



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**Evaluación y comparación de dos
intervenciones para evitar el consumo
de drogas en estudiantes de secundaria**

TESIS PRESENTADA POR

Jorge Alberto Valadez García



PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
Doctor en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Director)
Doctor en Psicología

Martha Leticia Salazar Garza
Doctora en Psicología

Kalina Isela Martínez Martínez
Doctora en Psicología

REVISORES

Mónica Fulgencio Juárez
Doctora en Psicología

Erwin Rogelio Villuendas González
Doctor en Ciencias del Comportamiento



MORELIA, MICH., ENERO DE 2019



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**Evaluación y comparación de dos
intervenciones para evitar el consumo
de drogas en estudiantes de secundaria**

TESIS PRESENTADA POR

Jorge Alberto Valadez García



PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctor en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Director)

Doctor en Psicología

Martha Leticia Salazar Garza

Doctora en Psicología

Kalina Isela Martínez Martínez

Doctora en Psicología

REVISORES

Mónica Fulgencio Juárez

Doctora en Psicología

Erwin Rogelio Villuendas González

Doctor en Ciencias del Comportamiento



MORELIA, MICH., ENERO DE 2019

Agradecimientos

A Silvia y Zoe por estar siempre ahí, por su infinito amor y por darle rumbo a mi vida, ¡las amo!

A mi pequeña familia, Papá, Ricky, Blanca, Kamila, Titín, Conchita y Dano que a pesar de la distancia las risas siempre hacen eco.

Al Dr. Roberto Oropeza, por su guía, paciencia, compañía y profesionalismo en la realización de este proyecto y por compartir un poco de jazz.

A mis asesores la Dra. Leticia Salazar, la Dra. Kalina Martínez, la Dra. Mónica Fulgencio y el Dr. Erwin Villuendas, por sus puntuales observaciones.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por proveer los recursos económicos que me permitieron desarrollar este proyecto.

A Miguel, Julieta y Gemma de la secundaria mixta No. 20 y a Carlos y Delia de Summerhill, por su apoyo y confianza.

A Reyna, Claudia y Diana, por su paciencia.

A Milo por todos los domingos de tenis y el café científico-cultural de banquetta.

A todos los profesores y compañeros del DIP por sus enseñanzas, ¡gracias totales!

Finalmente a la música, el viento, la luz y la fuerza.

Dedicatorias

A mi Madre † y don Daniel † por su fuerza invisible y eterna compañía.

Índice

Abreviaturas.....	v
Lista de tablas y referencias.....	vi
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	11
Capítulo I. Actualidad en adicciones: datos de prevalencias y conceptualizaciones.....	14
Epidemiología del consumo de drogas.....	14
Conceptos básicos del fenómeno adictivo.....	19
Capítulo II. Teorías en la prevención de las adicciones.....	28
Teorías parciales o basadas en pocos componentes.....	29
Teorías de estadios y evolutivas.....	30
Teóricas integrativas y comprensivas.....	31
Teorías para el diseño de la IPEA-R y la IMPA-R.....	33
Capítulo III. Intervenciones preventivas para evitar el consumo de drogas.....	44
La prevención del consumo de drogas.....	44
Criterios para las intervenciones con evidencia empírica.....	46
Intervenciones preventivas en USA.....	49
Intervenciones preventivas en España.....	53
Intervenciones preventivas en México.....	56
Capítulo IV. Planteamiento del problema.....	64
Fase 1: Sugerencias de profesionales sobre programas de prevención de las adicciones.....	69
Método.....	69
Resultados.....	71
Fase 2: Diseño de la IPEA-R y la IMPA-R.....	77
Método.....	77
Resultados.....	79
Fase 3: Evaluación y comparación de la IPEA-R y la IMPA-R.....	89
Estudio I. Comparación de la IPEA-R y el grupo control.....	89
Método.....	91
Resultados.....	98
Estudio II. Comparación de la IPEA-R y la IPEA-R + IMPA-R.....	105
Método.....	106
Resultados.....	111
Capítulo V. Discusión.....	120
Conclusiones.....	136
Referencias.....	138
Apéndices.....	154

Abreviaturas

IP	Intervención preventiva.
SPA	Sustancia psicoactiva.
IPEA-R	Intervención preventiva para estudiantes adolescentes en riesgo.
IMPA-R	Intervención mínima para padres de adolescentes en riesgo.
GE	Grupo experimental.
GC	Grupo control.
FP	Factor de protección.
FR	Factor de riesgo.
PRCD	Percepción de riesgo del consumo de drogas.
TSC	Teoría social cognitiva.
PA	Pensamientos automáticos.
DC	Distorsiones cognitivas.
EI	Estudio I
EII	Estudio II

Lista de tablas y figuras

Tabla 1	Clasificación de las sustancias psicotrópicas en relación con las Medidas de control y vigilancia.	20
Tabla 2	Clasificación farmacológica de las drogas.	21
Tabla 3	Criterios para las intervenciones con validez empírica.	48
Tabla 4	Criterios de evaluación para las intervenciones preventivas de la plataforma PBE.	53
Tabla 5	Características Sociodemográficas de los Profesionales.	70
Tabla 6	Principales factores de riesgo para iniciar el consumo de drogas.	72
Tabla 7	Programas aplicados en el trabajo preventivo.	73
Tabla 8	Sesiones de seguimiento y evaluación de los programas aplicados	74
Tabla 9	Características de un programa eficaz.	74
Tabla 10	Características del personal que aplica los programas preventivos	76
Tabla 11	Diseño experimental del Estudio I.	91
Tabla 12	Características sociodemográficas de los participantes del EI.	92
Tabla 13	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable habilidad de rechazo en EI.	98
Tabla 14	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable impulsividad en EI.	99
Tabla 15	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable auto-control en EI.	99
Tabla 16	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable atención emocional en EI.	100
Tabla 17	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable claridad emocional en EI.	100
Tabla 18	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable reparación emocional en EI.	101
Tabla 19	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco en EI.	101
Tabla 20	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol en EI.	102
Tabla 21	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable toma de decisiones en EI.	102
Tabla 22	Prueba de los efectos inter-sujetos de las variables percepción de riesgo del tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetamina en EI.	103
Tabla 23	Diseño experimental del Estudio II.	107
Tabla 24	Características sociodemográficas de los participantes del EII.	108
Tabla 25	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable habilidad de rechazo en EII.	112
Tabla 26	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable impulsividad en EII.	112

Tabla 27	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable auto-control en EII.	113
Tabla 28	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable atención emocional en EII.	113
Tabla 29	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable claridad emocional en EII.	114
Tabla 30	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable reparación emocional en EII.	114
Tabla 31	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco en EII.	115
Tabla 32	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol en EII.	115
Tabla 33	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable toma de decisiones en EII.	116
Tabla 34	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable comunicación del hijo en EII.	116
Tabla 35	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable apoyo del hijo en EII.	117
Tabla 36	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable comunicación de los padres en EII.	117
Tabla 37	Prueba de los efectos inter-sujetos a de la variable apoyo de los padres en EII.	118
Tabla 38	Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable hostilidad y rechazo en EII.	118
Tabla 39	Prueba de los efectos inter-sujetos de las variables percepción de riesgo del tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas en EII.	119
Figura 1	Interacción entre la vulnerabilidad biológica, protección ambiental y la droga.	23
Figura 2	Clasificación de las teorías y modelo explicativos en la prevención de adicciones.	28
Figura 3	El efecto de las creencias de eficacia y expectativas de resultados en el comportamiento y los estados afectivos.	41
Figura 4	Secuencia de creencias en el modelo cognitivo de las adicciones.	42
Figura 5	Sugerencias para diseñar una intervención preventiva eficaz.	76
Figura 6	Proceso de diseño de las dos intervenciones preventivas.	78
Figura 7	Esquema de la IPEA-R.	81
Figura 8	Esquema de la IMPA-R.	86
Figura 9	Consumo de alcohol en los últimos 30 días en EI.	104

Figura 10	Consumo de tabaco en los últimos 30 días en EI.	104
Figura 11	Consumo de alcohol en los últimos 30 días en EII.	119

Resumen

La etapa de la adolescencia se considera de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2008a). Por lo que es importante contar con intervenciones de prevención para evitar el uso de drogas en adolescentes. El objetivo de esta investigación fue desarrollar y evaluar dos intervenciones de prevención. La investigación consto de tres fases, en la primera se realizó un estudio exploratorio de tipo cualitativo, para este estudio se entrevistaron a 22 profesionales en el campo de la prevención de la adicciones y se obtuvieron las sugerencias para diseñar una intervención preventiva (IP) eficaz. En la segunda fase se desarrollaron dos intervenciones con base en los resultados del primer estudio, la revisión de la literatura y considerando los estándares internacionales para la prevención de adicciones. Para la tercera fase se realizaron dos estudios para evaluar la eficacia de las IP. El estudio I (EI) tuvo un diseño cuasi experimental y participaron 30 estudiantes, 15 para el grupo experimental (GE) a quienes se les intervino con la IPEA-R y 15 para el grupo control (GC); se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables habilidad de rechazo ($p = .002$), auto-control ($p = .008$), claridad emocional ($p = .003$), reparación emocional ($p = .025$), percepción del riesgo del consumo de tabaco ($p = .0003$), alcohol ($p = .00004$), marihuana ($p = .000004$), cocaína ($p = .00002$), metanfetaminas ($p = .00002$) y frecuencias en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. En el estudio II (EII) con un diseño cuasi experimental, participaron 15 estudiantes para el GE 1 a quienes se le intervino con la IPEA-R y 10 para el GE 2 a quienes se les intervino con la IPEA-R + la IMPA-R; se encontraron diferencias significativas en las variables claridad emocional ($p = .0001$), reparación emocional ($p = .002$), percepción de la comunicación del hijo ($p = .023$), apoyo del hijo ($p = .014$), comunicación de los padres ($p = .009$), hostilidad y rechazo ($p = .001$). La IPEA-R es eficaz para disminuir las variables relacionadas con el inicio del consumo de drogas y al sumar el trabajo con los padres por medio de la IMPA-R aumenta la capacidad del manejo de emociones y la percepción del ambiente familiar de los adolescentes. Se destaca la importancia de constar con intervenciones preventivas que tengan evidencia empírica, estén sistematizadas y puedan replicarse en diferentes contextos.

Palabras clave: prevención de adicciones, adolescentes, drogas, intervención, adicciones.

Abstract

Adolescence is considered one of the most risky to start the consumption of tobacco, alcohol or illegal drugs (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2008a). Therefore, it is important to have prevention interventions to avoid the use of drugs in adolescents. The objective of this research was to develop and evaluate two prevention interventions. The research consisted of three phases, in the first one an exploratory study of qualitative type was carried out, for these study 22 professionals in the field of the prevention of addictions were interviewed and the suggestions for design an effective preventive intervention. In the second phase, developed the two interventions based on the results of the first study, the review of the literature and considering the international standards for the prevention of addictions. For the third phase, two studies conducted to evaluate the efficacy of preventive intervention. Study I had a quasi-experimental design and participated 30 students, 15 for the experimental group who were intervened with the IPEA-R and 15 for the control group. Statistically significant differences were found in the variables rejection ability ($p = .002$), self-control ($p = .008$), emotional clarity ($p = .003$), emotional repair ($p = .025$), risk perception of the tobacco consumption ($p = .0003$), alcohol ($p = .00004$), marijuana ($p = .000004$), cocaine ($p = .00002$), methamphetamines ($p = .00002$) and frequencies in the consumption of tobacco and beverages alcoholic. Study II with a quasi-experimental design, involved 15 students for the experimental group 1 who was intervened with the IPEA-R and 10 for the experimental group 2 who were intervened with the IPEA-R + the IMPA-R. Significant differences were found in the variables emotional clarity ($p = .0001$), emotional repair ($p = .002$), perception of the child's communication ($p = .023$), child support ($p = .014$), communication of parents ($p = .009$), hostility and rejection ($p = .001$). IPEA-R is effective in reducing the variables related to the initiation of drug use and by adding work with parents through the IMPA-R, it increases the capacity of emotion management and the perception of the family environment of adolescents. It emphasizes the importance of recording with preventive interventions that have empirical evidence, systematized and can replicated in different contexts.

Keywords: prevention of addictions, adolescents, drugs, intervention, addictions.

Introducción

La etapa de la adolescencia se considera de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales, ocasionando en esta población diferentes daños a su salud que impactan en su desarrollo individual, familiar y social (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2008a; Stanis y Andersen, 2014; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2015a; Ortiz, Martínez y Meza, 2011). El inicio temprano del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) está relacionado con la posible adquisición de una dependencia, debido a la vulnerabilidad biológica, psicológica y social en que se encuentran los adolescentes.

Por otro lado, el consumo de alcohol se relaciona con la presencia de diversos comportamientos de riesgo como: conducta antisocial leve, inicio temprano de vida sexual, abuso sexual, ideación suicida y conducta alimentaria de riesgo (Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2012). Por lo anterior, es importante contar con intervenciones preventivas dirigidas a jóvenes que aún no ha iniciado el consumo de drogas o que se encuentran en fase de consumo experimental.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (CONADIC, 2009), refiere que todo programa preventivo deberá disponer de un marco teórico y metodológico, basarse en un diagnóstico, contar con evidencias científicas, así como con un sistema de seguimiento y evaluación, además de los recursos y el personal calificado para la aplicación de los programas preventivos; y finalmente se deberán dirigir a poblaciones vulnerables y de alto riesgo, considerando principalmente a los jóvenes.

Esta investigación aporta a este fin con el desarrollo y evaluación de dos intervenciones de prevención, la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) dirigida a estudiantes de secundaria y la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R) dirigida a los padres de los adolescentes.

Estas intervenciones preventivas tienen el objetivo de entrenar a jóvenes y a sus padres en habilidades específicas que la literatura científica relaciona con el inicio del consumo de drogas, como: habilidad de rechazo, manejo de emociones, disminución de la

impulsividad, desarrollo de auto-control, autoeficacia para resistir el consumo de tabaco y alcohol, aumento de la percepción de riesgo y toma de decisiones.

El trabajo de investigación se divide en dos secciones. En la primera se revisan los fundamentos teóricos que subyacen a las IP, así como el estado del arte en relación a las IP con mayor eficacia. En la sección dos se describe el método utilizado para el desarrollo y evaluación de ambas IP.

En el capítulo I, se da cuenta de los datos epidemiológicos del consumo de drogas para dar a comprender el impacto social de esta problemática, además se describen algunos conceptos fundamentales que explican el fenómeno adictivo, así como la clasificación de las drogas, sus efectos y consecuencias.

En el capítulo II, se abordan las teorías que explican el inicio y mantenimiento de una adicción. Se utiliza la clasificación de Becoña (1999, 2002) para diferenciar entre las teorías que están basadas en un solo componente, las evolutivas y las integrativas. Por su lado para esta investigación se decidió tomar como fundamento la teoría de factores de riesgo y de protección, la cual hace referencia a las características individuales, familiares y sociales que disminuyen (protección) o aumentan (riesgo) la probabilidad de que una persona inicie el consumo de SPA; también se retoman las teorías del aprendizaje desde la perspectiva del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, la Teoría Cognitivo Social (TCS) y el modelo cognitivo de Beck.

En el capítulo III, se brinda un panorama general de las IP que han demostrado tener evidencia empírica de su eficacia tanto en USA, España y México, así mismo se muestran los tipos de prevención su nivel de evaluación y los criterios para considerar que una IP tiene validez empírica.

La segunda sección se compone de las tres fases de la investigación. La primera muestra los resultados de un estudio exploratorio realizado a profesionales de la salud dedicados a la prevención de las adicciones, de esta fase se obtuvieron sugerencias respecto a los componentes que podría tener una IP eficaz. En la segunda fase se describe el proceso metodológico que se llevó a cabo para desarrollar la IPEA-R y la IMPA-R. Finalmente, la tercera fase se compone de dos estudios, por un lado, en el estudio I se comparan los

resultados del grupo experimental (GE) a quienes se les aplico la IPEA-R y el grupo control (GC); y por otro lado en el estudio II se comparan los resultados de dos GE, uno a quienes se les aplico la IPEA-R y otro a quienes se les aplico la IPEA-R más la IMPA-R.

Por último, se discuten los hallazgos de las tres fases de la presente investigación, se hacen sugerencia para investigaciones posteriores y se realizan las conclusiones.

CAPÍTULO I

Actualidad en adicciones: datos de prevalencias y conceptualizaciones

Epidemiología del consumo de drogas

Las adicciones son un problema social y de salud pública que está en la agenda de los gobiernos de varios países debido al impacto que ocasiona en la calidad de vida de sus habitantes (UNODC, 2015a).

Existen diferentes instrumentos que arrojan datos sobre las prevalencias y tendencias del consumo de drogas. A nivel mundial se cuenta con los reportes de la World Health Organization (WHO), la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) y en América con la información de la Organización de los Estados Americanos (OEA). En México se lleva a cabo con la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), anteriormente conocida como la Encuesta Nacional en Adicciones (ENA) y de la cual se realizaron seis desde 1988 al 2011, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos en México (GATS por sus siglas en inglés), el observatorio de adicciones, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) y la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). Estos instrumentos muestran diversos datos para ampliar la comprensión del fenómeno adictivo en el contexto actual.

La ENCODAT es una encuesta que se realizó en 64,000 hogares; por su lado la ENCODE es una encuesta de consumo de drogas aplicada a casi 192, 000 estudiantes de 5° y 6° grado de primaria, secundaria y bachillerato; por último el SISVEA genera información referente a las características sociodemográficas y patrón de consumo de personas que acuden a los centros de tratamiento y rehabilitación. En los siguientes párrafos se mostraran datos epidemiológicos internacionales, nacionales y en adolescentes mexicanos sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, además de algunos resultados del SISVEA Jalisco del 2017.

Tabaco. El total de fumadores en el mundo se estima en más de mil millones de personas, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. El tabaco causa la muerte cada año a casi seis millones de personas y casi el 80% de total de fumadores en el mundo viven en países de ingresos medios o bajos. El humo de tabaco causa en los fumadores pasivos más de 600, 000 muertes prematuras cada años (World Health Organization [WHO], 2014).

En México, de acuerdo a la ENCODAT 2016-2017, el 17.6% (14.9 millones) de la población de 12 a 65 años son fumadores actuales, de los cuales el 8.7% son mujeres y el 27.1% son hombres. Del total de fumadores actuales el 6.4% fuman diariamente y el 11.1% fuman de forma ocasional (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT], 2017a).

En relación a los adolescentes, se reportó que la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 12 a 17 años de edad fue de 4.9%, lo cual indica una disminución significativa en comparación al 6.5% reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011. Al evaluar la prevalencia del consumo actual, en los hombres se observó una disminución del 10% en 2011, al 6.7% en 2016; en el caso de las mujeres se mantuvo igual con un 2.9% en 2011 y 3% en 2016. De esta población adolescente, el 0.5% fuman diariamente y el 4.4% son fumadores ocasionales. Los fumadores adolescentes, en promedio, inician el consumo diario de tabaco a la edad de 14.3 años (ENCODAT, 2017a).

Por otro lado, en la ENCODE realizada en el 2014, se reportó que a nivel nacional el 30.4% de los estudiantes de secundaria y bachillerato han iniciado el consumo de tabaco. De los estudiantes de secundaria un 6.3% son fumadores actuales, mientras que, en los estudiantes de bachillerato, la prevalencia se incrementa a un 18.8% (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE], 2015a).

Alcohol. De acuerdo al Reporte Global sobre Alcohol y Salud del 2014, la WHO reporta que en el mundo la población mayor de 15 años consume en promedio 6.3 litros de alcohol puro por año, lo cual equivale a 13.5 gramos de alcohol puro por día. Según este reporte los continentes con mayor consumo de alcohol son Europa y América (WHO, 2014).

En México, el consumo excesivo de alcohol en la población total incrementó de 12.3% al 18.8% con relación al 2011. También el consumo diario ha incrementado del 0.8% en 2011 al 2.9% en el 2016. Por otro lado, la edad promedio de inicio se ha mantenido estable desde el 2008, con una media de 17.9 años de edad (ENCODAT, 2017b).

En la adolescencia el alcohol es la sustancia de mayor consumo a nivel mundial, la prevalencia del consumo de alcohol entre menores de 14 años difiere significativamente entre países; mientras que en Estados Unidos se reporta el 13 % y en Chile el 14%, otros países como Colombia y Trinidad y Tobago tienen tasas en promedio del 40%. En el caso de jóvenes de 17 años la prevalencia del consumo de alcohol en Estados Unidos es de 40% y en Uruguay de 70%. El consumo temprano de alcohol aumenta la probabilidad de uso de drogas ilícitas en etapas posteriores de la vida (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2012)

En México la tendencia del consumo de alcohol en el último mes, en población de 12 a 17 años de edad, mostró diferencias entre el 14.5% del consumo reportado en 2011 y el 16.1% en 2016. Respecto al patrón de consumo diario, se observó un aumento significativo del 0.2% en 2011, al 2.6% en 2016. Finalmente, con relación al consumo excesivo de alcohol en el último mes, se observó un incremento, ya que se registró un 4.3% en 2011 y un 8.3% en 2016 (ENCODAT, 2017b).

De acuerdo con los resultados de la ENCODE, en 2014 la prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y bachillerato fue de 53.2%, 54% en hombres y 52.5% en mujeres. El 14.5% de los estudiantes consumieron alcohol en exceso y se encontró una diferencia por edades en este patrón de consumo; en el caso de adolescentes de 12 años o menos, la prevalencia fue del 4%, en estudiantes de 17 años la prevalencia fue de 28.8%, y para los 18 años o más la prevalencia alcanzó un 37.7% (ENCODE, 2015b).

Drogas ilegales. A nivel mundial, se calcula que en el 2012 entre 162 y 324 millones de personas (lo que equivale del 3.5% al 7.0% de la población de entre 15 y 64 años), consumieron por lo menos una vez en su vida algún tipo de droga ilícita, principalmente sustancias derivadas de la marihuana, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico (UNODC, 2015a).

En el último decenio ha aumentado notoriamente el número de personas que se someten a tratamiento por psicopatologías relacionadas con el consumo de marihuana, especialmente en América, Oceanía y Europa. Por otro lado, los opiáceos continuaron siendo la principal droga de abuso entre las personas derivadas a tratamiento en Asia y Europa, y la cocaína lo fue en América (UNODC, 2015).

En la población total de mexicanos aumentó significativamente el consumo de drogas ilegales, entre el 7.2% en el 2011 y el 9.9% en el 2016. En la población de 12 a 65 años la droga de mayor consumo fue la marihuana con un 8.6% en 2016 a diferencia del 6.0% reportado en 2011, lo que significa un incremento significativo. Las drogas que le siguen es la cocaína y los inhalables con una prevalencia del 3.5% y 1.1% respectivamente, estas no muestran diferencias significativas en comparación con lo reportado en el 2011(ENCODAT, 2017c).

Por otro lado, se observó un aumento significativo en la tendencia del consumo de drogas ilegales, en el último año, en población adolescente; pasó del 1.6% en 2011, al 3.1% en 2016. El consumo de marihuana aumentó del 2.4% en 2011, al 5.3% en 2016; y el consumo de cocaína pasó de un 0.7% en 2011, al 1.1% en 2016 (ENCODAT, 2017c).

En la ENCODE se indica que el porcentaje de estudiantes de secundaria y bachillerato que alguna vez consumieron cualquier droga fue de 17.2% en total; en el caso de los hombres del 18.6% y de las mujeres el 15.9%. Además, respecto al consumo de cualquier droga en el último mes, la prevalencia en hombres fue del 12.8% en secundaria y del 28.4% en bachillerato; en las mujeres se reportó un 12.1% en secundaria y un 21.9% en bachillerato. Se encontró que la marihuana fue la droga de mayor consumo, con un 12.9% en hombres y un 8.4% en mujeres; seguida por los inhalables, con un 5.9% en hombres y un 5.8% en mujeres; la cocaína, con un 4.2% en hombres y un 2.5%; y finalmente están los tranquilizantes, con un 3.2% en hombres y un 4.3% en mujeres (ENCODE, 2015c).

SISVEA Jalisco. A continuación se muestran datos del SISVEA Jalisco obtenidos en el 2017 (Iglesias, Robles-Arellano, Gómez-Sandoval, Carlín-Sánchez y Maury-Hernández, 2018). El 40.8% de las personas que acuden a tratamiento se encuentran en el rango de los 15 a los 24 años de edad. El 47.1% de los pacientes refirieron que iniciaron el

consumo de drogas entre los 10 a 14 años, mientras que otro 35.5% iniciaron el consumo entre los 15 a 19 años de edad. Del total de pacientes el 61.2% estaban recibiendo tratamiento por primera vez, el 31.5% tenían de 2 a 4 tratamientos previos y el 7.3% ya habían recibido más de 5 tratamientos. En la población en estudio se reportó que la droga de mayor consumo fue el alcohol con un 72.5%, siguiendo las metanfetaminas, tabaco, marihuana y cocaína con un 62.5%, 59.6%, 58.6% y 32.9% respectivamente. Por su otro lado, la droga de mayor impacto fue el cristal con un 50.0%, siguiendo el alcohol con un 21.2% y la marihuana con un 13.7%.

Referente a la historia natural de las drogas, se reportó que cuando el alcohol fue la droga de inicio, la segunda droga de consumo en el 22.6% de las personas fue la marihuana y en el 10.3% las metanfetaminas; se observa que 17% de los usuarios se mantuvieron como monousuarios. En los casos en los que la marihuana fue la droga de inicio, la segunda droga de consumo en el 30.6% de las personas fue la metanfetamina y en el 20.1% el alcohol; se reportó que el 8.2% de las personas se mantuvieron como monousuarios. Cuando la droga de inicio fue la cocaína, la segunda droga de consumo fue la metanfetamina y el alcohol ambas en un 32.9% de las personas y el 17.4% de los usuarios se mantuvieron como monousuarios. Finalmente, en los casos donde la metanfetamina fue la droga de inicio, la segunda droga de consumo en 38.8% de los usuarios fue la marihuana, siguiendo el alcohol en un 24.6% de los usuarios; es importante destacar que se reportó que el 66.1% de las personas se mantuvieron como monousuarios (Iglesias et al., 2018).

Los datos epidemiológicos muestran las tendencias al alza del consumo de drogas y brindan elementos que señalan la importancia de evitar o retrasar el consumo de drogas, mediante la planeación y desarrollo de acciones preventivas, que consideren como población objetivo a los jóvenes en las etapas de la preadolescencia y la adolescencia, siguiendo los estándares internacionales de prevención del consumo de drogas (NIDA, 2008a; UNODC, 2015a). Además del impacto de los datos epidemiológicos, es importante conocer algunos términos elementales para comprender la interacción de las drogas en el organismo de las personas y por ende como se genera una adicción.

Conceptos básicos del fenómeno adictivo

Cuando se habla de adicciones, es necesario tener claros algunos términos que ayuden a comprender el fenómeno de la adicción, conocer la clasificación de las drogas, efectos y consecuencias, así como su progresión desde el consumo experimental y hasta el desarrollo de la adicción, según los criterios internacionales; además de los modelos teóricos que explican el inicio del consumo de drogas.

La definición de droga es muy variada. De acuerdo a la WHO (1994) una droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones” (Martin y Lorenzo, 2009, p. 2). Otra forma de llamarle a las drogas de abuso es sustancias psicoactivas (SPA), es decir, que afecta los procesos mentales, tales como los afectos y la cognición; es importante aclarar que la palabra “psicoactivo”, no implica que la sustancia genera una dependencia.

Clasificación de las drogas. Existen varias clasificaciones de las drogas en función de diferentes necesidades, algunas de ellas son la clasificación jurídica, otra sería según el control sanitario y por último según sus propiedades químicas y efectos.

Otra clasificación desde un marco jurídico es la de drogas legales e ilegales (Cruz, 2007). Las drogas legales son aquellas cuyo consumo está permitido por la ley, tanto para su consumo como para su venta, ya sea con o sin prescripción médica; en esta categoría se encuentran principalmente el tabaco y el alcohol. Las drogas ilegales son las SPA que la ley prohíbe su producción, venta y consumo, como la cocaína, marihuana, metanfetamina, entre otras.

En función del control sanitario la Ley General de Salud (2015) clasifica las sustancias psicotrópicas en cinco grupos, considerando su utilidad clínica y capacidad de generar adicción. En la tabla 1 se muestra este tipo de clasificación.

Tabla 1

Clasificación de las sustancias psicotrópicas en relación con las medidas de control y vigilancia.

Grupo	Clasificación de las sustancias
I	Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública.
II	Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública.
III	Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública
IV	Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública.
V	Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinarán en las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Fuente: Adaptado del artículo 245 de la Ley General de Salud (2015).

Existen varias clasificaciones según las propiedades químicas y efectos de las sustancias adictivas, la más recomendada y utilizada en la actualidad por su sencillez y practicidad, es la sugerida por el NIDA, quienes son un importante referente en investigación sobre drogas de abuso en los Estados Unidos. Esta clasificación se conoce como farmacológica, y esta diferenciada en cuatro grupos por sus efectos en el sistema nervioso central. En la tabla 2 se muestra este tipo de clasificación.

Tabla 2

Clasificación farmacológica de las drogas.

Grupo	Sustancias	Características
ESTIMULANTES	- Cocaína.	Aumento del estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía y disminución del apetito.
	- Crack.	
	- Anfetamina.	
	- Metanfetaminas.	
	- Nicotina	
DEPRESORES	- Alcohol.	Estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sueño y desinhibición social.
	- Tranquilizantes.	
	- Sedantes hipnóticos.	
	- Éxtasis líquido.	
	- Inhalables.	
OPIOIDES	- Heroína.	Analgesia, estreñimiento, euforia, constricción pupilar extrema, sensación de relajación sin falta de coordinación locomotriz, dependencia física y tolerancia.
	- Morfina.	
	- Codeína.	
	- Opio.	
	- Metadona.	
ALUCINÓGENOS	- LSD	Distorsión de la percepción del tiempo y el espacio, cambios bruscos del estado de ánimo, mezcla de percepciones sensoriales y flashbacks.
	- PCP	
	- Psilocibina.	
	- Mescalina.	
	- Ketamina.	
	- Cannabinoides sintéticos.	

Fuente: Adaptado de Cruz (2007).

Qué es una adicción. Se puede definir como la conducta de depender de algo o alguien para poder funcionar. Aplicado a las SPA, sería la necesidad de consumir dosis repetidas de alguna droga para sentirse bien o para dejar de sentirse mal debido al síndrome de abstinencia; a este fenómeno se le conoce como adicción a sustancias psicoactivas (WHO, 1994). El NIDA, define la adicción como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas (NIDA, 2008b). Se considera que la adicción es una enfermedad del cerebro, debido a que modifica su funcionamiento e incluso su estructura se ve afectada, esta definición es equivalente al trastorno por consumo de sustancias que se utiliza en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM 5).

En el DSM 5 se mencionan trastornos relacionados con 10 clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, tabaco, estimulantes y otras sustancias. La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que las persona continúan consumiendo la droga a pesar de los problemas significativos relacionados con dicho consumo (Asociación Americana de Psiquiatría et al., 2014).

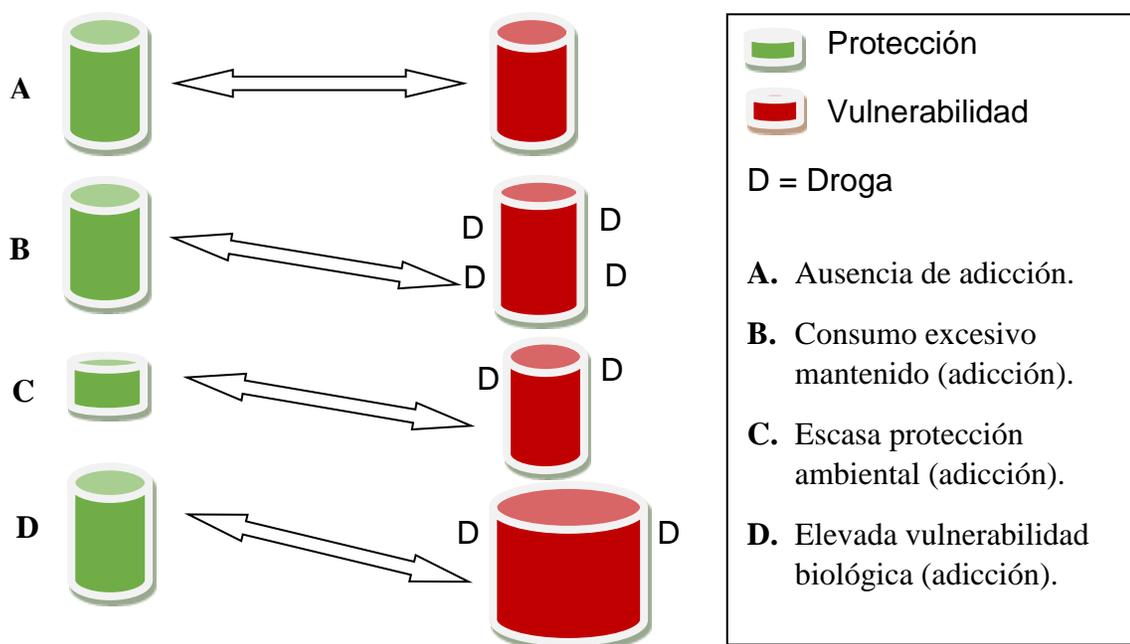
Todas las SPA que se consumen en exceso producen una activación del sistema de recompensa cerebral, el cual está implicado en el reforzamiento del comportamiento de búsqueda de la droga. Pero no solo las drogas activan este sistema de recompensa sino también aquellos comportamientos repetitivos conocidos como adicciones comportamentales, tales como la adicción al sexo, juego, ejercicio y compras (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El riesgo para iniciar el consumo de drogas y para el posterior desarrollo de una adicción se asocia a factores genéticos, epigenéticos y ambientales (Hoenicka y Ponce, 2009). Por lo tanto el riesgo de un joven para desarrollar un trastorno adictivo conlleva múltiples factores.

Se puede decir que la relación y equilibrio entre el individuo (vulnerabilidad biológica), el ambiente (escasa protección ambiental) y la droga (consumo excesivo mantenido) puede inclinarse a favor del inicio de una adicción (Hoenicka y Ponce, 2009).

Las características individuales se refieren a la vulnerabilidad biológica relacionada con antecedentes genéticos, temperamento, rasgos de personalidad e impulsividad. La protección ambiental se relaciona con los factores de protección (FP) como evitar el contacto con la droga, alejarse de amigos consumidores, monitoreo parental, una alta percepción de riesgo del consumo de drogas, el saludable uso del tiempo libre, entre otros. Finalmente el consumo excesivo y repetido de la droga es un factor que determina que se genere una adicción (Hoenicka y Ponce, 2009).

En la figura 1 se muestra el equilibrio y desequilibrio entre la vulnerabilidad biológica, la protección ambiental y el consumo de drogas. En la situación A existe un equilibrio; buenos FP ambiental, vulnerabilidad biológica normal y sin interacción con la droga no existen riesgos de una adicción. La situación B muestra un desequilibrio; buenos factores de protección ambiental, vulnerabilidad biológica normal pero con un consumo excesivo de la droga favorecen el desarrollo de una adicción. Por su lado la situación C indica un desequilibrio; una limitada protección ambiental y con una vulnerabilidad biológica normal solo se necesita de poco consumo de droga para desarrollar una adicción. Finalmente en la situación D se observa un desequilibrio; una buena protección ambiental pero con una alta vulnerabilidad biológica y poco consumo puede desarrollar una adicción.



