolución de problemas y toma de decisiones (Benitez, 2005; Del pozo, 2006; CONACYT, 2007; Construye tu vida sin adicciones citado en Castro y Millé, 1998; Hernández, 2007; IMIPAF citado en Gamboa, 2008; Proyecto OCIUM citado en Turbi, 2007).

Por lo general, las intervenciones se centran de dos tipos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en el individuo. Las estrategias de afrontamiento centradas en la manipulación directa del problema han considerado el desarrollo de habilidades de solución de problemas, de comunicación, sociales y asertividad, entre otras. Con respecto, a las centradas en el individuo, se dirigen a la regulación de las cogniciones y el malestar, la relajación, *la reestructuración cognoscitiva*, el autocontrol, y el automonitoreo (Benítez, 2005).

Entre otros modelos de psicología cognitiva para explicar el proceso de adquisición de habilidades (Fitts; Anderson y Logan citados en Pastor, Monteaguado y Pollock, 1999) la teoría de Fitts destaca puesto que plantea tres fases en el proceso de adquisición de habilidades, que suponen un proceso de automatización de las mismas:

- 1) **Fase Cognoscitiva o de conocimiento (inicial):** en esta etapa se conoce la naturaleza y las claves importantes de la situación, y se adquieren conocimientos acerca de la solución de la misma, que se ponen en práctica bajo un proceso consciente de reflexión y toma de decisiones.
- 2) **Fase asociativa (intermedia):** en esta fase las respuestas y acciones que forman parte de la ejecución quedan ligadas a los estímulos apropiados, por lo que se fortalece el trazo perceptivo (o conexiones neuronales estímulo-respuesta aludida anteriormente). Esto implica la formación de patrones básicos de ejecución o estructuras de reglas (tal y como se denomina desde el marco S-R-K: ejecución basada en reglas).
- 3) **Fase automática (final):** corresponde al estadio final de adquisición (ejecución basada en habilidades). Las diversas subrutina o unidades conductuales que componen la habilidad se manifiestan integrada y ejecutadas de forma fluida y coordinada. Esta fase se caracteriza por la fijación, ya que hay una gran especificidad en las conexiones neuronales

estimulo-respuesta, y una fijación del trazo perceptivo, por tanto; y por la economía operacional, puesto que la habilidad se lleva a cabo de forma eficaz con un mínimo de gasto cognitivo y energético (automatización).

Fitts (citado en Pastor, et al. 1999) concluye explicando que en las fases iniciales de este proceso de adquisición, los componentes de la tarea se ejecutan uno por uno. El feedback (retroalimentación o información de los resultados de la acción) proporcionado por la consumación de cada componente se utiliza para desencadenar el siguiente componente. Sin embargo, en las fases avanzadas se manifiesta un flujo continuo de conducta hasta que se alcanza el objetivo. En realidad, con la práctica y experiencia se desarrolla un programa a nivel interno que posibilita que la ejecución tenga lugar con muy poca retroalimentación.

En este contexto, los programas más efectivos son los que integran información sobre el desarrollo de habilidades psicosociales que sirvan para enfrentar las demandas y los retos de la vida diaria (Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población –IMIPAF, citado en Gamboa, 2008), es decir, son destrezas vitales que permiten al individuo un desarrollo y adaptación óptimos a su medio ambiente (Gamboa, 2008).

En este sentido se favorece la implementación de recursos con un enfoque cognitivo-conductual como: modelado, moldeamiento, ensayo conductual, juego de roles, retroalimentación positiva y desarrollo de tareas específicas fuera del proceso preventivo (CIJ, 2008). Todas estas dinámicas se guían por materiales que promueven la educación y el aprendizaje.

Entre las actividades que se utilizan en esta línea se encuentran talleres sobre farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo, juegos de mesa, cine-debate, cursos de capacitación especializada, actividades grupales de apoyo, de ayuda mutua, con otros compañeros con contenidos en habilidades de relación, de comunicación de las emociones, de manejo de la agresividad, de empatía

desarrollando de esta manera, actitudes autónomas, responsables y solidaria (Becerro, Garai y López, 2008).

Otros como estos, y desde su particular enfoque se dirigen al logro de objetivos muy específicos como: la motivación al cambio (Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente), el acompañamiento en la toma de decisiones (Modelo de la Entrevista Motivacional) (op. cit.), la identificación de factores de personalidad (Modelo de Prevención o Intervención Temprana de los Riesgos de Personalidad) (Castellanos, 2007), el funcionamiento de sistemas motivacionales cerebrales ante ciertos tipos de información (Modelo Motivacional para el Riesgo del Abuso de Sustancias) (Conrod et. al., citado op. cit.), etc.

Existen diversos modelos diseñados y adaptados en poblaciones específicas mexicanas: Para vivir sin drogas de los Centros de Integración Juvenil (CIJ); El modelo preventivo del uso de alcohol y otras drogas para los trabajadores y sus familias, del Instituto Nacional de Psiquiatría, el Modelo CHIMALLI del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), el programa de educación preventiva contra las adicciones PEPCA de la Secretaría de Educación Pública, el modelo preventivo y de rehabilitación de adicciones, Modelo ECO-2, el modelo de prevención para el bebedor excesivo: Autocontrol Dirigido de la Facultad de Psicología, UNAM; el Modelo de Intervención Breve para Bebedores Problema del CONACYT; el modelo Yo quiero Yo puedo del IMIFAP; el programa Construye tu vida sin adicciones del Instituto Mexicano de la Juventud (Gamboa, 2008).

Particularmente, para la delimitación de los contenidos de trabajo en este proceso, se retoman aspectos de carácter educativo, preventivo y técnico que comprenden las siguientes características (Mora y Rodríguez, citado en CIJ, 2007b):

Cuadro 3.3. Contenidos Preventivos.

Contenido Educativo:	Facilitar que los contenidos coadyuven a la adquisición de nuevos conocimientos, así como al intercambio de opiniones, experiencias, ideas y creencias sobre el consumo de drogas, de tal forma que se construyan nuevos aprendizajes y fortalezcan positivamente los que ya se tienen.
Contenido Preventivo:	Incluir, principalmente, información sobre alcohol y tabaco, considerando la situación y las condiciones socioculturales de los participantes, aclarar que la mayoría de la gente, sobre todo, niños y adolescentes, no consume drogas, y enfatizar los daños que conlleva su uso y abuso, proporcionar información veraz y actual sobre los riesgos asociados al consumo y los beneficios de la abstinencia, ofrecer datos de instituciones que brinden información, orientación y/o tratamiento del consumo de sustancias, evitar la inclusión de ilustraciones que muestren la venta, preparación y/o el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, fomentar estilos de vida saludables contrarios al consumo de drogas.
Contenido Técnico:	Incluir técnicas que promuevan la responsabilidad y motivación de los destinatarios tanto en el cumplimiento de los objetivos del proyecto como en su participación dentro de las actividades preventivas, e incorporar elementos que hagan más comprensible el material y más práctico su uso, tanto para el facilitador como para el participante.

Es decir, los materiales preventivos no sólo deben ser lúdicos y recreativos, sino que además, deben incluir técnicas y herramientas de comunicación grupal que contribuyan a optimar los canales de comunicación, que estimulan la atención e interés de los participantes y permiten articular adecuadamente los objetivos terminales y las estrategias de las sesiones de trabajo (CIJ, 2007b; Castro y Llanes, 2008; Martínez, 2004).

El canal o medio es la vía a través de la cual se comunican o desplazan los mensajes visuales, auditivos y gráficos, que resultan útiles en dicho proceso.

Precisamente, en función del canal o medio de percepción es como, frecuentemente, se clasifican los materiales didácticos y por el cual se promueve el aprendizaje (Cisneros, citado CIJ, 2007b):

- **Medios auditivos:** radio, audiocasetes y disco compacto de audio.
- **Material visual:** proyectado – transparencias, fotos fijas, acetatos, diapositivas, entre otros; no proyectado – pizarrón, carteles, rotafolios, franelógrafo, dibujo, gráficas, imágenes planas, mapas, objetos, modelos.

- **Material audiovisual:** proyectado – videos, proyecciones con sonido, televisión, simuladores, programas y tutoriales, multimedia; **no proyectado – representaciones,** marionetas, títeres, entre otros.

3.4. Contexto Preventivo: La Escuela.

El contexto escolar está considerado como el más importante para la intervención preventiva, principalmente, debido a que en él se presenta alguna de las siguientes condiciones (CIJ, 2007b; CONACE, 2008; Ortega, Ramírez y Castelan, 2005; Alonso, Freijo y Freijo citado en Becoña, 2000):

- a) La edad escolar es la más propicia para la adquisición de valores, conocimientos, actitudes y hábitos que favorezcan el desarrollo social y personal del sujeto.
- b) La información se recibe de forma horizontal y continuada.
- c) Incorpora a todos los miembros de la comunidad escolar padres, maestros, alumnos y directivos.
- d) Es el segundo espacio **agente de socialización** más importante para el sujeto, junto con la familia y el grupo de pares, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciando en la familia
- e) Permite discutir la problemática colectivamente, integrando visiones y puntos de vista, **reforzando en conjunto, la necesidad de mejorar la convivencia interna.**

La interacción con el grupo de iguales aporta elementos para el desarrollo de niños y adolescentes considerando que con ésta se favorece el aprendizaje cooperativo y produce una confrontación entre puntos de vista distintos, lo cual ocasiona un progreso cognitivo. De esta manera, cuando los niños y los adolescentes tienen la oportunidad de opinar, presentar o debatir diversos puntos de vista, se está produciendo un aprendizaje importante.

Este método participativo es justamente el que logra la movilización grupal necesaria para que los individuos cambien sus estilos de vida y los ambientes clave en los que se desarrollan, como es el hogar, la escuela y el trabajo.

- f) La **reforma educacional crea un marco** en el que hace posible **un mayor alcance poblacional**, tanto por *el apoyo del magistrado para mantener el control del grupo* como por la obligatoriedad de la escolarización.
- g) Ofrece la oportunidad de detectar factores de riesgo específicos que pueden contribuir de manera importante la conducta de riesgo, lo cual permite la consolidación de esfuerzos para el diseño de intervenciones de prevención selectiva, e incluso de detección oportuna de casos de consumo para su canalización.

Además, permite:

- h) Fortalecer los factores de protección,
- i) Plantear estrategias concretas acordes con necesidades propias del contexto encaminado a la prevención,
- j) Dotar a los entornos de elementos de apoyo y contención al mismo.
- k) Garantizar la eficacia de la prevención, favoreciendo la repetición de intervenciones en un mismo colectivo social y la permanencia del mensaje en el tiempo, con el propósito de facilitar la modificación de la conducta de forma más duradera, objetivo que no es alcanzado con la realización de acciones aisladas.
- l) Implica una acción global del establecimiento educacional, que refuerce las prácticas de convivencia escolar y los espacios de participación, **generando una cultura del autocuidado**, incompatible con el uso de alcohol y drogas.

Desafortunadamente, de acuerdo con evaluaciones realizadas a diversas intervenciones, en México existen algunas condiciones que pueden obstaculizar el trabajo preventivo en el ámbito educativo, tales como (CIJ, 2007b; Buendía, 2008; Vicioso, 1999):

- Desinterés y poca participación de algunos padres de familia, principalmente por la falta de motivación o disposición de tiempo para el desarrollo de acciones de prevención (que forma parte de la tolerancia social).
- Una excesiva demanda curricular para los profesores, lo que dificulta su involucramiento en proyectos preventivos.
- **Existencia de grupos escolares numerosos, que imposibilitan el manejo de procesos grupales y restringen el alcance de los objetivos** (en tanto las dinámicas son expositivas).
- Limitaciones en los tiempos que las escuelas otorgan para la prevención, y que dependen de la disposición del profesorado.

Afortunadamente los beneficios de la prevención en grupo son mayores e inspiran los esfuerzos por aminorar estas dificultades.

Amen de conclusión, las razones que dan fundamento a los contenidos educativo, preventivo y técnico son el desarrollo de actividades preventivas integrales, y con objetivos a largo plazo (Gullota; Salvador y Martínez, citados en CIJ, 2007b); y la adopción y/o modificación de hábitos y conductas que implica el establecimiento de procesos sistemáticos y continuados, de manera que fomenten el desarrollo integral de los individuos; así como, la necesidad de superar la mera transmisión

de información (Vega, citado en Martínez, 2004); elegir una metodología y tecnología que garantice y fomente la participación activa de los destinatarios en la construcción del conocimiento (Escarlo, et al., citados op. cit.); y asumir compromisos con los objetivos programados y los mensajes preventivos.

Pero sobre todo, cumplir el compromiso último de la prevención: desarrollar herramientas para que la propia comunidad enfrente y supere problemáticas, con la confianza de que es posible crear un ambiente de salud psicosocial.

CAPITULO IV.

PROPUESTA:

**Conferencia-Taller: *Daños y Consecuencias*
*del Consumo Problemático de Alcohol y Tabaco***

1.1. PRESENTACIÓN.

La práctica cotidiana de la prevención ha permitido reconocer tres realidades: 1) el nivel de tolerancia social en las comunidades de la actualidad hace urgente el diseño de estrategias preventivas que prioricen la reestructuración cognitiva con el fin de romper con el conformismo y la conveniencia socioeconómica responsable, en cierta medida, de la prevalencia del consumo de sustancias, por ejemplo; 2) los adolescentes han nacido en un entorno que difícilmente les potencia actitudes para ser críticos ante situaciones de riesgo; 3) la mayoría de las acciones preventivas se caracterizan por un alcance limitado (grupos pequeños) y de bajo impacto (aprendizaje con objetivos difusos).

En este sentido, la reestructuración cognoscitiva, como una de las estrategias necesarias para promover la toma de decisiones y la disminución de riesgos en la población adolescente, ha dado un giro importante gracias al análisis derivado del trabajo realizado en la clínica, al tomar en cuenta el estado de maduración de los individuos en esta etapa del desarrollo, entre otros aspectos.

En la actualidad, al comprender que por su falta de experiencia, los adolescentes no pueden entender el concepto de “consecuencias fatales”, más allá de llamar a la razón a sopesar los riesgos y beneficios de su conducta o de compensar su inmadurez con el entrenamiento de habilidades para la vida, ha surgido una tendencia que hace necesaria la acción de pensar con menos lógica y con más intuición, es decir, de asumir la toma de decisiones haciendo caso omiso de detalles distractores y filtrando la información proveniente de nuestras experiencias, emociones, puntos de vista, educación y otros factores, con el fin de penetrar rápidamente a la esencia o línea de fondo de una situación que por sí misma perdura más que los hechos palpables (Reyna y Brainerd, citados en Reyna y Farley, 2007).

Al respecto, Damasio (2006) señala que la intuición es sólo una cognición rápida con el conocimiento requerido parcialmente oculto, promovido por la emoción y mucha práctica. Basado en un estudio de pacientes neurológicos con defectos en la toma de decisiones, explica que para promover la actividad mental es necesario comprender cómo se forman las imágenes que percibimos, cómo se depositan nuestros conocimientos, cómo opera la memoria, y en definitiva, que el funcionamiento del cerebro es promovido por las emociones más que perturbado por ellas, al marcar ciertos aspectos de una situación o determinadas consecuencias de posibles acciones.

Esto se puede aprender y se puede enseñar partiendo de la base neurofisiológica de la interacción del cuerpo y la mente con el ambiente.

Enfoques teórico-metodológicos como la Teoría Polivagal de Stephen W. Porges (2001) o el Modelo de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular (EMDR-por sus siglas en inglés) de Francine Shapiro (2004) explican cómo las estrategias filogenéticamente instaladas y la función puede influir en determinada estructura fisiológica y sus componentes anatómicos.

El EMDR se basa en el supuesto de que existe un sistema innato de procesamiento de información en todas las personas y que las patologías se presentan debido a que este mecanismo ha sido impedido (la manera en que nos educan, p.e.), probablemente por lo que Moreno (1966) define como co-inconsciente o una historia de la que no se tiene conciencia, que excede a todo dato objetivo y que se manifiesta en los múltiples mensajes subliminales que decodificamos muchas veces sin darnos cuenta de ello (...). Este "sistema inconsciente común" se expresa en la distribución de roles y mantiene a los miembros unidos e identificados.

Por lo tanto, si se localiza el recuerdo perturbador y se incorpora a esquemas existentes presentes, se activa el sistema y la información es llevada a una resolución adaptativa.

En este caso en particular, desde pequeño el adolescente escucha lo tormentoso y traumático que “es” la etapa de la adolescencia. Por lo que, al llegar a ella, se encuentra más preocupado porque logren comprenderlo, tomar una decisión, sentirse seguro o incluso, divertirse. Por ello, si se identifica el “estigma” o el sistema peligroso, se podría activar la capacidad de análisis para procesar la información hacia conductas adaptativas.

Ambas teorías coinciden y hacen referencia a que estos cambios se pueden producir en la estructura cerebral como función del ejercicio y de la interacción, sobre todo aquella de contacto visual, cara a cara (Porges, 2001; Shapiro, 2004). Por ejemplo, en un método de exposición imaginal en el que no sea intención exacerbar o incrementar el nivel de ansiedad, lo que se busca es el reprocesamiento de los sucesos primarios (hacer consciente la problemática), los estímulos presentes (cuál es el reto) y las reacciones negativas de los comportamientos futuros que dependen de la percepción que se tenga de la interrelación del entorno con uno mismo (de que o con quien se puede buscar apoyo, cuales son las alternativas, que se piensa o se puede hacer, o como se actuará a partir de ese momento) (Shapiro, 2004).

Desde el enfoque cognitivo esto nos lleva a la “diseminación de información” que ayuda a disipar mitos sociales que exacerban los comentarios negativos que los pacientes suelen hacerse de sí mismos, es decir, romper con las creencias básicas o suposiciones (op. cit.) .

Se alude entonces a la necesidad de transformar las estrategias de prevención y el discurso que las acompaña, y ofrecer a los jóvenes una realidad más cercana a su entorno.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Las necesidades actuales de la prevención, requieren llevar el trabajo de la clínica al contexto preventivo con el fin de lograr mayor alcance e impacto a bajo costo lo que implica intervenir en grupos heterogéneos, es decir, donde la población problemática es el conjunto y no la identificación de unos cuantos. Empero, se trata de una población que se encuentra bajo la predisposición de diversos factores como la herencia, un entorno desfavorable, violencia en la familia, comunidades de alta disposición de drogas, pero sobre todo, bajo la influencia de la tolerancia social. Además implica procurar un mayor impacto en una sola sesión bajo la base de la experiencia cotidiana en la que la mayoría de las veces solo se tiene una única oportunidad para intervenir en un determinado grupo.

Por lo que la estrategia debería abordar la motivación al cambio desde sus distintas fases, o por lo menos centrada en la promoción de la pre-contemplación y la contemplación a partir de la discrepancia del contexto grupal y sociocultural.

Además, el proyecto debe motivar al adolescente. Para lograrlo, es importante realizar actividades en las que se requiera la participación del adolescente sin exponer su integridad emocional y social; que le permita seguir de modelo, y le exija un esfuerzo divertido, dinámico y comprometido.

En respuesta a ello, como una alternativa en la que se combine la prevención universal y selectiva, y se conforme una prevención determinada, se propone considerar tres conceptos teóricos de tres distintas teorías eficaces de la metodología terapéutica:

- 1) ***El autoconvencimiento auditivo*** del Modelo Transteórico para el Cambio de Prochaska y Di Clemente (Becerro, Garai y López, 2008), señalan que un adolescente tiende a creer con más fuerza aquello que proviene de sí mismo o de sus pares.

-
- 2) **El desarrollo de discrepancia** de la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (op. cit.), explica que al utilizar preguntas estratégicas, como reflexiones en voz alta, pero pareciendo incapaz de encontrar una solución, es posible aumentar el nivel de conflicto del individuo con el fin de que reconozca donde se encuentra y donde querría estar.
- 3) **La técnica “interpolación de resistencias”** y los cuatro pasos (calentamiento, contexto dramático, dramatización, y eco grupal) del Psicodrama de Moreno (1966; Ortega, 2006), como una herramienta que permite acercar la realidad del fenómeno mediante una escena psicodramática que se altera premeditadamente, y cuyo objetivo es la búsqueda de nuevas alternativas y la desestructuración brusca de una relación estereotipada, en un trabajo realizado con grupos extensos.

Como resultado, es posible obtener un medio para habilitar en el adolescente la capacidad de percibir en el entorno las posibilidades que le permitan evitar conductas de riesgo y priorizar la satisfacción de necesidades propias de su etapa, sin riesgos específicos como padecer una enfermedad crónica. Se trata de ir más allá de hacerles comprender la relación daño-consecuencia del consumo de drogas, utilizando dos herramientas:

- La información que, al realizar un ejercicio a nivel mental, permite activar los procesos cognitivos implicados en los procesos de aprendizaje, percepción y asociación necesarios para la toma de decisiones.
- La técnica LexiCon (que traducida del catalán al español significa “telaraña” y alude a la forma y figura en la cual se torna la escena dramática) permite plasmar lo que el adolescente se imagina, hecho que convierte en realidad y hace palpable las posibilidades que se ven tan ajenas y lejanas.

De esta forma ambas herramientas constituyen la Conferencia-Taller “Daños y consecuencias del consumo problemático de alcohol y tabaco” con la cual es posible contextualizar el desarrollo de la técnica para lograr sus fines preventivos: la reestructuración cognitiva para la promoción del cuidado de la salud y la percepción de riesgo.

1.3. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Tras participar en la Conferencia-Taller “Daños y consecuencias del consumo problemático de alcohol y tabaco” el usuario deducirá los factores asociados a una conducta de riesgo al estimular la reestructuración cognitiva que promueva la percepción de riesgo mediante la observación y acción psicodramática.

Objetivos Específicos:

- Establecer una relación cooperativa y de confianza entre el facilitador, el equipo de apoyo y los participantes.
- Estimular la reestructuración cognoscitiva acerca de las creencias y actitudes relacionadas al consumo problemático de alcohol y tabaco, mediante la técnica psicodramática.
- Resaltar la responsabilidad y el compromiso de las redes de apoyo (maestros, personal académico, directivos escolares, compañeros y familiares) contenedoras de la dinámica del adolescente en la promoción de la salud y la percepción de riesgo hacia el consumo problemático de alcohol y tabaco.

1.4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS.

Forma de selección o convocatoria: Por petición institucional.

Dirigido a: Grupos de 50 o más estudiantes de nivel medio superior (población entre 15 y 19 años de edad) con participación previa en programas preventivos.

Escenario:

- **Macro:** Contexto escolar de nivel bachillerato.
- **Micro:** Auditorio en escalada (tipo gimnasio de basketball) con visión arriba-abajo que permita un panorama general de la dinámica.

Recursos:

- **Audiovisuales:** Micrófonos (la cantidad depende del tamaño del grupo y las dimensiones del lugar).
- **Humanos:** Equipo de Jóvenes o Adultos Jóvenes de Apoyo y Personal Académico de la institución en la cual se va a realizar el trabajo preventivo (la cantidad depende del tamaño del grupo y las dimensiones del lugar con un mínimo de cinco).
- **Materiales:** formatos impresos y lápices para la aplicación pre-post test.

No. de sesiones y Duración: Una sola sesión de 90 minutos.

Técnica: LexiCon, basada en la Interpolación de Resistencias del Psicodrama, la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick y el Modelo Transteórico al cambio de Prochaska y Di Clemente.

Características del facilitador: requiere contar con:

- Conocimientos básicos acerca de la conducta de riesgo y su epidemiología.
- Práctica en el manejo de grupo y la técnica psicodramática.
- Habilidades sociales como la comunicación asertiva, empatía y afrontamiento del estrés.

Forma de Evaluación: Aplicación pre-post del Cuestionario para la Evaluación de la Percepción de Riesgo asociada al Consumo de Alcohol y Tabaco (PeCo) diseñado *ex profeso* para esta propuesta (ver anexo A).

1.5. CARTA DESCRIPTIVA.

Objetivo Específico: Deducir factores asociados a una conducta de riesgo al estimular la reestructuración cognitiva mediante la técnica psicodramática.					
Fase	Actividad	Sesión	Actividad	Procedimiento	Tiempo
1	Estudio Sociodemográfico	1	Pláticas informativas	Acercarse al personal directivo y académico de la institución educativa y algunos actores del grupo social más próximo.	30 – 60 min.
		2	Aplicación del Pre-Test	Aplicación grupal en una sola sesión dentro del aula escolar.	30 min.
		3	Reunión Grupal	Discusión y consenso en grupo.	45 min.
2	Conferencia-Taller	1	Calentamiento	Técnica Rompe Hielo “Los Saludos”.	5 min.
			Encuadre	Se señalan el objetivo y las reglas de la sesión y mediante Lluvia de Ideas se realiza un encuadre breve epidemiológico y de conceptos básicos de la problemática a tratar; y posteriormente se define, delimita y construye el espacio dramático.	15 min.
			Dramatización	Técnica: LexiCon.	30 min.
			Relajación	Técnica “Hojas de Té”.	5 min.
			Eco Grupal	Mediante Tribuna Libre se promueve la reflexión de la vivencia grupal.	20 min.
			Cierre	Discurso Directivo.	5 min.
3	Evaluación	1	Aplicación del Post- Test	Aplicación grupal en una sola sesión dentro del aula escolar.	30 min.
		2	Reunión Grupal	Discusión, análisis y consenso grupal.	45 min.

1.6. PROCEDIMIENTO.

La Conferencia-Taller “Daños y Consecuencias asociadas al consumo problemático de alcohol y tabaco” se lleva a cabo en 4 fases.

FASE 1. Estudio Sociodemográfico.

Momento: Tres días previos al día en que se impartirá la Conferencia- Taller (de acuerdo con la disposición de tiempo de la institución).

Objetivo: Obtener datos acerca de su cultura, su estilo de vida y percepción de riesgo y tomar contacto con el átomo social (grupos significativos de pertenencia) con el fin de adentrarse en su realidad, comprender su problemática y establecer el punto de mayor atención en el que se deberá centrar el facilitador y su equipo de apoyo al impartir la Conferencia-Taller.