Fuente: Adaptado de Hoenicka y Ponce (2009).

Figura 1. Interacción entre la vulnerabilidad biológica, protección ambiental y la droga.

Además de conocer los factores que intervienen en el desarrollo de una adicción, también es importante conocer las drogas de mayor consumo y sus efectos en el organismo.

Drogas y sus efectos. Para comprender la magnitud de la problemática del consumo de drogas, así como el impacto en los individuos, sus familias y la sociedad, es necesario conocer los efectos y consecuencias de las sustancias de mayor uso en la población de adolescentes de nuestro país.

Tabaco. Contiene una sustancia con efecto estimulante y su denominación botánica es nicotina tabacum, es originaria de América. La nicotina es el principal componente psicoactivo presente en el tabaco, un cigarrillo contiene aproximadamente de 0.5 a 2 mg. de nicotina. Se puede administrar por vía digestiva y respiratoria, es decir, masticándolo o fumándolo. El humo del tabaco contiene más de 4,000 sustancias de las cuales más de 46 producen cáncer, entre las que más destacan son los alquitranes, benzopireno, tolueno, cadmio, entre otros (Lorenzo y Ladero, 2009).

La nicotina es un estimulante menor y su vida media de eliminación en un fumador crónico es aproximadamente de dos horas, necesitando la administración frecuente para evitar los síntomas de la abstinencia. En los seres humanos la administración de 60 mg. de nicotina puede ser mortal (Ponciano, 2008).

Algunos efectos agudos del consumo de nicotina son: aumento del estado de alerta, sensación de relajación, disminución del apetito, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la actividad intestinal e incremento de la presión arterial. Los efectos tóxicos pueden ser náuseas, vomito, mareo, debilidad y en casos extremos convulsiones y parálisis respiratoria (Cruz, 2007).

Los efectos crónicos son las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, las cuales se pueden dividir en cáncer de pulmón, tráquea, bronquios, labio, esófago, páncreas, vejiga, cervix y riñon; enfermedades cardiovasculares como hipertensión, cardiopatía isquémica, aneurisma de aorta y enfermedad cerebrovascular; por último se encuentran las enfermedades respiratorias como la neumonía, bronquitis, enfisema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Ponciano, 2008).

Alcohol. El alcohol etílico es una sustancia con efecto depresor derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales. Las bebidas alcohólicas han estado presentes en muchas culturas a través de los siglos, teniendo importancia cultural y/o religiosa (Cruz, 2007). El alcohol se absorbe rápidamente desde el sistema digestivo y pasa al sistema circulatorio. Los efectos del alcohol dependen de la concentración en la sangre. A bajas concentraciones, sobre todo al empezar a beber, el alcohol actúa sobre el cerebro provocando efectos agradables como sensación de euforia, seguridad, relajación y desinhibición. Se trata de sensaciones engañosas pues hacen pensar que es un estimulante, sin embargo, se ha comprobado que se trata de un depresor que reduce el control del sistema nervioso central sobre el organismo, provocando disminución de los reflejos, descoordinación de los movimientos y dificultades de comunicación (Ladero y Lizasoain, 2009).

Los efectos del consumo de alcohol dependen de la cantidad, el tipo de bebida y la velocidad con que se ingiere. También influye beber con el estómago vacío, así como el sexo y peso de la persona.

En cuanto a los efectos crónicos podemos mencionar que el alcohol es responsable del cáncer en el tracto digestivo, cirrosis hepática, pancreatitis, enfermedades coronarias, deterioro cognitivo y cuando se consume durante el embarazo se puede presentar el Síndrome Alcohólico Fetal (Guerra y Anthony, 2011).

Mariguana. Anteriormente se consideraba a esta droga dentro del grupo de los alucinógenos, pero recientemente se conoce que dependiendo del tipo de mariguana será el efecto relajante, estimulante o alucinógeno. Se les conoce como cannabinoides a los compuestos químicos activos que contiene la planta de mariguana, de la cual se identifican tres especies diferentes (la indica, la sativa y la ruderalis). La sustancia de esta planta, con mayor propiedad psicoactiva aunque no la única, se le llama $\Delta 9$ Tetrahydrocannabinol o simplemente THC. La mariguana es generalmente fumada, pero también se puede ingerir. El humo de un cigarro de mariguana se absorbe y rápidamente llega al cerebro, alcanzando sus concentraciones máximas en aproximadamente 20 minutos (Fernández, Lorenzo y Leza, 2009).

Algunos de los efectos agudos que produce el consumo de marihuana son la distorsión del tiempo y el espacio, euforia, percepción de mayor confianza y creatividad (no asociada a un mejor rendimiento), risa incontrolable, incremento del apetito, boca seca, sed, falta de coordinación motora y en ocasiones paranoia. A dosis altas produce náuseas, vómito, aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la presión arterial (Prospero, 2014)

Los efectos crónicos de la marihuana se relacionan principalmente con afecciones en las funciones cerebrales superiores, como memoria y reducción del coeficiente intelectual, por otro lado, síndrome amotivacional, cáncer pulmonar, disminución de la fertilidad y esquizofrenia en caso de personas con susceptibilidad a esta enfermedad mental (Cruz, 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005).

Cocaína. La cocaína es una sustancia con efecto estimulante y el principal alcaloide de las hojas del *Erythroxylon coca*, arbusto de la familia de los eritroxiláceos, originario de la zona tropical de Los Andes (Lizasoain y Moro, 2009).

La cocaína tiene doble acción farmacológica, es un anestésico y un estimulante del Sistema Nervioso Central. Existen tres formas de administrarse cocaína: inhalada, fumada e inyectada por vía intravenosa (Washton, 1995). Alcanza su máxima concentración en la sangre a los 20 minutos de su consumo; la duración de los efectos de la cocaína es de 20 a 60 minutos, debido a que se metaboliza y elimina rápidamente. Esta sustancia se metaboliza básicamente en el hígado y se elimina por la orina (Cruz, 2007).

Algunos de los efectos agudos que produce la cocaína son: aumento de energía, mejoría del estado de ánimo, disminución de apetito, deseo de hablar, aumento del interés sexual, enojo y agresión verbal, incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, dilatación de las pupilas. A dosis altas puede generar miedo, ansiedad intensa, insomnio, temblores, contracciones musculares involuntarias, delirio de grandeza, alucinaciones y muerte (Lizasoain y Moro, 2009).

Su consumo crónico puede ocasionar pérdida de peso, deterioro de la memoria, problemas de concentración, microembolias cerebrales, paranoia, crecimiento del corazón, irritabilidad y cambios repentinos de humor, además de un serio desajuste psicosocial que

afecta al consumidor en áreas familiares, económicas y es común que tengan dificultades legales. (Cruz, 2007; Washton, 1995)

Metanfetaminas. Las metanfetaminas tienen efectos estimulantes y forman parte de los de tipo anfetamínico, un grupo de drogas altamente adictivas la cual viene en diversas presentaciones, por lo que se puede fumar, inhalar, inyectar o ingerir oralmente (OMS, 2005).

La metanfetamina es una droga capaz de aumentar la cantidad de dopamina en el cerebro, lo que explica la sensación de placer y motivación de búsqueda de la droga; la euforia producida por la metanfetamina se ha comparado con la resultante por el consumo de cocaína (OMS, 2005).

Entre los efectos agudos de la metanfetamina se encuentra la excitación motora, grave deshidratación, incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. También se asocia con el aumento del impulso sexual y la desinhibición de conductas sexuales (CIJ, 2010).

El consumo crónico de metanfetaminas produce trastornos dentales, cardiovasculares y mentales. También se ha relacionado su consumo con deficiencias en la memoria, la capacidad de autocontrol, la atención y el aprendizaje. Los usuarios de esta droga a menudo presentan conductas violentas y trastornos psicóticos (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2010).

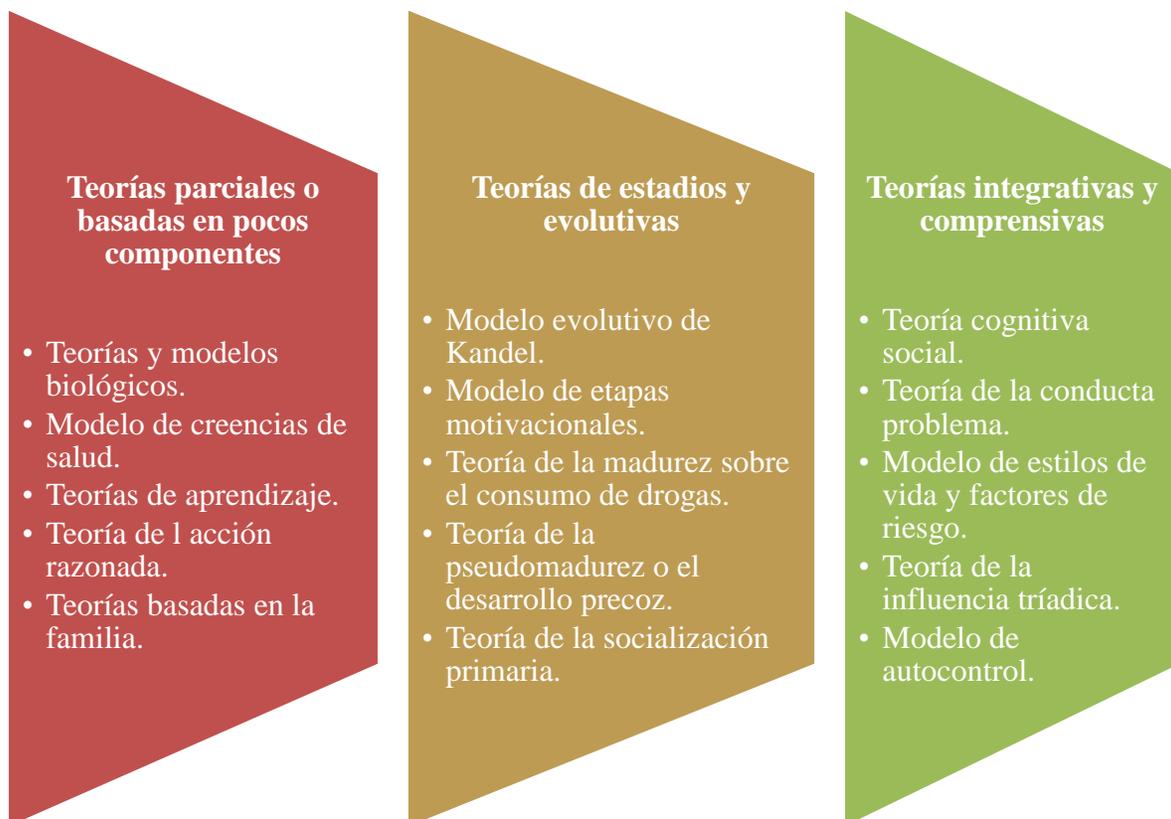
En resumen, el consumo de drogas está asociado con diversos daños a la salud y con la disminución de la calidad de vida de las personas. Se encontró que los adolescentes son la población más vulnerable (NIDA, 2008a) y que el consumo de cada sustancia psicoactiva tiene consecuencias específicas. En ese sentido la adicción es un fenómeno complejo en el que intervienen diferentes factores biológicos, familiares y sociales. Por esta razón es importante fortalecer las estrategias de prevención y así evitar que la población más vulnerable inicie el consumo de drogas. Una IP eficaz es aquella que considera esta información como parte de sus componentes y que además cuenta con un marco teórico que lo sustente. En el siguiente capítulo se abordaran las principales teorías en torno a la prevención de las adicciones y en específico las que fundamentan la IPEA-R y la IMPA-R.

CAPÍTULO II

Teorías en la prevención de las adicciones

Uno de los principales avances en la prevención de las adicciones ha sido el desarrollo de referentes teóricos que otorgan soporte epistemológico a las Intervenciones Preventivas (IP). La manera en que comprendemos como una persona desarrolla una adicción o inicia el consumo experimental de una SPA dependerá del marco teórico elegido. Por lo tanto las IP que cuentan con un buen fundamento teórico pueden contener componentes coherentes, razón por la cual no es conveniente usar teorías que no sean epistemológicamente compatibles.

Para tener una panorámica general de las teorías relacionadas con la prevención de las adicciones, es importante citar el trabajo de Becoña (1999, 2002), quien realizó una clasificación de las teorías que explican el consumo de SPA, algunas de las cuales se muestran en la figura 2.



Fuente: Adaptado de Becoña (2002)

Figura 2. Clasificación de las teorías y modelo explicativos en la prevención de adicciones.

Teorías parciales o basadas en pocos componentes

Las teorías parciales o basadas en pocos componentes, son aquéllas que se caracterizan por utilizar explicaciones considerando sólo uno o pocos aspectos de la complejidad del fenómeno (Becoña, 2002). Dentro de estas teorías explicativas se puede mencionar las siguientes:

Teoría biologicista. Esta es una perspectiva que parte de los estudios del cerebro en torno al sistema de recompensa y los efectos que los neurotransmisores tienen en la conducta, en específico la dopamina la cual interviene en la mediación de la recompensa (Verdejo y Tirapu, 2011). En general esta teoría parte del supuesto de que el consumo de drogas provoca cambios neurológicos y que a su vez producen una neuroadaptación en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales que influyen en el funcionamiento diario de las personas y su calidad de vida (García, García y Secades, 2011).

Modelo teórico de salud pública. Esta teoría es una extensión del modelo de salud pública para enfermedades infecciosas llevada a las adicciones, donde el fenómeno adictivo es la consecuencia recíproca entre la interacción del individuo, el medio ambiente y a la SPA. También estudian la percepción individual de la vulnerabilidad percibida, así como los efectos de estas creencias en el desarrollo de conductas de riesgo o protección (Becoña, 1999).

Teorías del aprendizaje. Entienden la adicción como una conducta adquirida y es explicada por medio de los principios del condicionamiento clásico y operante. Este tema se retomara con profundidad en el siguiente apartado.

Teoría de la acción razonada. Trata de predecir la intención conductual de consumo de drogas desde las actitudes personales y las normas subjetivas en el entorno social (Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Gómez-Maqueo, 2011), por lo que su concepción teórica se constituye de los componentes actitud, creencias conductuales, evaluación de estas creencias, norma subjetiva, creencias normativas, intención conductual y conducta (Becoña, 2002).

Teoría basada en la familia. Desde esta perspectiva se entiende el consumo de drogas como una disfunción del sistema familiar, por lo que la conducta de consumo cumple la función de mantener el equilibrio y el funcionamiento familiar (Stanton y Tood, 1999). El concepto central de esta teoría es el de “sistema”, lo cual implica comprender a los miembros de la familia como un conjunto de elementos organizados e interrelacionados, que cuando se desequilibra puede producir síntomas en algún miembro de la familia. En este sentido el consumo de drogas es una forma en que la familia logra lo que se le conoce como homeostasis (Umbarger, 2008).

Teorías de estadios y evolutivas

La teorías de estadios y evolutivas se caracterizan por su enfoque en el desarrollo de las personas, considerando la madurez y su relación con el inicio del consumo de drogas (Becoña, 2002).

Teoría evolutiva. Se basa en el supuesto de que el consumo de drogas sigue pasos secuenciales, es decir, un joven inicia primero el consumo bebidas alcohólicas, en segundo término tabaco, siguiendo la mariguana y finalmente otros tipos de drogas ilegales. Para esta teoría la familia y los iguales son influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas (Becoña, 1999).

Teoría de etapas de cambio. Prochaska y DiClemente (1992) hacen referencia a cinco etapas por los cuales las personas deben pasar para lograr abandonar la sustancia. 1) precontemplación es cuando aún no se tiene intención de dejar la droga, en esta etapa no se considera que el consumo de SPA sea un problema; 2) contemplación es cuando se considera la idea de dejar la droga pero existe un sentido de ambivalencia, se puede durar años en esta etapa; 3) preparación es cuando se comienzan a hacer pequeños cambios; 4) acción es la etapa en la que se hacen planes concretos para lograr la abstinencia del consumo de drogas; 5) mantenimiento es la etapa donde se diseñan estrategias para evitar la recaída y regresar a patrones de comportamiento relacionados con el consumo de drogas (Miller y Rollnick, 2012).

Teoría de la maduración sobre el consumo de drogas. Esta teoría refiere que conforme las personas aumentan en edad se va observando un menor consumo de drogas,

lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias que se da en los adultos jóvenes. Al parecer, a mayor edad, mayor capacidad de autorregulación, eficacia y sentido de responsabilidad personal, lo que facilita moderar conductas excesivas como la adicción (Labouvie, 1996).

Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz. Esta teoría afirma que si durante la etapa de la adolescencia se asumen roles de adulto, se interferirá en la adquisición de habilidades propias de los jóvenes y como consecuencia existe la probabilidad de iniciar el consumo de drogas, debido a que por un lado el adolescente responde fácilmente a la presión de iguales y por otro lado aún son incapaces de retrasar la gratificación. Una temprana transición a la vida adulta puede ser un riesgo para iniciar el consumo de SPA (Becoña, 1999).

Teoría de la socialización primaria. Esta teoría tiene la premisa de que las adicciones, así como otras conductas problema tienen una base biológica indiscutible, pero que sus principales componentes son aprendidos en el proceso de la socialización primaria. Se aprenden las principales normas sociales en la interacción entre el individuo y las más importantes fuentes de socialización como la familia, la escuela y los congéneres, en especial en el periodo de la adolescencia. Entonces la adicción ocurre como resultados de la socialización y por la inclusión a un estilo de vida basado en el consumo de drogas (Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998).

Teorías integrativas y comprensivas

La teorías integrativas y comprensivas explican la conducta de consumo mediante la integración de diferentes componentes y de diversos modelos, con coherencia epistemológica (Becoña, 2002).

Teoría social cognitiva. Es una de las más importantes y de las más utilizadas en el campo de las adicciones. Los conceptos de autoeficacia y determinismo recíproco son centrales en esta teoría, ya que explican la adquisición, cambio y mantenimiento de una conducta (Bandura, 1999). Más adelante se explicara con mayor detalle los elementos de la teoría social cognitiva (TSC).

Teoría de la conducta problema. Esta teoría explica la propensión de una conducta por medio de la interrelación de tres sistemas organizados entre sí: la personalidad, el ambiente y la conducta. La personalidad se refiere a los valores, expectativas, creencias y actitudes que dan significado a la experiencia social; el ambiente se refiere al apoyo parental, influencia de los amigos y los apoyos percibidos; la conducta es el resultado del personalidad y el ambiente, pudiendo ser conductas problemas o convencionales (Becoña, 1999).

Modelo de estilos de vida y factores de riesgo. Es una teoría integrativa en tanto que comprende la adicción como un fenómeno generado por múltiples factores tanto de riesgo como de protección. Esta red de factores de riesgo y protección consideran los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo (Calafat, Amengual, Guimerans, Rodríguez-Martos y Ruiz, 1995).

Teoría de la influencia triádica. Esta teoría propone que la causa de las conductas se explica desde las influencias culturales y ambientales que afectan a la actitud, la influencia social que repercute en las creencias sociales normativas y la influencia intrapersonal que conduce a la autoeficacia. Se propone una teoría global que agrupa diversa microteorías integrando una gran variedad de variables con la finalidad de mejorar la capacidad predictiva y de comprensión de las conductas de salud en general y en específico las conductas adictivas (Becoña, 1999).

Teoría del autocontrol. Esta teoría parte de la perspectiva bio-psico-social y explica que el consumo de drogas es un intento del adolescente de conseguir cierta capacidad de auto-control encontrando fuentes de refuerzo alternativo. Se entiende por autocontrol al conjunto de estrategias aprendidas que le permiten al joven modificar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta contrariamente a lo esperado por las influencias externas existentes (Becoña, 1999).

Existen una gran variedad de modelos teóricos que explican la adquisición y mantenimiento de una adicción, en el siguiente apartado se profundizara en aquellas teorías que retomamos para el diseño de las intervenciones preventivas de esta investigación.

Teorías para el diseño de la IPEA-R y la IMPA-R

Teoría de factores de riesgo y de protección. En el diseño de IP también es importante el conocimiento de los factores de riesgo y protección específicos de la población con la que vamos a trabajar.

Los factores de riesgo son características individuales, familiares y sociales que aumentan la probabilidad de que una persona inicie el consumo de drogas. Por su lado, los factores de protección se refiere a las características individuales, familiares y sociales que disminuyen la probabilidad de que una persona inicie el consumo de drogas (Becoña, 2002). A continuación veremos cada una de estos de los factores de riesgo y de protección.

Factores de riesgo individuales. En esta categoría se incluyen los factores biológicos como la vulnerabilidad genética y otros factores psicológicos y psicopatológicos relacionados con el consumo de drogas. En algunos estudios se reporta que la depresión, los problemas de conducta, la personalidad disocial y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad están relacionados con los trastornos por consumo de sustancias (Nanni, 2011; Rey, 2010). Otros factores de riesgo individuales a considerar son el limitado control de impulsos (De sola, Rubio y Rodríguez, 2013), la actitud favorable hacia la droga (Becoña, 2002) y la búsqueda de sensaciones así como la desesperanza (Robles-García et al., 2014).

Factores de protección Individuales. En cuanto a estos factores de protección se refiere que la inteligencia, la adquisición de habilidades de afrontamiento, así como la resiliencia y la creencia en el orden moral pueden ayudar a evitar el consumo de drogas en los adolescentes. (Becoña, 2002; Botvin, 1995; CIJ, 2008).

Factores de riesgo familiares. En esta categoría se menciona que el uso de alcohol y drogas por parte de los padres, actitudes positivas sobre el consumo de drogas, pobre disciplina familiar, conflictos familiares y limitado apego a la familia son factores se relacionan con el inicio del consumo de drogas (Becoña, 2002).

Factores de protección familiares. Es claro que lo opuesto a los factores de riesgo pueden ser factores de protección, en este caso, padres que no consumen drogas, alta percepción de riesgo del consumo de drogas, consistente disciplina familiar, buen ambiente

y apego familiar son factores que pueden proteger a los jóvenes de iniciar el consumo de drogas (Becoña, 2002). Además de estos factores se han estudiado otros factores como la eficaz comunicación familiar, capacidad de negociación, estrategias de motivación, establecimiento de límites, la adecuada supervisión y conocer a los amigos sus hijos para lograr prevenir el consumo de drogas (NIDA, 2015).

Factores de riesgo sociales. En esta categoría se incluyen las creencias y normas sociales favorables hacia el consumo de drogas, la fácil accesibilidad y bajos costos de las sustancias, relacionar con amigos que consumen drogas, rechazo por parte de los iguales y bajo apego escolar (Becoña, 2002).

Factores de protección sociales. Estos factores son aquellos que contrarresten los factores de riesgo, por lo tanto, mantenerse alejado de la venta de drogas, la elección de amistades sin consumo de drogas, involucrar a los jóvenes en actividades saludables con sus congéneres, la habilitación de espacios recreativos y la organización de actividades físicas y culturales que mantengan a la juventud alejada del ocio, son acciones protectoras y enfocadas en su desarrollo positivo (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak y Hawkins, 2004).

En una investigación realizada a profesionales de la salud expertos en la prevención de las adicciones se les preguntó sobre los principales factores de riesgo que se relacionan con el inicio del consumo de drogas en adolescentes (Valadez, Oropeza, Salazar y Martínez, 2018) y se reportó que en el ámbito individual, los dos riesgo más importantes son el limitado control de impulsos y la conducta opositora; para el ámbito familiar fueron la falta de supervisión familiar y la pobre disciplina; sobre el ámbito escolar se refirió que la falta de apego escolar y el bajo rendimiento académico son los principales factores de riesgo; finalmente en el ámbito ambiental los riesgos más significativos fueron el fácil acceso a la droga y el limitado acceso a redes de apoyo.

Teorías del aprendizaje. Las teorías del aprendizaje son aquellas que se ocupan de estudiar el proceso por medio del cual los individuos desarrollan nuevas conductas. Existen tres modelos que explican cómo adquirimos el aprendizaje: 1) condicionamiento clásico, 2) condicionamiento operante y 3) aprendizaje vicario. Cada uno de los tipos de aprendizaje propone explicaciones para el consumo de drogas, a continuación se describen los primeros dos y más adelante se explicará el tercero dentro del apartado de la teoría cognitivo social.

Condicionamiento clásico. Este tipo de aprendizaje fue estudiado por Pavlov en animales y por Watson en humanos y se encarga de estudiar como ciertos estímulos en nuestro ambiente pueden evocar respuestas reflejas, las cuales se conocen como respuestas incondicionadas (RI). Así, por medio del condicionamiento clásico sabemos que si un estímulo neutro (EN) se aparea repetidas veces con un estímulo incondicionado (EI) que evoca una respuesta refleja, entonces el EN que ahora se convierte en un estímulo condicionado (EC) evocará por sí mismo la respuesta refleja o respuesta condicionada (RC) (Kazdin, 2000).

Condicionamiento operante. Este tipo de aprendizaje surge de los experimentos y observaciones de Thorndike quien formuló la Ley del Efecto, la cual dice que las consecuencias que preceden a la conducta, auxilian al aprendizaje. Fue Skinner quien las llamó conductas operantes, debido a que operaban sobre el ambiente. La mayoría de las conductas en las personas son operantes y no reflejas y se pueden aumentar o disminuir en función de las consecuencias que le siguen (Kazdin, 2000). En seguida se mencionan algunos conceptos básicos del condicionamiento operante.

Reforzamiento. Se refiere a la presentación o retiro de un estímulo (reforzador) inmediatamente después de la ocurrencia de una conducta y que logra aumentar la frecuencia de la misma. Los reforzadores positivos son estímulos que se otorgan, esperando incrementar la presencia de la conducta y los reforzadores negativos son estímulos que se retiran, esperando también incrementar la ocurrencia de la conducta (Kazdin, 2000). Existen reforzadores materiales (dulces, regalos, premios), reforzadores de actividad (juego, tiempo libre, andar en bicicleta) y reforzadores sociales (halagos, sonrisas, abrazos).

Castigo. En este caso se trata de la presentación de un estímulo inmediatamente después de la ocurrencia de una conducta (generalmente no deseada) y que tiene el propósito de reducir o eliminar la frecuencia de la misma (Cáceres, 2015). En otras palabras, el castigo es la presentación de un estímulo aversivo o el retiro de un estímulo positivo consecuente a una conducta, la cual esperamos que disminuya.

Extinción. Este principio se refiere a dejar de reforzar una conducta, dando como resultado su reducción o eliminación. En la extinción no se otorgan ni quitan estímulos, es decir, no hay una consecuencia por la presencia de la conducta. La mejor manera de lograr

extinguir una conducta es ignorándola (Kazdin, 2000). Un joven ignora a un amigo que le invitan a consumir drogas, para que este deje de hacerlo.

Control de estímulos. Se refiere a la presencia de un estímulo en particular que facilita la ocurrencia de una conducta específica. Un estímulo discriminativo aumenta la probabilidad de que una conducta previamente reforzada se presente (Kazdin, 2000); en el caso de un joven que siempre fuma marihuana (reforzador) con su mejor amigo (estímulo discriminativo), al encontrarse con el amigo sabrá que es muy probable que vuelvan a consumir la droga e incluso puede generarse el deseo (respuesta fisiológica) de estar bajo los efectos de la marihuana. Por otro lado el estímulo delta indica que la conducta no será reforzada; si en el ejemplo anterior el joven se encuentra con el amigo, pero lo acompaña su madre (estímulo delta), sabrá que no será posible el consumo de la droga.

El condicionamiento clásico y operante explican como las personas pueden iniciar y mantener el consumo de SPA, ya sea como una respuesta condicionada generada por una estimulación ambiental u otros estímulos o como una respuesta a reforzadores positivos relacionados con el consumo de las drogas. Estas teorías son la base de las técnicas de la modificación de la conducta utilizada en el tratamiento y prevención de las adicciones.

Teoría Social Cognitiva. La TSC, anteriormente conocida como teoría del aprendizaje social, debido a los trabajos iniciales de Bandura y Walters (1974), es de las teorías más utilizadas en el desarrollo de intervenciones dirigidas al fenómeno adictivo, ya sea para el tratamiento o la prevención.

Se considera a la TSC como el modelo teórico que integra los principios de la modificación de la conducta, es decir, el condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar cómo se inicia, mantiene y extingue una conducta, además de las teorías psicológicas cognitivas, donde se resalta el valor del estudio de las creencias, actitudes y pensamientos.

Esta teoría explica la regulación de la conducta, basada en un tres sistemas: 1) los acontecimientos o estímulos externos, 2) las consecuencias de la conducta y 3) los procesos cognitivos mediacionales (Salamanca y Giraldo, 2012). A este modelo de interacción se le conoce como determinismo recíproco triádico, donde estos tres sistemas interactúan como

determinantes unos de otros.

La mayoría de las influencias externas afectan el comportamiento a través de procesos cognitivos. Los factores cognitivos determinan que eventos ambientales serán observados y que significado se les otorgará, también el impacto emocional y poder motivacional que tendrán (Bandura, 1989), por lo que la capacidad de simbolización proporciona a las personas la posibilidad de entender y manejar su ambiente.

Desde la perspectiva de la TCS, la naturaleza humana se caracteriza por un gran potencial que puede ser modelado por experiencia directa y vicaria en una variedad de formas dentro de los límites biológicos (Bandura, 1989).

Aprendizaje vicario. La idea primaria de la TCS es que el aprendizaje se genera en el medio social. Al observar a otros, las personas pueden adquirir conocimiento, habilidades, actitudes, creencias y conductas por medio de la observación. Bandura dice que el aprendizaje puede adquirirse en acto, por medio de la ejecución real o por modo vicario, con la observación del desempeño de modelos (Schunk, 1997); el primero implica el aprendizaje de las consecuencias de las propias conductas y el segundo ocurre sin que el sujeto ejecute la conducta en el momento de aprender. En este caso el aprendizaje proviene de observar o escuchar modelos en vivo, modelos simbólicos, modelos electrónicos o modelos impresos. El aprendizaje de habilidades complejas suele darse por medio de la combinación del aprendizaje en acto y vicario (Schunk, 2012).

El modelamiento es una técnica crucial de la TCS. Este consiste en propiciar cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos, a partir de observar a un modelo (Schunk, 1997). Bandura (1983) refiere que la exposición de modelos puede tener tres diferentes efectos en los observadores:

1. Adquirir nuevos patrones de respuesta que no eran parte de su repertorio conductual.
2. Fortalecer o debilitar respuestas inhibitorias.
3. Facilitar la emisión de respuestas previamente aprendidas, igual que las del modelo.

El entrenamiento en habilidades sociales, utilizado en la mayoría de los programas preventivos del consumo de drogas, está desarrollado desde la técnica del modelamiento. Se deben considerar algunos factores al momento de utilizar esta técnica:

1) *Características del modelo*. Se puede recibir mayor influencia de un modelo que tiene similitudes con el observador, por lo que es importante considerar características como el sexo, edad, prestigio, educación, etc.

2) *Características del observador*. Capacidad de procesar y retener información, nivel de ansiedad, factores de personalidad, etc.

3) *Características de la forma del modelado*. Se pueden presentar como modelo real o simbólico, procedimiento de modelo gradual, ensayo, minimización de estímulos distractores, etc. (Becoña, 1999).

También es importante comprender que el aprendizaje vicario incluye cuatro procesos: atención, retención, producción y motivación.

La *atención* del observador es relevante al momento de percibir una tarea como significativa, la atención aumenta al mostrar modelos competentes y mostrando la utilidad de la conducta modelada.

La *retención* implica el almacenamiento de la información en la memoria y esta mejora al repasar la conducta por aprender y relacionarla con información ya almacenada de experiencias previas.

La *producción* consiste en traducir las conductas observadas en conductas abiertas; entonces la práctica, el repaso y la retroalimentación correctiva favorecen la adquisición de la habilidad.

Finalmente la *motivación* es importante porque aumenta la probabilidad de que los observadores se involucren en los tres procesos anteriores. Las consecuencias de las conductas modeladas tienen un efecto en la motivación, valorando su pertinencia y formándose expectativas de los resultados. Por esta razón es importante relacionar la información otorgada con el interés de los participantes, logrando que estos establezcan metas y den seguimiento a sus avances (Bandura, 1989; Schunk, 1997; Schunk, 2012).

Una connotación importante que realiza Bandura es la diferenciación entre dos procesos distintos dentro del aprendizaje vicario: aprendizaje y ejecución. En un primer momento la persona aprende por observación y después ejecuta lo aprendido (Bandura, 1983), este segundo proceso está altamente relacionado con el refuerzo de la consecuencia de la conducta observada.

Para complementar el tema de la adquisición de conductas por medio del aprendizajes observacional es importante hace mención del trabajo de Rotter. Este autor fue quien acuñó por primera vez el termino de teoría del aprendizaje social y decía que adquirimos las conductas a través de nuestras experiencias sociales (Schunk, 1997). La teoría de Rotter consta de cuatro conceptos fundamentales:

1) *Potencial de conducta*, es la probabilidad de que una conducta específica aparezca en una situación determinada, e implica la elección de una conducta frente a otra, considerando las circunstancias y nuestras preferencias.

2) *Expectativa*, es la creencia de la persona en torno a la probabilidad de que un refuerzo en particular ocurra después de una conducta determinada, en una situación específica, las expectativas son creencias subjetivas y muchas veces alejadas de la realidad.

3) *Valor del reforzador*, es el grado de preferencia que se tiene por una recompensa (refuerzo) sobre otra, las personas pueden otorgar más valor a los resultados que parecen más probables, siendo la expectativa influyente en el valor del reforzador.

4) *Situación psicológica*, es la combinación de factores internos y externos que influye en nuestra percepción y respuesta a un estímulo, la percepción del individuo influye tanto en el valor del reforzador como en la expectativa.

La crítica de Bandura a la teoría del aprendizaje social de Rotter, es que puede ser aplicable en la aparición y modificación de conductas ya adquiridas. Sin embargo es inadecuada para explicar la aparición de una respuesta que aún no se ha aprendido, es decir, no será posible adquirir una conducta nueva solo por la expectativa de que suceda, aunque esta tenga una alta probabilidad de refuerzo (Bandura y Walters, 1974).

Autoeficacia. La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas en sus propias capacidades para el logro de determinados resultados en un ámbito

específico; estas creencias influyen en el modo de pensar, sentir, actuar y motivar de las personas. Las creencias de eficacia surgen de cuatro fuentes de información (Bandura, 1999; Bandura, 2004):

- *Expectativas de dominio*, puede ser el modo más efectivo de generar sensaciones de eficacia. Las experiencias de éxito crean una fuerte creencia en relación a la eficacia personal.
- *Experiencias vicarias*, observar a modelos similares al observador teniendo la capacidad de alcanzar logros fortalece la creencia de eficacia. Por el contrario, observar el fracaso del modelo disminuye el nivel de motivación.
- *La persuasión social*, el decir que se puede alcanzar alguna meta aumenta las expectativas de eficacia. Es probable que la persuasión verbal sea la fuente más común de desarrollar creencias de eficacia porque puede proporcionarse con facilidad y es de fácil acceso.
- *Estados psicológicos y emocionales*, el estado de ánimo influye sobre las creencias de eficacia personal. Así mismo, al favorecer el estado físico, reducir el estrés y las emociones negativas, fomentamos la autoeficacia percibida.