Procedimiento: Pláticas informales, aplicación pre-test y reunión grupal.

Sesión 1. Platicas Informativas.

Momento: **Día 1.** Tiempo estimado de 30 a 60 minutos.

Objetivo: Obtener datos acerca de su cultura y su estilo de vida.

Procedimiento: Pláticas informales con el personal directivo y académico de la institución educativa y algunos actores del grupo social más próximo.

- I. Acérquese al personal directivo y académico de manera informal y establezca una conversación acerca de las características del nivel socio-económico de la población estudiantil a intervenir, los estilos de comunicación y afrontamiento del estrés, así como de las preferencias recreativas observadas. Por ejemplo pregunte: ¿los estudiantes se acercan a platicar con sus maestros, se reservan o suelen expresar continuamente las experiencias que les preocupan?, ante un problema ¿buscan apoyo, responden agresiva o pasivamente? O por lo regular ¿organizan fiestas controladas en casa, prefieren el cine, los centros nocturnos, actividades deportivas o reunirse en puntos específicos de las calles en sus colonias?, y por último, ¿se han presentado problemas asociados al consumo de sustancias en los estudiantes?

II. Si es posible acérquese a padres de familia y vecinos de la comunidad para indagar al respecto.

III. En ambas ocasiones, agradezca los comentarios proporcionados y enfatice la confidencialidad y anonimato de la información obtenida.

Sesión 2. Aplicación Pre-Test del “PeCo”.

El Cuestionario para la Evaluación de la Percepción de Riesgo asociada al Consumo de Alcohol y Tabaco (PeCo) cuyo objetivo se centra en obtener datos para conocer la percepción de riesgo de adolescentes, en este caso, asociada al consumo de alcohol y tabaco. Es decir, busca interpretar y analizar lo expresado por los participantes.

Se divide al equipo de apoyo en binas (un joven y un académico) para la aplicación por grupos y se proporcionan las siguientes indicaciones:

Momento: **Día 2.** Con un tiempo estimado de 30 minutos o dependiendo del tiempo (considerado) requerido por la totalidad del grupo.

Objetivo: Obtener datos que permitan conocer la percepción del riesgo de los adolescentes asociada al consumo de alcohol y tabaco.

Procedimiento: Aplicación grupal en una sola sesión dentro del aula escolar.

I. Realice la presentación institucional y personal, dé las gracias por la oportunidad de compartir ese día y enseguida invite al grupo a participar en la Técnica Rompe-Hielo “El Pueblo Manda” (CIJ, Comunicación Persona, 2007), como se explica a continuación:

“Antes de comenzar, que les parece si nos desestresamos un poco y jugamos algo que se llama “El Pueblo Manda”, que es algo parecido a lo que ustedes conocerán mejor como “El Rey Pide”, no se preocupen no tendrán que hacer nada extravagante, o bueno depende de ustedes.

Entonces, las indicaciones son sencillas: ustedes hacen lo que yo les diga que el pueblo manda y el que se equivoque le decimos “Aaaadiós”.

La técnica se lleva a cabo realizando indicaciones como “El Pueblo Manda: que se paren”, “que se sienten”, “que den un aplauso”, “que griten”, etc. Esporádicamente las indicaciones se repiten con el fin de provocar confusión y equivocaciones que permitan obtener un ganador, para el cual se pide un aplauso.

Sugerencia: Para concluir con la aplicación de la técnica se puede realizar la siguiente combinación de indicaciones “El Pueblo Manda: que se paren, que den un brinco, que sienten, y que guarden silencio”, con el fin de producir un ambiente facilitador para la aplicación del pre-test “PeCo”.

Nota: También se puede aplicar otra técnica rompe-hielo de conocimiento personal.

- II. Comente que el objetivo de su visita es conocer su opinión acerca del consumo de alcohol y tabaco.
- III. A continuación reparta los cuestionarios.
- IV. Explique las instrucciones y enfatice que la opinión proporcionada es estrictamente individual, confidencial y anónima.
- V. Al término, agradezca la honestidad, participación y atención prestada y despídase.

Sesión 3. Reunión Grupal.

Momento: **Día 3.** Posterior a la aplicación del pre-test con un tiempo estimado de 45 minutos aproximadamente.

Objetivo: Establecer el punto de mayor atención en el que se deberá centrar el facilitador y su equipo de apoyo al impartir la Conferencia-Taller.

Procedimiento: Discusión y consenso en grupo.

- I. Lleve a cabo una sesión de grupo conformado por las binas formadas con el equipo de apoyo.
- II. Dirija una sesión de discusión en la que se expongan los resultados obtenidos de la aplicación pre-test, toda vez que cada bina se ha dedicado a dar lectura a la totalidad de ellas.
- III. Lleguen a un consenso en el cual se establezca el punto de mayor atención: redes de apoyo, patrón de consumo, etc.

FASE 2/Sesión 1. Conferencia-Taller “Daños y consecuencias del consumo problemático de alcohol y tabaco”.

-
- Duración:** 90 minutos aproximadamente.
- Objetivo:** Deducir factores asociados a una conducta de riesgo al estimular la reestructuración cognitiva mediante una técnica psicodramática.
- Procedimiento:** La conferencia-taller se imparte a través de seis pasos.

El **facilitador** está ayudado en todo el proceso por un equipo de apoyo que se encarga de procurar un ambiente de espontaneidad y atención. Además, ayuda al facilitador a realizar las observaciones pertinentes para la retroalimentación y la evaluación.

El **protagonista** representa la microrrealidad de la audiencia que apoyado por yo auxiliares (aquellos que voluntariamente participan en el proceso), se encarga de ampliar la realidad llevando a escena la problemática social; se elige espontáneamente, voluntariamente o por selección del grupo.

El grupo forma **la audiencia** y participa igualmente en el proceso como protagonista de una macrorrealidad y como agente de transformación social debatiendo sobre las escenas representadas. Desde su posición de público es observador activo del desarrollo del drama social, al ejecutar un rol activo cumpliendo la función de caja de resonancia de la dramatización. Da la posibilidad de desembocar en catarsis grupal de educación.

El **director y su equipo** —únicos elementos del proceso altamente objetivados— llevan a cabo la elaboración de un guión que es reflejo fidedigno del contexto social observado y estudiado, que se adapta a las necesidades y expectativas del grupo y que únicamente contiene unas líneas generales de exposición de la situación, con objeto de que el grupo en el momento de la dramatización amplíe su realidad social utilizando sus recursos naturales, su creatividad y su improvisación.

1. **Caldeamiento o calentamiento.**

- Duración:** 5 minutos.
- Objetivo:** Promover una mayor espontaneidad para la acción, centrar el interés en el tema, crear el clima adecuado para dramatizar y establecer canales de comunicación dentro del grupo.
- Procedimiento:** Aplicación de la Técnica “Los Saludos” (CIJ, Comunicación Personal, 2007).

I. Realice la presentación institucional, personal y del equipo que lo acompaña, dé las gracias por la oportunidad de compartir ese día y enseguida explique que al ser un grupo tan grande sería imposible lograr saludar a cada uno por lo que se realizará un ejercicio en el que además de ayudarnos a interactuar nos permitirá conocer nuestro nivel de atención y coordinación

II. Para dar inicio al ejercicio, enseña los cinco saludos a utilizar:

Estilo indio: ¡Hao!, se coloca la mano abierta a la altura de la cara con la palma viendo hacia el frente.

Estilo japonés: ¡Sayonara!, se juntan las manos al nivel del ombligo en posición de oración al tiempo que se hace una reverencia.

Estilo mexicano: ¡Hola, Como estás!, se extiende la mano como para saludar a alguien.

Estilo hawaiano: ¡Aloha!, se mueve la cadera hacia los lados al tiempo en que se sacuden las manos hacia el lado contrario en que se mueve la cadera.

Estilo inglés: ¡Hi! o ¡Hello!, se abre y se cierra la mano a la altura de la cara viendo hacia el frente.

III. Una vez explicados y practicados los saludos, se establecen que ganará aquel que logre seguir los saludos que se nombren y perderá aquel que se equivoque al actuar el saludo equivocado al que se nombra.

Notas:

- Se trata de que el facilitador salude verbal y corporalmente de forma diferente, es decir, puede decir el saludo tipo indio pero moverse como el saludo tipo hawaiano. Esto con el fin de distraer la atención de los participantes y promover una mayor concentración.
- Es importante tener cuidado al explicar la consigna puesto que algunos adolescentes se equivocan a propósito con el fin de dejar de participar. O bien, se puede llegar a un acuerdo o especificar que nadie tendrá que exponerse a la audiencia por haberse equivocado.

IV. Para finalizar la técnica agradezca la participación y solicite un aplauso para todos.

2. Encuadre.

Duración: 15 minutos.

Objetivo: Comentar sobre los objetivos, las reglas y la actividad a realizar con el fin de establecer un verdadero compromiso de roles y el espacio dramático.

Procedimiento: Establecer el contexto dramático.

- I. Señale que el objetivo de la sesión es deducir factores asociados al consumo problemático de alcohol y tabaco estimulando procesos mentales mediante una técnica basada en el psicodrama y la motivación al cambio, denominada LexiCon.
- II. Enseguida establezca junto con el grupo las reglas de la sesión.
- III. Mediante Lluvia de Ideas (se permite que los participantes suelten ideas al aire) sondee los datos epidemiológicos y los conceptos básicos acerca del consumo de alcohol y tabaco con los que cuenta la audiencia, como: las características de las drogas legales, alcohol y tabaco, sus patrones de consumo, la percepción de la drogadicción como enfermedad y problema social y sus características, y los daños y riesgos asociados a su consumo, haciendo énfasis en el impacto a la salud integral.

Nota: El primer capítulo de este estudio proporciona información al respecto.

- IV. Partiendo de un guión (ver anexo A) se da inicio a la técnica LexiCon, al establecer el espacio dramático en el que se va a trabajar.

Nota: El espacio dramático es un espacio imaginario que se define, delimita y constituye en la paradoja del espacio personal o perímetro de seguridad (ver anexo B).

3. *Dramatización.*

Duración: 30 minutos.

Objetivo: Estimular la reestructuración cognitiva.

Procedimiento: Seguir el guión de la Técnica LexiCon (ver anexo A).

A diferencia del sociodrama como normalmente se conoce, en este proyecto se omite el ensayo teatral (de las tres escenas de la etapa de dramatización propiamente dicha) dado

que a partir de un guión el grupo representará la acción dramática sin la previa actuación de los auxiliares. En este caso se sugieren tres escenas dramáticas divididas en dos actos, cuya duración idónea, para mantener despierto el interés de la audiencia, es recomendable que no sobrepase los 30 minutos (10 para cada una de las escenas), en teoría.

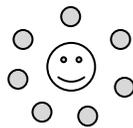
Primer Acto. Dramatización, dividida en tres escenas distintas de una misma problemática social, en este caso el consumo de drogas,

Se basa en el lenguaje corporal y la representación social, el grupo no relata sino que actúa en base al guión, y el espacio deja de ser el longitudinal del relato para pasar al tridimensional de la escena vivida.

Segundo Acto. Pausa Dramática y Sharing, las cogniciones y tensiones corporales defensivas son puestas al descubierto y traducidas en emoción y palabras cuando el facilitador decide congelar la escena (o en este caso pausar el proceso) para detectar los cambios producidos y la toma de conciencia del grupo.

El grupo vive una experiencia dramática colectiva viéndose reflejado en la escena y ampliando su propia realidad existencial al objetivar todo aquello que no había sido percibido, produciéndose así la catarsis grupal.

Escena 1. Cognoscitiva.

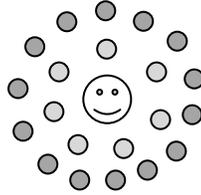


El protagonista rodeado por un círculo de invasión formado por los tipos de daños representados por los yo auxiliares. La escena se forma al realizar un breve sondeo en el que los participantes señalen los daños ocasionados por la conducta problemática.

Objetivo: elevar la sensación de invasión e incomodidad con el fin de estimular el deseo de salir de la situación de riesgo.

Consigna: que el individuo logre salir del círculo de invasión y que los yo auxiliares hagan todo lo posible por impedirlo.

Escena 2. Asociativa.

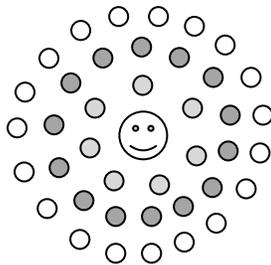


El protagonista invadido por los tipos de daños más los riesgos o consecuencias asociados representado por un segundo círculo de yo auxiliares. La escena se forma al señalar las consecuencias relacionadas al daño de mayor invasión elegido por el protagonista.

Objetivo: elevar la sensación de invasión con el fin de estimular la reestructuración cognitiva mediada por la observación de causalidad.

Consigna: la misma que en la escena 1.

Escena 3. Automática.



El protagonista en medio de ambos círculos de invasión se apoya ahora por un círculo de apoyo formado por una red social elegida por el mismo.

Objetivo: romper con el mito personal del adolescente, entre otras creencias sociales, y estimular la conformación y coerción de redes de apoyo.

Consigna: que el individuo y su círculo de apoyo encuentren una estrategia para liberarse del riesgo.