Otros dos conceptos básicos relacionados con la autoeficacia son las metas, que hace referencia a los objetivos por lograr y las expectativas de resultados, es decir, las consecuencias que una persona espera que seguirán a la realización de una conducta determinada. (Becoña, 1999). Estos dos conceptos se encuentran interrelacionados, y aunque se consideran independiente, se influyen recíprocamente afectando de diferente forma a las personas.

La conducta humana y los estados emocionales podrían ser precedidos por la influencia combinada de la autoeficacia y las expectativas de resultados. Podemos observar (véase Figura 3) que una autoeficacia positiva en combinación con expectativas de resultados positivas, pueden fomentar aspiraciones, compromiso, conductas productivas y satisfacción personal; por otro lado la autoeficacia negativa junto con una expectativa de resultados negativa se relaciona con el fomento de la apatía y la resignación; otra combinación posible es una autoeficacia positiva con expectativas de resultados negativa, lo cual se relaciona con el activismo social, la queja y la protesta; finalmente, la

autoeficacia negativa con la expectativas de resultado positiva puede generar estados emocionales de abatimiento y auto-devaluación (Bandura, 1997).

		Expectativas de resultados	
		-	+
Creencias de eficacia	+	Protesta Queja Activismo social	Productivo Compromiso Aspiración Satisfacción personal
	-	Resignación Apatía	Auto-devaluación Abatimiento

Fuente: Adaptado de Bandura (1997).

Figura 3. El efecto de las creencias de eficacia y expectativas de resultados en el comportamiento y los estados afectivos.

La autoeficacia se ha investigado en diferentes contextos y se ha demostrado que contribuye a la ejecución de conductas exitosas en áreas de la educación, la docencia, promoción de la salud, la psicoterapia, desarrollo cognitivo, enfermedades crónicas e incluso producción científica (Bandura, 1993; Roca, 2002; Tsay, 2003; Vrugt y Koenis, 2002). En lo que respecta al tratamiento y prevención de la conducta adictiva, la autoeficacia percibida desempeña un papel importante.

Investigaciones refieren que una baja autoeficacia de resistencia junto con las influencias sociales en favor del consumo de drogas puede predecir tanto la intención como el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Si un adolescente cree que la nicotina le traerá beneficios como bajar de peso o aceptación social, tendrá mayores riesgo de iniciar el consumo de la sustancia (Marlatt, Baer y Quigley, 1999), se ha demostrado que los adolescentes no fumadores presentan un nivel significativamente mayor de autoeficacia que los fumadores (Melo y Nascimento, 2010; Olivari y Barra, 2005).

Modelo Cognitivo de Beck. El modelo cognitivo de Aaron Beck se ha constituido como una forma de conceptualizar y tratar diversos trastornos psicológicos y propone que

todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influyen en los estados afectivos y en la conducta (Beck, 2000).

Los supuestos básicos de este modelo son (Beck, 1983):

- Las cogniciones de las personas son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones pensamientos e imágenes visuales.
- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.

Modelo cognitivo de la adicción. Beck, Wrigth, Newman y Liese (1999) refiere que el principal motivo por el cual las personas consumen drogas es para conseguir placer y experimentar euforia en compañía de alguien más. Generalmente el consumo de drogas también está relacionado con algunas creencias irracionales alrededor de la búsqueda del placer, resolución de problemas, alivio y escape. Como se muestra en la figura 4, en este modelo se muestra que un estímulo interno o externo puede activar creencias anticipadoras (“si quiero pasarla bien, tengo que beber”) y creencias permisivas (“solo por esta ocasión”) que facilitan la conducta consumo de drogas.



Fuente: Adaptado de Beck, Wrigth, Newman y Liese (1999).

Figura 4. Secuencia de creencias en el modelo cognitivo de las adicciones.

En el modelo cognitivo los pensamientos automáticos (PA) y las distorsiones cognitivas (DC) tienen una especial importancia en la génesis de los diversos problemas psicológicos.

Pensamientos automáticos. Son pensamientos involuntarios y repetitivos, son instrucciones reflejas de las cuales las personas generalmente no son conscientes, suelen ser espontáneos, inmediatos e involuntarios. Algunos ejemplos de PA son, “soy un inútil”, “nadie me acepta”, “no hago nada bien” (Riso, 2009).

Distorsiones cognitivas. Estas se refieren a la validez de los PA. Las DC serán entonces conclusiones o productos cognitivos irracionales, por ejemplo la sobregeneralización “todos los hombres son malos” (Riso, 2009).

En este capítulo se mostró la variedad de enfoques teóricos existentes para la prevención de las adicciones, cada una de ellas abordan la farmacodependencia desde diferentes perspectivas y todas agregan a la comprensión de este fenómeno generado por múltiples factores.

Las teorías integrativas (Becoña, 2002) son las que cuentan con más elementos para diseñar intervenciones preventivas eficaces. Un ejemplo es la TSC, la cual integra los principios de la modificación de la conducta y un modelo cognitivo centrado en el estudio de las creencias, actitudes y pensamientos, para explicar cómo se inicia y mantiene la conducta adictiva.

Las teorías presentadas en este capítulo nos brindan el marco teórico con el cual se fundamentan los componentes de las intervenciones diseñadas para esta investigación. Considerar los principales factores de riesgo relacionados con el inicio del consumo de drogas de la población en estudio y tomando en cuenta su etapa de desarrollo, nos proporcionó una guía para realizar los tópicos de las intervenciones. Por otro lado las actividades, tareas y estructura de cada una de las sesiones están diseñadas considerando la TSC, las teorías del aprendizaje y el modelo cognitivo de Beck.

Toda intervención preventiva debe tener fundamentos teóricos claros y en el siguiente capítulo veremos cómo se incluye en los tópicos de las IP, por lo que se revisaran las intervenciones más eficaces desarrolladas en USA, España y México.

CAPÍTULO III

Intervenciones preventivas para evitar el consumo de drogas

Prevenir es tomar medidas y realizar acciones que eviten la aparición de problemas o de situaciones consideradas como problemáticas. El objetivo principal de la prevención es mejorar la salud pública mediante la identificación del riesgo y los factores de protección y la óptima identificación de medios de difusión (Society for Prevention Research, 2011).

Por otro lado, la prevención de las adicciones son los esfuerzos dirigidos a la reducción y/o eliminación del consumo de drogas y sus problemas asociados (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009).

La prevención del consumo de drogas

Los esfuerzos en la prevención del consumo de drogas deben orientarse al menos en dos direcciones, las acciones en torno al abatimiento de la oferta de drogas y en torno a la disminución de la demanda.

En cuanto a las acciones dirigidas a reducción de la oferta la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en su Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas refieren algunos objetivos orientados a disminuir la fabricación de drogas ilícitas, detección y desmantelamiento de laboratorios, entre otras medidas de fiscalización y control de las drogas (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2011).

En cuanto a las acciones dirigidas a la disminución de la demanda Alvira (2002) realiza la siguiente clasificación:

1. Estrategias centradas en la difusión de información.
2. Estrategias centradas en la oferta de alternativas al consumo de drogas.
3. Estrategias basadas en el componente afectivo.
4. Estrategias basadas en la influencia social.
5. Estrategias centradas en el desarrollo de habilidades genéricas.

Estas estrategias se convierten en intervenciones, cada una con objetivos diferentes. La estrategia que ha tenido menor eficacia es la centrada en la información (UNODC, 2015). Por otro lado las estrategias que han tenido mayor eficacia son las basadas en la influencia social y con componentes afectivos (Becoña, 2002). Las IP son diseñadas según la población a quienes se dirige y sus niveles de riesgo, en ese sentido es importante diferenciar entre los tres tipos de prevención y sus objetivos encaminados a reducir la demanda del consumo de drogas.

Tipos de prevención en adicciones

En la actualidad se habla de tres niveles de prevención con objetivos diferentes y dirigidos a la población según su nivel de riesgo. Estas categorías se conocen como prevención universal, selectiva e indicada.

La prevención universal. Es aquella dirigida a la población en general sin distinción de las situaciones de riesgo y su objetivo es promover un estilo de vida saludable. Se desarrolla mediante estrategias generales, requieren menos tiempo, menor esfuerzo y la pueden llevar a cabo personal no especializado en el tema de las adicciones, por lo que son de menor costo (CIJ, 2009; Lorenzo et al., 2009). Un ejemplo de estas intervenciones son las que fomentan hábitos de higiene y cuidado personal, estrategias de estudio, buen uso del tiempo libre, fomento deportivo y cultural. Una de las intervenciones ampliamente difundida en diferentes instituciones dedicadas a la prevención de las adicciones es el de “Habilidades para la Vida” de Botvin (1995).

La prevención selectiva. Es aquella dirigida a grupos de la población con un especial riesgo de consumo; es decir, aquellas personas que por sus características sociodemográficas y condiciones de vida están expuestos a diferentes factores de riesgo que los hacen más vulnerables a iniciar el consumo de alguna droga. Estudios han demostrado que la etapa de la adolescencia es la de mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas, por lo que toda intervención dirigida a adolescentes estará enmarcada dentro de la prevención selectiva (Guitart et al., 2012; Lorenzo et al., 2009).

Algunos de los grupos para aplicar este tipo de intervención son menores en situación de calle, adolescentes con padres farmacodependientes, niños y jóvenes con

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), jóvenes delincuentes, adolescentes con Trastorno Opositor Desafiante (TOD) y Trastorno Disociales (TD) (CIJ, 2009).

Debido a la complejidad de la población objetivo, este tipo de prevención requiere de psicólogos entrenados para realizar la intervención. Se desarrollan en periodos largos de tiempo, son más costosas pero con mayores beneficios en comparación a la prevención universal y su objetivo es reforzar factores de protección muy concretos, diseñando acciones dirigidas a los factores de riesgo comunes (CIJ, 2009). Ejemplo de este tipo de intervenciones son aquellos que se centran en el desarrollo de habilidades para evitar el consumo de drogas, en específico las relacionadas con el rechazo de la droga, desarrollo de la autoeficacia, desarrollo de habilidades socioemocionales y de conductas proactivas.

La prevención indicada. Es aquella dirigida a la población que ha experimentado o abusado de alguna sustancia psicoactiva. Su objetivo es la eliminación o reducción del consumo. Ejemplos de este tipo de prevención son la consejería y las intervenciones breves; para llevarlas a cabo se requiere de personal especializado con entrenamiento clínico, la mayoría de estas intervenciones se han sometido a evaluaciones experimentales para comprobar su eficacia, así es el caso del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio, 2010) y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, Medina-Mora y Sánchez, 2007).

Otra categoría para clasificar la prevención del consumo de drogas es según el ámbito en que se realiza, pudiendo ser el escolar, el familiar, el trabajo, la comunidad, espacios de recreación, grupos específicos, etc.

Las IP independientemente de que sean universales, selectivas o indicadas deben contar con diseños metodológicos adecuados para que se logre evaluar su eficacia, al respecto se mostraran los criterios para las intervenciones con validez empírica.

Criterios para las intervenciones con evidencia empírica

Una intervención preventiva debe tener buen soporte teórico y empírico que lo justifique, por esta razón es importante contar con las evaluaciones pertinentes. Se pueden realizar

evaluaciones de proceso, resultados e impacto (Arbex, 2013), las cuales tienen objetivos diferentes y se mencionan a continuación:

La evaluación de proceso analiza cómo se está implementando la intervención, es decir, los aspectos relacionados con su ejecución. Este tipo de evaluación nos aporta información para mejorar la calidad e identificar si la intervención se está replicando adecuadamente, de manera que de no estar logrando los resultados esperados, estar seguros que no sea por dificultades relacionadas con la aplicación de la misma.

La evaluación de resultados analiza si la intervención ha logrado cambios en los participantes, cuantifica la magnitud y dirección de dichos cambios (Arbex, 2013) y si se relacionan con sus componentes específicos, es decir, evalúa los efectos que la intervención tiene en la población objetivo, ya sean cambios en conocimientos, actitudes o conductas.

La evaluación de impacto hace referencia a los cambios a largo plazo, al impacto general previsto en un contexto más amplio. Este tipo de evaluación analiza si la intervención logra modificar las prevalencias del consumo de drogas en alguna localidad en específico.

Por otro lado, la División 12 de la American Psychological Association (APA), por medio de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures distinguen entre intervenciones bien establecidas (eficaces) e intervenciones probablemente eficaces (Chambless et. al., 1998).

La guía de la Task Force, nos provee de los criterios metodológicos mínimos para las intervenciones con validez empírica, por lo que no todas pueden ser consideradas como fiables (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar y Rosa-Alcázar, 2009), por lo que deben someterse a los criterios descritos a continuación. En la Tabla 3 se muestran los criterios descritos por la APA.

Tabla 3

Criterios para las intervenciones con validez empírica.

Intervención	Criterios
Intervenciones eficaces	<p>1a. Se deben hacer al menos dos estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos llevados a cabo por investigadores o equipos de investigación distintos que prueben que el tratamiento es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadísticamente superior a un tratamiento alternativo (farmacológico o psicológico) o a un placebo (medicación, atención psicológica). • Equivalente a otro tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral suficiente (se recomienda $n = 30$ por grupo). <p>1b. Una serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($n > 9$) en los que se compare el tratamiento como en 1a.</p> <p>2. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual) para permitir su réplica.</p> <p>3. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-V.</p>
Intervenciones probablemente eficaces	<p>1a. Dos estudios que prueben que el tratamiento es estadísticamente superior al no tratamiento; por ejemplo, una condición de lista de espera.</p> <p>1b. Dos estudios con diseños experimentales de comparación de grupos que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero realizados por el mismo investigador o equipo de investigación.</p> <p>2. Una pequeña serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($n > 3$) que cumpla el criterio IB de los tratamientos bien establecidos</p> <p>3. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo, especificar el trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-V.</p>

Fuente: adaptado de Chambless et. al. (1998).

Intervenciones preventivas en USA

En una revisión sistemática (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak y Hawkins, 2004) se analizaron una serie de intervenciones preventivas que reportan efectividad empírica en jóvenes con diferentes problemáticas, entre ellas el abuso de drogas, problemas de conducta, dificultades escolares y riesgo de embarazo temprano. Estas intervenciones buscan lograr uno o más de los siguientes objetivos:

- Promover vínculos saludables.
- Promover la resiliencia.
- Promover competencias sociales, emocionales, cognitivas y conductuales.
- Fomentar la auto-eficacia y auto-determinación.
- Fomentar las normas prosociales
- Fomentar creencias en el futuro.
- Proporcionar reconocimiento por el comportamiento positivo.
- Proporcionar oportunidades para la participación prosocial.

Algunas de estas intervenciones para la prevención del consumo de drogas, también forman parte del Blueprints for Healthy Youth Development, la cual es una organización que evalúa y provee un registro de programas del desarrollo juvenil positivo, diseñados para promover la salud y el bienestar de niños y adolescentes. Se han revisado más de 1,400 intervenciones, pero menos del 5% (64 Programas) han mostrado la suficiente evidencia científica para ser recomendadas (Center for the Study and Prevention of Violence [CSPV], 2017).

De las intervenciones que cuentan con evidencia empírica, 18 están diseñadas para prevenir el consumo de drogas en adolescentes. A continuación vamos a revisar las características de las intervenciones mejor evaluadas. Estas intervenciones preventivas cuentan con un mínimo de dos ensayos aleatorizados con control de alta calidad o un ensayo aleatorizado con control más una evaluación cuasi-experimentales de alta calidad;

además se debe considerar que el impacto positivo de la intervención se mantenga en los participantes durante un mínimo de 12 meses después de terminada la intervención.

El *Proyect Alert* (Ellickson, McCaffrey, Ghosh-Dastidar y Longshore, 2003) es una intervención de prevención selectiva que se desarrolla en el contexto escolar, dirigida a jóvenes del primer y segundo grado de secundaria. Su objetivo es cambiar las creencias de los estudiantes sobre las normas en torno a las drogas y sus consecuencias e identificar y resistir las presiones sociales desarrollando la autoeficacia en torno a la capacidad de resistencia de uso de sustancias. Se compone de 14 sesiones que se realizan a lo largo del año escolar, también incluyen 5 sesiones con padres. Según los autores la intervención tiene fundamentos en el Modelo de Creencias de Salud y el aprendizaje social. Para validar su efectividad se realizó un estudio con un diseño experimental, en una población de 4, 276 estudiantes de 52 secundarias, encontrando una reducción del consumo de drogas del 19% al 39%, frenando el uso inicial de cigarro y cannabis.

El *Life Skill Training* (Botvin, 1995; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001) es una intervención de prevención selectiva que se aplica en el ámbito escolar, dirigida a niños de primaria y adolescentes de secundaria. El objetivo es prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, además de la violencia y otras conductas de riesgo, por medio del desarrollo de habilidades sociales, de autogestión y de resistencia, así como el aumento en la percepción de riesgo del consumo de drogas. La intervención se desarrolla durante los tres grados escolares, 15 sesiones en primero, 10 sesiones en segundo y 5 sesiones en tercero. Según su autor la intervención tiene su fundamento en la teoría del aprendizaje social, con el uso de técnicas como el modelamiento, moldeamiento y reforzamiento de conductas. Las investigaciones han mostrado 66% de disminución en el uso de cannabis en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Durante los seguimientos a un año también hubo una disminución del 27% en el consumo de jóvenes poliusuarios.

La *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students*, BASICS (Murphy et al., 2001; Turrisi, et al., 2009) es una intervención de prevención indicada, que se lleva a cabo en el contexto escolar y está dirigida a jóvenes de entre 18 y 24 años de edad. Su principal objetivo es reducir el consumo problemático y excesivo de bebidas

alcohólicas, por medio de la promoción de cambios saludables, comparando mitos y hechos sobre el alcohol y enseñando habilidades de afrontamiento para beber moderadamente. La intervención se compone de dos entrevistas individuales, se trabaja con la perspectiva cognitivo conductual, la entrevista motivacional y desde los principios de reducción de daños. Se han realizado estudios multicéntricos con $n = 4,000$, reportando tamaños del efecto medianos (.46), en seguimientos a tres meses.

La *Functional Family Therapy*, FFT (Celinska, Furrer y Cheng, 2013; Sexton y Turner, 2010) es una intervención de prevención selectiva e indicada orientada a la familia, que se aplica en tutelares, centros de salud mental y contextos de asistencia social. Está dirigida a adolescentes de 12 a 18 años y sus familias. Su objetivo principal es disminuir las conductas delictivas y el uso de drogas ilícitas en los jóvenes, evaluando los comportamientos familiares que mantienen la conducta delictiva. La intervención está enfocada en modificar la comunicación familiar disfuncional, capacitar a los miembros de la familia para negociar con eficacia y establecer reglas claras sobre los privilegios y responsabilidades. Lo anterior desde el marco de la terapia familiar sistémica y usando técnicas de modificación de la conducta. Tiene una duración de 15 sesiones. En las investigaciones con diseño experimental, la FFT mostró diferencias estadísticamente significativas en comparación con otros tratamientos individuales (Celinska, Furrer y Cheng, 2013).

La *Parent Management Training*, PMT (Kjøbli, Hukkelberg y Ogden, 2013; Martinez y Eddy, 2005; Ollendick et al., 2015) es una intervención de prevención selectiva aplicada en contextos comunitarios, centros de salud y escuelas. La PMT está dirigida a los padres o cuidadores de hijos en preescolar, primaria, secundaria y preparatoria. Se centra en el entrenamiento a padres para desarrollar la habilidad de motivar, establecer límites, disciplinar positivamente, resolución de problemas, monitoreo y participación positiva, con la finalidad de reducir la conducta antisocial en los jóvenes. El tratamiento se compone de 12 sesiones semanales y una sesión de seguimiento dos semanas después. La propuesta tiene fundamentos de la teoría del aprendizaje social, teoría conductual y el modelo de interacción social. En evaluaciones pretets – postets y con grupo control, la intervención ha demostrado diferencias estadísticamente significativas sobre variables como la conducta de

obediencia, eficacia de los comandos de los padres, uso del tiempo libre y el manejo de contingencias.

La *Proyect Towards No Drug Abuse* (Lisha, Sun, Rohrbach, Spruijt-Metz, Unger y Sussman, 2012; Rohrbach, Sun y Sussman, 2010) es una intervención de prevención selectiva que se aplica en el contexto escolar y está dirigido a jóvenes de 15 a 18 años de edad. El objetivo es promover la conciencia de drogas y prevenir el consumo de tabaco, marihuana y otras drogas en adolescente. Se compone de 12 sesiones interactivas, cada una con duración de 40 minutos, en un periodo de tres semanas. Su fundamento teórico es la teoría del aprendizaje, la teoría de la perspectiva actitudinal y la teoría conductual. Su efectividad se ha comprobado a través de estudios con diseño experimental en muestra de 1,425 estudiantes; se reportó una reducción del 27% en la prevalencia del uso de cigarrillos, 22% en la prevalencia del uso de marihuana en los últimos 30 días y 26% del consumo de drogas duras.

Las intervenciones para el desarrollo saludable de los jóvenes han sido diseñadas pensando en diferentes contextos y problemáticas, la mayor parte de estos se centran en la reducción de la violencia, consumo de drogas y promoción de conductas prosociales.

Como ya se mencionó, la prevención se puede desarrollar en diferentes ámbitos como el escolar, familiar, comunitario, laboral, educativo, entre otros. Existen intervenciones que impactan en uno, dos o tres de estos contextos; y aquellas que consideran al menos dos ámbitos suelen tener mayor probabilidad de éxito (Catalano et al., 2004).

De los seis programas que se describieron cuatro de ellos se fundamentan en la teoría del aprendizaje social y la teoría de la modificación de la conducta, uno en las teorías cognitivo-conductuales y uno en la teoría de los sistemas, además de la perspectiva de creencias y actitudes sobre la salud. Contienen entre 12 y 15 sesiones, algunos distribuidos durante el año escolar y mayormente se desarrollan en el contexto escolar y familiar. Las seis intervenciones son de prevención selectiva e indicada.

Intervenciones preventivas en España

En España se cuenta con una plataforma en línea, donde un grupo de expertos en la prevención de las adicciones conforman un comité científico con el objetivo de evaluar los programas preventivos aplicados en ese país, así como el desarrollo de investigaciones que puedan influir en el desarrollo de políticas públicas en materia de prevención. En la página web llamada Prevención Basada en la Evidencia (PBE), se han evaluado 48 programas españoles y cuatro se encuentran en proceso de evaluación, a estos se les otorga una calificación dentro del rango de calidad muy baja y/o sin evidencia, calidad baja, calidad moderada y calidad alta; de la totalidad de los programas evaluados solo cuatro de ellos han sido calificados con calidad moderada, ocho con calidad baja y el resto con calidad muy baja; en el apéndice 1 se muestran algunos de los programas evaluados.

En la Tabla 4 se muestran claramente los criterios de evaluación para las intervenciones preventivas evaluadas en la plataforma de PBE, así como la calificación de calidad según el tipo de investigación y grado de evidencia.

Tabla 4

Criterios de evaluación para las intervenciones preventivas de la plataforma PBE.

Calidad	Definición	Tipo de investigación
Alta ****	Intervenciones bien evaluadas cuyo efecto ha sido demostrado a través de distintos estudios.	Investigación con diseños aleatorizados, con grupo experimental, grupo control y adecuado seguimiento Investigación cuasi-experimental, con muestras adecuadas, con grupo experimental y control, con adecuado seguimiento, realizadas por al menos dos grupos distintos de investigación Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado claramente buenos resultados a corto y a largo plazo.
Moderada ***	Intervenciones que habiendo demostrado ser eficaces precisan de mayor investigación para demostrar que su efecto se mantiene.	Investigación cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, y adecuado seguimiento. Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado reducir el consumo, al final del tratamiento y en los seguimientos.

(continúa)

Criterios de evaluación para las intervenciones preventivas de la plataforma PBE (continuación)

Calidad	Definición	Tipo de investigación
Baja **	Intervenciones cuya eficacia no queda suficientemente demostrada y se precisa investigar más sobre el mismo para conocer la utilidad del programa.	Investigación cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, pero sin evaluación de resultados, solo del proceso o con evaluación de resultados deficiente (ej., sin seguimiento, solo con pre y post) Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado cambios en la evaluación del proceso o resultados al final de la intervención.
Muy baja y/o sin evidencia *	No hay evidencias, o bien son indirectas, o insuficientes o contradictorias según los estudios realizados con el programa.	Estudios descriptivos de los que no se puede concluir la utilidad del programa a nivel de proceso ni de resultado. Estudios que tienen importantes deficiencias metodológicas.

Fuente: Adaptado de la página web Prevención Basada en la Evidencia (2012).

Las cuatro intervenciones mejor evaluadas son de prevención universal y desarrollados en el ámbito escolar, la población objetivo son jóvenes estudiantes de secundaria y en uno de ellos se amplía hasta estudiantes de preparatoria, con una duración promedio de 8 sesiones.

La intervención *Tú decides* (Calafat, Amengual, Guimerans, Rodriguez-Martos y Ruiz, 1995; Calafat, Amengual, Mejias, Borrás y Palmer, 1989) lleva más de 20 años siendo aplicada y está dirigida a jóvenes entre 12 y 16 años de edad; se trabaja con seis folletos que contienen cada uno una historia con cuatro personajes y que presentan diversas formas de actuar ante ciertas situaciones, donde en cada historia el alumno debe completar su desarrollo, habilitándolos en la toma de decisiones. Cada folleto se acompaña de información objetiva mínima y se trabaja en seis sesiones. En comparación con el grupo control la intervención logró diferencias estadísticamente significativas, relacionadas con la reducción del consumo de tabaco y alcohol.

La intervención *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social* (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero y Villar-Torres, 2003; Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 2002) se deriva del entrenamiento en habilidades para la vida desarrollado

en USA y adaptado en España. La intervención está dirigida a estudiantes de nivel secundaria. Consta de 16 sesiones, contiene un componente informativo sobre los efectos y daños del consumo de sustancias psicoactivas, componentes sobre toma de decisiones, autoimagen y autosuperación, desarrollo de habilidades sociales, estrategias para resistir la presión de amigos, además del control emocional. En las evaluaciones realizadas al programa se utilizaron diseños cuasi experimentales, con medidas pre y post intervención. En la condición de control se encontró un número mayor de casos que no habían consumido tabaco al inicio del estudio y que sí manifestaban haberlo hecho en la evaluación posterior; este porcentaje fue del 14,4% en la condición de control, mientras que en la condición de tratamiento fue de un 12% ($\chi^2 = 4,16, p < 0,05$). Los efectos de la intervención sobre la conducta antisocial también fueron significativos, presentando el grupo experimental menos conductas relacionadas con pequeños hurtos ($F = 4,23, p < 0,05$) o conducta contra las normas ($F = 6,42, p < 0,01$) (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero y Villar-Torres, 2003).

La intervención *Sobre Canyes i Petes* (Sánchez-Martínez, Ariza, Pérez, Diéguez, López y Nebot, 2010) contiene cinco sesiones, donde el alumno del tercer grado de secundaria aprende habilidades de rechazo del consumo de drogas y toma de decisiones. Utiliza recursos visuales por medio de un DVD y fichas de trabajo para que el educador pueda guiar la sesión y generar reflexión en el participante. Se diseñó un estudio cuasi-experimental para evaluar la eficacia de la intervención, la cual se implementó y evaluó en 39 escuelas de nivel secundarias en comparación con un grupo control de 47 escuelas de nivel secundarias no expuestas a la intervención, los participantes fueron 4,848 estudiantes; 2,803 asignados al grupo experimental y 2,043 al grupo control. Se demostró una reducción del 29% en los consumidores de cannabis durante el último mes en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Finalmente la *Prevenió de les Addiccions a Substancies a l'Escola* (Ariza, Nebot, Jané, Tomás y De Vries, 2001) es una intervención dirigida a estudiantes del primer grado de secundaria y consta de siete sesiones, sus componentes están orientados a informar sobre los daños del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, así como el desarrollo de habilidades para resistir la presión social. Contiene una guía para el educador y un cuaderno

de trabajo para el alumno. Se ha demostrado que previene el consumo de tabaco, a los 12 meses de finalizada la intervención. El 4,5% de los chicos y el 5,6% de las chicas eran nuevos fumadores entre los participantes en el programa, en comparación con el 6,7% y el 11,7% de los escolares del grupo control ($p < 0,001$).

Tanto España como USA cuentan con un sistema de evaluación de los programas preventivos, de esta forma se garantiza que las intervenciones cuenten con el suficiente rigor metodológico para que puedan ser replicados y aumente la probabilidad de que sean eficaces en cuanto a la modificación de la variable a intervenir.

Intervenciones preventivas en México

En México existen varias instituciones públicas y privadas dedicadas a la prevención del consumo de drogas. Un primer trabajo que recopiló la información de las IP fue realizado por la Comisión Nacional Contra las Adicciones, en el 2003.

A continuación se describan las características de las intervenciones preventivas más utilizadas y en el apéndice 2 se complementa la información.

La intervención de prevención *Construye tu Vida sin Adicciones* (CONADIC, 2003; CONADIC, 2012) es una propuesta basada en el modelo de la medicina mente-cuerpo, enmarcada dentro de la prevención universal, es decir, dirigida a la población en general. Su objetivo es promover el desarrollo humano, construir pensamientos positivos, desarrollar habilidades para liberar la tensión ocasionada por factores generadores de estrés, una mala alimentación y pobre concepto de sí mismos, lo cual trae como resultado el consumo de sustancias psicoactivas. Esta intervención preventiva no requiere de expertos o profesionales para su aplicación, el facilitador puede ser cualquier persona con la habilidad de propiciar la interacción y desarrollo de los ejercicios.

La metodología propuesta para su desarrollo es grupal y vivencial, una vez por semana durante tres meses. Los ejes a trabajar son autoconcepto, hábitos alimenticios, tiempo libre, uso y abuso de sustancias tóxicas, equilibrio psicocorporal, expresividad y creatividad. En cuanto a la evaluación de resultados se realizó un estudio pre test – post tests, sin datos suficientes para determinar la calidad y validez de la evaluación.

El programa preventivo *Para Vivir sin Adicciones* del CIJ (CONADIC, 2003; CONADIC, 2012) contiene una serie de intervenciones preventivas en las tres dimensiones: Universal, Selectiva e Indicada. Estas se dirigen tanto a la población infantil, adolescentes, adultas y familias; en contextos escolares, laborales, comunitarios, penitenciarios y recreativos; lo anterior desde los principios de la salud pública, mediante las estrategias de la educación para la salud, promoción de factores de protección, estilos de vida contrarios al consumo y la movilización de la sociedad.

Los programas son diseñados para poblaciones especiales, por droga e incluye elaboración y evaluación de proyectos piloto. El catalogo preventivo de Centros de Integración Juvenil, A. C., incluye conferencias de sensibilización, talleres psicoeducativos de 3 a 12 sesiones, círculos de lectura y capacitación de promotores de la salud. Por otro lado también cuentan con proyectos dirigidos a desarrollar habilidades sociales, mejorar el rendimiento escolar, prevenir la violencia familiar, prevención del acoso escolar, trabajo con migrantes, acoso laboral, síndrome de desgaste profesional, adultos mayores y adicción a los juegos de azar.

El objetivo general del programa es disminuir, atenuar o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo.

En lo concerniente a la evaluación de resultados, se han realizado varios estudios de tipo cualitativo y cuantitativo, pre-experimentales y cuasi-experimentales, reportando diferencias significativas en cuanto al aumento de la percepción de riesgo del consumo de drogas (Díaz, Arellanez y González, 2003; Hernández, 2013; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Gómez-Maqueo, 2011). También se realizan evaluaciones de la calidad de los servicios.

El *Programa Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli* (CONADIC, 2003; CONADIC, 2012) fue adoptado y contextualizado a la labor institucional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), quienes entre otros proyectos, trabajan con niños en situación de calle. El objetivo general de este modelo es desarrollar habilidades de protección y competencias sociales en niños, niñas y sus familias, desarrollando un modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias Chimalli-DIF, en comunidades

abiertas definidas geográficamente. Tiene su fundamentación en la teoría de la resiliencia y la teoría de factores de riesgo y protección y el desarrollo comunitario. El principal recurso de cambio es el promotor infantil comunitario quienes construyen y modifican los materiales didácticos. La intervención es grupal, y se tiene un esquema de sesión de una hora de duración dividida en cuatro momentos: 1) información sobre factores de riesgo, protección y una habilidad social a desarrollar, 2) concientización a través de técnicas de reflexión, 3) modelamiento de habilidades protectoras, 4) tarea semanal; las habilidades sociales pueden ser elegidas de entre 26 habilidades propuestas.

Antes de la intervención los profesionales realizan un diagnóstico de riesgo psicosocial, lo que lo convierte no solo en una intervención de prevención de adicciones, sino en un programa integral de prevención de riesgos psicosociales donde se incluyen ocho áreas a trabajar en torno la salud, sexualidad, consumo en familiares y amigos, empleo, factores escolares, actos antisociales y eventos negativos

En un documento se reportaron las síntesis de ocho estudios de evaluación del programa, realizando comparaciones antes y después de la intervención, autoevaluaciones y testimonios; en uno de los estudio se reportó la disminución significativa del consumo de drogas ilegales, lo mismo sucede en cuanto a la percepción de riesgo y la actitud ante el consumo de drogas (Martín del Campo et al., 2012).

Por otro lado los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) de la Secretaría de Salud realizan labor preventiva implementando sesiones informativas y de orientación a alumnos, profesores y padres de familia. Primeramente realizan un proceso diagnóstico por medio de la aplicación del POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), un instrumento de evaluación diagnóstica, elaborado y validado en USA por el National Institute on Drug Abuse y el National Institutes of Health (NIH) y validado por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz”, para población mexicana juvenil de ambos sexos, de 13 a 19 años de edad (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998). En su versión mexicana el POSIT se compone de 81 reactivos agrupados en siete áreas de su vida cotidiana: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con

amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva. De esta forma se obtienen datos de las necesidades de la población estudiantil.

Una vez analizado los resultados por escuela se decide por la intervención preventiva a aplicar de entre *Mitos y Realidades de las Drogas y Habilidades para la Vida*; para para padres con hijos adolescentes se pueden utilizar la intervención *10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas*, *Crianza positiva* o el *Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo (PROPAR)*.

Mitos y Realidades de las Drogas (Secretaria de Salud, 2009a) consta de cuatro sesiones y tiene el objetivo de proporcionar información actualizada sobre los conceptos básicos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. No se cuenta con datos sobre la eficacia de esta intervención.

Habilidades para la Vida (Secretaria de Salud, 2009b) es una intervención con ocho sesiones de duración y tiene el objetivo de formar a jóvenes participantes en habilidades para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental saludable que promueva la prevención y resolución de problemas. Para esta intervención no se cuenta con datos sobre la evaluación de su eficacia.

Las 10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas (Secretaria de Salud, 2009c) es una intervención de una sesión en la que los padres reciben recomendaciones enfocadas en el cuidado de sus hijos. No se cuenta con datos sobre la eficacia de esta intervención.

Por otro lado las intervenciones dirigidas a padres de niños y adolescentes como el de *Crianza Positiva* y *PROPAR* son las que cuentan con evidencia de su eficacia (Garnica, Robles, Sánchez, Juárez, 2013; Morales, Martínez y Vázquez, 2007). *Crianza Positiva* es una intervención conformada por cuatro sesiones y tiene el objetivo de empoderar a los padres de familia con conocimientos y competencias parentales efectivas que previenen el desarrollo de conductas antisociales y promueve la adquisición de conductas pro-sociales y así evitar el consumo de drogas desde la infancia (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones [CENADIC], 2011), por otro lado el *PROPAR* (Secretaria de Salud, 2013) es la versión para padres de familia de adolescentes, esta intervención consta de nueve sesiones y su objetivo es reducir conductas inadecuadas y aumentar conductas

adecuadas en adolescentes, mediante el aprendizaje y aplicación de técnicas conductuales por parte de los padres.

Yo Quiero Yo Puedo, es una intervención preventiva desarrollado por el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP). Las bases teóricas para el diseño del programa fueron retomadas de los proyectos preventivos de CIJ y CONADIC, además de la revisión bibliográfica en torno al desarrollo de habilidades para la vida. Se realizó un piloteo para los manuales tanto de los docentes como de los alumnos. El objetivo general del programa es desarrollar en los niños y las niñas de 9 a 12 años de edad habilidades que les permita manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, para prevenir las conductas antisociales, como el abuso de sustancias psicoactivas. Se evaluaron los resultados por medio de un estudio pre-experimental, con prueba pre-test y post-test, tanto a docentes como a alumnos, encontrando diferencias significativas en conocimiento de efectos de las sustancias psicoactivas, rechazo al abuso de sustancias, expresión de sentimientos, toma de decisiones y solución de problemas (CONADIC, 2003; CONADIC, 2012).

D.A.R.E. (Drugs Abuse Resistance Education) es un programa preventivo que surge en Los Ángeles, California en 1983. Actualmente se imparte en todos los Estados de la Unión Americana y en 43 países. En México, llega primeramente a Tijuana en 1990. La misión del programa es proporcionar a los niños y jóvenes la información y la formación necesaria para que aspiren a tener una vida libre de drogas y violencia. Cuentan con programas de actividades deportivas y recreativas después de clases, y sesiones informativas para padres en torno al uso y abuso del consumo de sustancia psicoactivas y violencia doméstica. Este programa es impartido por personal de la policía y no cuenta con información sobre evaluación de los resultados, se muestran algunos datos estadísticos sin referencias (DARE, 2015).

Por otro lado la SEP junto con el CONADIC llevaron a cabo una capacitación a los maestros de educación básica, para que a partir de su labor docente en las aulas puedan desarrollar en los alumnos habilidades para evita el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Esta intervención llamada *Prevención de Adicciones en Escuelas de Educación Básica*, está inmerso dentro del Programa Nacional Escuela Segura (Secretaría de Educación Pública, 2012) y está fundamentado en la teoría de factores de riesgo y

protección. Sus componentes contienen temas de habilidades para la vida, resiliencia, estilos de vida saludables, ambientes protectores y proyecto de vida. No se cuentan con información que dé cuenta de la evaluación de los resultados, ni de la eficacia del programa.

Otras instancias que se suman a los esfuerzos por desarrollar proyectos de prevención del consumo de drogas y los insertan transversalmente en sus actividades de salud son el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), estas instituciones cuenta con sus propias estrategias de prevención, las cuales tiene como objetivo estimular los factores de protección y la reducción del impacto de los factores de riesgo. Por ende, el marco teórico en que se fundamenta su intervención es la teoría de factores de riesgo y de protección. Sus intervenciones están dirigidas a derechohabientes niños, jóvenes, familias y población laboral. Imparten sensibilización, orientación sobre tratamientos, y canalización a instituciones especializadas (Morales, 2014). Además el IMSS desarrolla estrategias educativas de promoción de la salud impartidas por trabajadoras sociales a diferentes poblaciones como niñas, jóvenes y adultos mayores. Debido a que no cuentan con una área especializada en el tratamiento de las adicciones, derivan casos de consumo a Alcohólicos Anónimos o Centros de Integración Juvenil, A.C. (IMSS, 2016). No se muestran datos sobre la evaluación de los resultados de sus intervenciones preventivas.

Por otro lado, El Instituto para Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA, 2018) cuenta con programas preventivos del consumo de drogas dirigido a población en situación de calle, además de formación de Preventores Comunitarios y programas de fortalecimiento a organizaciones civiles que promuevan actividades culturales a población vulnerable.

Los programas son convocatorias abiertas para concursar por recursos en las tres áreas antes mencionadas, se apoyan a talleres diversos (panadería, artes circenses, etc.), becas a preventores comunitarios y promoción de actividades artísticas y culturales (IAPA, 2018). Sus programas no han sido evaluados, por lo que no se cuenta con datos sobre la eficacia.

Por su lado la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), específicamente la facultad de psicología, como parte de sus servicios a la comunidad

desarrollaron un espacio digital de prevención de adicciones, donde brindan información sobre el uso de las principales drogas de consumo, evalúan el nivel de riesgo de los jóvenes y sugieren estrategias para evitar o disminuir el consumo de drogas (UNAM, 2013).

Distingue tres grupos de habilidades de prevención: 1) Habilidades Sociales, categoría que incluye asertividad, habilidades de negociación, interpersonales, de cooperación, de comunicación y habilidades de rechazo; 2) Habilidades Cognitivas, que integra la toma de decisiones y la influencia de los medios de comunicación; 3) Habilidades para el Control de Emociones, finalmente en esta categoría se incluyen el control del estrés y la habilidad para aumentar el locus de control interno.

Existen otros programas preventivos de menor impacto y con menor desarrollo teórico y metodológico, como el *Programa Educación para la Vida y el Trabajo* del Instituto Nacional para la Educación del Adulto; el *Programa Comunitario de Integración Psicosocial*, de la Fundación Ama la Vida; el *Programa de Intervención Social Profesionalizada*, del DIF; y el Programa *ECO2*, de la Fundación Caritas.

Por lo anterior podemos concluir que la mayoría de los esfuerzos desarrollados en México encaminados al diseño de programas preventivos en adicciones, no cuentan con los criterios necesarios para considerarlos como programas basados en evidencias científicas ya que la mayoría no realiza evaluaciones de los resultados. Los programas con mayor evidencia empírica fueron el Chimalli, los de CIJ, Yo Quiero Yo Puedo y del CONADIC la intervención Crianza Positiva y el PROPAR.

Chimalli es una intervención comunitaria que contiene demasiadas variables, se pretende realizar acciones preventivas en comunidades donde se trabaja por tiempos prolongados. Las intervenciones de CIJ son diversas y aplicados a muchos contextos, su catálogo de tecnologías preventivas es amplio, sin embargo no todas las intervenciones han tenido evaluaciones de resultados y se tiene una dificultad en la transferencia del conocimiento, de forma que se dificulta replicarlas en otros contextos. Por su lado la intervención Yo quiero yo puedo se dirige a niños en edad primaria, sin embargo son los adolescentes de secundaria y preparatoria los de mayor riesgo. Finalmente el taller de crianza positiva no suele ser aplicado debido a lo complicado de las evaluaciones previas a la intervención, y el PROPAR por su lado tiene demasiadas sesiones, considerando la limitada participación de los padres de familia.

La mayoría de las intervenciones se enfoca en propiciar cambios en las actitudes hacia la droga, desarrollo de habilidades, incremento en la percepción de riesgo y aumento de los factores de protección. El tipo de prevención más desarrollada es la Universal, siguiéndole la Selectiva e Indicada.

Por esta razón se observa la necesidad de desarrollar intervenciones aplicadas en el contexto escolar y familiar, que sean compatibles y que se enfoquen en el desarrollo de habilidades directamente relacionadas con el inicio del consumo de drogas, es decir, que tenga componentes muy específicos. También que sean intervenciones breves y que en el diseño se involucre a aquellas personas que se dedican a la prevención de las adicciones y conocen de cerca la problemática. En esta investigación se decidió desarrollar una intervención de prevención selectiva, ya que nos interesa proteger a la población en edad de mayor riesgo, como lo es la adolescencia y que aún no han tenido algún tipo de consumo de drogas.

Se hace evidente la necesidad de un sistema de evaluación de las intervenciones preventivas, formado por grupo de investigadores que realicen continuamente evaluaciones de proceso, resultado y bajo los criterios de intervenciones eficaces con validez empírica, logrando una mejora en torno a los costes-beneficios de las intervenciones.

También se detecta un rezago en lo relacionado a la disseminación de la información, ya que hay una limitada cantidad de artículos publicados sobre los resultados de estas investigaciones, generalmente solo existen reportes internos, lo que se conoce como literatura gris (Castro, Llanes, Amador, Villatoro y Medina-Mora, 2015).

CAPÍTULO IV

Planteamiento del Problema

En México, las drogas legales son las que más afectan la salud individual en términos de mortalidad y morbilidad, siendo el alcohol el que más muertes causó en 2008 y en el mismo año el tabaco causó más ingresos a urgencias por alguna patología (Romo-González y Larralde, 2013). El consumo de alcohol se relaciona con la presencia de diversos comportamientos de riesgo como lo son conducta antisocial leve, inicio temprano de vida sexual, abuso sexual, ideación suicida y conducta alimentaria de riesgo (CONADIC, 2012).

En un estudio se mencionó que al inicio de la secundaria la proporción de usuarios de cannabis es baja y que en el tercer grado puede ascender hasta un 60% el uso de dicha sustancia (Guitart et al., 2012).

En el caso de los adolescentes es importante enfatizar que además de los posibles daños a la salud antes mencionados, también es común observar un incremento de problemas de conducta oposicionista y disocial, en tanto que los adolescentes consumidores de drogas ilegales y bebidas alcohólicas, estando bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva tienen el riesgo de cometer actos delictivos de diversa índole, como robo y riñas callejeras. Por otro lado los adolescente con una adicción suelen abandonar la escuela, probablemente como resultado de los daños neurocognitivos, como la memoria de trabajo, atención y control inhibitorio, afectando el aprendizaje e impactando en su calidad de vida (Contreras, Molina y Cano, 2012; López-Caneda et al., 2014).

En los adolescentes las consecuencias neurocognitivas se agravan debido a la etapa del desarrollo en que se encuentran, la cual además los convierte en la población con mayor probabilidad de iniciar el consumo de alcohol o drogas.

Como ya se ha mencionado la etapa de la adolescencia se considera como una de las de mayor riesgo para iniciar el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, ocasionando en esta población diferentes daños de salud que impactan en su desarrollo individual, familiar y social (NIDA, 2008; Stanis y Andersen, 2014), además de que el inicio temprano del consumo de drogas está relacionado con la adquisición de una futura dependencia debido a la vulnerabilidad en que se encuentran. Por esta razón esta investigación

considerará como población objetivo a estudiantes de nivel secundaria, grupo de alto riesgo y etapa de desarrollo propensa a la experimentación de sustancias psicoactivas, ya que según las estadísticas es la edad donde la mayor parte de los consumidores de drogas inician con dicha práctica (Ortiz, Martínez y Meza, 2011; UNODC, 2015a). Por lo anterior se considera que la prevención es la estrategia por excelencia para evitar que los jóvenes inicien el consumo de sustancias psicoactivas.

El objetivo principal de la ciencia de la prevención es mejorar la salud pública mediante la identificación de factores de riesgo y factores de protección, la evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas y la óptima identificación de medios de difusión (Society for Prevention Research, 2011). Referente a la prevención de las adicciones son los esfuerzos dirigidos a la reducción y/o eliminación del consumo de drogas y sus problemas asociados (Lorenzo et al., 2009).

En la actualidad se habla de tres tipos de prevención con objetivos diferentes y dirigidos a la población según su nivel de riesgo. Estas categorías se conocen como prevención universal, selectiva e indicada.

En esta investigación nos centraremos en la prevención selectiva, ya que es la que se ha desarrollado en menor medida y podría tener un impacto en la población más vulnerable, es decir, los adolescentes.

A través del tiempo los programas preventivos se han modificado y se han centrado en diferentes conceptos teóricos, pasando desde aquellos basados en los conocimientos, donde se daba mayor importancia a brindar información sobre las drogas; después aquellos orientados en el desarrollo de habilidades para la vida o desarrollo del manejo de afectos, donde se desarrollan capacidades para mejorar la calidad de vida (Becoña, 2002). Sin embargo, parece que no existe una adecuada articulación de los programas preventivos con los modelos teóricos que los sustenten, ni con metodologías para evaluar la eficacia, de modo que gran parte de estos esfuerzos por disminuir la demanda del consumo de drogas han resultado infértiles o con una limitada demostración de sus resultados que no logra mantenerse en el tiempo, a pesar de que existen metanálisis que han documentado las pautas para el diseño de intervenciones exitosas (Becoña, 2002; Bröning et al., 2012; Tobler 1997).

Otras revisiones sistemáticas concluyen en que existe una heterogeneidad de los estudios en cuanto a metodología y aplicación de la prevención de la farmacodependencia (Fernández, Nebot y Jané, 2002; Teesson, Newton y Barrett, 2012) por lo que se convierte en una necesidad apremiante el lograr homogenizar las intervenciones preventivas y empatarlas congruentemente con los modelos teóricos para bien lograr la tarea preventiva y establecer la magnitud del efecto de los programas, así como generar metodologías y sistemas de evaluación tanto cuantitativas como cualitativas de los resultados desde modelos estadísticos adecuados y con toda la rigurosidad científica, demostrando su validez empírica además de facilitar la transferencia del conocimiento desarrollado (Martínez y Medina-Mora, 2013).

Es importante reconocer la importancia de que todo programa preventivo del consumo de drogas debe estar fundamentado por un marco teórico sólido, de donde se partirá para la comprensión del desarrollo del fenómeno adictivo y el diseño de las intervenciones a los que podamos sumar o restar elementos para lograr el objetivo de no consumo de drogas en los adolescentes.

Justificación

En la actualidad los modelos de tratamiento efectivos para la atención de las adicciones son la terapia cognitivo conductual, la entrevista motivacional, los programas de manejo de contingencias, el enfoque de entrenamiento en habilidades sociales y el programa de prevención de recaídas (Becoña y Cortes, 2008; Ruiz-Sánchez de León y Pedrero, 2014), sin embargo, en lo que concierne a las intervenciones de prevención selectiva no se ha llegado a un consenso claro sobre los modelos que tienen mayor eficacia.

En nuestro país existen diferentes instituciones públicas y asociaciones civiles dedicadas a la prevención de las adicciones, no obstante, a falta de un sistema de evaluación de las intervenciones, no se cuenta con evidencias de la eficacia de una gran parte de estas (CONADIC, 2012).

Lo anterior nos indica la necesidad de contar con intervenciones de prevención para evitar el uso de drogas en adolescentes, basado en evidencias científicas y por ende considerando la investigación desarrollada hasta el momento así como la incorporación de

las recomendaciones internacionales. Esta investigación pretende aportar a este fin con el desarrollo y evaluación de dos intervenciones de prevención selectiva, uno dirigido a estudiantes de secundaria y el otro a los padres de los adolescentes.

Estas intervenciones preventivas tienen el objetivo de entrenar a jóvenes y a sus padres en habilidades, beneficiando a los adolescentes al dotarlos de recursos para evitar el consumo de drogas.

La presente investigación desarrolló dos intervenciones preventivas que están diseñadas con componentes específicos (habilidad de rechazo, manejo de la ira, disminución de la impulsividad, desarrollo de auto-control y toma de decisiones), aquellos que la literatura científica relaciona con el inicio del consumo de drogas. Además se incluyeron las sugerencias de profesionales de la salud con experiencia en el tema. Por lo anterior se considera que este proyecto puede tener un impacto social en la prevención de las adicciones.

El desarrollo de esta investigación se realizó en tres fases:

- 1) Análisis de las recomendaciones de profesionales sobre programas de prevención de las adicciones, para el desarrollo de una intervención eficaz.
- 2) Diseño de las IP para adolescentes (IPEA-R) y padres de los adolescentes (IMPA-R).
- 3) Evaluación y comparación de las IP:

Estudio I: Comparación de la IPEA-R y el grupo control.

Estudio II: Comparación de la IPEA-R y la IPEA-R + IMPA-R

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las sugerencias que los profesionales de la salud tienen en cuanto a los componentes que debe contener un programa de prevención de adicciones eficaz?
- ¿Es eficaz la IPEA-R para prevenir el consumo de drogas en adolescentes?
- ¿Existe diferencia entre la aplicación de la IPEA-R y la IPEA-R + IMPA-R, para prevenir el consumo de drogas en adolescentes?

Objetivo general del proyecto de investigación

Diseñar, evaluar y comparar dos intervenciones para prevenir el consumo de drogas en estudiantes de secundaria.

Para cada fase de la investigación se desarrolló su propio objetivo general, objetivos específicos e hipótesis, por lo que se describirán en el apartado correspondiente. Así mismo cada fase contiene su método y resultados. Al final se escribe la discusión y conclusiones que incluye las tres fases de la investigación.

Fase 1: Sugerencias de profesionales sobre programas de prevención de las adicciones

Objetivo general

Conocer las experiencias y sugerencias de los profesionales sobre programas de prevención de adicciones, para desarrollar una intervención preventiva

Objetivos específicos

Identificar los programas preventivos que los profesionales más utilizan y son más eficaces en su práctica diaria.

Conocer las sugerencias de los profesionales en torno a las modificaciones y necesidades de las intervenciones preventivas que operan en la actualidad.

Definir las características y enseñanzas que tendría un programa preventivo eficaz, según las experiencias de los profesionales.

Método

Diseño

Estudio exploratorio de tipo cualitativo, mediante la técnica de entrevistas a expertos.

Participantes

Se entrevistó a 22 profesionales, 7 que laboran en los Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) y 15 en los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). La selección de los participantes se realizó por medio de un muestreo intencional. En la Tabla 5 se presentan las características sociodemográficas del grupo de profesionales entrevistados.

Tabla 5

Características Sociodemográficas de los Profesionales

Variable	Profesionales n = 22 %
Sexo	
Masculino	31.8
Femenino	68.2
Profesión	
Psicología	77.3
Trabajo Social	13.6
Medicina	9.1
Ciudad	
Guadalajara	36.3
Morelia	27.3
Nezahualcoyotl	27.3
Ciudad de México	9.1
	\bar{X} (DE)
Edad	39.23 (9.83)
Antigüedad laboral	8.32 (5.74)

Fuente: elaboración propia

Instrumento

Entrevista a Profesionales sobre Programas de Prevención del Consumo de Drogas (EPP), diseñada específicamente para esta investigación (véase apéndice 3). Es una entrevista semiestructurada con un total de 77 reactivos dividida en cinco áreas: 1) Datos generales, que contiene 6 ítems sobre datos sociodemográficos; 2) Características de la población objetivo, se conforma por 31 ítems organizados en un cuadro donde los participantes tenían que hacer una jerarquía de factores de riesgo, numerando del 1 (más significativo) al 5 (menos significativo); 3) Prevención en mi práctica diaria, consta de 24 preguntas abiertas sobre su experiencia laboral; 4) Características de los programas preventivos eficaces, contiene 10 preguntas abiertas; y 5) Características de los profesionales que aplican los programas preventivos, se conforma por 6 preguntas abiertas.

El Instrumento fue sometido a un jueceo, donde se solicitó a cinco expertos en prevención e investigación, que analizaran los reactivos del instrumento. Con este proceso se lograron corregir errores del instrumento, eliminando preguntas redundantes y mejorando la redacción.

Finalmente se piloteó la EPP, aplicándola a dos profesionales que laboran en CIJ de Guadalajara y se realizaron cambios respecto al orden de acomodo de los reactivos, para facilitar a los entrevistados su comprensión y tener un mejor acceso a la información.

Procedimiento

Se realizó el contacto con los directores de los diferentes CIJ y CAPA y se les solicitó autorización para realizar las entrevistas, las cuales fueron audio grabadas en sus respectivos lugares de trabajo en las cuatro ciudades mencionadas con anterioridad. La duración de cada entrevista fue en promedio de sesenta minutos. Las grabaciones se transcribieron de manera literal y se analizaron mediante el método de análisis temático.

Análisis de Datos

Los datos de las áreas 1 y 2 de la entrevista fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS para Windows. Por otro lado, los datos de las áreas 3, 4 y 5 se analizaron por medio del programa de análisis cualitativos de datos Atlas.ti.

Consideraciones éticas

Se explicó a todos los participantes el objetivo de la investigación y todos firmaron el respectivo *consentimiento informado* (véase apéndice 4), se enfatizó en la confidencialidad de la información y la voluntariedad de su participación

Resultados

A continuación se muestran los resultados de las entrevistas a los profesionales en relación a los principales factores de riesgo que observan en los adolescentes, además de su experiencia en su práctica diaria aplicando programas de prevención y las características que desde su perspectiva debe contener un programa de prevención eficaz.

Principales factores de riesgo para iniciar el consumo de drogas

En la Tabla 6 se muestran los resultados de la segunda área del instrumento. Se solicitó a los participantes que jerarquizaran de mayor a menor importancia los factores de riesgo que presentan los adolescentes con mayor frecuencia, es decir, aquellos de mayor influencia para iniciar el consumo de drogas. Los factores de riesgo se dividieron en cinco ámbitos: 1) Ambiental, 2) Social, 3) Escolar, 4) Familiar e 5) Individual.

La disponibilidad a la droga, baja percepción social de riesgo, pobre apego escolar, pobre supervisión familiar y limitado control de impulsos fueron las de mayor importancia para cada uno de los ámbitos antes mencionados.

Tabla 6

Principales factores de riesgo para iniciar el consumo de drogas

Ámbito	Factores de riesgo
Ambiental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de droga 2. Limitado acceso a redes de apoyo 3. Carencia de espacios recreativos 4. Pobreza 5. Cambios constantes de residencia
Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja percepción social de riesgo 2. Amigos que consumen drogas 3. Pertenecer a pandillas 4. Iguales con conducta antisocial 5. Rechazo por parte de los iguales
Escolar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobre apego escolar 2. Bajo rendimiento académico 3. Abandono escolar 4. Agresión escolar o bullying 5. Tamaño de la escuela
Familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobre supervisión familiar 2. Pobre disciplina familiar 3. Conflictos familiares 4. Actitudes positivas hacia la droga 5. Divorcio o separación de los padres
Individual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitado control de impulsos 2. Conducta oposicionista 3. Baja autoeficacia percibida 4. Antecedentes de TDAH 5. Vulnerabilidad genética

Fuente: elaboración propia

Práctica preventiva diaria

En la Tabla 7 se mencionan los programas preventivos que los profesionales aplican como parte de sus actividades en la institución donde laboran; existen una variedad de estos que podríamos dividir en dos tipos: 1) Programas de conocimientos y habilidades generales para la vida y 2) Programas de conocimientos y habilidades relacionadas con el consumo de drogas.

Tabla 7

Programas aplicados en el trabajo preventivo

Tipos de Programas Preventivos	Nombre del Programa Preventivo
Programas de conocimientos y habilidades generales.	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para la vida. • Información sobre bullying. • Desarrollo de competencias. • Perspectiva de género. • Educación para la paz. • Programas preventivos diseñados por los profesionistas.
Programas de conocimientos y habilidades relacionadas con el consumo de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos y realidades sobre las drogas. • Sesiones informativas. • ¿Mariguana?, infórmate y decide. • Como proteger a tus hijos de las drogas. • Crianza positiva. • 10 recomendaciones para padres. • Factores de riesgo y protección. • TDAH.

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 8 se muestra si en los programas preventivos se realizan sesiones de seguimiento después de finalizada la intervención; y por otro lado si llevan a cabo evaluaciones de los resultados.

Tabla 8
Sesiones de seguimiento y evaluaciones de resultado de los programas aplicados

Variables	Se presenta	n = 22 %
Sesiones de Seguimiento	No	90.9
Evaluaciones de resultados.	No	90.9

Fuente: elaboración propia

Características de un programa eficaz

En la tabla 9 se puede observar desde la perspectiva de los participantes, las características que debe contener un programa de prevención eficaz. Estas recomendaciones se dividen en tres partes: 1) Características de contenido, 2) Características de forma y 3) Necesidades detectadas.

Tabla 9
Características de un programa eficaz

Tipo de recomendación	Sugerencias generales
Características de contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de emociones (ira, enojo). • Análisis de consecuencias. • Desarrollo de auto eficacia. • Habilidades de planeación. • Toma de decisiones. • Solución de problemas. • Manejo del tiempo libre. • Habilidades de rechazo del consumo de drogas. • Percepción de riesgo. • Resilencia. • Asertividad. • Comunicación eficaz. • Fomento de estilos de vida saludables.

(continúa)

Características de un programa eficaz (Continuación)

Tipo de recomendación	Sugerencias generales
Características de forma	<ul style="list-style-type: none"> • Programa sencillo y específico. • Intervenciones lúdicas e interactivas. • Intervenciones con objetivos claros. • Sistemático. • Contextualizado. • Basado en la teoría cognitivo-conductual • Contar con evaluación de validez empírica. • Involucrar a autoridades escolares. • Incluir a la familia. • Intervenciones por edades. • Dirigido principalmente a jóvenes que cursen el primer grado de secundaria. • Evitar conferencias o sesiones informativas. • No confrontar. • Duración de entre cuatro a seis sesiones.
Necesidades detectadas	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades dinámicas. • Contar con sesiones de seguimientos. • Capacitación eficaz a instructores. • Entrenamiento en habilidades específicas. • Desarrollo de conductas aplicables a la vida cotidiana.

Fuente: elaboración propia

Finalmente en la Tabla 10 se puede observar las recomendaciones que los profesionales hicieron en torno a las características que deberían tener las personas que aplican los programas preventivos, en función del perfil profesional, los conocimientos básicos adquiridos y las habilidades a dominar.

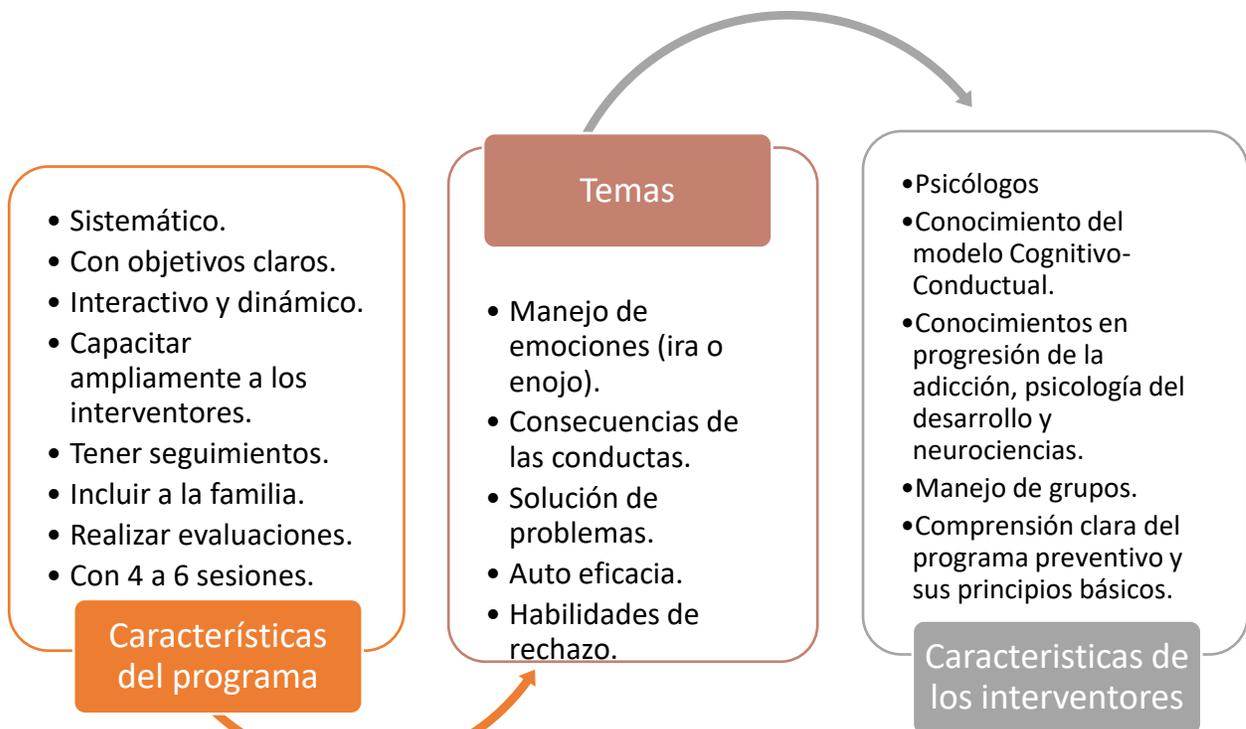
Tabla 10.

Características del personal que aplica los programas preventivos

Categorías de análisis	Características
Perfil	Psicólogos, trabajadores sociales e interventores educativos.
Conocimientos	Progresión de la adicción, conocer los principios básicos del programa, manejo de grupos, psicología del desarrollo, neurociencias, conocimiento personal.
Habilidades	Motivación, creatividad, liderazgo, capacidad de planeación y evitar juicios de valor.

Fuente: elaboración propia

En la figura 5 se muestran las principales recomendaciones dadas por los profesionales para esbozar un programa de prevención eficaz para evitar el consumo de drogas en adolescentes.



Fuente: elaboración propia

Figura 5. Sugerencias para diseñar una intervención preventiva eficaz.

Fase 2: Diseño de la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) y la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R)

Objetivo General

Desarrollar dos programas preventivos para evitar el consumo de drogas en estudiantes de secundaria. La Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R), dirigida a estudiantes de secundaria y la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R), dirigida a padres de los adolescentes.

Objetivos específicos

Diseñar la IPEA-R.

Diseñar una IMPA-R.

Método

Participantes

5 investigadores, cuatro mujeres y un hombre, todos con doctorado y experiencia en la prevención de las adicciones.

Criterios de inclusión.

- Perfil de investigador.
- Grado de doctor.
- Mínimo 5 años de experiencia en la prevención de adicciones.

Instrumento

Se diseñó para esta investigación el formato de jueceo de la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) con 51 reactivos y el formato de jueceo de la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R), el cual contiene 31 reactivos. Para ambos jueceos se le solicitó al participante que califique del 1 (totalmente inadecuado) al 5 (totalmente adecuado) los siguientes aspectos de cada sesión:

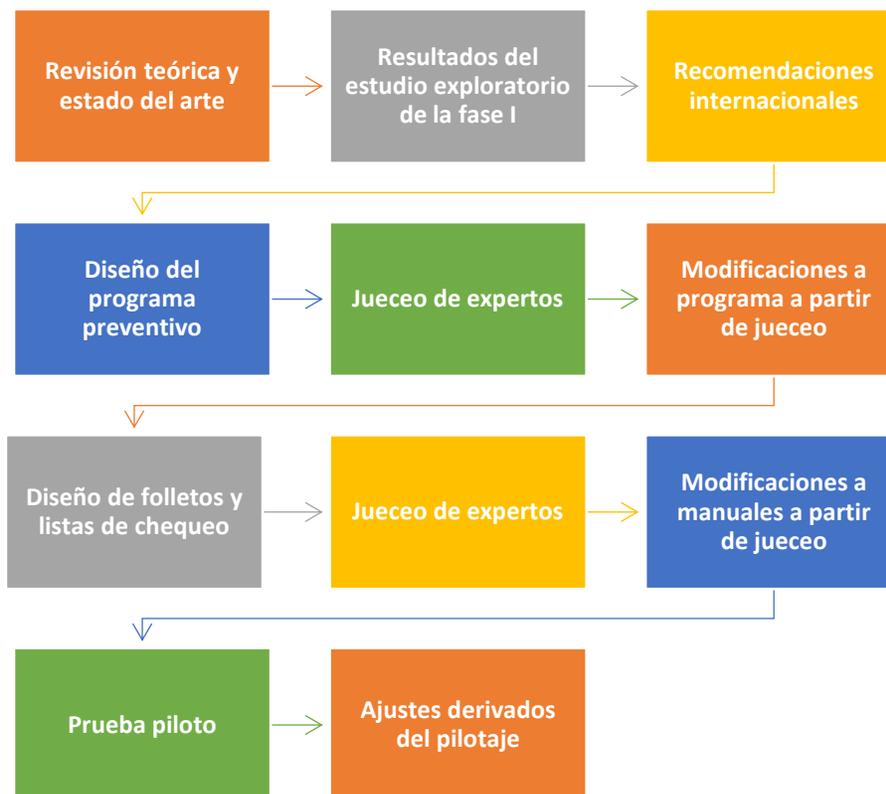
- Qué tan claro es el objetivo de la sesión.

- Qué tan apropiadas son las actividades propuestas para la sesión.
- Qué tan congruentes son las tareas solicitadas a los participantes.

Finalmente en los formatos de jueceos se tienen espacios en blanco para que los participantes realicen observaciones cualitativas de cada sección de las sesiones (ver apéndice 5 y 6).

Procedimiento

En la figura 6 se muestra el proceso del diseño de los dos programas preventivos que se elaboraron para el desarrollo de esta investigación y más adelante se describen los objetivos y contenidos de cada intervención.



Fuente: elaboración propia

Figura 6. Proceso de diseño de las dos intervenciones preventivas.

Ambas intervenciones preventivas (IPEA-R e IMPA-R) están fundamentadas en la teoría cognitivo social y la teoría conductual, además de retomar aspectos del modelo de factores de riesgo y de protección (Bandura, 1999; Becoña, 1999; Calafat et al., 1995)

también se consideraron las recomendaciones que realiza la UNODC (2015a), en torno a los estándares internacionales para la prevención del uso de drogas; otra fuente de información que se consideró para el diseño de las intervenciones fueron los resultados del estudio exploratorio realizado a profesionales expertos sobre programas preventivos en adicciones de la región centro occidente del país, descritos en el apartado de la Fase 1.

Una vez que se diseñó la intervención y se realizaron las cartas descriptivas de cada una de las 11 sesiones en total de la IPEA-R (véase apéndice 7) y las 6 sesiones de la IMPA-R (véase apéndice 8), se sometieron a un proceso de jueceo por parte de cinco investigadores expertos en el área de la prevención de las adicciones. De este proceso se recibió retroalimentación del trabajo en relación a los objetivos, la estructura, el contenido y la distribución del tiempo de las sesiones. Después de recibir sus observaciones se realizaron las modificaciones pertinentes y se construyeron los folletos de trabajo de cada sesión de las intervenciones.

Resultados

Descripción de la IPEA-R

El consumo de drogas es un problema social y de salud pública con un gran impacto negativo en la calidad de vida de las personas, siendo los adolescentes la población más vulnerable, por lo que las intervenciones preventivas en este grupo de riesgo son acciones prioritarias para lograr la disminución de jóvenes que inician el consumo de drogas, buscando impactar en las prevalencias actuales.