4. *Relajación.*

Duración: 5 minutos.

Objetivo: Promover un ambiente de reflexión acerca de la vivencia grupal.

Procedimiento: Técnica Hojas de Té (CIJ, Comunicación Personal, 2007).

I. Inmediatamente después de concluir con el seguimiento del guión, solicite a los participantes que regresen a ocupar su lugar en la audiencia sin antes agradecer su colaboración en el proceso de la Conferencia-Taller.

II. Posteriormente, solicite a la audiencia que centre su atención en las indicaciones que se le darán.

III. Tras dirigir un ejercicio de respiración profunda 3x3 de una sola emisión, solicite a la audiencia ponerse de pie, o si lo prefiere el grupo puede permanecer sentado, siempre y cuando se llegue a un consenso.

IV. Solicite la atención del grupo y que repitan lo siguiente:

“Hojas de Té, hojas de té, hojas y hojas y nada de té”, al tiempo en que sacude ambas manos totalmente sueltas.

“Hojas de Té, hojas de té, hojas y hojas y nada de té”, al tiempo en que aplaude al ritmo en que dice la frase.

“Hojas de Té, hojas de té, hojas y hojas y nada de té”, al tiempo en que zapatea al ritmo en que dice la frase.

V. Repita el ejercicio en el sentido inverso, es decir, primero zapatean, después aplauden y por último, sacuden las manos, indicando que se debe aumentar el volumen de la voz y la intensidad del movimiento.

VI. Para concluir con el ejercicio se repiten las frases esta vez comenzando por sacudir las manos y disminuyendo el volumen de la voz y la intensidad del movimiento hasta al quedar completamente en silencio.

VII. Indique que se iniciará la retroalimentación grupal.

5. Eco Grupal.

Duración: 20 minutos.

Objetivo: Compartir las creencias y percepciones resultantes del ejercicio.

Procedimiento: Tribuna Libre (voluntariamente).

I. Solicite al grupo su opinión acerca de lo acontecido.

Nota: Puede estimular la participación guiándose por las observaciones realizadas durante el proceso dramático tanto por los participantes, la audiencia, el equipo de apoyo y el facilitador.

II. Realice un breve resumen del ejercicio realizado. Ejemplo:

“La dinámica que acabamos de practicar tenía dos objetivos muy específicos: inducir en el aumento de la percepción de riesgo y en la toma de conciencia del autocuidado de la salud al graficar la magnitud de las consecuencias ocasionadas por el consumo de drogas e identificar las estrategias individuales y de grupo que les permitan tomar decisiones adecuadas para hacer frente a situaciones de riesgo.

Ahora, es su decisión chicos. Hoy pudieron observar que su grupo puede encajonarte o encaminarte. La forma en que nuestros amigos piensan y actúan, afecta de manera muy importante la forma en que nosotros mismos pensamos y nos comportamos. Pero, tranquilos, si les ha pasado que han hecho algo sólo por que otros te lo piden, ¡Hey! Hasta cierto punto es normal, porque: a veces no queremos ser muy diferentes a los demás, no deseamos discutir o sentimos vergüenza.

Lo importante es que se den cuenta de esta situación y que, de ahora en adelante, las decisiones que tomen estén de acuerdo con lo que realmente quieran hacer analizando la situación, los beneficios y las consecuencias. Pongan en práctica los siguientes pasos:

- Escucha lo que el grupo te propone y piensa por qué lo hace.
- Compara lo que te piden que hagas con lo que tú quieres hacer.
- Piensa en las distintas opciones que tienes.
- Decide por ti mismo y elige lo que creas más conveniente.

Hoy tuvieron la oportunidad de ver en escala la magnitud de un problema mundial. Tuvieron la oportunidad de tenerlo así de cerca por que la verdad es que aquí está y tenemos que estar preparados.

Chicos: En verdad, vida solo hay una, vívela sanamente, todos tenemos habilidades y características que nos hacen únicos y especiales, ¡APROVÉNCHALAS!

6. Cierre.

Duración: 5 minutos.

Objetivo: Resaltar los objetivos logrados, dar por finalizada la sesión, agradecer y despedir.

Procedimiento: Discurso directivo.

- I. Realice una breve retroalimentación acerca de los objetivos logrados, como es el logro de un ambiente favorecedor para la participación de un grupo masivo de adolescentes, el cambio de actitud hacia una conducta de riesgo como el consumo problemático de alcohol y tabaco, y la conformación de redes de apoyo comprometidos con el cuidado de la salud y la disminución de la tolerancia social.
- II. Indicar que se ha llegado al final de la Conferencia-Taller e invitar al grupo a participar en otros proyectos preventivos.
- III. Agradezca la participación y despídase.

FASE 3. Evaluación.

Momento: Dos días posteriores a que se imparta la Conferencia- Taller.

Objetivo: Obtener datos que permitan conocer los cambios en la percepción del riesgo de los adolescentes asociada al consumo de alcohol y tabaco, comparado con la aplicación pre-test.

Procedimiento: Aplicación post-test y reunión grupal.

Sesión 1. Aplicación Post-Test del “PeCo”.

Al igual que en la aplicación pre-test se divide al equipo de apoyo en binas y se les proporcionan las siguientes indicaciones:

Momento: **Día 1.** El mismo día en que se imparta la Conferencia- Taller, o un día posterior (dependiendo de la disposición de la institución educativa) y con un tiempo estimado de 30 minutos o de acuerdo con el tiempo (considerado) requerido por la totalidad del grupo.

Objetivo: Obtener datos que permitan conocer los cambios en la percepción del riesgo de los adolescentes asociada al consumo de alcohol y tabaco, comparado con la aplicación pre-test.

Procedimiento: Aplicación grupal en una sola sesión dentro del aula escolar.

- I. Realice la presentación institucional y personal y dé las gracias por la oportunidad de compartir ese día.
- II. Enseguida comente que el objetivo de su visita es conocer una vez más su opinión acerca del consumo de alcohol y tabaco.
- III. Siga las mismas indicaciones de la aplicación pre-test.
- IV. Si el grupo lo permite solicite la opinión voluntaria acerca de lo plasmado y vivenciado durante la Conferencia-Taller enfatizando la percepción antes y después de la intervención, y elabore un breve resumen al respecto. De lo contrario, agradezca la honestidad, participación, atención prestada y despídase.

Sesión 2. Reunión Grupal.

Momento: **Día 2.** Posterior a la aplicación del post-test con un tiempo estimado de 45 minutos aproximadamente.

Objetivo: Conocer los cambios en la percepción de riesgo asociada al consumo problemático de alcohol y tabaco de los adolescentes.

Procedimiento: Discusión, análisis y consenso grupal.

- I. Conforme una sesión de grupo conformado por las binas formadas con el equipo de apoyo.
- II. Dirija una sesión de discusión en la que se expongan los resultados obtenidos de la aplicación post-test, toda vez que cada bina se ha dedicado a dar lectura a la totalidad de ellas.
- III. Lleguen a un consenso en el cual se señalen los cambios en la percepción de riesgo en comparación con la aplicación pre-test, de acuerdo con la propuesta de interpretación de los resultados expuesta en el anexo B.
- IV. Para finalizar, proporcione a la institución los datos encontrados para su consideración, agradezca el apoyo proporcionado y despídase.

CONCLUSIONES

Al abordar el tema del consumo de alcohol y tabaco en un estudio o actividad profesional se hace hincapié en información sobre estas sustancias que ni los amigos y las personas que nos invitan a fumar o beber a veces saben, o que en ocasiones omiten, o lo que es peor, alimentan falsas creencias prevalecientes en la sociedad al respecto del consumo, y que provoca que consumo, no solo se mantenga sino que además aumente.

Esta es la razón que le da importancia al estudio de este comportamiento público y social, ya que esta desinformación o las falsas creencias pueden ser peligrosas porque entonces incorporamos a nuestro sistema cognitivo la idea de que al fumar o beber “no nos pasará nada” y por lo tanto, aceptados hacerlo “solo por hoy”, por ejemplo, generando así una conducta de riesgo con repercusiones graves para los adolescentes y la sociedad en su conjunto.

La madurez y la capacidad para adquirir o desarrollar habilidades sociales en el adolescente se han entendido desde el enfoque psicosocial, es decir, desde lo que el adolescente sería capaz de hacer o de lo que se espera que haga.

De igual forma, las dificultades con las que el adolescente se topa para alcanzar con éxito las tareas de su etapa de desarrollo, se han denominado como “problemas”. Sin embargo, es importante darnos cuenta de que así como el lenguaje nos sirve para observar cómo

piensan los infantes, las conductas de riesgo y actitudes con las que se expresan los adolescentes son una herramienta que nos permite observar la manera en que asimilan su entorno.

Aunado a esto, la tolerancia social hacia las conductas de riesgo provoca el impacto social de mayor tristeza y preocupación: la disminución de la edad promedio de vida económico puesto que señala claramente que quienes fuman y consumen alcohol en la actualidad, nuestros niños y jóvenes entre 10 y 19 años de edad, son la población que en 20 años estará en riesgo de morir justo en la edad económicamente activa, que para los países en desarrollo como el nuestro, representa un freno en el avance económico.

Como lo confirman las investigaciones (CIJ, 2005), el hecho de que uno o ambos padres sean usuarios de alcohol y tabaco, disminuye la percepción de riesgo y aumenta la percepción de tolerancia, ambivalencia o permisividad hacia estas sustancias. Estamos hablando de padres, en su mayoría jóvenes, quienes hace 10 o 20 años, pudieron ser protagonistas del período en el que el consumo de sustancias aumento dramáticamente.

Esta conclusión, al igual que la de muchas investigaciones, identifica la necesidad de dirigir las acciones preventivas a la disminución de la tolerancia social principalmente orientadas a los padres. Sin embargo, sigue siendo muy difícil acceder a la participación de los padres: a veces por falta de compromiso, poca disposición o probablemente no cuentan con el apoyo de su lugar de trabajo para asistir a las actividades preventivas.

Luego entonces, más allá de cuantificar el fenómeno, es necesario cualificarlo en el afán de comprenderlo desde una perspectiva más amplia con fines de intervención lo más específicos posible.

En este sentido, resulta fundamental incrementar la percepción de riesgo realizando la desarticulación de ideas que conforman la tolerancia social, retomándolas y comparándolas con una información más verídica y basada en investigación con rigor científico, mediante estrategias especializadas para ello.

Este estudio permite resaltar que las teorías de la cognición social y determinados procesos terapéuticos son herramientas que permiten transformar las estrategias preventivas y el discurso que las acompaña para ofrecer a los jóvenes una realidad más cercana a su entorno.

Limitaciones

- Requiere características especiales del lugar en el cual trabajar.
- Requiere la capacitación de un equipo de apoyo conformado por el personal académico de la institución educativa.
- El costo más alto se encuentra en el recurso humano especializado que se requiere para llevar a cabo la técnica.

Alcances

Por las características de las bases teórico-metodológicas de la técnica es posible contar con un alcance masivo de prevención determinada, prescindiendo del uso de medios técnicos (equipo para proyecciones multimedia, p.e.).

Además, promueve el análisis, la sensibilización y la toma de conciencia hacia el compromiso y la responsabilidad hacia sí mismo y el entorno físico y social. Así como, la integración del personal académico en la dinámica social del adolescente.

Por otro lado, para los fines de la intervención, que refieren al impacto en la percepción de riesgo independientemente del consumo dado que en el marco del estudio se hace referencia al impacto a la salud independientemente del patrón de consumo, el instrumento solo busca diferenciar la percepción de riesgo expresada antes y después de la intervención. Tomando en cuenta que con esta propuesta es posible intervenir en una población numerosa de adolescentes, será interesante que en un futuro el instrumento cuente con escalas que permitan diferenciar el impacto en la percepción de riesgo desde cada uno de los estilos y patrones de consumo, que sin duda sería muy enriquecedor para el ámbito de la investigación preventiva.

Por último para determinar la eficacia del método de trabajo es posible considerar que los resultados más optimistas se podrían generar al realizar la técnica tras un trabajo preventivo integral previo. **Es decir, bajo un programa preventivo que siga una estructura lógica y**

plausible que demuestre la coherencia de los diversos contenidos de la intervención.

La técnica *LexiCon* requiere realizarse en el marco de un proyecto diseñado sobre la base de modificación del medio sociocultural desde una perspectiva cognoscitiva-social, es decir, que las actividades implementadas sigan una estrategia para influir en las condiciones, situaciones y actividades sociales en la comunidad y los entornos sociales inmediatos de los individuos mediante el diseño, la planificación y desarrollo de estrategias que disminuyan la tendencia a la disponibilidad y accesibilidad consumista y promueva la sensibilización, participación y corresponsabilidad de los miembros de un contexto social o comunitario para el establecimiento de conductas y acciones a consolidar estilos de vida saludables.

Y no es que esto no se haya intentado o no se esté haciendo, pero por la situación actual tal parece que será imposible incidir en la disminución o control de actitudes como la tolerancia social. Sin embargo, en la historia de la humanidad los grandes logros se han alcanzado con pequeños pasos.

Un primer paso sería habilitar en los jóvenes una actitud de reflexión que los proteja de la influencia negativa de la mayoría de los mensajes enviados cotidianamente por los medios masivos de comunicación, los cuales los empujan de forma constante hacia un estilo de vida consumista y a la búsqueda de satisfacciones inmediatas.

De este modo, la hipótesis se centra en que al desarrollar un pensamiento intuitivo (factor protector específico) se logrará disminuir la

tolerancia social (factor de riesgo específico), mantener un clima social realmente protector y estilos de vida basados en sentimientos, pensamientos y acciones que eviten que los sucesos estresantes de la vida lleven a los sujetos a la compensación de frustraciones y tensiones por medio de conductas de riesgo.

Llanes, Castro y Margain (2007) señalan que la prevención duradera y sustentable a largo plazo debe realizarse por la comunidad misma.

Así, como fin último de este enfoque preventivo de salud pública, se esperaría que, tal como en la actualidad somos resultado de la transmisión de comportamientos y estilos cognitivos generación tras generación, mediante un trabajo constante y consistente el pensamiento intuitivo logre transmitirse de la misma forma para ser el resultado de sociedades e individuos conscientes y responsables de su entorno.

Yo llamo a la técnica propuesta, mayéutica socrática, inconsciente, automática, incógnita, íntima, pues se da en el pensamiento mismo del individuo donde se pregunta y responde al son de los sucesos que se le presentan a la vista, ante una realidad que se le acerca más palpable y de la cual, hasta ese momento, no era consciente.

REFERENCIAS

- Ablin, Jason (2007). Teen Brain. Scientific American Mind, 17(6).
- Alderete, Ethel et al. (2008). Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. México: Salud Pública, 50: 300-307. Recopilado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2008/Julio%20Agosto/4-alcohol.pdf> (22.10.2008).
- Allsop S., Saunders B., y Phillips M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. Addictio, 95, 1:95-106.
- Alvarado A., Rocio (2008). Somos lo que tiramos. México: Médico Moderno, Año XLV, 10.
- Álvarez, Ma. Eloisa y Amaya, Doris (1997). Sepa todo sobre adicciones. Panamá: Editorial América.
- Amengual Munar, M. (2000). Enfoques preventivos del uso y abuso de cannabis y problemas asociados. Revista Adicciones, 2; S(2).
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1999). La Adolescencia: Los últimos años de la escuela secundaria y más allá. No. 58. Recopilado de: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/el_desarrollo_norm_al_en_la_adolescencia_los_ultimos_anos_de_la_escuela_secundaria_y_mas_alla_no_58. (9.12.08)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2008a). El desarrollo normal del adolescente: La Escuela Intermedia y los primeros años de la secundaria. No. 57. Recopilado de: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/el_desarrollo_norm_al_de_la_adolescencia_la_escuela_intermedia_y_los_primeros_anos_de_la_secundaria_no_57. (09.12.08)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2008b). El Cerebro del Adolescente: Comportamiento, Solución de Problemas y Toma de Decisiones. No. 95. Recopilado de: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/los_hijos_de_alcoholicos_no_17. (9.12.08)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2002). Como se puede ayudar a los Adolescentes con Estrés. No. 66. Recopilado de: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/como_se_puede_ayudar_a_los_adolescentes_con_estres_no_66. (9.12.08)
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2004). Tobacco: Straight Talk for Teens. U.S. Recopilado de: http://www.aap.org/publiced/BR_Teen_Tobacco.htm (14.11.2008)
- Apte, M., Wilson, J., y Korsten, M. (1997). Alcohol-related pancreatic damage: mechanisms and treatment. Alcohol Health Res World; 21, 1:13-20
- Arco Tirado, José L. y Fernández Castillo, Antonio (2002). Porque los programas de prevención no previenen. Revista internacional de Psicología Clínica y Salud, 2, 2:209-226.

-
- Arillo, E., Fernández, E., Hernández, M., Tapia, M., Cruz, A. y Lazcano, E. (2002). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. *México: Salud Pública*, 44,1:54-66
- Ariza, J., Cardenal, C., Nebot, I. y Adell, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76:227,238.
- Barocio Rocha, Samantha (2008). *Prevención de Conductas de Riesgo en el Adolescente: Intervención Parental*. Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Barragán, Lydia, Flores, Marlene, Medina-Mora, María Eelena y Ayala, Hector (2007). Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en Usuarios Dependientes de Alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30, 3:29-38.
- Barrón Rosa E., Ibarra Sagarduy, José L., Castro, Elena, et al. (2008). Prevención en escuelas primarias: Una experiencia en el Estado de Tamaulipas. *LIBERADICTUS*, 14(102).
- Becerro, Ma. A., Garai, I y López Serna, A. (2008). *MOTIVA: Guía para manejar comportamientos problemáticos y el consumo de drogas en adolescentes*. Material de apoyo para profesionales de la salud. Hazkunde, S. L. España: Gobierno Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Dirección de Drogodependencias.
- Becerro Rodríguez, Ma Angeles (2000). *Beneficios de la intervención grupal para el incremento de los factores de protección ante el uso y/o abuso de psicofármacos en el colectivo de la mujer*. Madrid: Instituto para la Promoción de la Salud Mental.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77; 25-32.
- Benitez Mendez, Esteban (2005). *Tesina: Análisis de la importancia y de la psicología preventiva y de las habilidades de afrontamiento en el rendimiento académico*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berenson S., Villatoro J., Medina-Mora, ME, Fleiz C., Alcantar, E. y Navarro C. (1999). El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22, 4:20-25.
- Berruecos Villalobos, Luis (2008). *La prevención del Consumo de Alcohol y el Alcoholismo en las Comunidades Indígenas*. Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones "Teorías y prácticas para la prevención y el tratamiento de las adicciones". Recopilado de: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0970-103.pdf>. (13.12.2008)
- Borges G, Orozco R, Cremonte M, Buzi-Figlie N, Cherpitel C, y Poznyak V. (2008). Alcohol and violence in the emergency department: a regional report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. *México: Salud Pública*, 50, S1:6-11.
- Branan, Nicole (2007). *Monkey See, Great-Great-Great-Grand Monkey Do*. *Scientific American Mind*, 17(6).
- Brick, John (2009). *Cuando la intoxicación etílica no se nota*. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. Organización Panamericana de la Salud. Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia.

-
- Brownson, R., Jackson-Thompson, J., Wilkerson, J., Davis, J., Owens, N. y Fisher, E. (1992). Demographic and socio-economic differences in beliefs about the health effects of smoking. *Am J Public Health*, 82, 1:99-103.
- Buendía Ortega, Karen Arlett (2008). El papel del orientador en la prevención de los trastornos alimenticios en jóvenes estudiantes de 14 a 16 años. Tesina de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Caballero Sánchez, María Patricia (2007). Análisis de una perspectiva metodológica: El Modelo CHIMALLI Comunitario. Tesina de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Revista Adicciones. Sociodrogalcohol*; 14:S1.
- Calafat A y Amengual M. (1999). Educación sobre el alcohol. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calleja, Nariza y Aguilar, Javier (2004). Por qué fuman las adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. *Revista Adicciones. Sección Latinoamericana*; 20, 4:387-394.
- Camarena Robles, Enrique (2008). Cefalea por depresión. *Prescripción Médica. México: El Periódico de los Médicos*, 31(367).
- Castro, María Elena y Llanes, Jorge (2007). Sistemas de transferencia de tecnológica en prevención de riesgos psicosociales: ¿adiós a la prevención artesanal? *Cuadernos de Prevención. LiberAddictus*, 95.
- Castro, María Elena y Llanes, Jorge (2005). Ocho componentes básicos para un programa de prevención exitoso. *Cuadernos de Prevención. LiberAddictus*, 85.
- Castro Sariñana, María Elena y Llanes, Jorge (2008). Diseminación de planes de acción comunitarios en programas de intervención en riesgos psicosociales, para prevenir adicciones, delincuencia y violencia. *Liberaddictus*.
- Carrasco G., Ana M., Barriga J., Silverio y León R., José María (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *México: Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, 2-205-226.
- Castellanos Ryan, Natalie (2007). Conferencia: Prevención en el contexto escolar. Congreso Internacional de Adicciones: Modelos de Vanguardia para la Atención. México: Centros de Integración Juvenil.
- Castro, M. E. y Millé, C. (1998). Modelos Preventivos: Construye tu vida sin adicciones. Modelos de prevención para población adulta. Biblioteca Virtual en Salud. Recopilado de: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/041998.htm> (21.11.2008)
- Chávez G, Leopoldo (2008). Basura, impresionante fábrica de olores, humo y gases. *México: Médico Moderno. Año KLV*, 10:16-24.
- Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (2006). Guía Mujeres y Hombres ante las Adicciones. El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento. México: Secretaría de Salud (SS).
- Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2003). Drogas: las 100 preguntas más frecuentes. México.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2005). Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención. México.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2007a). Coordinación Interinstitucional. Recopilado de: <http://www.cij.gob.mx/Paginas/Menulzquierdo/ParticipaComo/CoordinacionInter/coordinacioninter.asp>.(12.11.2008)

Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2007b). Prevención del Consumo de Drogas: Retos y estrategias en la sociedad contemporánea. México.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2008). Manual del facilitador en apoyo a la Guía Técnica del proyecto "Para vivir sin drogas": Estrategia de información preventiva. Dirección de Prevención. México.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2009). De la Prevención Universal a la Prevención Selectiva. México.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2008). CONSUMO Y TRÁFICO DE DROGAS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES: Guía de apoyo para Directores, Equipos Directivos y representantes de Consejos Escolares. Ministerio del Interior Gobierno de Chile: Programa de Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Sistema Educativo. Recopilado de la página electrónica: Conacedrogas. Gobierno de Chile: <http://www.bibliodrogas.cl/biblioteca/digital/guia%20colegios.pdf> (12.11.2008)

CONACYT (2007). Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. México.

CONADIC (2006). Participa CONADIC en una alianza binacional contra las drogas. Comunicado de Prensa No. 199. Recopilado de: http://www.e-mujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Consejo_Nacional_Contra_las_Adicciones (05.10.08)

CONADIC (2007). Prevención de Adicciones: Guía para el Comunicador. Recopilado de la página electrónica de la Subsecretaría del Estado: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/cirt_tabaco.html (6.11.2008)

CONADIC-SSA (2006). Campaña contra el tabaquismo "El Paraíso de los Fumadores...Fumas Mata. Comunicado de Prensa No. 301. Recopilado de: http://www.e-mujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Consejo_Nacional_Contra_las_Adicciones (22.06. 2008)

Contreras, David, Catena Andres, Cándido, Antonio, Perales, José C. y Maldonado, Antonio (2008). Funciones de la Corteza Prefrontal ventromedial en la toma de decisiones emocionales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 8,1: 285-313.

Córdova Villalobos José Ángel (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. CIJ Informa, 13(44).

Cortés, María, Begoña E., Tort y Giménez, José A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. Revista Adicciones, 19, 4: 357-372

Creary, Cynthia (2007). Teen Brain. Scientific American Mind, 17(6).

Damasio, Antonio (2006). El error de descartes. España: Drakontos.

-
- Del Pozo Para, Esther (2006). Programa de promoción de la Salud Mental dirigido a la población adolescente en la escuela. Biblioteca Lascasas, 2(4). Recopilado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0180.php> (05.06.2008).
- Díaz Negrete, Bruno (2007). Conferencia: Evaluación de programas de prevención en el contexto escolar. Congreso Internacional de Adicciones: Modelos de Vanguardia para la Atención. México: Centros de Integración Juvenil.
- Domínguez Mon, Ana, Massetti, Astor y Santagata, Monica (2009). La percepción de los riesgos para la salud: los problemas metodológicos del abordaje interdisciplinario de categorías morales. VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Recopilado de: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/saludypoblacion/viii/jornadas/principal.php?resumenid=198> (16.10.2009).
- Fantin, Marina Beatriz (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Revista Adicciones, 18, 3:285-292.
- Farke, Walter y Anderson, Peter (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa "Binge Drinking". Revista Adicciones, 19, 4: 333-340.
- Freixa, Francesc (2009). Federación Al-Andalus. Europapress. Socidrogalcohol. Recopilado de: <http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/noticia.html?clte=43173> (05.06.09)
- Frías Armenta, Martha, López Escobar, Laura E. y Díaz Méndez, Sylvia G. (2003) Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. México: Consejo Nacional de Ciencia Y Tecnología de México (CONACYT) (Proyecto 35166-H). Estudios de Psicología, Universidad de Sonora, 8(1);15-24.
- García Moreno, Luis, Expósito, Javier, Sanhueza, Claudia y Angulo, Ma. Teresa (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. Adicciones, 20,3; 271-280.
- Gamboa González, Marisol (2008). Una experiencia comunitaria con el modelo de prevención de riesgos psicosociales CHIMALLI y la aplicación del programa de satisfactores cotidianos y el modelo de bebedores problema. Reporte de Experiencia Profesional. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- García Gaytan, Ma. del Rosario (2007). Instituto Nacional de las Mujeres. Congreso Internacional de Adicciones: Modelos de Vanguardia. México: Centros de Integración Juvenil.
- García R., Ana M. A. y García S., Xochitl (2008). Propuesta de un programa de intervención para modificar conductas de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades metabólicas. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- García Salgado, Roberto (2008). Reducción del Daño: Historia de las Drogas. LiberAddictus, 14(102).
- Gertz, M (1997). Diccionario de Latín Medieval. Vademécum in opus Saxonis et alia opera Danica compendium ex índice verborum. Francia: Universidad de Burgos.
- Giesbrecht, Norman (2008). Desarrollos recientes sobre el consumo global de alcohol y consumo de alto riesgo. Revista Adicciones, 20, 3: 207-220.