La IPEA-R es un programa de prevención selectiva dirigido a estudiantes que inician la secundaria, el cual se aplica en el contexto escolar. El objetivo es entrenar a estudiantes del primer grado de secundaria en habilidades para evitar el uso de drogas, a través del desarrollo de habilidades de auto-control, manejo de emociones, afrontamiento de las presiones sociales y toma de decisiones, además de aumentar la autoeficacia y diseñar planes de acción para lograr la meta de no consumo de drogas.

Está conformada por tres etapas que tiene la intención de sistematizar y hacer sencilla su aplicación tanto para los estudiantes como para los interventores, de manera que

resulte sencillo recordar su estructura y contenidos. Las tres etapas se explican a continuación:

I. Evaluación e Inducción: El objetivo de esta etapa (una sesión) fue recoger información general de los participantes y la aplicación de la batería de instrumentos para realizar el pretest. También se realizó la inducción, donde se explicó a los participantes el objetivo de la intervención y la dinámica de trabajo. Finalmente los participantes firmaron el consentimiento informado y la carta compromiso de participación.

II. Intervención: El objetivo de esta etapa (8 sesiones) fue entrenar a los participantes en las habilidades de cada uno de los tópicos a desarrollar, con la intención de habilitarlos para evitar el consumo de drogas. Cada sesión de intervención está estructurada en tres partes:

1. Introducción

- a. Bienvenida y rapport (genera empatía)
- b. La agenda (organiza la sesión)
- c. ¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada? (refuerza lo aprendido)

2. Desarrollo del tópico

- a. Tema (nuevo aprendizaje)
- b. ¿Y tú qué opinas? (genera reflexión)
- c. A la acción (práctica de las habilidades)

3. Conclusión

- a. Resumen (repaso de lo aprendido)
- b. ¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión? (aprendizajes significativos)
- c. Tarea y cierre de la sesión. (generalización de las habilidades)

En cada una de las sesiones de intervención los participantes evaluaron su estado de ánimo, identificaron con qué recursos y con quienes cuentan para lograr las metas, firmaron un compromiso de NO consumo de drogas y escribieron que tan confiados se sienten de lograr su meta.

III. Seguimiento: Una vez concluida la intervención se tuvieron dos sesiones de seguimiento posteriores para valorar el mantenimiento de los cambios logrados; la primera fue al mes, la segunda a los tres meses de finalizada la intervención. En cada sesión se aplicó la batería de instrumentos de evaluación y se trabajó con nuevos compromisos y planes de acción.

La intervención preventiva se compone de una sesión de evaluación, ocho sesiones de intervención y dos de seguimiento (véase figura 7). Fueron sesiones semanales de 50 minutos de duración. Los grupos estuvieron conformados por 15 estudiantes.



Figura 7. Esquema de la IPEA-R.

Fuente: elaboración propia

A continuación se describe brevemente cada una de las sesiones que componen la IPEA-R:

Sesión de evaluación e inducción. Los objetivos fueron:

- Aplicar los instrumentos para la evaluación inicial.
- Presentar el IPEA-R a los participantes.

En esta sesión el psicólogo realizó el encuadre, estableció rapport y aplicó la batería de instrumentos de evaluación. También se explicó el objetivo de la intervención y se exploraron las expectativas de los estudiantes participantes. Finalmente los alumnos firmaron el consentimiento informado y la carta compromiso de participación.

Sesión 1. Comprender las adicciones y establecimiento de metas. Los objetivos fueron:

- Enseñar a los alumnos como se gesta una adicción a las drogas, así como las consecuencias del consumo.
- Definir metas para evitar el consumo de drogas y promover estilos de vida saludables.

En esta sesión se trabajó con información científica en relación a las adicciones y el cerebro, las consecuencias inmediatas del consumo de tabaco, alcohol y mariguana. Los alumnos diseñaron dos metas a realizar durante la semana para lograr el compromiso de NO consumo de drogas. Se mencionó la importancia de lograr metas para aumentar la autoeficacia.

Sesión 2. Análisis de las consecuencias. Los objetivos fueron:

- Enseñar a los alumnos a analizar las consecuencias de sus comportamientos.
- Desarrollar la capacidad de prever los resultados de ejercer conductas saludables vs conductas de riesgo.

Se trabajó con un breve análisis de las conductas y sus consecuencias, se hizo una distinción entre conductas saludables y conductas de riesgo. Finalmente se realizó un balance decisional.

Sesión 3. Desarrollo del autocontrol. Los objetivos fueron:

- Entrenar a los alumnos en estrategias de auto-control.

- Aumentar la capacidad de inhibir respuestas impulsivas.

En esta sesión el alumno aprendió estrategias de auto-control, tales como demorar la respuesta, respiración profunda y autoinstrucciones. Los alumnos aprendieron a pensar, esperar, esperar y responder.

Sesión 4. Modificar los pensamientos. Los objetivos fueron:

- Identificar pensamientos irracionales.
- Transformar pensamientos irracionales en pensamientos funcionales.

En esta sesión se trabajó con la relación existente entre pensamientos, emociones y conductas. Se mostraron diálogos con pensamientos irracionales y se enseñó la contraparte racional y sus efectos en la conducta. También se enseñó a los alumnos cómo aplicar la técnica de detención de pensamiento, comprobación de la realidad, retribución y pensamientos alternativos.

Sesión 5. Manejo del Enojo. El objetivo fue:

- Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para el enojo.

En esta sesión se explicó qué son las emociones y cuáles son sus funciones adaptativas. Se analizaron las consecuencias de no tener control del enojo y su relación con el consumo de drogas; los alumnos identificaron situaciones donde no han podido controlar su enojo, además aprendieron técnicas como la del semáforo, tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas y de control.

Sesión 6. Manejo de la tristeza/euforia. Los objetivos fueron:

- Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para la tristeza.
- Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para la euforia.

En esta sesión se explicó que es la tristeza y la euforia, así como sus funciones adaptativas y su relación con el consumo de drogas. Se entrenó al alumno en técnicas para el manejo de la tristeza y la euforia, como el control de estímulos, distracción del pensamiento, autoinstrucciones positivas y realizar actividades placenteras.

Sesión 7. Afrontamiento de la presión social. El objetivo fue:

- Reconocer y resistir las presiones sociales para usar drogas.

En esta sesión se explicó la relación entre presión social y el consumo de drogas. El psicólogo enseñó la estrategia de negarse-explicar-abandonar. Los alumnos identificaron situaciones donde podrían ser presionados para consumir drogas y ensayaron técnicas para afrontar la presión social, como negarse asertivamente, cambiar el tema de la plática, buscar otras alternativas, ofrecer justificación, interrumpir la interacción y confrontación asertiva.

Sesión 8. Toma de decisiones. Los objetivos fueron:

- Enseñar a los alumnos a reconocer la importancia de tomar decisiones e identificar los elementos que la constituyen.
- Aplicar los instrumentos para la evaluación final.

En esta sesión se explicó qué son las decisiones y se enseñó una estrategia para tomar decisiones eficaces. Los alumnos mencionaron cuales de las técnicas aprendidas durante la intervención pueden favorecer a una toma de decisión eficaz. Se realizó un resumen de la intervención y finalmente se aplicó la batería de instrumentos post test.

Sesión seguimiento 1^{er} mes y 3^{er} mes. Los objetivos fueron:

- Revisar el logro de la meta de NO consumo.
- Diseñar planes de acción para posibles obstáculos.
- Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento.

Se preguntó y trajo a discusión la identificación de situaciones de riesgo y las estrategias que utilizaron para lograr la meta de NO consumo. Se indagó con qué recursos y con quienes cuentan los alumnos para lograr las metas. El psicólogo dio un repaso de las técnicas utilizadas durante la intervención y finalmente se aplicó la batería de instrumentos.

Para la IPEA-R se diseñaron ocho folletos de trabajo (véase apéndice 9), los cuales se pilotearon con ocho adolescentes, revisando que el contenido fuera claro en cada tema, que los ejercicios y tareas fueran entendibles y que lograran captar su atención, de este piloteo surgió la necesidad de utilizar un lenguaje menos técnico y tareas más simples.

Además fueron revisados por tres investigadores expertos en el tema de las adicciones, logrando que las sesiones y el orden de los folletos tuvieran una secuencia congruente y apegada al marco teórico que fundamenta la intervención. También se realizaron modificaciones de acuerdo a las observaciones y sugerencias de los jóvenes y de los expertos.

Descripción de la IMPA-R

Los programas de prevención para evitar el consumo de drogas en adolescentes que están basados en la familia han demostrado tener eficacia, ya que los jóvenes adolescentes tienen menos problemas cuando los padres o cuidadores logran tener disciplina consistente, brindan apoyo y supervisión.

La IMPA-R, es una intervención preventiva dirigida a padres o cuidadores de adolescentes escolarizados. El objetivo de la intervención es entrenar a padres de adolescentes que inician la secundaria en habilidades básicas de crianza eficaz, a través de la promoción de conductas pro sociales, disminución de conductas de riesgo, el correcto manejo de contingencias y el desarrollo de estrategias para mejorar el ambiente familiar por medio de una adecuada comunicación y un cercana supervisión de los hijos adolescentes, para lograr la meta de No consumo de drogas en esta etapa del desarrollo por la que cursan sus hijos.

La IMPA-R se aplica paralelamente a la IPEA-R. Las sesiones están estructuradas de forma que los padres puedan desarrollar habilidades de crianza eficaz, de forma práctica y breve, por lo que está conformada por dos etapas que a continuación se explican:

I. Intervención: El objetivo de esta etapa (4 sesiones) fue entrenar a los participantes en las habilidades de cada uno de los tópicos, con la intención de desarrollar prácticas de crianza eficaces para evitar el consumo de drogas en sus hijos adolescentes. Cada sesión de intervención está estructurada en tres partes:

1. Introducción

- a. Bienvenida y rapport
- b. La agenda
- c. Repaso del tema anterior

2. Desarrollo del t3pico

- a. Tema
- b. A la pr3ctica

3. Conclusi3n

- a. Resumen
- b. Tarea y cierre de la sesi3n.

II. Seguimiento: Una vez concluida la intervenci3n se tuvieron dos sesiones de seguimiento posteriores para valorar el mantenimiento de los cambios logrados; la primera fue al mes y la segunda a los tres meses de finalizada la intervenci3n. En cada sesi3n se aplicaron los instrumentos de evaluaci3n y se trabaj3 con nuevos compromisos conductuales.

El IMPA-R se compone de 4 sesiones de intervenci3n y 2 sesiones de seguimiento (v3ase figura 8). Se impartió una sesi3n cada dos semanas y cada una tuvo 60 minutos de duraci3n. Los grupos estuvieron conformados por 10 participantes. En la primera sesi3n se aplicaron los instrumentos del pre-test y en la cuarta el post-test, esto por la dificultad para que los padres puedan asistir a otra sesi3n de evaluaci3n, debido a sus trabajos y tiempo limitado. Tambi3n se firm3 el consentimiento informado y la carta compromiso.

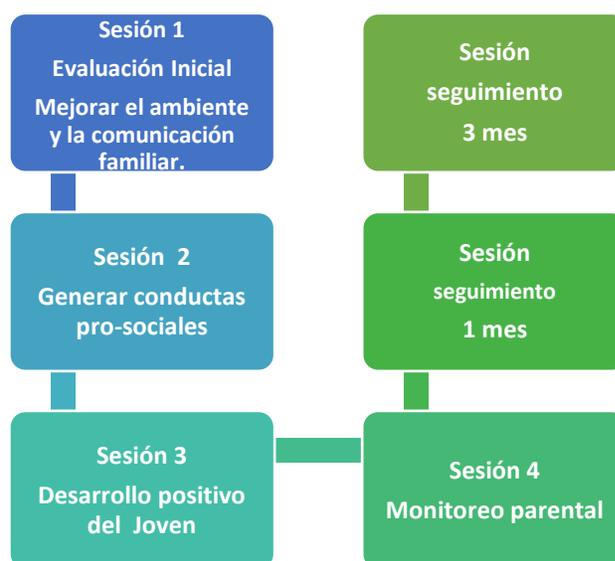


Figura 8. Esquema de la IMPA-R.

Fuente: elaboraci3n propia

A continuación se describe brevemente cada una de las sesiones que componen la IMPA-R:

Sesión 1. Mejorar el ambiente y la comunicación familiar. Los objetivos fueron:

- Realizar la evaluación inicial.
- Entrenar en estrategias para mejorar el ambiente y la comunicación familiar

En esta sesión se explicó el objetivo general de la IMPA-R, se realizó la evaluación pre intervención. El psicólogo explicó la relación entre problemas de conductas y adicciones, además aprendieron estrategias básicas de comunicación, tales como buscar el mejor momento para solucionar problemas familiares, limitar distracciones del entorno, tener un plan estructurado, escuchar con respeto, estar calmado, modular la voz, realizar preguntas y mostrar interés. También los padres pudieron encontrar un tiempo para realizar actividades lúdicas no contingentes.

Sesión 2. Generar conductas pro-sociales. El objetivo fue:

- Entrenar a los padres en estrategias para aumentar las conductas saludables y disminuir conductas de riesgo.

En esta sesión se enseñó las técnicas de refuerzo positivo y elogio para aumentar la presencia de conductas saludables. También se enseñaron las técnicas de costo de respuesta, sobre corrección e ignorar para disminuir la presencia de conductas de riesgo. Se explicó el procedimiento para la correcta aplicación de consecuencias. Además se explicó la diferencia entre los atributos de culpa y responsabilidad.

Sesión 3. Desarrollo positivo del joven. Los objetivos fueron:

- Desarrollar la habilidad de negociar con el adolescente.
- Desarrollar la habilidad de motivar al adolescente.

En esta sesión el psicólogo enseñó estrategias para aumentar la confianza y autoeficacia de los hijos. Los padres aprendieron estrategias para aumentar la motivación a través de fomentar actividades saludables, motivar el desarrollo creativo y uso de frases motivadoras. También aprendieron estrategias para negociar, enfocarse en soluciones, elegir espacios neutros de negociación y realizar convenios utilizando el principio de

Premak. Los padres entrenaron la habilidad de motivación y negociación con el adolescente por medio del modelamiento.

Sesión 4. Monitoreo parental. Los objetivos fueron:

- Lograr un adecuado monitoreo del adolescente.
- Establecer reglas claras y consistentes.
- Realizar la evaluación final.

En esta sesión los padres aprendieron las estrategias para establecer reglas y sus consecuencias, identificaron las reglas que no pueden ser negociables y comprendieron la importancia de tener un buen monitoreo de los hijos. Los padres realizaron una agenda de las actividades de sus hijos y un directorio de sus amigos. Finalmente se aplicaron los instrumentos de la evaluación final.

Sesión seguimiento 1^{er} mes y 3^{er} mes. Los objetivos fueron:

- Repasar las estrategias aprendidas.
- Analizar obstáculos y realizar planes de acción.
- Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento.

En las sesiones de seguimiento se preguntó y trajo a discusión los obstáculos presentados y las estrategias utilizadas para superar la dificultad. El psicólogo dio un repaso de las técnicas aprendidas durante la intervención y se realizó un resumen de la sesión. Los padres identificaron los recursos con los que cuentan para lograr la meta conductual. Al final se aplicaron los instrumentos de evaluación.

Para la IMPA-R se diseñaron cuatro folletos de trabajo (véase apéndice 10), los cuales fueron revisados por tres investigadores expertos en el tema de las adicciones. Se realizaron modificaciones de acuerdo a las observaciones y sugerencias de los expertos.

Fase 3: Evaluación y comparación de la IPEA-R y la IMPA-R

Estudio I. Comparación de la IPEA-R y el grupo control

Objetivo general

Evaluar la eficacia de la IPEA-R para prevenir el consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria.

Objetivos específicos

- Comparar las habilidades de rechazo del consumo de drogas en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar el nivel de impulsividad en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar la capacidad de auto-control en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar la habilidad del manejo de emociones en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar la habilidad en toma de decisiones en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar el nivel de percepción de riesgo del consumo tabaco, alcohol, mariguana, cocaína y metanfetaminas en el grupo experimental y el grupo control.
- Comparar las frecuencias en el consumo de tabaco, alcohol y mariguana en el grupo experimental y el grupo control.

Hipótesis

- Existe una diferencia significativa en la habilidad de rechazo para resistirse al consumo de drogas entre el grupo experimental y el grupo control.
- Existe una diferencia significativa en los niveles de impulsividad entre el grupo experimental y el grupo control.
- Existe una diferencia significativa en la capacidad de auto-control entre el grupo experimental y el grupo control.

- Existe una diferencia significativa en el manejo de emociones entre el grupo experimental y el grupo control.
- Existe una diferencia significativa en la autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol entre el grupo experimental y el grupo control.
- Existe una diferencia significativa en la habilidad de toma de decisiones entre el grupo experimental y el grupo control.
- Existe una diferencia significativa en la percepción de riesgo del consumo de tabaco, alcohol, mariguana, cocaína y metanfetaminas entre el grupo experimental y el grupo control.
- Existe una diferencia en las frecuencias del consumo de tabaco, alcohol y mariguana entre el grupo experimental y el grupo control.

Variables de la Investigación

Variable Independiente:

- a) IPEA-R

Variables dependientes:

- a) Habilidades de rechazo del consumo de drogas.
- b) Nivel de impulsividad.
- c) Capacidad de auto-control.
- d) Habilidad del manejo de emociones.
- e) Autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol.
- f) Habilidad en toma de decisiones.
- g) Percepción de riesgo del consumo de tabaco, alcohol, mariguana, cocaína y metanfetaminas.
- h) Frecuencia del consumo de tabaco, alcohol y mariguana.

Método

Diseño

Estudio cuasi experimental con aplicación pretest-postest y seguimiento a grupos experimentales y grupo control (véase Tabla 11).

Tabla 11

Diseño experimental del Estudio I

Grupo	Pretest	Tratamiento	Postest	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses
Experimental <i>RG₁</i>	O ₁	X ₁ IPEA-R	O ₂	O ₃	O ₄
Control <i>RG₂</i>	O ₁	_____	O ₂	O ₃	O ₄

Fuente: elaboración propia

Participantes

60 adolescentes estudiantes del primer grado de secundaria de una escuela pública en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

La población en estudio incluyó 60 estudiantes del primer grado de secundaria, 30 para el grupo experimental (*RG₁*) y 30 para el grupo control (*RG₂*). El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula de Fleiss para estudios de casos y controles no pareados en el programa estadístico Epi Info 7 para Windows. Se utilizó un nivel de confianza de 95%, un poder estadístico del 80% y un odds ratio de 4.00, obteniendo un total de 60 estudiantes.

Se utilizó un muestreo probabilístico por conglomerados. Se eligieron aleatoriamente cuatro salones de los cinco que conforman la totalidad de los grupos del primer grado de la secundaria, dos para el grupo experimental y otro dos para el grupo control. Una vez asignado a cada grupo por este método, se eligieron a 15 participantes por grupo, aquellos con mayor puntaje de riesgo según los resultados obtenidos en un tamizaje por medio de la aplicación del POSIT.

En la Tabla 12 se presentan las características sociodemográficas del grupo experimental y el grupo control.

Tabla 12

Características sociodemográficas de los participantes del EI

Variable	Grupo experimental (n = 30) n (%)	Grupo control (n = 30) n (%)
Sexo		
Masculino	13 (43.3)	13 (43.3)
Femenino	17 (56.7)	17 (56.7)
¿Con quién vives?		
Padre	1 (3.3)	1 (3.3)
Madre	5 (16.7)	5 (16.7)
Ambos	24 (80)	24 (80)
Edad	\bar{X} (DE) 12.20 (.407)	\bar{X} (DE) 12.10 (.305)

Fuente: elaboración propia

Criterios de inclusión.

- Ser estudiante del primer grado de secundaria.
- Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión.

- Estar repitiendo el grado escolar.
- Abusar o depender de alguna droga.
- Tener una condición física o psicológica que dificulte la participación durante las sesiones.

Criterios de eliminación.

- Faltar a más de dos sesiones de la IPEA-R.
- Tener conductas inapropiadas que dificulten el trabajo grupal.

Instrumentos

Para la IPEA-R, se diseñó una batería que consta de ocho escalas (véase apéndice 9). Esta batería se piloteo en cinco adolescentes, tres mujeres y dos hombres, y tardaron en promedio 35 minutos en contestarla. Hicieron algunas observaciones en el diseño para hacerla más amigable y sencilla de entender, por lo que fue necesario modificarla y

reproducirla en la menor cantidad de hojas posible. A continuación se describen cada una de las escalas que conforman la batería de evaluación para la IPEA-R:

Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. El factor “resistencia a la presión”, se refiere a la capacidad del adolescente para rechazar el consumo de alcohol cuando no quiere hacerlo aunque los amigos lo presionen para que lo haga. El instrumento consta de seis reactivos que explicaron el 47.41% de la varianza total y obtuvo un alfa de Cronbach de .77. Se contesta por medio de una escala tipo Likert que va de 1 = nunca a 4 = siempre, un reactivo es negativo y se codifica de manera inversa. En su calificación global, a mayor puntaje mayor capacidad de rechazo a la presión de los amigos. Es un instrumento validado para adolescentes mexicanos (Sánchez-Xicotencatl, Palos, Ocampo y Cedillo, 2013).

Escala de impulsividad. Mide niveles de impulsividad, validada para estudiantes adolescentes mexicanos por González-Forteza, Andrade-Palos y Jiménez Tapia (1997). Esta escala es una parte de la Escala de Riesgo de Uso de Drogas: "Drug Risk Scale" - DRS- (Climent, Aragón y Plutckick, 1989). La escala de impulsividad consta de cinco reactivos en formato de respuesta tipo Likert, para indicar con qué frecuencia el adolescente hace cosas impulsivamente: 1 = casi nunca a 4 = con mucha frecuencia; donde a mayor puntaje, mayor impulsividad. En la investigación de validación para estudiantes mexicanos la consistencia interna obtuvo un alfa de Cronbach de .70.

Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones. Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala de metaconocimiento emocional, validada para población de habla hispana. En concreto, mide las destrezas para ser conscientes de nuestras propias emociones, así como la capacidad para regularlas (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). La escala se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de 1= nada de acuerdo a 5= totalmente de acuerdo, los cuales se agrupan en las siguientes dimensiones:

Atención emocional: Se refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada. Está compuesta por ocho ítems, el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue de .90.

Claridad emocional: Esta dimensión evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales. Incluye ocho ítems, el coeficiente de fiabilidad encontrado por los autores es de .90.

Reparación emocional: Mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta. Se compone de ocho ítems, el coeficiente de fiabilidad según los autores es de .86.

Escala de Percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas. Este instrumento evalúa la opinión que tiene un individuo acerca del peligro que implica el consumir drogas. Fue validada para población de habla hispana y consta de 21 afirmaciones con respuesta que van del 1= ningún riesgo a 4= gran riesgo. El índice de confiabilidad para la escala completa tiene un Alfa de Cronbach de 0.77 (Jessor, Van Den Boss, Vanderryn, Costa y Turbin, 1995).

Escala de autoeficacia en adolescentes para resistir el consumo de tabaco y alcohol. La escala está dividida en dos secciones una para el consumo tabaco y otra para el consumo de alcohol, cada sección contiene nueve reactivos que se responde con una escala tipo Likert que va de 1= nada de confianza a 5= bastante confianza. La escala fue adaptada del Cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Graham (1987) y adaptada a población mexicana. El instrumento mide la confianza para decir no al consumo de tabaco y alcohol en diferentes situaciones de tentación. Fue adaptado culturalmente por profesores de la línea de investigación de adicciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Alonso, Esparza y Martínez, 2004). La consistencia interna obtenida en estudiantes de secundaria pública y privada fue Alpha de Cronbach de .96.

Cuestionario de auto-control. Cuestionario de Autocontrol (AC) de Rosenbaum, traducido y adaptado para población de habla hispana por Capafóns y Barreto (1989). Evalúa la competencia aprendida o habilidades para controlar los efectos intervinientes de los eventos internos (tales como emociones y dolor o pensamientos no deseados) que afectan a la ejecución de la conducta. Consta de 36 ítems, respecto a los cuales el sujeto debe indicar el grado en que le describen o caracterizan de acuerdo con una escala tipo Likert del 1 al 6. El instrumento alcanzó un coeficiente de fiabilidad de 0.82.

Escala para la evaluación de toma de decisiones. Esta escala evalúa la percepción de los adolescentes sobre su propia habilidad para la planificación y la toma de decisiones, es una adaptación de la subescala Decision making/Problem solving del Life-skills Development Scale de Darden, Ginter y Gazda (1996) y validada en población de habla hispana. Se ha depurado la sub-escala para quedarse con 8 de los 15 ítems originales, que deben ser puntados en una escala de Likert que va de 1= totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo. En lo que se refiere a la fiabilidad de la escala, se obtuvo un índice alfa de Cronbach de .89.

Procedimiento

Para realizar este estudio fue necesario llevar a cabo algunas actividades que se describen a continuación.

Capacitación de los Interventores. Se capacito a tres psicólogas, dos de ellas fueron las responsables de la aplicación de la intervención y cada una trabajó con un grupo de 15 estudiantes, la tercera psicóloga fungió como ayudante de las dos responsables. Las tres son mujeres entre 23 y 33 años de edad, dos con licenciatura en psicología y una con maestría en psicología de la salud, ninguna de ellas tenía experiencia en adicciones.

Cada una de ellas recibió una capacitación de 8 horas, donde se explicó el marco teórico, el objetivo de la intervención, su estructura didáctica, los ejercicios y tareas, así como el uso de cada uno de los folletos. También se les entrego a las psicólogas una lista cotejable por cada sesión de trabajo, para que pudieran llevarlas a cabo de manera sistemática. Las primeras sesiones de la intervención fueron videograbadas, con el objetivo de realizar observaciones y retroalimentar a las psicólogas.

Autorización de la autoridad escolar. Se concertó una cita con el subdirector de la escuela secundaria a quien se le presentó el proyecto de investigación, enfatizando las ventajas para sus alumnos y una vez aceptado se programaron las fechas de intervención. Los días en los que se trabajó con los alumnos cambiaban semana a semana para no interrumpir en demasía su programación académica y así no restar tiempos a una sola materia. Por otro lado, se acordó que las sesiones deberían tener una duración de 50 minutos al igual que las materias que cursan en la secundaria. El investigador se

comprometió a entregar un reporte de los resultados de la investigación al final del proyecto y aplicar la intervención al grupo control en lista de espera.

Aplicación de la intervención. Esta escuela secundaria cuenta con cinco grupos del primer grado. De estos se eligió aleatoriamente a cuatro, dos serían los participantes del grupo experimental y los otros dos para el grupo control. Se consideró para su selección a los 15 jóvenes de cada salón que tuvieran mayores riesgos psicosocial, según los resultados del POSIT y que hayan firmado el consentimiento informado junto con sus padres.

Una vez que se constituyeron los grupos y se asignaron a cada una de las psicólogas que realizaron la intervención, el subdirector de la escuela asignó un aula específica para trabajar. Cada semana la psicología tenía que ir al salón, sacar a los 15 participantes y llevarlos al aula asignada mientras que otra persona se quedaría dando una charla de diferentes temas que podrían ser interesantes para ellos al resto de los alumnos.

La intervención se realizó en un periodo de tres meses, sin considerar los seguimientos.

Es importante mencionar que en un primer momento se tenía pensado tener cuatro grupos para el experimento: 1) jóvenes a quienes se le aplicaría la IPEA-R, 2) jóvenes a quien se les aplicaría la IPEA-R y además se trabajaría con sus padres o cuidadores por medio de la IMPA-R, 3) padres de jóvenes a quienes se les aplicaría solamente la IMPA-R y 4) jóvenes para el grupo control y en lista de espera. Sin embargo esto no fue posible debido a la falta de participación de los padres.

En una sesión de información y entrega de calificaciones se invitó a los padres a participar en el proyecto, se les explicó las ventajas que sus hijos y ellos tendrían con la intervención, parecían interesados, pero a la primera sesión solo acudieron dos participantes. En un segundo intento se les volvió a convocar y acordaron dos horarios posibles para asistir, o muy temprano a las 7:00 am o lo más tarde posible a las 7:00 pm, ya que refirieron que el horario era un obstáculo para que pudieran participar, además se realizaron llamadas telefónicas para recordar el inicio de la sesión y en esta ocasión acudieron solo tres padres de los 20 convocados. En un tercer intento se les volvió a llamar,

se les ofreció un kit de libros para regalar y un desayuno en cada sesión, sin embargo tampoco rindió frutos, en este intento acudieron dos padres.

Debido a las dificultades referidas en el párrafo anterior se decidió que se aplicaría la IPEA-R en dos salones de 15 jóvenes cada uno, atendidos por cada una de la psicólogas y conformando el grupo experimental con un total de 30 participantes. Los otros dos salones serían para conformar el grupo control y en lista de espera con otros 30 participantes.

Análisis Estadístico

Para dar respuesta a las preguntas de investigación relacionadas con la eficacia de la variable independiente (IPEA-R) sobre las variables dependientes, se realizó un análisis de comparación con pares de todas las mediciones. También se realizó un análisis de varianzas mixto para identificar si existe alguna diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS para Windows.

Con el empleo de la prueba F se puede realizar una comparación general que nos permite identificar si existe alguna diferencia significativa entre las medias de los grupos, para lograr este análisis estadístico deben cumplirse los supuestos de normalidad y homogeneidad, además de esfericidad entre los grupos (Field, 2009; Pagano, 2011).

Por otro lado se realizaron pruebas del tamaño del efecto para ANOVA mixto por medio del valor eta cuadrado parcial (η^2_p). Los valores de referencia para el tamaño del efecto del η^2_p son: 1) tamaño pequeño = .01; 2) tamaño mediano = .06; 3) tamaño grande = .14 (Cárdenas y Arancibia, 2014; Castillo-Blanco y Alegre, 2015).

Consideraciones éticas

Esta investigación se consideró de riesgo mínimo ya que sólo se utilizaron variables de índole psicológica. Antes de ser incluido en la investigación, cada participante otorgó el consentimiento informado. Al finalizar la investigación también los adolescentes del grupo control recibieron la IPEA-R.

Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos al finalizar la intervención tanto en el grupo experimental, como en el grupo control y en relación a cada una de las variables de estudio.

En cada una de las siguientes tablas se muestran las medias y desviaciones estándar de los grupos en estudio. También se señala el valor de F del ANOVA mixto, así como su nivel de significancia y además se muestra el tamaño del efecto a través del valor eta cuadrado parcial (η^2_p). Finalmente en el texto se describen las diferencias significativas entre las mediciones de cada grupo de estudio por medio del análisis de la comparación por pares.

Es importante señalar que para cada variable que no cumplió con el supuesto de esfericidad en la prueba de Mauchly, se realizó la corrección de los grados de libertad con la estimación de esfericidad de Greenhouse-Geisser, siendo esta la más conservadora.

En la tabla 13 se puede observar que en relación a la variable habilidad de rechazo y con base en el análisis de la varianzas mixtas se muestra un efecto principal significativo de la intervención sobre la variable dependiente ($F [1, 58] = 10.97, p = .002, \eta^2_p = .159$), el tamaño del efecto obtenido por el valor de eta cuadrado parcial mostró un tamaño del efecto grande.

En relación a la comparación de las medias por pares se observa que en el grupo experimental existe diferencia significativa entre la medición pretest y la posttest de la variable habilidad de rechazo, mostrando un aumento en dicha habilidad, cambio que se mantuvo en los dos seguimientos. En el grupo control no se encontraron diferencias entre las mediciones.

Tabla 13

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable habilidad de rechazo en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2_p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	20.97 (3.36)	23.47 (1.22)	23.67 (0.75)	23.30 (1.34)	F 10.97 p = .002	.159
Control	21.20 (2.17)	21.30 (2.50)	21.27 (2.25)	20.90 (2.57)		

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la variable impulsividad (véase Tabla 14) no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F [1, 58] = .053, p = .818, \eta^2p = .001$).

Por su lado en la comparación por pares del grupo experimental se reportó una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y posttest de la variable impulsividad, no así en entre el pretest y el primer seguimiento y sí entre el pretest y el segundo seguimiento, lo cual significa que al final de los seguimientos hubo una disminución de la impulsividad reportada en el grupo experimental. En el grupo control no se reportaron diferencias entre las mediciones.

Tabla 14

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable impulsividad en EI

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	10.73 (3.02)	9.47 (3.19)	9.67 (3.11)	9.13 (2.70)	F .053 p = .818	.001
Control	10.10 (1.88)	9.93 (1.83)	9.67 (2.80)	9.87 (1.83)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 15 se muestra que en el análisis inter-sujetos de la variable auto-control existe un efecto principal significativo ($F [1, 58] = 7.58, p = .008, \eta^2p = .116$), con un tamaño del efecto grande.

También en la comparación por pares del grupo experimental se observa que en la variable auto-control existen diferencias significativas entre la medición pretest y el resto de las mediciones, logrando en el grupo experimental un aumento en la capacidad de auto-control. En el grupo control se encontró diferencias significativas negativas entre la medición pretest y los seguimientos de la variable mencionada, lo cual indica una menor capacidad de auto-control.

Tabla 15

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable auto-control en EI

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	139.93 (23.53)	161.07 (22.96)	157.27 (20.90)	154.87 (21.24)	F 7.58 p = .008	.116
Control	152.57 (23.64)	150.23 (19.45)	128.43 (30.79)	122.73 (22.94)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 16 se puede observar que en la variable atención emocional y con base en el análisis de la varianzas no existe un efecto principal significativo de la intervención sobre la variable dependiente ($F [1, 58] = .014, p = .906, \eta^2p = .0002$).

En la comparación de las medias por pares se observa que en el grupo experimental existe diferencia significativa entre la medición pretest y la posttest de la variable atención emocional, sin embargo esa diferencias no se mantuvo en los seguimientos. En el grupo control no se encontraron diferencias entre las mediciones.

Tabla 16

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable atención emocional en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	27.47 (4.95)	31.00 (5.52)	29.67 (6.01)	25.73 (2.44)	F .014	.0002
Control	28.50 (5.92)	28.40 (5.33)	27.87 (5.30)	28.53 (5.29)	p = .906	

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la variable claridad emocional (véase Tabla 17) se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F [1, 58] = 9.96, p = .003, \eta^2p = .147$), con tamaño del efecto grande.

En el análisis por pares del grupo experimental se reportó una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y posttest de la variable claridad emocional, diferencia que se mantuvo en el primer seguimiento y mejoró en el segundo seguimiento. En el grupo control no se reportaron diferencias entre las mediciones.

Tabla 17

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable claridad emocional en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	26.80 (5.86)	30.57 (4.57)	30.53 (5.11)	32.90 (4.27)	F 9.96	.147
Control	27.03 (4.90)	26.93 (3.85)	27.27 (4.08)	26.97 (3.81)	p = .003	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 18 se observa que en el análisis inter-sujetos de la variable reparación emocional existe un efecto principal significativo ($F [1, 58] = 5.32, p = .025, \eta^2p = .084$), con un tamaño del efecto mediano.