-
- Glass, Jennifer M. (2005). Prohibido Fumar. Relacionan fumar con menor coeficiente intelectual y de razonamiento. Centro de Investigación de Adicciones de la Universidad de Michigan. Reuters Health. Recuperado de: <http://actualidad.terra.es/articulo/html/av2560667.htm> (16.11.2008).
- Gmel G, Rehm J. (2003). Harmful alcohol use. Alcohol Res Health. 27,1:52-62.
- Gómez Ruiz, Manuel (2008). Fallo de Medro. Prescripción Médica. México: El Periódico de los Médicos, 31(367).
- Gómez, José, Luengo, Ángeles, Romero, Estrella, Villar, Paula y Sobral, Jorge (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. International Journal of Clinical and Health Psychology. España: Universidad de Santiago de Compostela, 6,3:582. Recopilado de: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Español&id=193> (10.10.07)
- González Marcelino, Rachel Loren (2006). Propuesta educativa para la prevención de la agresión. Tesina de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- González Portillo, Alfredo (2007). Reporte de Experiencia Profesional de la Maestría en Psicología de las Adicciones y Resultados de un caso en el Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y tabaco. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- González Salgado, Mónica (2006). Piloteo de un programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria basado en entrenamiento de habilidades sociales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Guardia S., Josep (2008) ¿Es bueno el alcohol para la salud? Revista Adicciones, 20, 3: 221-236.
- Heather, Nick (2006). El problema del alcohol en el Reino Unido y lo que hace (y no hace) el gobierno al respecto. Revista Adicciones, 18, 3: 225-236.
- Health System (2004). La Medicina del Adolescente. University of Virginia. Recuperado de: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_adolescent_sp/cogdev.cfm (03.04.2008)
- Hechos (2009). Amor en Crisis. México: TV Azteca.
- Herández Camarillo, Sendy K. (2007). El Instituto Mexicano de la Juventud en las Adicciones. Centro Caritas de Formación. Recopilado de: <http://caritas.laneta.apc.org/archivos/El%20Instituto%20Mexicano%20de%20la%20Juventud%20en%20la%20preveencion%20de%20adicciones.pdf> (20.11.07)
- Hoaken, P. y Stewart, S. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. Addict Behav, 28:1533-1554.
- Hurlock, Elizabeth B. (1999) Psicología de la Adolescencia. México: Paidós.
- Ibañez C., Ángela (2008). Genética de las Adicciones. Revista Adicciones, 20, 2: 103-110.
- IMS Health (2009). Europa Press. Socidrogalcohol. Recopilado de: <http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/noticia.html?title=el-92-por-ciento-de-los-medicos-considera-que-algunas-bebidas-pueden-generar-problemas-de-adiccion-y-el-60-por-ciento-ve-al-alcohol-como-la-bebida-mas-peligrosa-europa-press&clte=43194> (09.06.2009).

-
- Institute of Medicine (1994). Reducing the risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. National Academy Press, Washington.
- Inchaurreaga, S. (2001) Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños. Buenos Aires, Espacio Editorial. 2001.
- Klingemann, H. y Gmel, G. eds. (2001). Mapping the social consequences of alcohol consumption. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lañarraga Ramírez, Alejandro (2007). Día Mundial Sin Tabaco: Ambientes 100 por ciento libres de humo de Tabaco. Universidad Nacional Autónoma de México. CIJ Informa, 12, 40:43.
- Llanes, Jorge (2003). ¿Qué puedo hacer yo como maestro, por la prevención? 2ª. Ed. México: Editorial Pax de México.
- Llanes, Jorge, Castro Sariñana, María Elena y Margain, Mónica (2007). Un itinerario de Prevención. Liberaadictus, 100.
- León Parra, Beatríz y Reyes Munguía, María del Pilar (2008). Necesidades de prevención de adicciones por niveles de riesgo. Redes Sociales y Proyectos Especiales de Prevención de Centros de Integración Juvenil. CIJ INFORMA, 13:43.
- Márquez Mejía, Ruth (2001). Diferencias en el Locus de control en adolescentes usuarios y no usuarios de drogas. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Martínez Romero, Rina María et. al. (2004). Modelo Psicopedagógico para el Diseño y la Evaluación de Materiales Didácticos en la Educación a Distancia. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia (RIED), 7:1/2,237-245. Recopilado de:
<http://www.utpl.edu.ec/ried/images/pdfs/vol7-1-2/modelo.pdf>
- Mckinney, John P., Fitzgerald, Hiram E., y Strommen, Ellen A. (1998) Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente. México: Ed. El Manual Moderno.
- Médico Moderno (2008). Educar sin Maltratar. México. Año XLV, 10; 7.
- Medline Plus (2008). Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Enciclopedia Médica. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de Salud. Recopilado de:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000771.htm> (15.10.2009)
- Medina-Mora, María E., Peña-Corona, M., Cravioto, P., Villatoro, J. y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? México: Salud Pública, 44,1, 109-115.
- Mendoza, Ramón y López P., Pilar (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. Revista Adicciones, 19, 4: 341-356.
- Mojarro López, Ariel (2007). Intervenciones Breves para el abordaje de conductas adictivas: implementación del modelo de detección temprana e intervención breve para consumidores problema: Caso Típico. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Moreno, Jacob Levy (1966). "Psicoterapia de Grupo y Psicodrama". México: Fondo de Cultura Económica.

-
- Muñoz, Ana (2009). Comunicación no verbal. Tomado de la página electrónica Cepvi.com. Web de psicología y medicina: <http://www.cepvi.com/articulos/gestos4.shtml> (05.05.2009)
- Murueta, Marco E. (2009). Inteligencia y niveles de Metacognición simultánea. México: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.
- Nadal Alemany, Roser (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Revista Adicciones*, 20, 1: 59-72.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA)(2007). Monitoring the Future. Recopilado de: <http://www.monitoringthefuture.org/> (18.01.2009)
- Nuño Gutierrez, Bertha, Álvarez Nemegyei, José, Madrigal de León, Eduardo y Rasmussen Cruz, Bettylú (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México: *Salud Mental*, 28(5).
- Obot, I. (2003). Management of Substance Dependence. Screening and brief interventions. World Health Organization. Geneva
- Ortega Sánchez, Blanca (2006). Prevención sobre VIH/SIDA en adolescentes: una propuesta de trabajo con técnicas psicodramáticas. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Ortega Salazar, Sylvia, Ramírez Mocarro, Marco y Castelán Cedillo, Adrián (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38:147-169.
- Ortiz Quesada, Federico (2008). Neurogénesis, neuroplasticidad. México: *Médico Moderno*, Año KLV, 10; 54-58.
- Papalia, Diana E. y Wendkos, S. (1998). *Psicología del Desarrollo*. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill.
- Pastor, Gemma, Monteagudo, Ma. José y Pollock, Donna (1999). Conceptualización y análisis psicológico del error humano en la conducción de vehículos a partir de los desarrollos recientes del modelo de habilidades, reglas y conocimientos. *Universidad de Valencia. Anuario de Psicología*, 30, 1:39-64.
- Pedrero P., Eduardo J. y Rojo M., Gloria (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio en el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Revista Adicciones*, 20, 3: 251-262.
- Porges, Stephen W. (2001) La Teoría Polivagal y su papel en el tratamiento de los desordenes de atención, regulación afectiva, comunicación social y agresión: Entendiendo los Mecanismos del Estrés Postraumático. México: CONACYT. Proyecto MO-299.
- Reyna, Valery F. & Farley, Frank (2007). Is the teen brain too "rational"? *Scientific American Mind*, 17, 6; 58-65
- Reyna, Valerie F. (2004). How people make decisions that involve risk: a dual-process approach. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 2; 60-66.
- Rice, Philip F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rodríguez Rigual, M. (2003). [Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia](#). *An Pediatric*; 58: 104 - 106.

-
- Rodríguez-Kuri, Solveig E. (2007). Desarrollo y evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas basado en el Modelo de la Conducta Planificada. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma México: México.
- Rodríguez, Iris, Castillo, Iván, Torres, Dinorah, Hernández, Yenier y Zurita, Dayana (2008). Alcoholismo y Adolescencia: Tendencias Actuales. Recopilado de: <http://www.paidopsiquiatria.com/numero8/art5.pdf>. (10.04.2008)
- Samet, J. (2008). Humo de segunda mano: hechos y mentiras. México: Salud Publica, 50:428-434.
- Sánchez Solis, Alejandro (2005). Reporte de Experiencia Profesional. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Sebanz, Natalie (2007). It takes 2 to... Scientific American Mind, 17, 6: 52-57.
- Shaffer, David R. (2000). Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia. 5ª ed. Ed. Thomson
- Shapiro, Francine (2004) EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. México: Editorial Pax de México.
- Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones (SS-CONADIC) (1999). EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO: Diagnóstico, Tendencias y Acciones. México, D.F. Recopilado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM2-5.htm>. (15.03.2008)
- Secretaría de Salud (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Recopilado de: <http://www.inegi.gob.mx>. (20.05.2008)
- Secretaría de Salud (2006). El problema de las adicciones, desafío de salud y de seguridad. Comunicado de Prensa No. 329. Recopilado de: http://www.emujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Adicciones_MCS. (10.06.2008)
- Souza, D., Oliveira de Areco, K. y Silveira Filho, D. (2005). Alcohol and alcoholism among brazilian adolescent public-school students. Revista de Salud Publica, 39(4):585-592.
- Strueber, Daniel, Lueck, Monika y Roth, Gerhard (2007). The violent brain. Scientific American Mind, 17(6)
- Straus, M., Sugarman, D. y Giles Sims, J. (1997). Spanking parents and subsequent antisocial behavior of children. Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 151, 761-767.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2004). The NSDUH Report: Alcohol Dependence or Abuse and Age at First Use. Recopilado de: <http://www.samhsa.gov/> (24.02.2009)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2006). National Survey on Drug Use and Health. Recopilado de: <http://www.samhsa.gov/> (24.02.2009)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2008a). State Estimates of Persons Aged 18 or Older Driving Under the Influence of Alcohol or Illicit Drugs Underage. NSDUH Report. Recuperado de: <http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productDetails.aspx?ProductID=17833> (24.02.2009)

-
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2008b). Substance Use and Dependence Following Initiation of Alcohol or Illicit Drug Use. NSDUH Report, Recuperado de: <http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productDetails.aspx?ProductID=17828> (24.02.2009)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2008c). Underage Alcohol Use: Where Do Young People Get Alcohol? NSDUH Report. Recuperado de: <http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productDetails.aspx?ProductID=17959> (24.02.2009)
- Sulie Lin, Chang, Bernardo, Felix, Yuhui, Jiang y Milan, Fiala (2001). Cap: Actions of endotoxin and morphine. Neuroimmune circuits, drugs of abuse and infectious disease. Advances in Experimental Medicine and Biology. Springer US, 493; 187-196.
- Turbi Pinazo, Ángel (2007). Proyecto OCIUM. Modelos preventivos en familia, niños, adolescentes y jóvenes. Congreso Internacional de Adicciones. México: Centros de Integración Juvenil.
- U.S. Department of Health and Human Services (U.S. DHHS) (2007). The Surgeon General's Call to Action To Prevent and Reduce Underage Drinking: A Guide to Action for Families. Office of the Surgeon General, Recopilado de: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/underagedrinking/FamilyGuide.pdf> (24.02.2009)
- Urquieta, J., Hernández Avila, M. y Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. México: Salud Pública, 48(3):30-40.
- Valdes Salgado, R., Meneses, G., Lazcano Ponce, E., Hernández Ramos, M. y cols. (2003). Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valdes Salgado, R., et al. (2004). Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. México: Salud Pública, 44,1:44-53
- Valdes, R., Hernández, M. y Sepulveda, Amor (2002). El consumo de tabaco en la región americana: elementos para un programa de acción. México: Salud Pública, 44, 1:125-135.
- Vassiliou, Androulla (2009). Comisaria de Salud de la Unión Europea. Socidrogalcohol. Recopilado de: <http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/noticia.html?clte=43126> (03.06.2009).
- Vicioso Etxeberria, Carmen (1999). Programa de Prevención sobre el consumo de cannabis dirigido a jóvenes mayores de 16 años de la CAV. Secretaria de Drogodependencia del Gobierno Vasco.
- Villatoro J., Medina-Mora, ME, Cardielm H., Fleiz C. y cols. (1999). La situación de consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México. Salud Mental, 22, 2:18-30.
- Villatoro, J. Medina-Mora, ME., Rojano C., Fleiz C., Villa, G., Jasso A., Alcantar, M., Bermúdez, P., Castro P. y Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000. México: Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP.
- Warren CW et al. (2006). Patrones de consumo de tabaco en estudiantes de 13 a 15 años. Revista Panamericana de Salud Pública, 19(3):198-199.
- Watson, A., Clarkson, J., Donovan, R. y Giles-Corti, B. (2003). Filthy or fashionable? Young people's perceptions of smoking in the media. Health Education Research, 18,5: 554-567.

World Health Organization (WHO) (2007). A WHO/The Union Monograph on TB and Tobacco Control. Joining Efforts to control two related global epidemics. Geneva: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

Zinser, J. (2008). Instituto Nacional de Cancerología. La sociedad Civil y la Legislación para controlar el tabaquismo. México: Salud Pública, 50(3).

ANEXO A

Cuestionario para la Evaluación de la Percepción de Riesgo asociada al Consumo de Alcohol y Tabaco (PeCo)

El consumo de alcohol y tabaco forma parte de un complejo sistema el cual está integrado por múltiples componentes que giran en torno a cuatro componentes principales que lo constituyen: consumidor, estado físico, emocional o psico-social, normas, sustancia y entorno. Así, el consumo se concibe como una compleja actividad que resulta de la actividad entre estos cuatro elementos, y que se realiza en un contexto dinámico y continuamente cambiante.

Así, esta conducta prácticamente se puede concebir sobre el control cognitivo en la ejecución de tareas y la distinción entre procesamiento automático y controlado, distinguiendo tres niveles: habilidades, reglas y conocimientos –también conocido como marco S-R-K de Rasmussen (citado por Pastor, Monteaguado y Pollock, 1999). Además, esta conducta se articula en torno al funcionamiento de los factores y procesos psicológicos básicos que subyacen al comportamiento humano del consumo: atención, aprendizajes complejos (percepción, atención, toma de decisiones), experiencia, memoria, etc., y cuyo déficit involucra errores de tipo perceptivo, de interpretación y por distracción o interrupción de la temporalidad (Fitts, citado op. cit.).

Por ello, para la intervención que se propone, se construyo *ex profeso* un cuestionario de preguntas abiertas, dicotómicas y de opción múltiple, que posibilitaran el proceso de evaluación necesario por las características de dicha propuesta. El marco S-R-K de Rasmussen y los tipos de error de Fitts que componen este instrumento de evaluación forman parte del modelo del error humano utilizado para explicar la prevalencia de accidentes de tráfico y que permiten explicar el procesamiento de adquisición de habilidades al que se pretende llegar con esta intervención.

OBJETIVO

Obtener datos que permitan diferenciar la percepción de riesgo de los adolescentes antes y después de la aplicación de la intervención preventiva.

FORMATO

No. Folio:

Datos Sociodemográficos:

Edad: Nivel de Escolaridad: Sexo: Localidad:

Instrucciones: La información obtenida en este cuestionario nos permite saber cómo perciben los adolescentes la situación de consumo de alcohol y tabaco. Por ello, a continuación se presentan algunas preguntas que puedes responder con base en lo que consideres más acertado para ti. Solo te pedimos que seas sincero y que respondas lo que piensas realmente, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Es importante aclararte que la información que nos proporcionas es estrictamente anónima y confidencial.

A. Escribe en las líneas tus respuestas para cada inciso:

1. ¿Cuáles son los efectos manifestados en las personas que consumen alcohol?

2. ¿Cuáles son los efectos manifestados en las personas que consumen tabaco?:

3. ¿Cuáles son los daños ocasionados por el consumo de alcohol?:

4. ¿Cuáles son los daños ocasionados por el consumo de tabaco?:

5. ¿Cuáles son los riesgos o consecuencias asociadas al consumo de alcohol?:

6. ¿Cuáles son los riesgos o consecuencias asociadas al consumo de tabaco?:

A.1. Marca con una X la opción que consideres adecuada para dar una respuesta.

	Si	No
1.1. Consideras que cuando se deja de fumar se tiende a engordar:		
1.2. Consideras que los cigarros light hacen menos daño:		
1.3. Consideras que es posible disminuir los efectos del alcohol con una ducha bien fría, bebiendo café o comiendo algo caliente y picoso:		
1.4. Consideras que la cerveza y el vino son menos dañinos que los licores (ron, tequila, whisky, etc.), e incluso una copa de vino al día es saludable:		
1.5. Consideras que puedes beber alcohol sin problemas:		

B. Subraya el inciso que consideres adecuado para dar una respuesta.

1. Consideras que al consumir alcohol o tabaco no pasa de que, por ejemplo...
 - a) Te sientas mareado o huelas mal.
 - b) Tengas un accidente o problemas familiares, o comiences a presentar problemas físicos como toz crónica, o problemas en la concentración y la memoria.
 - c) Desarrolles dependencia física y/o psicológica, suspendas tus estudios o contraigas una enfermedad crónica como enfisema pulmonar, enfermedades de transmisión sexual, etc.

B.1. Marca con una X la opción que consideres adecuada para dar una respuesta.

	Si	No
1.1. Consideras que si los adultos toman alcohol, los jóvenes también pueden hacerlo:		
1.2. Consideras que consumir alcohol toda la noche representa un riesgo para ti y/o tus amigos:		
1.3. Consideras que consumir alcohol solo los fines de semana, aunque en grandes cantidades, representa un riesgo para ti y/o tus amigos:		
1.4. Consideras que si hay gente que consume alcohol y no muestra signos de intoxicación (tropiezos, habla lenta o enredada, cambios de estado de ánimo, etc.) aun después de muchas copas, entonces tú también puedes consumir tanto alcohol o más que estas personas:		
1.5. Consideras que fumar solo daña al que consume, o que estar donde alguien fuma no perjudica a nadie:		
1.6. Consideras que fumar pocos o cinco cigarrillos al día no es fumar:		
1.7. Consideras que hay gente a la que el cigarro no le hace daño, por lo tanto a ti tampoco te hará daño:		
1.8. Consideras que los daños o riesgos asociados al consumo de alcohol y tabaco incluye daño o riesgo de daño a terceros:		

C. Marca con una X la opción que consideres adecuada para dar una respuesta.

	Si	No
1.1. Consideras que fumar tiene efectos relajantes o calma los nervios:		
1.2. Consideras que beber es un camino para divertirse y estar en onda:		
1.3. Consideras importante tomar precauciones en tus ocasiones de consumo como ingerir alimentos o asignar un conductor designado si llevo carro o asegurarte de que alguien que no consuma alcohol te lleve a casa:		
1.5. Consideras que existen otras formas de convivir con tus amigos y familiares, que solo compartiendo las ocasiones de consumo de alcohol y tabaco:		

1.5.1. Si contestaste que **SI** a la pregunta 1.5., por favor especifica cuáles son esas otras formas de convivencia:

1.5.2. Si contestaste que **NO** a la pregunta 1.5., por favor indica ¿Por qué no?:

RESULTADOS

La interpretación de los datos se realizará mediante la suma de las respuestas asociadas a los siguientes códigos:

1. De las primeras seis preguntas del área A, se compararán las respuestas pre-post que correspondan a los efectos, daños y consecuencias asociados al consumo de alcohol y tabaco, respectivamente.
2. Reactivos del procesamiento de información por áreas de ejecución y tipo de error:
A (área de Conocimientos y Error Perceptivo)
B (área de Reglas y Error de Interpretación)
C (área de Habilidades y Error por Distracción/Interrupción Temporal de la Atención)

Opciones de respuesta:

Si (Error) **No** (Adecuado nivel de ejecución)

Los resultados obtenidos se interpretarán de la siguiente manera:

Tabla 1. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

REACTIVOS POR ÁREA	TIPO DE ERROR	NIVEL DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
	MAYORÍA SI	MAYORÍA NO
(A) CONOCIMIENTOS	El adolescente comete estos errores debido a que no tiene en cuenta o no atienden adecuadamente todos los aspectos, elementos o partes de las situaciones, por la sobre-experiencia pasada o excesiva familiaridad con la misma, de manera que su ejecución ante tal situación responde a las expectativas o esquemas mentales que posee para la misma, pero no se adecua a los elementos o factores nuevos que caracterizan a la situación real a la que se enfrenta, por una insuficiente o inadecuada focalización de la atención –y por tanto, insuficiente e inadecuada percepción – a los elementos nuevos de la situación. Por tanto, se producen a niveles inferiores del procesamiento, desde la propia entrada o adquisición de la información a través de los sentidos, que le predispone a atender, percibir y responder a las situaciones según sus expectativas y representaciones particulares de las mismas.	El adolescente manifiesta un nivel que permite la ejecución de tareas nuevas o difíciles (para las cuales solo se cuenta con el conocimiento que permite aprender a llevarlas a cabo) por lo que esta ejecución se da bajo control atencional consciente. Se caracteriza por un abanico de alternativas posibles aún mayor, la elección de la más apropiada depende casi totalmente de la situación y el proceso decisional es totalmente consciente. Las conexiones neuronales estímulo-respuesta formadas para la ejecución a este nivel son muy débiles. Por ejemplo, buscar soluciones y alternativas de solución, discriminar entre las posibilidades de ocurrencia de las consecuencias observadas en otros, relacionar efectos, daños y consecuencias.
(B) REGLAS	Estos errores se producen a niveles superiores de pensamiento, con una adecuada adquisición de la información sobre la situación, pero para en el adolescente dicha información es interpretada erróneamente puesto que activa esquemas mentales y estructuras de conocimiento para dicha situación de manera tal, que lleva a que el adolescente “sobre-enfaticé” el conocimiento que posee sobre este tipo de situación, por lo que espera que está se desarrolle según este conocimiento, es decir, según sus expectativas con respecto a esta situación por la experiencia pasada con la misma. El error ocurre cuando esta situación no se desarrolla conforme a lo esperado y el adolescente actúa de acuerdo a la situación esperada y no a la que realmente ocurre.	El adolescente manifiesta un nivel que permite la ejecución de tareas familiares en base a reglas o patrones de soluciones que se utilizaron en el pasado, por lo que esta ejecución se da a un nivel de control atencional semiconsciente o semiautomático, donde ante un estímulo hay un mayor abanico de alternativas de respuestas posibles, la elección de la más apropiada dependerá de la situación en mayor medida y el proceso decisional es un poco más largo o semiconsciente. Las conexiones neuronales internas estímulo-respuesta aludidas anteriormente no están tan fortalecidas, porque hay más alternativas de respuestas posibles. Por ejemplo, considerar que la mejor distracción en pleno día es hacer deporte en lugar de ir a tomar unas copas.

Continuación Tabla 1.

REACTIVOS POR ÁREA	TIPO DE ERROR MAYORÍA SI	NIVEL DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MAYORÍA NO
<p>(C) HABILIDADES</p>	<p>El adolescente comete estos errores debido al excesivo grado de “automatización” con que se lleva a cabo conducta, por la sobre-experiencia o por la excesiva familiarización con la conducta, que lleva a que los adolescentes desatiendan excesivamente las precauciones y se distraigan por la supuesta diversión que la conducta provee.</p>	<p>El adolescente manifiesta un nivel que permite la ejecución de tareas rutinarias o sumamente entrenadas (la misma tarea se ha entrenado muchas veces) bajo control atencional prácticamente automático, donde ante un estímulo, la alternativa de respuesta apropiada para este nivel de ejecución es casi única, no depende de la situación y el proceso decisional es casi nulo. A nivel interno, las conexiones neuronales formadas en la memoria entre los estímulos y las respuestas correspondientes por las que se lleva a cabo la ejecución a este nivel, se caracterizan por estar altamente fortalecidas. Por ejemplo, resistir asertivamente a la presión del grupo para consumir alcohol o tabaco.</p>

ANEXO B

Técnica LexiCon

Del griego *Lexy* que significa *defensor de la humanidad* es la invitación primitiva de nuestros instintos a actuar conforme las necesidades de nuestro entorno interno y externo lo piden en bien de la integridad y la salud.

Y del español al catalán *LexiCon* es una telaraña que por su forma y figura representa la invitación sofisticada de la razón a valorar y evaluar los recursos y características de la circunstancia que se nos presenta atractiva, agresiva, misteriosa, etc.

La conferencia-taller *Daños y Consecuencias del Consumo de Alcohol y Tabaco* es una oportunidad de activar los procesos cognitivo-emocionales que permiten que instinto y razón logren su óptimo resultado: *la adaptación*.

Psic. Diana Stephany Paz Radilla

DESARROLLO.

Escena 1.

Una vez que los adolescentes han reflexionado acerca de la diferencia entre daño y consecuencia y el impacto a la salud que esto representa en su seguridad y estabilidad personal se les invita a sacarlo de la mente y observarlo diciendo:

Parlamento 1: "...por supuesto que puedes pensar que todo esto de los daños y las consecuencias que consumir alcohol y tabaco puede ocasionar no sólo a tu salud sino a la estabilidad de los que te rodean está *como muy* lejos de tu alcance o es más *a ti nunca te va a suceder*. Por que es como cuando fumamos o nos tomamos una copa: a excepción del mal olor o el ridículo que hacemos *esto no pasa a mayores...*pero ¿qué sucedería si cada vez que consumiéramos se pudiera observar alguno de estos daños *graves* que ustedes mismos mencionaron como las úlceras gástricas o las llagas en la piel a causa de la alta temperatura del cigarrillo?... tal vez tomaríamos mayor conciencia de las consecuencias que esa conducta nos puede traer y quizá o por seguro lo dejaríamos de hacer, porque ¿a quién de nosotros nos gusta padecer de algún malestar, a nadie verdad?