También en la comparación por pares del grupo experimental se observa que en la variable reparación emocional existen diferencias significativas entre la medición pretest y el resto de las mediciones, logrando en el grupo experimental un aumento en la habilidad de reparar emociones negativas. En el grupo control no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 18

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable reparación emocional en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	28.03 (4.84)	30.83 (6.15)	30.43 (6.42)	32.33 (5.23)	F 5.32 p = .025	.084
Control	28.73 (6.12)	27.33 (5.60)	26.67 (6.47)	26.47 (5.00)		

Fuente: elaboración propia

Respecto a la tabla 19 se puede observar que en relación a la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y con base en el análisis de la varianzas no existe un efecto principal significativo de la intervención sobre la variable dependiente ($F [1, 58] = 1.51, p = .224, \eta^2p = .025$).

En el análisis de las medias por pares se observa que en el grupo experimental existe diferencia significativa entre la medición pretest y el resto de las mediciones de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco. En el grupo control se encontró diferencias negativas entre el pretest y el segundo seguimiento, lo que significa que al final de los seguimientos los participantes reportaron menor autoeficacia para resistir el consumo de tabaco.

Tabla 19

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	39.60 (5.28)	42.93 (3.59)	43.27 (3.01)	43.10 (2.90)	F 1.51 p = .224	.025
Control	42.97 (2.98)	42.93 (4.59)	43.10 (2.90)	39.37 (6.73)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 20 se reporta que en relación a la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol no existe un efecto principal significativo de la intervención ($F [1, 58] = .974, p = .328, \eta^2p = .017$).

En relación a la comparación de las medias por pares se observa que en el grupo experimental existe una diferencia significativa entre la medición pretest y el resto de las mediciones de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol, lo que se traduce en una mayor autoeficacia. Por otro lado, en el grupo control se encontraron diferencias negativas entre el pretest y los seguimientos, lo que significa que al final de los seguimientos los participantes reportaron menor autoeficacia para resistir el consumo de alcohol.

Tabla 20

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	39.13 (5.08)	41.87 (4.87)	42.53 (4.19)	42.73 (3.70)	F .974 p = .328	.017
Control	43.17 (3.11)	40.73 (6.53)	38.50 (7.88)	39.00 (7.00)		

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la variable toma de decisiones (véase Tabla 21) no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F [1, 58] = 1.14, p = .290, \eta^2p = .019$).

En la comparación por pares del grupo experimental se reportó una diferencia estadísticamente significativa solo entre la medición pretest y el segundo seguimiento. En el grupo control no se reportaron diferencias entre las mediciones.

Tabla 21

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable toma de decisiones en EI

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Experimental	43.73 (7.88)	46.90 (7.36)	46.33 (7.75)	47.17 (7.63)	F 1.14 p = .290	.019
Control	44.77 (9.02)	44.20 (8.75)	43.37 (7.89)	43.87 (8.02)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 22 se reporta que en relación a las variables percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco existe un efecto principal significativo de la intervención ($F [1, 58] = 20.04, p = .00003, \eta^2p = .257$), con un tamaño del efecto grande. También se reportaron diferencias significativas en la percepción de riesgo del alcohol ($F [1, 58] = 19.61, p = .00004, \eta^2p = .253$), marihuana ($F [1, 58] = 26.26, p = .000004, \eta^2p = .312$), cocaína ($F [1, 58] = 15.09, p = .0002, \eta^2p = .207$) y metanfetaminas ($F [1, 58] = 21.36, p = .00002, \eta^2p = .269$), todas con un tamaño de efecto grande.

Por su lado en la comparación por pares del grupo experimental se reportó una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y el resto de las mediciones en la percepción de riesgo de todas las drogas referidas. En cuanto al grupo control no se reportaron diferencias entre las mediciones en tabaco, alcohol, cocaína y anfetaminas, solo se reportó una diferencia significativa negativa en la marihuana, lo que nos indica una disminución de la percepción de riesgo para esta droga en los participantes.

Tabla 22

Prueba de los efectos inter-sujetos de las variables percepción de riesgo del tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetamina en EI

Sustancia	Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
		\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Tabaco	Exp	7.13 (1.10)	7.87 (0.43)	7.63 (0.61)	7.87 (0.43)	F 20.04 p = .00003	.257
	Control	6.30 (1.62)	6.50 (1.45)	6.40 (1.54)	6.20 (1.54)		
Alcohol	Exp	10.73 (1.99)	11.63 (0.89)	11.53 (0.90)	11.90 (0.30)	F 19.61 p = 00004	.253
	Control	10.03 (1.90)	9.63 (2.15)	9.67 (2.13)	9.33 (2.23)		
Marihuana	Exp	6.60 (1.47)	7.73 (0.58)	7.70 (0.46)	7.77 (0.43)	F 26.26 p = .000004	.312
	Control	6.20 (1.60)	5.80 (1.97)	5.33 (2.07)	4.97 (2.23)		
Cocaína	Exp	7.40 (0.96)	7.90 (0.30)	7.77 (0.50)	8.00 (0.00)	F 15.09 p = .0002	.207
	Control	6.87 (1.04)	7.03 (1.09)	7.13 (1.07)	6.97 (1.15)		
Metanfeta mina	Exp	7.13 (1.30)	7.93 (0.25)	7.80 (0.48)	8.00 (0.00)	F 21.36 p = .00002	.269
	Control	6.70 (1.14)	6.63 (1.32)	6.67 (1.29)	6.57 (1.40)		

Fuente: elaboración propia

Finalmente en cuanto a las frecuencias del consumo de alcohol (véase figura 9), se observa que en el grupo experimental hubo una disminución del consumo, mientras que en el grupo control se muestra un aumento.

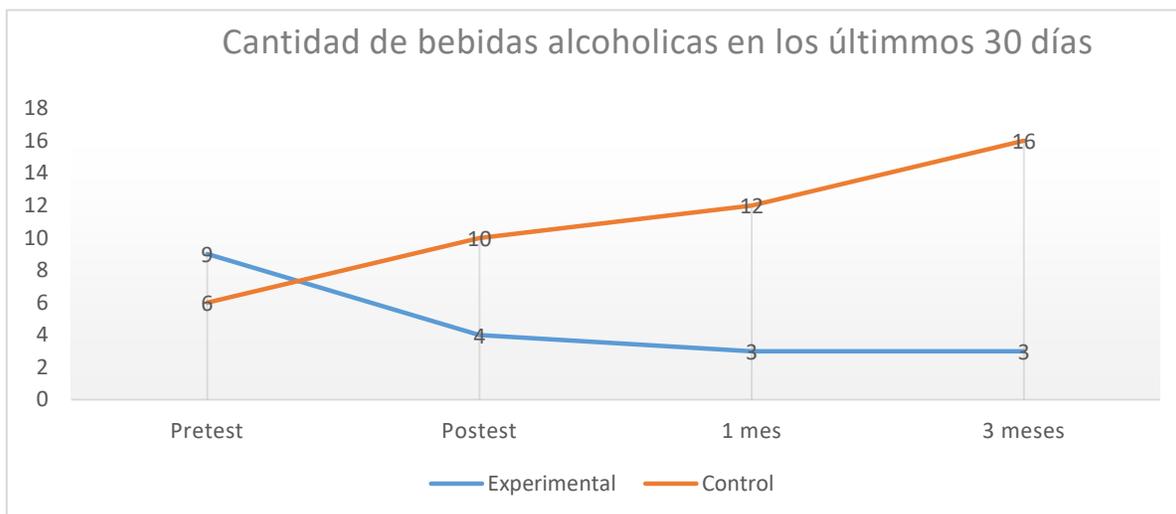


Figura 9. Consumo de alcohol en los últimos 30 días en EI

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las frecuencias del consumo de tabaco (véase figura 10), se observa un mayor consumo en el grupo control en comparación al grupo experimental.

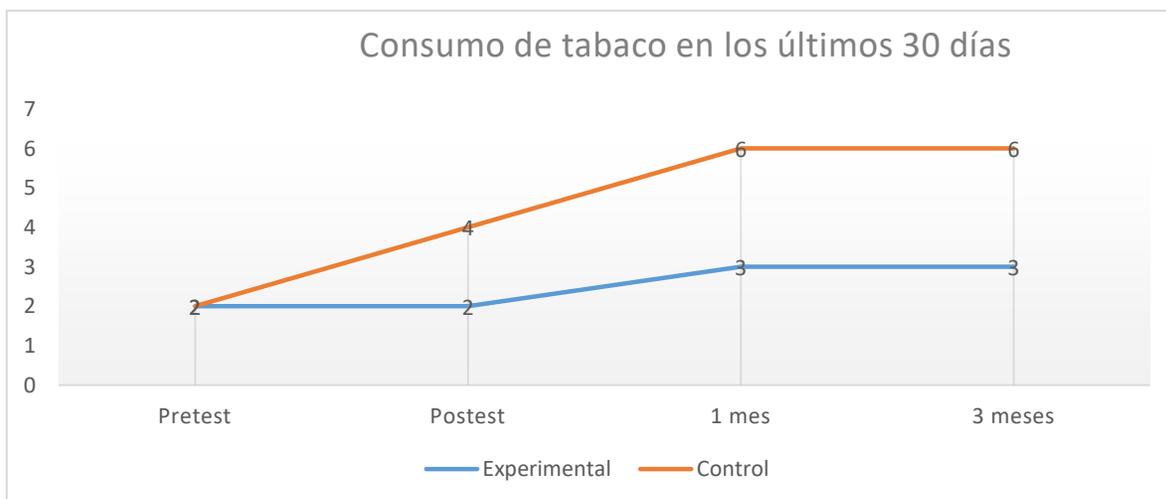


Figura 10. Consumo de tabaco en los últimos 30 días en EI

Fuente: elaboración propia

Referente al consumo de marihuana no se reportó consumo en alguno de los participantes, ni antes ni después de las intervenciones.

Estudio II. Comparación de la IPEA-R y la IPEA-R + IMPA-R

Objetivo general

Comparar la eficacia de dos programas preventivos para evitar el consumo de drogas en adolescentes, el IPEA-R y el IPEA-R + IMPA-R

Objetivos específicos

- Comparar la habilidad de rechazo del consumo de drogas en los dos grupos experimentales.
- Comparar el nivel de impulsividad en los dos grupos experimentales.
- Comparar la capacidad de auto-control en los dos grupos experimentales.
- Comparar la habilidad del manejo de emociones en los dos grupos experimentales.
- Comparar el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol en los dos grupos experimentales.
- Comparar la habilidad en toma de decisiones en los dos grupos experimentales.
- Comparar el ambiente familiar en los dos grupos experimentales.
- Comparar el nivel de percepción de riesgo del consumo tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas en los dos grupos experimentales.
- Comparar las frecuencias en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana en los dos grupos experimentales.

Hipótesis

- Existe una diferencia significativa en la habilidad de rechazo para resistirse al consumo de drogas entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia significativa en los niveles de impulsividad entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia significativa en la capacidad de auto-control entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia significativa en el manejo de emociones entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia significativa en la autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol entre los dos grupos experimentales.

- Existe una diferencia significativa en la habilidad de toma de decisiones entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia significativa en el ambiente familiar entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia significativa en la percepción de riesgo del consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas entre los dos grupos experimentales.
- Existe una diferencia en las frecuencias del consumo de tabaco, alcohol y marihuana entre los dos grupos experimentales.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- IPEA-R
- IPEA-R + IMPA-R

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Habilidades de rechazo del consumo de drogas.
- Nivel de impulsividad.
- Capacidad de auto-control.
- Habilidades del manejo de emociones.
- Autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol.
- Habilidad en toma de decisiones.
- Ambiente familiar.
- Percepción de riesgo del consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas.
- Frecuencia del consumo de tabaco, alcohol y marihuana.

Método

Diseño

Estudio cuasi experimental con aplicación pretest-posttest y seguimiento a dos grupos experimentales (véase Tabla 23).

Tabla 23

Diseño experimental del Estudio II

Grupo	Pretest	Tratamiento	Posttest	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses
Experimental 1 <i>RG₁</i>	O ₁	X ₁ IPEA-R	O ₂	O ₃	O ₄
Experimental 2 <i>RG₂</i>	O ₁	X ₂ IPEA-R + IMPA-R	O ₂	O ₃	O ₄

Fuente: elaboración propia

Participantes

La población en estudio incluyó 25 estudiantes del primer grado de secundaria y 10 padres de familia, 15 estudiantes para el grupo experimental (*RG₁*) y 10 estudiantes y sus padres para el grupo experimental (*RG₂*). Los participantes fueron estudiantes del primer grado de secundaria de una escuela privada en la ciudad de Zapopan, Jalisco.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La escuela tiene dos salones de clases y se asignaron a los grupos experimentales considerando las observaciones de la directora de la secundaria y en función del grupo donde los padres fueran más participativos, para así asignarlos al grupo experimental *RG₂*, donde se aplicaría la IPEA-R + la IMPA-R.

Cada salón de clases estaba conformado por 17 estudiantes, del grupo experimental *RG₁* no se incluyó para el análisis a una chica que tiene retraso mental moderado y se eliminó a otro que faltó a más de tres sesiones, quedando 15 participantes. Para el grupo experimental *RG₂* no se incluyó a un chico con sordera y otros seis estudiantes fueron eliminados debido a que sus padres no asistieron a la primera sesión de la IMPA-R, quedando así 10 participantes.

Tabla 24

Características sociodemográficas de los participantes del EII

Variable	Grupo IPEA (n = 15) n (%)	Grupo IPEA+IMPA (n = 10) n (%)
Sexo		
Masculino	10 (66.7)	5 (50)
Femenino	5 (33.3)	5 (50)
¿Con quién vives?		
Padre	0 (0)	0 (0)
Madre	1 (6.7)	0 (0)
Ambos	14 (93.3)	10 (100)
Edad	\bar{X} (DE) 12.20 (.414)	\bar{X} (DE) 12.10 (.316)

Fuente: elaboración propia

Criterios de inclusión.

- Ser estudiante del primer grado de secundaria.
- Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión.

- Estar repitiendo el grado escolar.
- Abusar o depender de alguna droga.
- Tener una condición física o psicológica que dificulte la participación en las sesiones.

Criterios de eliminación.

- Faltar a más de dos sesiones de la IPEA-R.
- Que los padres no asistan a alguna sesión de la IMPA-R.
- Tener conductas inapropiadas que dificulten el trabajo grupal.

Instrumentos

Las escalas utilizadas para los adolescentes fueron:

- Escala de rechazo de la presión.
- Escala de impulsividad.

- Cuestionario de auto-control.
- Escala para emociones.
- Autoeficacia para resistir el consumo de tabaco y alcohol.
- Escala para la evaluación de toma de decisiones.
- Escala de percepción de riesgo asociado al consumo.

Las propiedades psicométricas y niveles de valides de esta escalas ya fueron referidas en el apartado Instrumentos del estudio I. Para este estudio también se incluyó la escala de ambiente familiar que se describe a continuación:

Escala de ambiente familiar. El instrumento fue validado en México (Villatoro et al., 1997) en 793 adolescentes de secundaria y preparatoria. Los resultados de confiabilidad obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.95 para la escala total. La confiabilidad de cada una de sus dimensiones fueron altas, para hostilidad y rechazo 0.79, para comunicación de los padres 0.84, para comunicación del hijo 0.88, para el apoyo de los padres fue de 0.83 y para el apoyo de los hijos 0.71. La escala consta de 18 ítems, de los cuales el sujeto debe indicar la forma en que se relaciona con sus padres, de acuerdo con una escala tipo Likert que va del 1 al 4.

Procedimiento

Para realizar este estudio fue necesario llevar a cabo algunas actividades que se describen a continuación.

Autorización de la autoridad escolar. Primeramente se concertó una cita con la directora de la escuela secundaria a quien se le presentó el proyecto de investigación, enfatizando las ventajas para sus alumnos y padres de familia. Una vez aceptado el proyecto, se programaron las fechas de intervención. En esta escuela se trabajó con los alumnos los mismos días de la semana tomando el tiempo de una clase llamada tutoría. Por otro lado se acordó que las sesiones deberían tener una duración de 50 minutos. El investigador se comprometió a entregar un reporte de los resultados de la investigación al final del proyecto.

Proceso de selección de los participantes. Como ya se mencionó, se eligieron los grupos de acuerdo a la sugerencia de la directora. En este estudio se trabajó con la totalidad

de los alumnos de cada salón, pero se consideró para su análisis estadístico solo a quienes cumplieran con los criterios de inclusión.

En cuanto a la participación convocatoria de los padres para formar el grupo experimental RG_2 , se realizó una primera convocatoria para informar sobre el proyecto y sus beneficios e invitarlos a participar, a esta reunión acudieron tres madres. Una segunda convocatoria se realizó por medio de una aplicación llamada Control School, a esta segunda reunión acudieron otras tres madres. Finalmente se realizó una última convocatoria, en esta ocasión la directora entregó a los padres invitación impresa en el momento en que las madres o padres recogían a sus hijos a la salida de la escuela. Al final acudieron 10 de los 17 padres de familia.

Aplicación de la intervención. Las intervenciones fueron aplicadas por las mismas psicólogas del estudio I, a quienes se capacitó previamente. Cada una de las psicólogas recibió una capacitación de 8 horas, donde se explicó el marco teórico, el objetivo de la intervención, su estructura didáctica, los ejercicios y tareas, así como el uso de cada uno de los folletos. También se les entregó a las psicólogas una lista cotejable por cada sesión de trabajo, para que pudieran llevarlas a cabo de manera sistemática. Las primeras sesiones de la intervención fueron videograbadas, para realizar observaciones y retroalimentar a las psicólogas interventoras.

Se trabajó en cada una de las aulas de los grupos. Los padres fueron convocados una vez cada quince días a las 8:00 am., se trabajó con ellos en el aula de usos múltiples, la duración de cada sesión fue de 60 minutos. Las intervenciones se realizaron en un periodo de diez semanas (sin considerar los seguimientos), en una ocasión la directora canceló la actividad debido a la programación de exámenes.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis de varianzas mixto para identificar si existe alguna diferencia significativa entre los grupos experimentales, para lo cual se utilizó el programa SPSS para Windows.

Con el empleo de la prueba F se puede realizar una comparación general que nos permite identificar si existe alguna diferencia significativa entre las medias de los grupos,

para lograr este análisis estadístico deben cumplirse los supuestos de normalidad y homogeneidad, además de esfericidad entre los grupos (Field, 2009; Pagano, 2011).

Por otro lado se realizaron pruebas del tamaño del efecto para ANOVA mixto por medio del valor eta cuadrado parcial (η^2_p). Los valores de referencia para el tamaño del efecto del η^2_p son: 1) tamaño pequeño = .01; 2) tamaño mediano = .06; 3) tamaño grande = .14 (Cárdenas y Arancibia, 2014; Castillo-Blanco y Alegre, 2015).

Consideraciones éticas

Esta investigación se consideró de riesgo mínimo ya que sólo se utilizaron variables de índole psicológica. Antes de ser incluido a la investigación, cada participante otorgó el consentimiento informado.

Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos al finalizar la intervención en los dos grupos experimentales. En cada una de las siguientes tablas se muestran las medias y desviaciones estándar de los grupos en estudio. También se señala el valor de F del ANOVA mixto, así como su nivel de significancia y además se muestra el tamaño del efecto a través del valor η^2_p . Finalmente en el texto se describen las diferencias significativas entre las mediciones de cada grupo en estudio por medio del análisis de la comparación por pares.

Es importante señalar que al igual que en el estudio I, para cada variable que no cumplió con el supuesto de esfericidad en la prueba de Mauchly, se realizó la corrección de los grados de libertad con la estimación de esfericidad de Greenhouse-Geisser, siendo esta la más conservadora.

En la tabla 25 se puede observar que en relación a la variable habilidad de rechazo y con base en el análisis de la varianzas mixtas no existe un efecto principal significativo ($F [1, 23] = 0.882, p = .357, \eta^2_p = .037$) entre las dos intervenciones.

Por otro lado en relación a la comparación de las medias por pares se observa que tanto en el grupo IPEA como en el IPEA+IMPA existe diferencia significativa entre la

medición pretest y el resto de las mediciones, mostrando un aumento en dicha habilidad en los participantes, cambio que se mantuvo en los dos seguimientos.

Tabla 25

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable habilidad de rechazo en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	21.53 (3.09)	23.27 (1.79)	23.67 (0.72)	23.53 (0.99)	F 0.882 p = .357	.037
IPEA+IMPA	21.90 (1.66)	24.00 (0.00)	24.00 (0.00)	24.00 (0.00)		

Fuente: elaboración propia

En relación a la variable impulsividad (véase Tabla 26) no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F [1, 23] = 2.37, p = .137, \eta^2p = .093$).

En la comparación por pares en el grupo IPEA no se mostraron diferencias significativas entre las mediciones. En el grupo IPEA+IMPA se reportaron diferencias significativas entre el pretest y el resto de las mediciones, lo cual significa que al final de los seguimientos hubo una disminución de la impulsividad reportada en este grupo en estudio.

Tabla 26

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable impulsividad en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	10 (2.29)	9.73 (2.08)	9.20 (2.00)	9.20 (1.85)	F 2.37 p = .137	.093
IPEA+IMPA	9.40 (1.57)	8.20 (1.39)	8.30 (1.25)	7.90 (1.28)		

Fuente: elaboración propia

Por otro lado en la Tabla 27 se muestra que en el análisis inter-sujetos de la variable auto-control no existe un efecto principal significativo entre los grupos en estudio ($F [1, 23] = .038, p = .846, \eta^2p = .002$).

En el análisis por pares se observa que en la variable auto-control, los dos grupos en estudio mostraron diferencias significativas entre la medición pretest y el resto de las mediciones, lo que significa un aumento en la capacidad de auto-control de los participantes.

Tabla 27

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable auto-control en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	148.53 (23.40)	163.33 (17.98)	170.07 (17.16)	176.00 (14.41)	F .038	.002
IPEA+IMPA	141.10 (12.21)	161.40 (15.73)	171.70 (14.78)	188.30 (6.51)	p = .846	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 28 se puede observar que en relación a la variable atención emocional y con base en el análisis de la varianzas no existe un efecto principal significativo de la intervención sobre la variable dependiente ($F [1, 23] = .095$, $p = .761$, $\eta^2p = .004$).

En cuanto a la comparación de las medias por pares se observa que en el grupo IPEA existe diferencia significativa entre la medición pretest y la postest de la variable atención emocional, sin embargo esa diferencia no se mantuvo en los seguimientos. En el grupo IPEA+IMPA se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la medición pretest y el resto de las mediciones.

Tabla 28

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable atención emocional en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	25.93 (7.52)	29.27 (6.55)	28.27 (5.32)	28.13 (5.19)	F .095	.004
IPEA+IMPA	24.70 (7.83)	29.30 (5.85)	30.20 (4.02)	30.20 (4.05)	p = .761	

Fuente: elaboración propia

En la variable claridad emocional (véase Tabla 29) se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F [1, 23] = 20.06$, $p = .0001$, $\eta^2p = .466$), con un tamaño del efecto grande.

En la comparación por pares se observa que tanto en el grupo IPEA como en el IPEA+IMPA existe diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y el resto de las mediciones, cambio que se mantuvo en los dos seguimientos.

Tabla 29

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable claridad emocional en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	22.67 (5.39)	26.80 (6.02)	27.73 (4.21)	28.87 (3.06)	F 20.06 p = .0001	.466
IPEA+IMPA	29.10 (6.83)	35.70 (5.05)	36.30 (3.88)	36.80 (3.61)		

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 30 se observa que en el análisis inter-sujetos de la variable reparación emocional existe un efecto principal significativo ($F [1, 23] = 12.86, p = .002, \eta^2p = .359$), con un tamaño del efecto grande.

Por su lado la comparación por pares en el grupo IPEA arroja que en la variable reparación emocional no existen diferencias significativas entre la medición pretest y la postest, pero si se reporta diferencias entre la medición pretest y los dos seguimientos, logrando en este grupo un aumento en la habilidad de reparar emociones negativas. Por otro lado en el grupo IPEA+IMPA se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medición pretest y el resto de las mediciones, es decir, los cambios se mantienen durante todas las mediciones.

Tabla 30

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable reparación emocional en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	26.73 (7.50)	29.87 (5.93)	31.80 (4.42)	33.33 (3.59)	F 12.86 p = .002	.359
IPEA+IMPA	31.30 (6.14)	37.70 (3.74)	38.50 (2.32)	39.10 (1.19)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 31 se puede observar que en relación a la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y con base en el análisis de la varianzas no existe un efecto principal significativo ($F [1, 23] = 1.12, p = .299, \eta^2p = .047$).

En relación a la comparación de las medias por pares se observa que tanto en el grupo IPEA y el IPEA+IMPA existen diferencias significativas entre la medición pretest y el resto de las mediciones de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco.

Tabla 31

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	41.40 (4.80)	44.13 (1.55)	44.67 (0.90)	44.67 (0.90)	F 1.12 p = .299	.047
IPEA+IMPA	39.80 (5.39)	43.30 (2.45)	43.70 (2.79)	43.90 (2.23)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 32 se reporta que en relación a la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol no existe un efecto principal significativo de las intervenciones ($F [1, 23] = .083, p = .776, \eta^2p = .004$).

En cuanto al análisis de las medias por pares se observa que tanto en el grupo IPEA y el IPEA+IMPA existen diferencias significativas entre la media del pretest y las medias de los seguimientos, lo que significa que al final de los seguimientos los participantes reportaron mayor autoeficacia para resistir el consumo de alcohol.

Tabla 32

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol en EII

Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	40.53 (6.25)	42.00 (4.94)	43.93 (2.43)	44.20 (2.14)	F .083 p = .776	.004
IPEA+IMPA	40.80 (5.51)	43.20 (3.79)	43.80 (1.98)	44.50 (1.08)		

Fuente: elaboración propia

En la variable toma de decisiones (véase Tabla 33) no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($F [1, 23] = .330, p = .571, \eta^2p = .014$).

En el análisis por pares se observa que en el grupo IPEA existe una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y los dos seguimientos. Por otro lado en el grupo IPEA+IMPA existen diferencias significativas entre la medición del pretest y el resto de las mediciones, lo que significa que al final de la intervención los participantes reportaron mayor autoeficacia para resistir el consumo de alcohol.

Tabla 33

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable toma de decisiones en EII

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	47.60 (7.54)	51.73 (3.61)	53.93 (2.25)	54.40 (1.40)	F .330 p = .571	.014
IPEA+IMPA	46.30 (8.04)	54.60 (2.22)	55.10 (2.84)	54.60 (1.95)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 34 se reporta que la variable comunicación del hijo existe un efecto principal estadísticamente significativo ($F [1, 23] = 5.92$, $p = .023$, $\eta^2p = .205$), con un tamaño del efecto grande.

En la comparación por pares se muestra que en el grupo IPEA+IMPA existen diferencias significativas entre la media del pretest y el resto de las medidas. En cambio en el grupo donde solo se aplicó la IPEA no se reportaron diferencias significativas.

Tabla 34

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable comunicación del hijo en EII

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	7.07 (2.81)	7.53 (2.50)	7.67 (1.39)	7.80 (1.85)	F 5.92 p = .023	.205
IPEA+IMPA	8.00 (3.23)	9.90 (1.44)	9.80 (1.61)	10.20 (1.75)		

Fuente: elaboración propia

En la tabla 35 se reporta que en la variable apoyo del hijo existe un efecto principal estadísticamente significativo ($F [1, 23] = 7.07$, $p = .014$, $\eta^2p = .235$), con un tamaño del efecto grande.

Por su lado, la comparación por pares muestra que en el grupo IPEA existe una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y los dos seguimientos. Por otro lado en el grupo IPEA+IMPA existen diferencias significativas entre la medición del pretest y el resto de las mediciones, lo que significa que al final de la intervención los participantes reportaron brindar mayor apoyo a la familia.

Tabla 35

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable apoyo del hijo en EII

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	8.13 (2.23)	8.80 (1.93)	10.07 (1.03)	10.07 (1.22)	F 7.07	.235
IPEA+IMPA	9.40 (2.71)	11.10 (1.10)	11.40 (1.07)	11.20 (0.91)	p = .014	

Fuente: elaboración propia

En relación a la variable comunicación de los padres (Véase tabla 36) existe un efecto principal estadísticamente significativo ($F [1, 23] = 8.11, p = .009, \eta^2p = .261$), con un tamaño del efecto grande.

En relación a la comparación por pares se observa que en el grupo IPEA existe una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y los dos seguimientos. Por otro lado en el grupo IPEA+IMPA existen diferencias estadísticamente significativas entre la medición del pretest y el resto de las mediciones.

Tabla 36

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable comunicación de los padres en EII

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	7.27 (2.18)	7.80 (2.17)	9.13 (1.76)	9.80 (1.56)	F 8.11	.261
IPEA+IMPA	8.40 (2.01)	10.20 (1.03)	11.00 (1.24)	11.50 (0.52)	p = .009	

Fuente: elaboración propia

En la variable apoyo de los padres (Véase tabla 37) no existe un efecto principal estadísticamente significativo entre los grupos en estudio ($F [1, 23] = 2.44, p = .132, \eta^2p = .096$).

Por otro lado en la comparación por pares de la variable apoyo de los padres se observa que en el grupo IPEA existe una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y los dos seguimientos. Por otro lado en el grupo IPEA+IMPA existen diferencias estadísticamente significativas entre la medición del pretest y el resto de las mediciones.

Tabla 37

Prueba de los efectos inter-sujetos a de la variable apoyo de los padres en EII

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	8.87 (2.32)	10.13 (2.03)	10.47 (1.59)	10.60 (1.24)	F 2.44	.096
IPEA+IMPA	9.50 (2.83)	11.30 (0.94)	11.40 (0.84)	11.70 (0.67)	p = .132	

Fuente: elaboración propia

La tabla 38 muestra que en la variable hostilidad y rechazo existe un efecto principal estadísticamente significativo entre los grupos en estudio ($F [1, 23] = 14.13, p = .001, \eta^2p = .381$), con un tamaño del efecto grande.

Por otro lado en la comparación por pares de la variable hostilidad y rechazo se observa que en el grupo IPEA no existe diferencia significativa entre las mediciones. Respecto al grupo IPEA+IMPA se reporta que existen diferencias estadísticamente significativas entre la medición del pretest y el resto de las mediciones.

Tabla 38

Prueba de los efectos inter-sujetos de la variable hostilidad y rechazo en EII

Grupo	Pretest	Posttest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
IPEA	9.93 (2.96)	9.87 (2.06)	9.07 (1.62)	8.80 (1.78)	F 14.13	.381
IPEA+IMPA	8.60 (1.57)	6.70 (0.48)	6.50 (0.70)	6.40 (0.51)	p = .001	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 39 se reporta que en relación a las variables percepción de riesgo sobre el consumo de drogas no existe un efecto principal significativo entre las intervenciones para ninguna de las drogas, en la percepción de riesgo para el tabaco se reportó sin significancia ($F [1, 23] = .230, p = .636, \eta^2p = .010$), igualmente en el caso del alcohol ($F [1, 23] = .782, p = .386, \eta^2p = .033$), mariguana ($F [1, 23] = .127, p = .725, \eta^2p = .005$), cocaína ($F [1, 23] = .013, p = .912, \eta^2p = .001$) y metanfetaminas ($F [1, 23] = .001, p = .977, \eta^2p = .0001$).

En la comparación por pares en ambos grupos se reportó una diferencia estadísticamente significativa entre la medición pretest y el resto de las mediciones en la percepción de riesgo para el tabaco, alcohol, mariguana y metanfetaminas. Sin embargo, en el caso de la percepción de riesgo para cocaína no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones de ambos grupos en estudio.

Tabla 39

Prueba de los efectos inter-sujetos de las variables percepción de riesgo del tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas en EII

Sustancia	Grupo	Pretest	Postest	1 ^{er} Seg.	2 ^{do} Seg.	Anova	η^2p
		\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)	\bar{X} (DE)		
Tabaco	Exp	6.13 (1.12)	7.73 (0.45)	8.00 (0.00)	8.00 (0.00)	F .230 p = .636	.010
	Control	6.40 (0.96)	7.70 (0.48)	8.00 (0.00)	8.00 (0.00)		
Alcohol	Exp	8.60 (2.13)	10.20 (1.52)	10.67 (1.29)	11.13 (0.99)	F .782 p = .386	.033
	Control	9.00 (1.56)	10.80 (1.31)	11.20 (1.22)	11.40 (0.96)		
Marihuana	Exp	5.80 (1.20)	7.20 (0.94)	7.27 (0.79)	7.20 (0.86)	F .127 p = .725	.005
	Control	5.40 (0.96)	7.10 (0.99)	7.70 (0.48)	7.70 (0.48)		
Cocaína	Exp	7.53 (0.74)	8.00 (0.00)	8.00 (0.00)	8.00 (0.00)	F .013 p = .912	.001
	Control	7.50 (0.70)	8.00 (0.00)	8.00 (0.00)	8.00 (0.00)		
Metanfeta mina	Exp	6.13 (1.35)	7.20 (0.94)	7.80 (0.41)	8.00 (0.00)	F .001 p = .977	.0001
	Control	6.30 (1.41)	7.50 (0.85)	7.60 (0.69)	7.70 (0.67)		

Fuente: elaboración propia

Finalmente en cuanto a las frecuencias del consumo de alcohol (ver figura 11), se observa que en ambos grupos experimentales hubo una disminución del consumo.

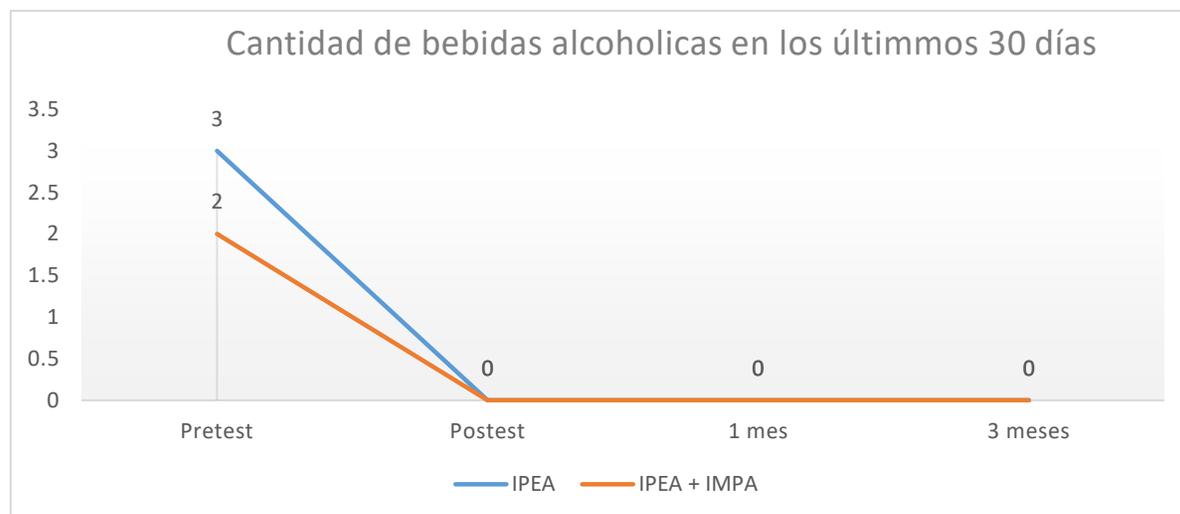


Figura 11. Consumo de alcohol en los últimos 30 días en EII

Fuente: elaboración propia

Referente al consumo de tabaco y marihuana no se reportó consumo en alguno de los participantes, ni antes ni después de las intervenciones.