Pero bueno todo eso es hipotético, es decir, es ficción y como buena película de ficción nos entretiene un rato y al salir del cine simplemente nos queda la idea del alcance de la imaginación del hombre y la verdad tanto esfuerzo para que al rato sucede exactamente lo mismo cuando se vayan de aquí...*No, No, No...* por eso mejor en esta ocasión hagamos que la imaginación nos permita ver la realidad, ¿les parece?"

Instrucción 1: Se solicita un voluntario y se le coloca en medio del escenario.

Instrucción 2: Se pide que mencionen los tipos de daños de los que se hablaron, complementando con los que hagan falta: físicos, psicológicos (emocionales, cognitivos, conductuales), sociales, familiares, escolares y económicos. Los participantes que vayan mencionando cada uno de ellos se colocarán alrededor del voluntario.

Parlamento 2: “Como pueden observar tal vez cada uno de sus compañeros solo representa a una clasificación de todos los tipos de daños que el consumo del alcohol y el tabaco nos puede ocasionar.

Sin embargo, nos da una *fotografía* general de lo que representa a la seguridad y estabilidad personal. Resulta que cada individuo cuenta con un perímetro de *seguridad* de dos metros a partir de los cuales puede percibir peligro, lejanía o cercanía según el significado de las circunstancias y de las personas ante las que se encuentra (ver anexo C).

De esta misma manera, cada vez que consumimos alcohol o tabaco los daños que esto ocasionan van invadiendo a nuestro cuerpo pero esta vez en un perímetro aun más pequeño y en un grado mayor ya que el daño es acumulativo y no cuantitativo, es decir, no es el hecho de que sea solo una vez la que vayas a consumir y que por eso se *permite* que consumas la cantidad que sea sino que una copa o un cigarro en una única ocasión te produce un daño irreversible. Aunado a esto, el hecho es que en la actualidad la mayoría de los jóvenes que consumen alcohol y tabaco comenzaron pensando que solo sería una vez y, lo que es peor, aún pensando eso creen además que lo dejarán cuando quieran.

La realidad es que han mantenido su consumo por diferentes motivos entre ellos los más relevantes son la curiosidad, la influencia de los amigos, el ambiente y la moda, la permisividad y tolerancia social o familiar y el “daño secreto” de las adicciones: la dependencia.

De esta manera, podríamos decir que la dependencia es el determinante de que la conducta de consumir se convierta en adicción al ocasionar que los daños rebasen nuestras capacidades así como nuestros compañeros rebasarían la capacidad de nuestro voluntario en su lucha por salir de la invasión en la que se encuentra, o ¿te gustaría quedarte ahí rodeado de daños e invadido en tu espacio personal?, ¿no? entonces pon todo tu esfuerzo por salir...aunque no cuentes con la nobleza de estos daños por que están tan conectados con la dependencia que no permitirán que rompas con su relación...Listos chicos a la de tres tú voluntario te tienes que salir de ahí y ustedes deben impedirlo a como dé lugar...Los demás ¿me ayudan a contar? Una, Dos, Tres...”

Instrucción 3: Haya logrado salir el voluntario o no, se realiza una breve retroalimentación acerca de lo sucedido dirigiéndose:

Al voluntario: ¿Qué pasó?, ¿Cómo te sientes?, ¿Qué piensas?, ¿Qué hiciste para intentar salir?

Al grupo de daños: ¿Qué pasó?, ¿Cómo se sienten?, ¿Qué piensan?, ¿Qué hicieron para evitar que el voluntario lograra su objetivo?

Contenido teórico de apoyo al facilitador:

“Para protegernos de los daños que provoca el abuso de drogas, es importante mantener un punto de vista claro respecto a lo que debemos hacer en estas situaciones en riesgo”.

“Sin embargo, puede ocurrirnos que al decidir no beber alcohol, o no continuar haciéndolo, estando en un lugar (fiesta, reunión, antro), puede ser difícil mantener esa decisión, debido a los comentarios y comportamientos de las personas con quienes nos encontramos, por ejemplo, que nuestros amigos nos presionen para que bebamos más de lo que deseamos”.

Por ello, el objetivo en este momento se centra en promover la reflexión acerca de los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizaron, como las formas que utilizó el grupo para ejercer presión, las habilidades que ayudan a enfrentarla y los estilos de comunicación: pasiva, asertiva o agresiva, más adecuados para enfrentar la presión de los amigos.

Parlamento 3: “...como pudieron observar la ficción se convirtió en realidad: jamás vamos a ser capaces de vencer solos a 4 o 5 veces nuestro propio cuerpo, por donde lo vean por las leyes de la física, la matemática o la naturaleza, quizá la razón nos ayude pero generalmente ante situaciones como ésta la emoción rebasa nuestra capacidad de reflexionar y buscar una respuesta o una acción que nos permita superar las circunstancias adversas de nuestro día a día.

Afortunadamente, esto que vimos no lo vivimos día a día, por lo menos conscientemente, porque cuantas veces no nos sentimos abrumados, fastidiados o enfadados de la nada, sin saber porque o porque lo único que nos falta es que comience a llover en pleno verano, ¿a poco no? Es decir, los estímulos del entorno rebasan nuestras capacidades de atención y retención que terminan por generarnos mínimo un tremendo dolor de cabeza.

De esta misma manera, a veces a nuestro cuerpo o a nuestra familia lo último que les falta es que consumamos una copa o que fumemos para ocasionar cambio en su dinámica y funcionamiento. Por ejemplo...”

Instrucción 4: Se solicita en tribuna libre las consecuencias ocasionadas por un tipo de daño previamente elegido por el voluntario tras preguntarle o identificar cual es el daño que más lo incapacitaría.

Instrucción 5: A cada participante que mencione una consecuencia relacionada al daño elegido se le coloca en un segundo círculo alrededor del voluntario o integrados en el primer círculo y/o cerrarlo en cadena (brazo con brazo).

Parlamento 5: (dirigiéndose al voluntario) “...tú que dijiste solo una vez vamos a forcejear...te dije que no contaras con la nobleza de los daños y bueno como vez ahora tampoco podrás contar, además, con la nobleza de las consecuencias. Chicos ya saben cuál es la consigna... ¿Contamos?...Una, Dos, Tres...”

Instrucción 6: Haya logrado salir el voluntario o no, se realiza una breve retroalimentación acerca de lo sucedido:

Al voluntario: ¿Qué pasó?, Ahora ¿cómo te sientes?, ¿qué piensas?, ¿qué hiciste esta vez para intentar salir?

Al grupo de daños y a las consecuencias: ¿Qué pasó?, Ahora ¿Cómo se sienten?, ¿Qué piensan?, ¿Qué hicieron para evitar que el voluntario lograra su objetivo?

Contenido Teórico para el Facilitador:

Así es, como pueden darse cuenta en ocasiones son nuestros propios amigos quienes a través de ridiculizar, retar, amenazar, insistir, chantajear, engañar o halagar tratan de que hagamos algo que no deseamos. La mejor forma en que comuniquemos tus decisiones es asertivamente.

El objetivo en este momento se centra en promover la reflexión acerca de los recursos del voluntario y del grupo.

Parlamento 6: (dirigiéndose a la audiencia) En tribuna libre: ¿Qué pudieron observar? (lo que se pretende es promover la toma de conciencia acerca de la dimensión de la invasión ante la que se encuentra el voluntario y de la mínima posibilidad que tiene de salir de ahí).

Parlamento 7: "...entonces estamos de acuerdo en que esta vez es casi imposible que nuestro exhausto voluntario pueda salir de ahí ¿cierto?...Muy bien, Por cierto..." (dirigiéndose al voluntario):

Al voluntario: ¿qué consideras que te hizo falta para lograr tu objetivo?, ¿De qué otra manera lo podrías lograr?, ¿qué necesitas para lograrlo?, ¿necesitas de alguien?, ¿a quién?, ¿a quien de los que se encuentran aquí el día de hoy les pedirías que te vinieran a ayudar?

Instrucción 7: Colocar a cada una de las personas a las que el voluntario vaya nombrando en un tercer círculo alrededor del voluntario. Y realizar una breve retroalimentación:

A la red de apoyo: ¿Cómo se ve la situación desde allá arriba?, ¿Qué te gustaría decirle al voluntario en respuesta a su llamado de ayuda?

Parlamento 8: "...así es chavos, ante circunstancias como ésta, la drogadicción, es necesario el apoyo de un equipo multidisciplinario en el que podemos encontrar tanto a personas especialistas y debidamente capacitadas en el tratamiento, la prevención y la intervención en el tema como a familiares, amigos y personas que están dispuestas a apoyarnos para salir de este gran problema social que son las adicciones. Como ya lo pudieron observar, estas son las dimensiones en pequeña escala de esta enfermedad con alcance, como ya lo vimos al enumerar las consecuencias, no solo a nivel biopsicológico sino además con alcance social.

Entonces, como ves, en esta ocasión contarás con la nobleza de cada una de las personas que haz llamado. Suerte esta vez. Una vez más, contamos...Una, Dos, Tres..."

Instrucción 8: Haya logrado salir el voluntario o no, se realiza un breve retroalimentación acerca de lo sucedido:

Al voluntario: ¿Qué pasó?, Ahora ¿cómo te sientes?, ¿qué piensas?, Esta vez, ¿qué hiciste?

Al grupo de daños y a las consecuencias: ¿Qué pasó?, Ahora ¿Cómo se sienten?, ¿Qué piensan?, ¿Qué hicieron para evitar que el voluntario y su red de apoyo logaran su objetivo?

A la red de apoyo: ¿Cómo se sienten?, ¿Qué piensan?, ¿Qué hicieron para responder al llamado de ayuda?, ¿Qué diferencia hay entre lo que observaron y lo que acaban de experimentar?

Al voluntario: ¿Cómo crees tú que sería la mejor manera en que te podrían haber ayudado?, ¿la manera en que te ayudaron fue la manera en que esperabas que te ayudaran?, ¿crees que ayudaría si esto se los hubieras expresado antes?, ¿Qué faltó?, ¿estas satisfecho?

A la red de apoyo: ¿están satisfechos?

Contenido teórico de apoyo al facilitador:

El objetivo en este momento se centra en promover la reflexión acerca de la acción de la red de apoyo con el individuo y los estilos y estrategias de afrontamiento del conjunto.

Parlamento 9: “Así es. Como pudieron observar siempre que seamos capaces de colocarnos frente a un espejo y reconocer nuestros defectos y debilidades, además de nuestras habilidades, virtudes y fortalezas, vamos a ser capaces de afrontar y adaptarnos a cualquier circunstancia, solicitando ayuda para fortalecer nuestros recursos. Como muchas veces hemos escuchado: Si se quiere, se puede. Y sobre todo cuando nuestras capacidades y recursos son rebasados, como en las adicciones, en las que nuestro entorno juega un papel esencial. Es decir, si pudieron observar la mayoría de ustedes fueron espectadores de una situación que de manera casi subliminal vivimos cada día. De la misma manera casi instintivamente adquirieron una actitud personal o grupal que alentaba a sus compañeros aquí en el escenario.

A la audiencia: ¿cuál fue esa actitud?, ¿qué piensan acerca de ello?

Instrucción: Tras una breve reflexión acerca de las opiniones expresadas, continúe con el parlamento...

“Ante ello, se nos exige estar atentos ya que en un día cualquiera nos podemos encontrar fuera o dentro de ese círculo, como voluntario, como daño o como red de apoyo, siendo entonces nuestra responsabilidad social e individual la que nos llama a actuar con respeto y amor hacia la salud, seguridad y estabilidad individual y social.

Entonces chavos, no solo se trata del daño que te puede ocasionar sino de las consecuencias a las que te puede exponer”.

ANEXO C

EL LENGUAJE DEL CUERPO: El espacio personal e invasión.

(Muñoz, 2009)

Nuestro espacio personal íntimo está formado por nuestro cuerpo y una zona a su alrededor que comprende unos cuantos centímetros (aproximadamente 45 centímetros). En ese espacio solo permitimos que entren los amigos más íntimos, parejas y familiares. Un poco más lejos se sitúa la zona personal lejana, en la que solo dejamos entrar a amigos y compañeros con quienes mantenemos una buena relación. Generalmente no permitimos que extraños nos toquen o se sitúen demasiado cerca de nosotros y si invaden nuestro espacio sentimos nerviosismo, enfado, irritación o temor. A veces, sin embargo, no tenemos más remedio que aguantar esa invasión, como sucede al viajar en metro o autobús. En esos casos el cuerpo se tensa, se evita todo contacto ocular y se clava la vista en el infinito.

Cuando se produce una invasión del espacio personal, suele retrocederse un paso para evitarla. Así, es posible encontrarse en situaciones en las que dos personas, una de las cuales no respeta el espacio de la otra. En otros casos la invasión tiene lugar conscientemente para intimidar a la otra persona o ponerla nerviosa y hacer que retroceda. La mejor manera de separarse es dando un paso hacia un lado en lugar de hacia atrás.