CAPÍTULO V

Discusión

Fase 1: Sugerencias de profesionales sobre programas de prevención de las adicciones

En la fase 1 de la presente investigación se reportó la experiencia y sugerencias de los profesionales de la salud sobre programas de prevención para evitar el consumo de drogas. Los resultados nos brindan la pauta en cuanto a los principales factores de riesgo a abordar, así como las necesidades que los profesionales de la salud detectan en su labor institucional y finalmente las sugerencias en cuanto a la estructura y contenido de un programa de prevención eficaz.

Los profesionales enfatizaron la importancia de incluir como parte de un programa de prevención eficaz, aquellos factores de riesgo para iniciar el consumo de drogas por los que transitan los adolescentes y que tienen relación con los señalados por la literatura (Becoña, 2002; NIDA, 2008; Stanis y Andersen, 2014; Teesson, Newton y Barrett, 2012; Tolber, 1997).

En esta investigación, se encontró que los principales factores de riesgo del ámbito individual señalados por los profesionales fueron dos: el limitado control de impulsos y la conducta oposicionista. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones donde se refiere una relación fuerte entre la impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas (Lorenzo et al., 2009; Ruiz y Pedrero, 2014). También los adolescentes con problemas de conducta oposicionista se inician de manera temprana por el consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas y cannabis (Rey, 2010). Estos dos factores de riesgo se relacionan, en el sentido de que es posible que las conductas oposicionistas sean un resultado del limitado control de impulsos.

En los resultados se mostró que la falta de supervisión familiar y la pobre disciplina en el hogar son factores de riesgo que influyen en el inicio del consumo de drogas en los adolescentes. Por lo anterior es importante que los padres tengan una adecuada supervisión de sus hijos, lo que implica conocer sus amistades, saber que hacen y donde pasan su tiempo libre, conocer sus intereses, entre otros (NIDA, 2015); y también que los padres cuenten con elementos mínimos para el manejo de las conductas de los jóvenes, es decir,

saber cómo aumentar las conductas saludables y disminuir las conductas de riesgo, así como mejorar la comunicación familiar y fomentar estilos de vida saludable (Garnica et al., 2013; NIDA, 2015).

En cuanto al ámbito escolar se señaló que el pobre apego escolar y el bajo rendimiento académico son factores de riesgo significativos. En otro estudio se ha encontrado que ambos factores se relacionan con el consumo de alcohol y tabaco (Becoña, 2002; Díaz y García-Aurrecoechea, 2008). Sin embargo, en otro artículo se ha considerado que al parecer el limitado interés académico se relacionó con un bajo consumo de tabaco (López y Rodríguez-Arias, 2010).

La baja percepción social de riesgo y la convivencia con amigos consumidores son de los principales factores sociales de riesgo a trabajar con esta población. Si en el contexto donde se desarrolla el adolescente se tienen mitos sobre los efectos y daños de las drogas, surge la tendencia a minimizar los riesgos y promover la experimentación del consumo. La baja percepción del riesgo de consumir drogas es mayor cuando también es secundada por el contexto familiar y además es reforzada socialmente por los amigos consumidores (Díaz y García-Aurrecoechea, 2008).

En esta investigación se encontró que los principales factores de riesgo ambientales fueron dos: el fácil acceso a la droga y el limitado acceso a redes de apoyo. El primer factor de riesgo es claro y podemos decir que a mayor disponibilidad de droga habrá mayor tendencia a consumir (López y Rodríguez-Arias, 2010). Por otro lado, en cuanto al limitado acceso a redes de apoyo, se ha encontrado, en contraste, que los jóvenes que cuentan con una red de apoyo social sana tienen menor riesgo de consumir drogas. De hecho, la capacidad de solicitar apoyo se considera un recurso psicológico significativo en la prevención de otras conductas problemáticas en estudiantes de secundaria (Rivera y Andrade, 2006). Por lo anterior, podemos mencionar la importancia de que los jóvenes puedan saber con qué personas cuentan y cuáles son los recursos psicológicos que les ayudarán a evitar el consumo de drogas.

Los programas que con mayor frecuencia aplican los profesionales entrevistados son el de Habilidades para Vida (CIJ, 2008; CENADIC, 2011), el cual es considerado como el

más eficaz; siguiéndole el de Mitos y Realidades sobre las Drogas (CENADIC, 2011) y las Sesiones Informativas o Informaciones sobre Drogas en Contexto Escolar (CIJ, 2008); con menor frecuencia aplican el taller de Cómo Proteger a tus Hijos de las Drogas (CIJ, 2012), las 10 Recomendaciones para Padres y Crianza Positiva (CENADIC, 2011; Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015), al parecer los programas dirigidos a los padres son los menos utilizados.

El uso de sesiones informativas sobre los daños y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas es uno de los componentes que un programa preventivo puede contener. La UNODC (2015b) refiere que las intervenciones eficaces deben ir más allá de informar, proponen enfocarse en ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades sociales y recursos psicológicos para protegerse de la oferta de drogas. En otros documentos se dice que un programa preventivo eficaz debe evitar intervenciones exclusivamente informativas o conferencias, las cuales por si solas resultan ineficaces para la prevención del consumo de drogas (Becoña, 2002, Castro et al., 2015). Lo paradójico es que a pesar de que se conoce que la sesión informativa no es la mejor estrategia, es la que más se aplica, según reportan los profesionales entrevistados.

En términos de barreras, podemos mencionar el hecho de que generalmente no se realizan evaluaciones de los resultados de los programas preventivos que los profesionales de la salud aplican en su práctica diaria, o al menos no son conocidas por los entrevistados, esta podría ser una de las razones por la cual se dificulta la transferencia de las tecnologías preventivas. En ese sentido es importante promover que todas las intervenciones preventivas tengan un proceso de evaluación utilizando diseños cuasiexperimentales o experimentales. Por otro lado se debe fomentar una comunicación cercana entre los investigadores y los interventores para lograr una eficaz transmisión de los resultados de las intervenciones preventivas.

Cuando sí se realiza la evaluación de alguna intervención, es por medio de estudios pre-experimentales con evaluaciones pre-post, y no se refieren otros datos metodológicos (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2012), por lo que es necesario realizar más investigación en torno a los resultados de los programas preventivos.

Otro factor que se mencionó en las entrevistas fue la falta de sesiones de seguimiento en los programas preventivos, y al parecer esto afecta en la efectividad de las intervenciones. Un profesional dijo “...*la pregunta anterior que me hiciste de porque fallan los programas, yo creo que fallan porque no hay seguimiento...*”. La UNODC (2015b) refiere la importancia de llevar seguimientos a los grupos con los que se interviene por meses e incluso años después de la intervención.

Primeramente se consideró que la aproximación más adecuada para el desarrollo del programa de prevención sería el Cognitivo-Conductual, el cual ha demostrado su eficacia en el caso de las intervenciones breves de tratamientos de adicciones (Matínez, Pedroza, Salazar y Vacío, 2010; Oropeza, Medina-Mora, y Sánchez, 2007; Salazar, 2008) y además esta aproximación contiene los elementos y constructos necesarios para desarrollar los contenidos sugeridos por los profesionales, tales como manejo del enojo, análisis de consecuencias, habilidades de planeación, habilidades de rechazo, aumento de la percepción de riesgo del consumo de drogas, entre otros (Ruiz y Pedrero, 2014; Becoña y Cortes, 2008).

Los reportes epidemiológicos refieren que la edad de inicio del consumo de drogas ilegales es a los 13 años (Villatoro, et. al., 2014), y nuestros entrevistados coinciden, ya que la mayoría de ellos mencionaron que debemos intervenir en estudiantes del primer grado de secundaria. Esta población es un grupo vulnerable debido a los cambios por los que transitan y que la mayoría aún no han experimentado con el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que todavía podemos realizar acciones preventivas exitosas. Al respecto una profesional dijo “*en primero están en ese cambio de la niñez a la adolescencia probablemente son más vulnerables a no llegar al consumo. Según yo, están como en ese lapso, en ese cambio de primaria a secundaria, es lo que les causa muchas veces más conflictos*”. Por lo anterior las intervenciones de prevención selectiva deberán ser dirigidas, en primer lugar, a jóvenes que inician la secundaria (Valenzuela, Ibarra, María, Zubarew y Correa, 2013).

Otros elementos a considerar en un programa de prevención eficaz, es que las sesiones sean lúdicas e interactivas, que sea sistemático y este contextualizado, es decir, que se considere el contexto social de la población con la que se trabaje.

Por otro lado es importante lograr un vínculo con las autoridades de las escuelas, ya que ellos darán la apertura para aplicar el programa preventivo.

Y finalmente es importante que se involucre a los familiares, principalmente a los encargados de la crianza de los adolescentes. Algunas investigaciones (Secretaría de Salud, 2015; Espada, González, Orgilés, Lloret y Guillén-Riquelme, 2015) refieren que un programa preventivo eficaz debe de contener al menos estos dos componentes, el trabajo con los estudiantes y su familia.

En resumen podemos decir que esta investigación nos brindó varios elementos claves, desde la perspectiva de los profesionales expertos en la prevención de las adicciones, para diseñar un programa de prevención para evitar el consumo de drogas en adolescentes, que junto con la revisión de la literatura y fundamentado en una aproximación teórica sólida, pueda ser evaluado con rigor metodológico.

Los resultados de este estudio nos aportan un bosquejo claro en torno a los componentes que podría tener un programa preventivo eficaz. Algunos de estos elementos ya han sido discutidos en otros documentos; la UNODC (2015b), hace referencia a las características asociadas a resultados eficaces, mencionando elementos como intervenciones interactivas, estructuradas, con sesiones de refuerzo a lo largo de varios años y trabajar con padres de familia.

Finalmente es importante resaltar que para que una intervención preventiva sea eficaz es necesario que los profesionales tengan un vasto conocimiento respecto al adecuado manejo del programa preventivo que aplican, sus fundamentos teóricos y los objetivos a alcanzar por cada componente de la intervención.

Limitaciones. La limitación más significativa de este estudio es la relacionada al tipo de muestra, y si bien no es el objetivo la generalización de los resultados debido a ser un estudio exploratorio, si es importante considerar la inclusión de otros actores, como lo podría ser padres de familia, directivos de las escuelas, líderes de la comunidad y los mismos adolescentes.

Otra limitación del estudio es el relacionado con la demanda institucional, donde los participantes tienen que cumplir con metas de coberturas dadas por las autoridades, lo cual les dificulta el poder llevar a cabo programas preventivos más complejos y más largos.

Sugerencias. En investigaciones posteriores se podría ampliar la información si se realizan entrevistas a profundidad y/o grupos focales centrados en alternativas para superar las dificultades con las que se enfrentan en su trabajo diario.

También se podría incluir la perspectiva de los maestros y directivos de las secundarias, ya que ellos cuentan con gran experiencia en el trabajo con los estudiantes y conocen de cerca sus necesidades, por lo que podrían aportar valiosa información.

Se sugiere que se trabaje con los directivos de las instituciones para proponer políticas en donde los profesionales estén más involucrados en el diseño y evaluación de los programas preventivos, así como cambiar el enfoque de la cantidad por la calidad de las intervenciones.

Fase 2: Diseño de la IPEA-R y la IMPA-R

De la fase 2 resultó la construcción de dos intervenciones preventivas para evitar el consumo de drogas en adolescentes y la elaboración de folletos para los participantes.

La IPEA-R, a diferencia de otras intervenciones tiene la ventaja de estar diseñada con base en un estudio cualitativo de tipo exploratorio donde se le da voz a los profesionales de la salud que trabajan directamente en la prevención de las adicciones y quienes brindaron sugerencias pertinentes para constituir los componentes de esta intervención (Valadez, Oropeza, Salazar y Martínez, 2018).

Del estudio mencionado se observó la importancia de que una intervención eficaz tenga objetivos claros, sea sistemática e interactiva, se incluya a la familia y se realicen seguimientos y la IPEA-R contiene dichos elementos. Así mismo los tópicos fueron los sugeridos por los profesionales de la salud (manejo de emociones, análisis de consecuencias, toma de decisiones, solución de problemas, habilidades de rechazo y desarrollo de autoeficacia) abordados desde teorías integrativas como la teoría cognitivo social (Becoña, 1999).

Por otro lado la IPEA-R se ajusta a las recomendaciones que realizan organismos internacionales (NIDA, 2008a; UNODC, 2015b), es decir:

- Es una intervención donde los estudiantes tienen una participación activa.
- Brinda la oportunidad de practicar habilidades personales y sociales como la toma de decisiones y el afrontamiento de la presión social.
- Promueve en los adolescentes el aumento de la percepción de los riesgos relacionados con el consumo de drogas.
- Hace énfasis en las consecuencias inmediatas y a corto plazo del consumo de sustancias psicoactivas.
- Las sesiones son interactivas y sistemáticas.

Por su parte la IMPA-R también se ajusta a las recomendaciones de los profesionales y a los estándares internacionales. A diferencia de otras intervenciones (CIJ, 2015; Garnica et al., 2013) las cuales solo son informativas o constan de más de diez sesiones, la IMPA-R contiene un número de sesiones que permite desarrollar en los padres las habilidades mínimas de crianza sin interrumpir demasiado en sus actividades cotidianas, ya que generalmente su tiempo para participar es limitado, debido a sus trabajos.

También es importante referir que las intervenciones cuentan con validez de contenido, el cual se evaluó por medio de un jueceo de expertos, es decir, se obtuvo la opinión y valoración informada de especialistas en el tema (Corral, 2009; Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Un elemento esencial en el desarrollo de intervenciones preventivas es que puedan ser evaluadas experimentalmente. En un documento donde se mostraron avances en relación a la prevención del consumo de drogas en México, se analizaron 14 programas preventivos y se reportó que sólo cinco realizaron evaluaciones de resultados que dan cuenta de la eficacia de la intervención (Castro et al., 2015). Es importante que las intervenciones preventivas cuenten con protocolos claros y sistemáticos para que puedan ser evaluados con facilidad. La IPEA-R y la IMPA-R, fueron desarrolladas cuidando que las variables en estudio puedan ser medidas con instrumentos validados y confiables, lo que permite evaluaciones de su eficacia.

Fase 3. Estudio I: Comparación de la IPEA-R y el grupo control

En el estudio I se comprobaron las hipótesis relacionadas al impacto de la intervención en las variables en estudio y se observó que la IPEA-R en comparación con el grupo control es eficaz en mejorar las habilidades de rechazo para evitar el consumo de drogas, la capacidad de auto-control, la claridad y reparación emocional, el aumento en la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas, así como en la disminución de la frecuencia del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

En relación a la variable habilidades del rechazo del consumo de drogas, se cuenta con antecedentes de su importancia y efecto para el logro de la abstinencia en personas que consume drogas (Oropeza, Medina-Mora y Sánchez, 2007; Flores y Barragan, 2010), sin embargo en esta investigación se demostró que las habilidades de rechazo se pueden enseñar a población adolescente que no ha consumido drogas, como un recurso preventivo.

Otras intervenciones (CIJ, 2016; Gázquez, García y Espada, 2009; Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004) incorporan el componente de habilidades de rechazo, sin embargo contienen demasiada información y utilizan estrategias complejas cargadas de elementos teóricos. Por otro lado la IPEA-R en la sesión 7 aborda el tópico del afrontamiento de la presión social, donde los participantes de manera sencilla y clara aprenden la estrategia “negar-explicar-abandonar” que los dota de un recurso para rechazar el consumo de sustancias psicoactivas.

Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) consideran que las habilidades de rechazo como parte de una clasificación más general llamado habilidades sociales, desde este modelo se parte de la idea de que el adolescente carece de un repertorio de habilidades sociales para afrontar diferentes situaciones, en este sentido, el consumo se convierte en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y en una forma de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. A diferencia de esta perspectiva los resultados de esta investigación nos demuestran que estos componentes pueden ser más específicos y poner énfasis en el desarrollo de aquellas habilidades directamente relacionadas con el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la variable impulsividad existen evidencias de que es uno de los principales factores que pueden predecir el inicio del consumo de drogas en adolescentes, esta impulsividad como rasgo de personalidad es frecuentemente relacionada con la búsqueda de sensaciones y la necesidad de experimentar variadas conductas de riesgo por sus refuerzos inmediatos (Gutiérrez, Rubio y Rodríguez, 2013; Lorenzo et al., 2009). Se ha observado que la impulsividad es mayor en jóvenes con adicción a diferencia de aquellos que no presentan alguna adicción (Robles-García et al., 2014; Valadez, 2013) y se define como la tendencia de los adolescentes a hacer las cosas sin pensar, por lo que en muchos casos no logran anticipar las consecuencias positivas o negativas de sus conductas (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013).

Los resultados de la IPEA-R en la variable impulsividad no fueron significativos. La impulsividad es un rasgo que tiende a disminuir durante el proceso de maduración de la corteza prefrontal de los adolescentes (Pedrero-Pérez, Ruiz, Rojo, Llanero y Puerta, 2012) y los tratamientos para disminuir la impulsividad son de larga duración (López, 2013), esta puede ser la razón por la cual la IPEA-R no logró generar un cambio en esta variable.

A diferencia de la impulsividad que parece ser un rasgo involuntario, el auto-control se refiere a la capacidad de autorregular tanto emociones como conductas, por lo que se considera una habilidad que se puede aprender (Serrano y García, 2010). Estudios encontraron una relación estrecha entre el consumo de drogas y bajos niveles de auto-control, además esta variable puede explicar la cantidad y cronicidad de la adicción (López-Torrecilla, Martín, De la Fuente y Godoy, 2000; López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003). Por esa razón varios programas coinciden en que el auto-control es un componente esencial para el tratamiento y la prevención de las adicciones, en tanto que (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; CIJ, 2015; Comas, Moreno y Moreno, 2002), la diferencia entre cada uno de ellos y la IPEA-R radica la forma en que se pretende desarrollar la capacidad de auto-control en los participantes.

En la IPEA-R se trabaja con los adolescentes de manera dinámica y a través de ensayos conductuales y técnicas cognitivas que favorecen el desarrollo de la capacidad de auto-control. En la medida en que los adolescentes tengan un repertorio de técnicas

específicas para demorar las respuestas impulsivas, podrá disminuir el riesgo de iniciar el consumo de drogas.

En lo que concierne al manejo de emociones varios estudios reconocen la importancia de esta variable en la prevención y tratamiento de las adicciones, por lo que pueden ser un factor de protección (Fernández, Jorge y Bejar, 2009; García, García, Gázquez y Marzo, 2013; Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013; Serrano y García, 2010). Algunos autores le llaman inteligencia emocional a la capacidad de las personas de reconocer, comprender y regular las propias emociones y su relación con el entorno (Fernández, Jorge y Bejar, 2009; García, García, Gázquez y Marzo, 2013).

En esta esta investigación se evaluó la inteligencia emocional en tres diferentes dimensiones (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013):

- a) Atención emocional, percepción que tiene la persona sobre su capacidad de atención y valoración de sus sentimientos.
- b) Claridad emocional, capacidad de comprensión y análisis de las emociones que permite nombrarlas e identificarlas.
- c) Reparación emocional, la habilidad de regular o controlar las propias emociones.

En cuanto a la atención emocional, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el control, estos resultados difieren con otro estudio donde se encontró que altos niveles de atención emocional y consumo de bebidas alcohólicas, al igual que muy bajos niveles de atención emocional y claridad emocional se correlacionaban con mayor consumo de mariguana (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013). Por otro lado este estudio reportó diferencias significativas en las dimensiones claridad y reparación emocional, lo cual coincide con otros estudios (Kun y Demetrovics, 2010; Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013; Pérez, 2012). Los bajos niveles de reparación emocional se correlacionan con el consumo de mariguana (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013), por lo que aumentar la capacidad de comprender, analizar y

regular los afectos tanto negativos como positivos en los jóvenes podrá ayudar a que tomen mejores decisiones y por ende lograr elegir y ejecutar conductas saludables.

En la IPEA-R se llevan a cabo dos sesiones dedicadas al entrenamiento para identificar y regular tres emociones específicas: el enojo, la tristeza y la euforia. Estas emociones son las que se presenta con mayor frecuencia en adolescentes que han consumido sustancias psicoactivas y las que los profesionales de la salud sugirieron para incluir en una intervención preventiva eficaz y que además son consonantes con otros estudios (Kun y Demetrovics, 2010; Serrano y García, 2010; Valadez, Oropeza, Salazar, Martínez, 2018).

Por otro lado, en torno a la variable autoeficacia para resistirse al consumo de alcohol y tabaco los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos en estudio, es decir, la intervención no generó algún cambio en esta variable. Es importante esclarecer que la autoeficacia se refiere a las creencias percibidas sobre las propias capacidades y se desarrollan por medio de cuatro procesos de influencia (Bandura, 1999; López-Torrecillas, Salvador, Ramírez y Verdejo, 2002; Vrugt y Koenis, 2002):

- a) *Experiencias de dominio*, los éxitos personales son la forma más efectiva de crear una intensa sensación de autoeficacia.
- b) *Experiencias vicarias*, observar a personas similares a uno a lograr algún éxito o la conducta meta aumenta la creencia de autoeficacia.
- c) *Persuasión social*, aunque es menos eficaz, también se puede persuadir verbalmente de que alguna persona cuenta con las capacidades para dominar determinada actividad.
- d) *Estados psicológicos y emocionales*, finalmente también se puede influir a las creencias de autoeficacia favoreciendo a estados físicos saludables y disminuyendo el estrés, sin embargo esta forma es la menos efectiva.

Con base en lo anterior se puede comprender que el aumento de la autoeficacia para resistirse al consumo de tabaco y alcohol no se presentó debido a que los adolescentes participantes en el estudio no presentaban consumo de tabaco ni de alcohol, por lo cual no era posible desarrollar experiencias de dominio ni experiencias vicarias. Sin embargo otros estudios refieren que la autoeficacia es una variable de predicción para el consumo de

drogas por lo que se considera un factor protector y puede ser desarrollada en jóvenes que no han consumido drogas (Hyde, Hankins, Deale y Marteau, 2008; Melo y Nascimento, 2010; Olivari y Barra, 2005).

Un estudio comprobó con un modelo de ecuaciones estructurales y cuyas hipótesis eran que las presiones sociales para el consumo de drogas, la autoeficacia para resistirse y la prevalencia percibida el consumo de sustancias entre compañeros podrían influir sobre el consumo de drogas; para los jóvenes que nunca habían experimentado con drogas, la baja autoeficacia de resistencia predecía el consumo de drogas nueve meses más tarde. Al parecer la eficacia para resistir el consumo de drogas puede aumentarse con intervenciones que no se dirigen específicamente a las destrezas de resistencia (Hyde, Hankins, Deale y Marteau, 2008; Marlatt, Baer y Quigley, 1999, Siegel y Alvaro, 2003).

La IPEA-R no cuenta con sesiones donde se desarrolle específicamente la autoeficacia para resistirse al consumo de drogas, esta puede ser la razón por la que no se reportó diferencias significativas en el análisis inter-sujetos de la variable. Por otro lado si se reportaron diferencias en la comparación por pares y puede explicarse debido a que la IPEA-R contiene un componente de afrontamiento de la presión social, así como la pregunta “¿Qué tan confiado te sientes de mantenerte sin consumir drogas?” que se contesta en cada una de las sesiones; estos contenidos pueden estar relacionado con el desarrollo de la autoeficacia reportado en la mediciones por pares del grupo experimental.

También es importante mencionar que en comparación a los niños, en la población adolescente la autoeficacia tiende a disminuir, aumentando el riesgo de inicia el consumo de drogas en esta población (Melo y Nascimento, 2010). Finalmente es importante mencionar que la autoeficacia puede estar relacionada con rasgos de personalidad, como el control de emociones e impulsividad (Romero, Pedrero y Pérez, 2007), por lo que toda intervención preventiva debe considerar estos aspectos del desarrollo.

La habilidad de tomar de decisiones es una variable a considerar en la prevención del consumo de drogas (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003; Pérez, 2012). Esta habilidad implica un proceso complejo que involucra algunas funciones neuropsicológicas, específicamente relacionadas con la corteza prefrontal, la cual está involucrada con la capacidad de juicio, planeación y toma de decisiones. Las personas que consumen drogas

tienen dificultad para la toma de decisiones saludables, la cual se refleja por una incapacidad para anticipar y considera las consecuencias negativas del consumo de drogas (Acuña, Castillo, Bechara y Godoy, 2013; Verdejo, 2006).

En el caso de los adolescentes su proceso de desarrollo tiene características como la necesidad de trasgresión, sensación de invulnerabilidad y la susceptibilidad frente a las presiones del entorno, que los coloca en una posición de mayor vulnerabilidad para iniciar el consumo de drogas (Becoña, 2007; Maturana, 2011).

Los resultados de la IPEA-R en esta variable no fueron significativos en el análisis inter-sujetos, es probable que se deba a que esta habilidad solo se trabaja en la última sesión y se le dedica la mitad del tiempo, ya que la otra mitad se utiliza para hacer un repaso de todas las sesiones de la intervención. Es el único tópico que no se lleva a la práctica en el aula, es decir, se explica la estrategia pero no se modela ni moldea la conducta apropiada para la toma de decisiones.

Varios estudios han reportado que el aumento de la variable percepción de riesgo es un importante factor de protección para evitar el consumo de drogas en adolescentes (Becoña, 2002; Becoña, 2007; Castro, Llanes, Amador, Villatoro y Medina-Mora, 2015; Contreras, Molina y Cano, 2012; Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004; Siegel y Alvaro, 2003). El aumento de la percepción es mayor cuando los padres de los adolescentes no aprueban el consumo de drogas (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009).

Otros factores asociados a la baja percepción de riesgo del consumo de drogas son la alta tolerancia del contexto hacia el consumo, un ejemplo claro es la marihuana, en la actualidad los jóvenes no solo tienen baja percepción de riesgo de esta droga, sino que incluso le atribuyen propiedades positivas que la sustancia no tiene (Ruiz y Medina-Mora, 2014), esto podría explicar porque en el grupo control de este estudio la percepción de riesgo sobre la marihuana disminuyó, a diferencia de las otras drogas la cual se mantuvo sin diferencias.

La percepción de riesgo es un proceso cognitivo individual, donde la información que se tiene sobre los daños del consumo de drogas, las experiencias personales, las

creencias sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas y el optimismo ilusorio generan una valoración en los adolescentes (García, 2012).

La IPEA-R cuenta con una sesión dedicada al análisis de los daños inmediatos ocasionados por el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, pero además durante las 8 sesiones de la intervención se habla de cómo el consumo de drogas se relaciona con otras consecuencias negativas. Como resultado se pudo observar una diferencia significativa en el nivel de percepción de riesgo del consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetamina entre el grupo experimental y el grupo control.

En relación al consumo de bebidas alcohólicas el grupo experimental pasó del consumo de 9 tragos a 3, mientras que en el grupo control pasó de 6 tragos a 16. Por su lado el consumo de tabaco en el grupo experimental pasó de 2 a 3 cigarros y en el grupo control de 2 a 6 cigarros. Ambos resultados muestran un menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes del grupo experimental, a quienes se les aplicó la intervención.

Finalmente se puede decir que la IPEA-R es eficaz para mejorar las habilidades de rechazo y afrontar la presión social, aumentar la capacidad de autocontrol, manejo de emociones, aumentar la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas. Todas estas variables favorecieron a lograr la disminución del consumo de tabaco y alcohol en el grupo experimental.

Limitaciones. Una de las limitaciones es la correspondiente al tamaño de la muestra y al tipo de muestreo, el cual no fue aleatorio simple. Por otro lado la nula participación de los padres de familia impidió un diseño experimental más complejo.

Otra limitación es la relacionada con el instrumento para medir la capacidad de autocontrol, ya que es muy extenso y poco claro para los adolescentes.

Los resultados de la presente investigación deben tomarse con cierta cautela, puesto que es un estudio que se realizó con una población finita, por lo que se debe continuar explorando en otros contextos y determinar la direccionalidad de las variables.

Sugerencias. Realizar un estudio donde se pueda realizar el diseño experimental que se consideró en un principio:

Grupo	Pretest	Tratamiento	Postest	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses
Experimental 1 <i>RG₁</i>	O ₁	X ₁ IPEA-R	O ₂	O ₃	O ₄
Experimental 2 <i>RG₂</i>	O ₁	X ₂ IPEA-R + IMPA-R	O ₂	O ₃	O ₄
Experimental 3 <i>RG₃</i>	O ₁	X ₃ IMPA-R	O ₂	O ₃	O ₄
Control <i>RG₄</i>	O ₁	X ₄ -----	O ₂	O ₃	O ₄

Fuente: elaboración propia

Otra sugerencia sería el incluir estudios cualitativos con los adolescentes, para conocer desde su subjetividad, cuáles fueron los componentes de la intervención más significativos para ellos.

Finalmente se sugiere una capacitación más extensa para los interventores, así como incluir técnicas de manejo grupal.

Fase 3. Estudio II: Comparación de la IPEA-R y la IPEA-R + IMPA-R

Para el estudio II se comprobó que el grupo al que se intervino con la IPEA-R + IMPA-R obtuvo mejores resultados en las variables claridad emocional, reparación emocional y ambiente familiar en comparación con el grupo de adolescentes a quienes se intervino solamente con la IPEA-R.

Los componentes de la IMPA-R favorecieron al manejo de emociones en los adolescentes, el mejorar el ambiente familiar y la comunicación, así como que los padres conozcan estrategias para fomentar conductas saludables y disminuir conductas de riesgo, pudo mejorar los resultados ya obtenidos por la IPEA-R.

La literatura refiere que las estrategias de crianza positiva disminuyen las conductas de riesgo, como el consumo de drogas en los hijos (Garnica, Robles, Sánchez y Juárez, 2013; Morales, Martínez y Vázquez, 2007). El estilo parental donde se tiene una mayor capacidad de control y supervisión son factores para proteger a los jóvenes del consumo de drogas (Valadez, 2013). Se ha observado que los jóvenes consumidores de drogas en comparación con jóvenes que no han consumido de drogas no suelen ser monitoreados por sus padres, es decir, no saben que hacen con su tiempo libre, ni con que personas relacionan

(NIDA, 2015; Valadez, 2013). El hecho de que los padres pongan atención en las conductas de sus hijos y lleven a cabo estrategias para moldear sus conductas, hace que los hijos se sientan atendidos y protegidos.

Las variables del ámbito familiar que más frecuentemente se relacionan con el consumo de drogas por parte de un miembro de la familia, son, un clima familiar negativo (estrés, negatividad, rechazo), un conflicto familiar excesivo (hostilidad), protección excesiva y falta de comunicación adecuada (Cid-Monckton, Pedrão, 2011).

En la comparación del ambiente familiar entre los grupos experimentales, se observó que el grupo al que se intervino con la IPEA-R + IMPA-R obtuvo mejores puntuaciones en la escala de ambiente familia, es decir, los jóvenes evaluados perciben que tienen una buena comunicación con sus padres y que sus padres tienen una buena comunicación con ellos, perciben que los hijos apoyan a los padres, sin embargo no perciben que los padres apoyen a los jóvenes y por último no refieren hostilidad de los padres hacia ellos. Es probable que la disminuida percepción de apoyo de los padres hacia ellos se deba al egocentrismo característico en el desarrollo del adolescente (Maturana, 2011).

Limitaciones. La principal limitación en este estudio es la relacionada con el tamaño de la muestra y la falta de un grupo control.

Sugerencias. Es necesario contar con estrategias para convocar a los padres y lograr que participen. Los padres que participaron en la IMPA-R sugirieron que la intervención se realice en dos sesiones.

También sería importante continuar con la aplicación de las intervenciones en diferentes contextos con otras poblaciones y evaluar su eficacia.

Conclusiones

En el estudio I se demostró que la IPEA-R tuvo efectos favorables en comparación del grupo control en las variables de habilidad de rechazo, capacidad de auto-control, percepción de riesgo del consumo de drogas, claridad y reparación emocional; así mismo se observó disminución en las frecuencias del consumo de tabaco y alcohol.

Por su lado en el estudio II se observaron efectos favorables en claridad y reparación emocional, así como en el ambiente familiar en aquellos participantes a quienes se les aplicó la IPEA-R + IMPA-R, en comparación a aquellos a los que solo se aplicó la IPEA-R.

Al parecer la IPEA-R por si misma mejora las variables en estudio y el incluir el trabajo con los padres favorece en mayor medida en relación al manejo emocional y la percepción del ambiente familiar por parte del adolescente, lo cual nos indica la importancia de incluir a la familia.

Respecto a la inclusión de la familia es importante mencionar lo difícil que fue lograr que los padres participen en las intervenciones, en gran medida, debido a sus actividades laborales. Esta problemática puede ser por un lado un elemento para generar políticas públicas para que se les otorgue a los cuidadores tiempo de su jornada laboral para participar en este tipo de intervenciones que les dotará de recursos para mejorar sus habilidades de crianza; por otro lado es una interesante línea de investigación la relacionada a lograr la participación de la familia en contextos no clínicos ni de investigación.

Otro aspecto importante a considerar es desarrollar alianzas estratégicas con las escuelas para incluir este tipo de intervenciones, que han demostrado su eficacia e insertarlas transversalmente en el mapa curricular de la educación secundaria.

Se necesita seguir desarrollando intervenciones preventivas con base en la evidencia científica, por lo que se debe seguir realizando proyectos de investigación para conocer aquellas variables que inciden con mayor frecuencia en el inicio del consumo de drogas en adolescentes, para después desarrollar intervenciones con componentes específicos que se dirijan a modificar esas variables intervinientes y así contar con IP estratégicas. En esa lógica, es necesario seguir mejorando tanto la IPEA-R como la IMPA-R para adaptarla a diferentes contextos y evaluar sus resultados.

También debemos considerar estudios cualitativos para conocer de cerca y desde la voz de los participantes cuales son los componentes de las intervenciones que les ayudan a lograr la meta de no consumo de drogas.

Además se debe trabajar para que se acorte el tiempo que tarda en llegar la investigación a la práctica, en este caso la aplicación de las intervenciones preventivas. Finalmente, sería adecuado contar con un sistema que evalúe constantemente la eficacia de las intervenciones preventivas, con la finalidad de coordinar esfuerzos de varias organizaciones para mejorar la calidad de los servicios y desarrollar proyectos con base en los criterios de la investigación científica.

Referencias

- Acuña, I., Castillo, D., Bechara, A. y Godoy, J.C. (2013). Toma de decisiones en adolescentes: rendimiento bajo diferentes condiciones de información e intoxicación alcohólica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13 (2), 195-214.
- Alfonso, J., Huedo-Medina y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25 (2), 330-338.
- Alonso, M., Esparza, S. y Martínez, R. (2004). *Validación de una escala para medir autoeficacia en adolescentes*. Artículo sin publicar. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Alvira, F. (2002). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid, España: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Annis, H.M. y Graham, J.M. (1987). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39) user's guide, alcoholism and drug addiction*. Toronto, Canadá: Research Foundation.
- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Madrid, España: Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- Ariza, C., Nebot, M., Jané, M., Tomás, Z. y De Vries, H. (2001). El proyecto ESFA en Barcelona: un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. *Prevención del Tabaquismo*, 3(2), 70-77.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E. y Bagny Lifante, A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5)*, (5° Edición). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, R. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18 (4), 18-24.
- Bandura, A. (1983). *Principios de modificación de conducta*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. En R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development*, 6. *Six theories of child development* (pp. 1-60). Connecticut, USA: JAI Press.

- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, USA: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31, 143-163. DOI: 10.1177/1090198104263660.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Wrigth, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona, España: Gedisa.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid, España: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid, España: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 11-20.
- Becoña, E. y Cortés, T. (2008). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Botvin, G.J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3 (3), 333-355.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., ... Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7 (23), 1-17.

- Cáceres, J. (2015). Procedimientos aversivos. En V.E. Caballo (comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta* (6ª reimpresión). Madrid, España: Siglo XXI.
- Calafat, A., Amengual, M., Guimerans, C., Rodriguez-Martos, A. y Ruiz, R. (1995). "Tú decides": 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, 7 (4), 509-526.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejias, G, Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1, 96-111.
- Capafóns, A. y Barreto, P. (1989). Competencia aprendida: fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 19-39.
- Cárdenas, M. y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y Sociedad*, 5 (2), 210-224. DOI: 10.22199/S07187475.2014.0002.00006.
- Castillo-Blanco, R. W. y Alegre, A. A. (2015). Importancia del tamaño del efecto en el análisis de datos de investigación en psicología. *Persona*, 18, 137-148.
- Castro, M.E., Llanes, J., Amador N.G., Villatoro, J. y Medina-Mora, M.E. (2015). La Prevención del Consumo de Drogas en México. En A. Pérez, J. Mejía y E. Becoña (Eds), *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa* (pp. 243-282). Bogotá, Colombia: California-Edit.
- Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A., Lonczak, H.S. y Hawkins, J.D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 98-124.
- Celinska, K., Furrer, S. y Cheng, C.C. (2013). An outcome-based evaluation of Functional Family Therapy for youth with behavior problems. *Journal of Juvenile Justice*, 2(2), 23-36.
- Center for the Study and Prevention of Violence [CSPV] (7 de Septiembre del 2017). *Blueprints for healthy youth development*. Recuperado de <http://www.blueprintsprograms.com/about>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) (2011). *Manual de Prevención Comunitaria de los Centros Nueva Vida*. D.F., México: Secretaria de Salud.

- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2008). *Habilidades para la vida, guía para educar con valores*. México, D.F.: Promoción Institucional.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2009). *De la prevención universal a la prevención selectiva*. D.F., México: Promoción Institucional.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2010). *Metanfetaminas. Lo que los padres deben saber*. D.F., México: Promoción Institucional.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2012). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. México: Promoción Institucional.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2015) *Competencias prosociales y autocontrol en la adolescencia*. México: Promoción Institucional.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2016). *Inhalables: Habilidades para rechazar situaciones de consumo*. México: Promoción Institucional.
- Cid-Monckton, P. y Pedrão, L.J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 738-745.
- Chambless, D., Baker, M., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., Crits-Christoph, P.,... Woody. S. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.
- Climent, C.E., Aragon, L.V. y Plutchick, R. (1989). Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107(6), 568-576.
- Comas, R., Moreno, G. y Moreno, J. (2002). *Programa Ulises: aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional*. España: JUMA.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2011). *Plan hemisférico de acción sobre drogas, 2011-2015*. Washington, USA: Organización de los Estados Americanos.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2003). *Modelos Preventivos*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2009). *Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2012). *Prevención y tratamiento de las adicciones en los servicios de salud*. D.F., México: Secretaría de salud.

- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. (2012) Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24 (1), 31-38.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19 (33), 228-247.
- Cruz, S.L. (2007). *Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas*. D.F., México: Trillas.
- Darden, C. A., Ginter, E. J. y Gazda, G. M. (1996). Life skills development scale – adolescent form: The theoretical and therapeutic relevance of life-skills. *Journal of Mental Health Counseling*, 18, 142-163.
- DARE (2015). ¿Cómo funciona D.A.R.E? [Página en línea]. Recuperado de <https://www.daremexico.org/index.php?m=1&op=2>
- De sola, J., Rubio, G. y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions*, 13(2), 145-155.
- Díaz, D.B., Arellanez, J.L. y González, J.D. (2003). *Evaluación Global del Impacto de una Intervención para la Prevención del Uso de Drogas en una Muestra de Estudiantes de Educación Media*. D.F., México: Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 03-18.
- Díaz, B. y García-Aurrecochea R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), 223–32.
- Ellickson, P., McCaffrey, D., Ghosh-Dastidar, B. y Longshore, D. (2003) New Inroads in Preventing Adolescent Drug Use: Results From a Large-Scale Trial of Project ALERT in Middle Schools. *American Journal of Public Health*, 93 (11), 1830-1836.
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36.
- Espada, J., Botvin, G., Griffin, K. y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23 (84), 9-17.
- Espada, J., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D. y Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27(1), 15-12.
- FAD (2005). *Estudio sobre consumo de drogas en la ESO y validación del nuevo cuestionario para alumnos*. Madrid, España: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández, B., Jorge, V. y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6 (1), 243-256.
- Fernández, J., Lorenzo, P. y Leza, C. (2009). Cannabis (I). Farmacología. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 303-327). Madrid, España: Panamericana.
- Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 175-187.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. London, England: Sage.
- Flores, M., Barragán, L. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos. *Salud Mental*, 33 (1), 47-55.
- García, G., García, O. y Secades, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165.
- García, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12 (2), 133-151.
- García, J.A., García, A., Gázquez, M. y Marzo, J.C. (2013). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y Drogas*, 13 (2), 89-97.
- Garnica, G., Robles, R., Sánchez, J. y Juárez, F. (2013). Mejoramiento de contingencias parentales y reducción de problemas conductuales en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 79-87.
- Gázquez, M., García, J.A. y Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9 (2), 185-208.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, A., Romero, E. y Villar-Torres, P. (2003). El programa Construyendo Salud: Un programa de prevención del abuso de drogas empíricamente fundamentado. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13 (1), 165-202.
- González-Forteza, C., Andrade, P. y Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20 (1), 27-35.

- Guerra, A. y Anthony, J. (2011). *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual*. Brasil: Manole.
- Guitart, A.M., Bartroli, M., Villalbí, J.R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A., y Brugal, M.T. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 87 (2), 189-198.
- Gutiérrez, J., Rubio, G. y Rodríguez, F. (2013). Impulsivity: the prelude to behavioral addictions? *Health and Addictions*, 13 (2), 145-155.
- Hernández, J.L. (2013) *Evaluación de la eficacia de un proyecto de prevención selectiva dirigido a adolescentes*. D.F., México: Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 13-05.
- Hyde, J., Hankins, M., Deale, A. y Marteau, T.M. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: a systematic literature review. *Journal of Health Psychology*, 13(5), 607-623.
- Hoenicka, J. y Ponce, G. (2009). Aspectos genéticos de las drogodependencias. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 77-88). Madrid, España: Panamericana.
- Iglesias, G., Robles-Arellano, L.J., Gómez-Sandoval, G., Carlín-Sánchez, M. y Maury-Hernández, H.E. (2018). *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones en Jalisco, resultados 2017*. Jalisco, México: Secretaría de Salud Jalisco.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2016). Definición de Adicción a Sustancias o Drogas [página en línea]. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco*. DF, México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. DF, México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015c). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. DF, México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. DF., México: INPRFM.

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. DF., México: INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017c). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. DF., México: INPRFM.
- Instituto para Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (2018). Programas [página en línea]. Recuperado de <https://www.iapa.cdmx.gob.mx/programas>
- Jessor, R., Van Den Boss, J., Vanderryn, J., Costa, F. y Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.
- Kazdin, A.E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. DF, México: El Manual Moderno.
- Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45, 131–1160. DOI: 10.3109/10826080903567855
- Kjøbli, J., Hukkelberg, S. y Ogdén, T. (2013). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behavior Research and Therapy*, 51, 113-121.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 457-476.
- Ladero, J.M. y Lizasoain, I. (2009). Farmacología del Alcohol. Intoxicación aguda. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 385-400). Madrid, España: Panamericana.
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. España: Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Ley General de Salud (2015). Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf

- Limonero, J., Gómez-Romero, M.J., Fernández-Castro, J. y Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cánnabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, 19(3), 223-234.
- Lisha, N.E., Sun, P., Rohrbach, L.A., Spruijt-Metz, D., Unger, J. B. y Sussman, S. (2012). An evaluation of immediate outcomes and fidelity of a drug abuse prevention program in continuation high schools: Project Toward No Drug Abuse (TND). *Journal on Drug Education*, 42(1), 33-57.
- Lizasoain, I. y Moro, M.A. (2009). Cocaína (I): farmacología. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza, I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 189-205). Madrid, España: Panamericana.
- López, M. (2013). Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 3 (1), 117-127.
- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Rodríguez, S. y Cadaveira, F. (2014) Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26 (4), 334-359.
- López, S. y Rodríguez-Arias L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
- López-Torrecillas, F., Martín, I., De la Fuente, E.I. y Godoy, J.F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12 (2), 331-334.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J. y Godoy, J.F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15 (2), 127-136.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Ramírez, I. y Verdejo, A. (2002). El papel de la autoeficacia en el tratamiento de las drogodependencias. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2 (1), 21-31.
- Lorenzo, P. y Ladero, J.M. (2009). Dependencia tabáquica. Tabaco y nicotina. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 497-514). Madrid, España: Panamericana.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (2009) *Drogodependencias*. Madrid, España: Panamericana.

- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (2002). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid, España: Ministerio de Educación y Cultura.
- Mariño, M.D., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21 (1), 27-36.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S. y Quigley, L.A. (1999). Auto-eficacia y conducta adictiva. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: Cómo afrontar los cambios de la sociedad actual* (pp. 245-267). Bilbao, España: Desclée Brouwer.
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 1-25). Madrid, España: Panamericana.
- Martín del Campo, R., Mosqueda, M., Castro, M.E., Llanes, J., Villatoro, J.A., Gaytán, F.I. y Oliva, N. (2012). La atención de las adicciones basada en modelos para el Estado de México: Los casos del estudio de los factores de riesgo y la prevención con el “Chimalli”. En CONADIC, *Prevención y tratamiento de las adicciones en los servicios de salud* (pp. 249-278). D.F., México: Secretaría de salud.
- Martínez, C. y Eddy, M. (2005). Effects of culturally adapted Parent Management Training on Latino youth behavioral health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 841-851.
- Martínez, K. y Medina-Mora, M. E. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, 36 (6), 505-512.
- Martínez, K., Pedroza, F. J., Salazar, M. L. y Vacío, M. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36(3), 35-53.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Rev. Med. Clin. Condes*, 22(1), 98-109.
- Melo, D.S. y Nascimento, L.C. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(Spec), 655-62.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2012) *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Morales, H. (2014). *Programa de prevención y atención de adicciones*. D.F., México: ISSSTE. Dirección Médica, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud.

- Morales, C. S., Félix, R. V., Rosas, P. M., López, C. F., y Nieto, G. J. (2015). Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana* 33(1), 57-76. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.05
- Morales, C.S., Martínez, M. y Vázquez, F. (2007). *Módulo de Orientación para manejo de problemas en la infancia y la promoción de la salud familiar*. D.F., México: CONADIC.
- Murphy, J.G., Duchnick, J.J., Vuchinich, R.E. Davison, J.W., Karg, R.S., Olson, A.M.,... Coffey, T.T. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behavior*, 15, 373-379.
- Nanni, R. (2011). *Tratado de patología dual*. DF, México: Bioquimed.
- National Institute of Drug Abuse (2008a). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes: una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Washington, USA: National Institute of Health.
- National Institute of Drug Abuse (2008b). *La Ciencia de la Adicción*. Washington, USA: National Institute of Health.
- National Institute on Drug Abuse (2015). *Family checkup – Positive parenting prevents drug abuse*. Washington, D.C.: National Institute of Health.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E. y Beauvais, F. (1998). Primary socialization theory: culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. *Substance Use & Misuse*, 33(10), 2075-2107.
- Olivari, C. y Barra, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*, 23 (2), 5-11.
- Ollendick, T.H., Greene, R.W., Austin, K.E., Fraire, M.G., Halldorsdottir, T., Allen, K.B.,... Wolff, J. C. (2015). Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 0(0), 1-14.
- Organización de los Estados Americanos (2012). *El problema de drogas en las américas: estudios*. Washington, USA: OEA.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, USA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. USA: OPS. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población.

- Oropeza, R., Medina-Mora, M.E. y Sánchez J.J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana Psicología*, 24(2), 219-231.
- Ortiz, A., Martínez, R. y Meza, D. (2011). *Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas"*. D.F., México: Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas.
- Pagano, R. (2011). *Estadística para las ciencias del comportamiento*. D.F., México: Cengage Learning.
- Pedrero-Pérez, E., Ruiz, J.M., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24 (1), 51-58.
- Pérez, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24 (2), 153-160.
- Ponciano, G. (2008). *Tratamiento integral del tabaquismo*. D.F., México: Trillas.
- Prevención Basada en la Evidencia (2012). Criterios de selección de programas [Página en línea]. Recuperado de <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/index.php?page=Criterios>
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Prospero, O. (2014). *¿Cómo ves?: Las adicciones*. D.F., México: UNAM, Dirección General de Divulgación de la Ciencia: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Rey, C.A. (2010). *Trastorno disocial: evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Rivera, M.E. y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Robles-García, R., Fresán, A., Castellanos-Ryan, N., Conrod, P., Gómez, D., De Quevedo, M.E., ... Medina-Mora, M.E. (2014). Spanish version of the substance use risk profile scale: factor structure, reliability, and validity in Mexican adolescents. *Psychiatry Research*, 220, 1113–1117.

- Romero, J.C., Pedrero, E.J. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19 (2), 141-152.
- Romo-González, T. y Larralde, C. (2013) ¿Cuáles y qué tan graves son los daños a la salud individual y a la sociedad causados por el consumo de drogas lícitas e ilícitas? *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (1), 67-80.
- Ruiz, G. y Medina-Mora, M.E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37 (1), 1-8.
- Ruiz-Sanchez de León, J. y Pedrero, P. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid, España: Panamericana.
- Roca, M.A. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo-conductual. *Revista Cubana de Psicología*, 19 (3), 195-200.
- Rohrbach, L.A., Sun, P. y Sussman, S. (2010). One-year follow-up evaluation of the Project Towards No Drug Abuse (TND) dissemination trial. *Preventive Medicine*, 51, 313-319.
- Rodríguez, S.E., Díaz, D.B., Gracia, S.E., Guerrero, J.A. y Gómez-Maqueo, E.L. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*, 34(1), 27-35.
- Rosa-Alcázar, A.I., Rosa-Alcázar, E. y Rosa-Alcázar, Á. (2009). Criterios de eficacia de los tratamientos según la Task Force. *Fisioterapia*, 31 (6), 248-254.
- Salamanca, A. y Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 185-202.
- Salazar, M.L. (2008). *Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes* (Tesis doctoral). UNAM, Facultad de Psicología. D.F., México.
- Sánchez-Martínez, F., Ariza, C., Pérez, A., Diéguez, M., López, M.J. y Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cannabis “xkpts.com” en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 22 (3), 217-226.
- Sánchez-Xicotencatl, O., Andrade, P., Betancourt, D. y Vital, G. (2013). Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 917-929.

- Schunk, D.H. (1997). *Teorías del aprendizaje*. DF, México: Pearson educación.
- Schunk, D.H. (2012). *Teorías del aprendizaje: una perspectiva educativa* (6ª ed.). DF, México: Pearson educación.
- Secretaría de Educación Pública (2012). *Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria*. D.F., México: Dirección General de Desarrollo de la Gestión e Innovación Educativa de la Subsecretaría de Educación Básica. Programa Escuela Segura.
- Secretaría de Salud (2009a). *Manual para el capacitador: mitos y realidades de las drogas*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2009b). *Habilidades para la vida: guía práctica y sencilla para el promotor nueva vida*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2009c). *10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2013). *Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2015). *Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Serrano, M.A., y García, D. (2010). Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes del último año de secundaria. *Multiciencias*, 10 (3), 273-280.
- Sexton, T. y Turner, C.W. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24 (3), 339-348.
- Siegel, J.T. y Alvaro, E.M. (2003). Youth tobacco access: adult attitudes, awareness, and perceived self-efficacy in two Arizona counties. *Journal of Community Health*, 28 (6), 439-449.
- Society for Prevention Research (2011). *Standards of knowledge for the science of prevention*. USA: Society for Prevention Research.
- Stanis, J. y Andersen, S. (2014). Reducing substance use during adolescence: a translational framework for prevention. *Psychopharmacology*, 231(8), 1437-1453.
- Stanton, M.D. y Tood, T. (1999). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona, España: Gedisa.

- Teesson, M., Newton, N.C. y Barrett, E.L. (2012). Australian school-based prevention programs for alcohol and other drugs: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 31(6), 731-736.
- Tobler, N.S. (1997). Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta-analysis. *NIDA Res monogr*, 170, 5-68.
- Tsay, S.L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 370-375.
- Turrisi, R., Larimer, M.E., Mallett, K.A., Kilmer, J.R., Ray, A.E., Matroleo, N.R.,... Montoya, H., (2009). A randomized clinical trial evaluating a combined alcohol intervention for high-risk college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drug*, 70, 555-567.
- Umbarger, C. (2008). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2013). Habilidades de prevención [página en línea] Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx/adicciones/habilidades.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2015a) *World drug report*. Viena, Austria: United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2015b). *International standards on drug use prevention*. Viena, Austria: United Nations Publication.
- Valadez, J.A. (2013). *Comparación de monitoreo paterno, relación padre-hijo, recursos de apoyo e impulsividad en adolescentes usuarios de drogas en rehabilitación y adolescentes estudiantes* (Tesis de maestría). Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.
- Valadez, J.A., Oropeza, R., Salazar, M.L. y Martínez, K. (2018). La voz de los profesionales: componentes y sugerencias para los programas de prevención en adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3), 796-816.
- Valenzuela, M.T., Ibarra, R., María, A., Zubarew, G. y Correa, M.L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(2), 50-54.
- Verdejo, A. (2006). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral* (Tesis de doctorado). Universidad de Granada. Granada, España.
- Verdejo, A. y Tirapu, J. (2011) Modelos Neuropsicológicos de adicción. En E.J. Pedrero. (Ed.), *Neurociencia y adicción* (pp. 47-65). Madrid, España: Sociedad Española de Toxicomanías.

- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 2, (20), 21-27.
- Villatoro, J., Mendoza, M., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., ... Medina-Mora, M.E. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37 (5), 423-435.
- Vrugt, A. y Koenis, S. (2002). Perceived self-efficacy, personal goals, social comparison, and scientific productivity. *Applied Psychology: an International Review*, 51 (4), 593-607.
- Washton, A. (1995). *La adicción a la cocaína*. Barcelona, España: Paidós.
- World Health Organization (WHO). (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

APÉNDICES

Apéndice 1. Intervenciones españolas evaluadas.

NOMBRE	TIPO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	ANTECEDENTES	No. SESIONES	CALIFICACIÓN
Prevenió de les Addiccions a Substancies a l'Escola	Universal	1º Secundaria 12-13 años	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la frecuencia del tabaquismo (de fumadores habituales). • Evitar el consumo abusivo de bebidas alcohólicas. • Reforzar las actitudes contrarias al uso de sustancias adictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje Social. • Acción Razonada. • Autoeficacia. 	7	*** (Calidad Moderada)
Sobre Canyes i Petes	Universal	3º Secundaria 14-15 años	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la composición de las bebidas alcohólicas y los principales productos derivados del cannabis y los efectos que causan sobre el organismo humano. • Identificar las propias expectativas sobre los efectos del consumo de estas sustancias. • Ejercitarse en habilidades de reconocimiento de la presión social, de comunicación asertiva y de rechazo de las ofertas, cuando no se quiere consumir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociales. • Expectativas sobre el consumo de bebidas alcohólicas. 	5	***
Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social	Universal	1º y 2º Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasar la edad de inicio y reducir los consumos habituales y abusivos de alcohol y tabaco. • Mejorar los conocimientos sobre los efectos y riesgos de las drogas. • Modificar actitudes y reducir las intenciones de consumo de drogas en el futuro. • Prevenir conductas como la agresión o la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para la vida. • Habilidades para mejorar el funcionamiento Familiar. • Modificación de la conducta. 	16	***

(continúa)

Apéndice 1. Intervenciones españolas evaluadas (continuación).

NOMBRE	TIPO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	ANTECEDENTES	No. SESIONES	CALIFICACIÓN
Tú Decides	Universal	Escolarizada 12-16 años	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre las drogas • Conocer el nivel de consumo real de su grupo de edad. • Entenderá el papel de las expectativas y de las normas sociales y grupales • Identificará presiones a la oferta de droga. • Conocer las conductas activas a mantener en caso de que decida consumir para evitar el abuso o para evitar situaciones de riesgo que no quiere asumir. • Entender y valorar el papel de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones. • Escalada del consumo • Adolescencia. 	6	***
Construye tu Mundo	Universal	Población entre 3 y 16 años	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a desarrollar en niños y adolescentes una personalidad autónoma, crítica y reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología IVAC (Investigación, Visión, Acción y Cambio). 	9	** (Calidad Baja)
Déjame que te cuente algo sobre...Los Porros	Universal y Selectiva	Adolescentes 13 a 16 años	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar un "sistema de creencias" basado en una información objetiva y realista. • Promover una "actitud crítica" frente a esta sustancia. • Favorecer la toma de decisiones responsable frente al uso del cannabis, facilitando la evaluación de los beneficios y los costes asociados a su consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Teórico de Acción Razonada. 	5	**

(continúa)

Apéndice 1. Intervenciones españolas evaluadas (continuación).

NOMBRE	TIPO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	ANTECEDENTES	No. SESIONES	CALIFICACIÓN
Programa de Competencia Familiar (Adaptación Cultural del Strengthening Families Program)	Selectiva	Familias en Riesgo con hijos de 7 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las relaciones familiares. • Aumentar las habilidades parentales. • Aumentar las competencias sociales de los hijos e hijas. • Mejorar el comportamiento de los hijos e hijas. • Prevenir y/o reducir el consumo de drogas y alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de Riesgo Multicomponente. • Factores de Protección Familiar. 	14	**
Programa Rompecabezas	Selectiva	Adolescentes y Jóvenes de 16 a 21 años	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir y/o reducir el consumo problemático de sustancias en jóvenes. • Mitigar y disminuir los factores de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría de los Factores de Riesgo y Protección. • Teoría de la Conducta Problema. • Teoría de la Secuencia Escalada del Consumo. 	6	* (Calidad Muy Baja)
Programa escalonado de prevención escolar "Protegiéndote"	Universal	Niños y Adolescentes de 3 a 16 años. Padres y Profesores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover estilos de vida libres del uso de drogas. 2. Reducir la incidencia del consumo de drogas. 3. Retrasar la edad de inicio del consumo experimental de drogas. 4. Evitar la transición del consumo experimental de drogas al habitual y de éste al abuso y la dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo bio-psico-social. • Factores de Riesgo y Protección. • Estilos de Vida Saludable. 	10	*

Fuente: Adaptado de la página web Prevención Basada en la Evidencia (2012).

Apéndice 2. Modelos preventivos en México

NOMBRE	TIPO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	ANTECEDENTES	EVALUACIÓN
Construye tu vida sin adicciones (Conadic)	Universal	Adultos, preadolescentes y Jóvenes	Fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones.	Medicina Mente-Cuerpo. Psicocorporal.	Estudio Pre-experimental Pre test – Post test
Centros de Integración Juvenil, A.C.	Universal, Selectiva e Indicada	Población de 10 a 18 años de edad	Disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo.	Modelo Riesgo Protección. Modelo Multidimensional.	Cuasi-experimental, longitudinal y comparativo. Evaluación de Calidad de los Servicios.
Riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias	Universal Selectiva	Comunidades abiertas. Niños, adolescentes y familias	Incremento de habilidades de protección, competencia social, resolución de problemas y adopción de un sentido propositivo en las familias de niñas, niños, adolescentes, y sus familias.	Teoría Riesgo – Protección. Teoría de la Resiliencia. Desarrollo comunitario.	No especifica.
Educación preventiva contra las adicciones (SEP)	Universal	Niños y Adolescentes de educación básica	Incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico.	Teoría Humanista. Modelo Ecológico de Desarrollo Humano.	Sin Datos
Yo quiero, yo puedo (IMIFAP)	Universal	Alumnos de 4°, 5° y 6° grado	Favorecer el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes, con el fin de prevenir problemas de educación y salud pública.	Factores de Riesgo y Protección. CIJ y CONADIC.	Un estudio Cuasi experimental.

(continúa)

Apéndice 2. Modelos preventivos en México (continuación).

NOMBRE	TIPO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	ANTECEDENTES	EVALUACIÓN
Riesgos psicosociales CHIMALLI	Universal Selectiva	Jóvenes de escuelas, centros comunitarios y barrios	Producir resiliencia, con un enfoque proactivo y ecológico. Se aplica en planes de acción por ciclos de actividades, con duración aproximada de quince semanas en comunidades.	Teoría de la Resiliencia. Teoría Riesgo – Protección.	Diversos estudios en diferentes contextos
Nueva Vida	Universal Selectiva	Escuelas y grupos organizados	Sensibilizar y Orientar a la población en general. Detección Temprana. Desarrollar Habilidades para la vida. Orientar sobre mitos y realidades de la droga.	Promoción de la salud. Teoría de Riesgo y Protección. Teoría Cognitivo-Conductual.	Sin Datos
Programa de Prevención y Control de las Adicciones (ISSSTE)	Universal Selectiva	Derecho-Habientes, niños, jóvenes, familias y población laboral	Estimular los factores de Protección que fortalecen la salud. Reducción del impacto de los factores de riesgo.	Teoría de Riesgo – Protección.	Sin Datos
PrevenIMSS	Universal	Niños, adolescentes, jóvenes y familias	Posponer o prevenir el abuso de drogas en los individuos, a partir de la presentación de información específica y actualizada.	Habilidades Sociales. Teoría de Riesgo – Protección.	No específica

Fuente: Adaptado de Consejo Nacional Contra las Adicciones (2003).

Apéndice 3. Entrevista a Profesionales sobre Programas de Prevención del Consumo de Drogas (EPP)

Categoría I

Datos generales

1. Fecha:
2. Género:
3. Edad:
4. Profesión:
5. Antigüedad:
6. Unidad de Trabajo:

Categoría II

Características de la población objetivo

En esta sección exploraremos algunas de las características de los adolescentes consumidores de drogas, para poder comprender que elementos deben considerarse en el diseño de un programa preventivo eficaz. Contesta las siguientes preguntas según tu experiencia.

7. ¿A cuál grado de la secundaria deberían dirigirse principalmente los programas de prevención de adicciones?

En el cuadro 1 se muestran cinco columnas con categorías generales de factores de riesgo: ambiental, social, escolar, familiar e individual. Cada categoría contiene cinco reactivos, marca dentro del paréntesis del 1 al 5 (1 para la más importante y 5 para la menos importante), y en caso de elegir otro factor también enuméralo.

En los jóvenes de secundaria, ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que detectas para iniciar el consumo de drogas?

Cuadro 1

Ambiental	Social	Escolar	Familiar	Individual
8 Carencias de espacios recreativos ()	14 Amigos que consumen drogas ()	20 Pobre apego escolar ()	26 Pobre Disciplina Familiar ()	32 Vulnerabilidad Genética ()
9 Disponibilidad de droga ()	15 Pertenecer a pandillas ()	21 Bajo rendimiento académico ()	27 Pobre Supervisión Familiar ()	33 Limitado control de impulsos ()
10 Cambios constantes de residencia ()	16 Baja percepción social del riesgo ()	22 Abandono escolar ()	28 Actitudes positivas hacia la droga ()	34 Conducta opositora ()
11 Pobreza ()	17 Rechazo por parte de iguales ()	23 Tamaño de escuela ()	29 Divorcio o separación de los padres ()	35 Baja autoeficacia percibida ()
12 Limitado acceso a redes de apoyo ()	18 Iguales con conducta antisocial ()	24 Agresión escolar o bullying ()	30 Conflictos familiares ()	36 Antecedentes de TDAH ()
13 Otros:	19 Otros:	25 Otros:	31 Otros:	37 Otros:

Categoría III

Prevención en mi práctica diaria

En esta parte nos interesa conocer tu experiencia en la aplicación de los programas preventivos del consumo de drogas, así como tus sugerencias con base en tu labor diaria. Contesta según tu experiencia laboral.

38. ¿Cuáles programas preventivos del consumo de drogas aplicas en tu labor institucional?
39. ¿Qué objetivos tiene cada programa preventivo?
40. ¿Cuál es el que más aplicas?
41. ¿Cuál consideras que es más efectivo?
42. Del 0 al 10 (donde el 0 es nada efectivo y 10 es muy efectivo) ¿Qué tan efectivo es el programa que elegiste?
43. ¿Por qué?
44. ¿Qué modificaciones o implementaciones le harías al programa elegido para mejorarlo?
45. ¿Qué elementos de este programa no son útiles para la prevención?
46. ¿Cuáles son las necesidades que detectas en la aplicación de los programas preventivos?
47. ¿Aplicas pruebas de tamizaje?
48. ¿Cuáles?
49. ¿Qué objetivos tienen estas pruebas?
50. ¿Llevas a cabo sesiones de seguimiento después de haber concluido el programa preventivo?
51. ¿Cuántas?
52. ¿Con que intervalo de tiempo?
53. ¿Qué impacto tienen las sesiones de seguimiento?
54. ¿En tu Unidad de Trabajo se han realizado evaluaciones de los programas preventivos?
55. ¿Qué recursos de evaluación han utilizado para este fin?
56. Describe el proceso que llevan a cabo para evaluar los programas.
57. Del 0 al 10 (donde 0 es nada satisfecho y 10 es completamente satisfecho) ¿Qué tan satisfecho/a te sientes respecto a los resultados de tu labor preventiva?
58. ¿Por qué?
59. ¿Qué otros programas preventivos conoces que se apliquen en este país?
60. ¿Conoces programas de prevención del consumo de drogas que se aplican en otros países?
61. ¿Cuáles?

Categoría IV

Características de los programas preventivos eficaces

En esta sección nos interesa saber tu opinión respecto a las características que debería tener un programa preventivo eficaz, que ayude a lograr el objetivo de la prevención del consumo de drogas en alumnos de secundaria. Contesta las preguntas de acuerdo a tu experiencia y conocimientos.

62. ¿Qué tipo de programas de prevención de adicciones son los más eficaces?
63. ¿Cuáles son las características de un programa preventivo eficaz?
64. ¿Cuántas sesiones tendría un programa de prevención eficaz?
65. ¿Qué duración tendrían cada una de las sesiones?
66. ¿A quiénes dirigirías ese programa de prevención?

67. ¿Qué debe enseñar primordialmente un buen programa de prevención de adicciones?
68. ¿Qué recursos materiales son necesarios para una buena intervención en adicciones?
69. ¿Qué recursos tecnológicos son necesarios para una buena intervención en adicciones?
70. ¿Cuál crees que es el mejor modelo teórico para diseñar un programa de prevención de drogas en jóvenes de secundaria?
71. ¿Por qué?

Categoría V

Características de los profesionales que aplican los programas preventivos

Finalmente nos interesa conocer tu opinión en torno a los perfiles idóneos para la aplicación de un programa preventivo de drogas eficaz. Contesta las preguntas según tu opinión.

72. ¿Qué perfiles profesionales son los más idóneos para aplicar los programas preventivos?
73. ¿Qué conocimientos debe tener un profesional que aplique los programas preventivos de adicciones?
74. ¿Qué habilidades debe tener el profesional que aplica los programas preventivos de adicciones?
75. ¿Qué debe evitar hacer un profesional para realizar una buena intervención preventiva?
76. ¿Qué debe hacer un profesional cuando realiza una buena intervención preventiva del consumo de drogas?
77. ¿Alguna otra observación o comentario?

¡Agradecemos su participación!

Apéndice 4. Consentimiento informado



Fecha _____

En el Doctorado Interinstitucional en Psicología con sede en la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo, estamos realizando un estudio para diseñar y evaluar un programa de prevención selectiva dirigida a estudiantes de secundaria, por lo que sería de gran utilidad conocer tu experiencia como profesional en la prevención de las adicciones.

Tu participación en esta investigación es voluntaria y en cualquier momento puedes renunciar a participar. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tus respuestas a la entrevista serán anónimas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Los datos que proporcionen se analizarán y los resultados serán expuestos en congresos y publicaciones de corte científico.

Una vez entendido lo anterior doy mi consentimiento para participar en la investigación: “Diagnóstico, desarrollo y evaluación de un programa de prevención para evitar el consumo de drogas en estudiantes de secundaria”.

De antemano, te agradecemos tu participación.

Participante

Investigador

Apéndice 5. Jueceo de la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R)

Apreciable investigador:

Con el objetivo de evaluar una intervención preventiva dirigida a un grupo de estudiantes que cursan el primer grado de la secundaria, se está desarrollando la IPEA-R con base en la literatura científica y un diagnóstico aplicado a profesionales expertos en el tema, en la cual se utilizarán diversas técnicas y estrategias para desarrollar habilidades como el análisis de las consecuencias, habilidades para el autocontrol, manejo de emociones, afrontamiento de la presión social y la toma de decisiones, con el objetivo de evitar el consumo de drogas en los participantes.

La IPEA-R, estará conformada por tres etapas que a continuación se explican:

I. Evaluación e Inducción: El objetivo de esta etapa (1 sesión) será recoger información general de los participantes y la aplicación de la batería de instrumentos para la evaluación pre intervención. También se realizará la inducción, donde se les explicará a los participantes el objetivo de la intervención y la dinámica de trabajo. Finalmente los participantes firmarán el consentimiento informado y carta compromiso de participación.

II. Intervención: El objetivo de esta etapa (8 sesiones) será entrenar a los participantes en las habilidades de cada uno de los tópicos a desarrollar, con la intención de habilitarlos para evitar el consumo de drogas. Cada sesión de intervención está estructurada en tres partes:

4. Introducción
 - a. Bienvenida y rapport
 - b. La agenda
 - c. ¿recuerdas lo que hicimos la semana pasada?
5. Desarrollo del tópico
 - a. Tema
 - b. ¿y tú qué opinas?
 - c. A la acción
6. Conclusión
 - a. Resumen
 - b. ¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?
 - c. Tarea y cierre de la sesión.

En todas y cada una de las sesiones de intervención los participantes evaluarán su estado de ánimo, identificarán con qué recursos y con quienes cuentan para lograr las metas, firmarán un compromiso de NO consumo de drogas y escribirá que tan confiados se sienten de lograr su meta.

III. Seguimiento: Una vez concluida la intervención se tendrán 2 sesiones de seguimiento posteriores para valorar el mantenimiento de los cambios logrados; la primera será al mes, la segunda a los tres meses. En cada sesión se aplicará la batería de instrumentos de evaluación y se trabajará con nuevos compromisos y planes de acción.

Debido a que usted es un investigador y profesional de la salud, le solicitamos su colaboración para evaluar la **Intervención preventiva para estudiantes adolescentes en riesgo (IPEA-R)**.

Le pedimos que al momento de calificar cada una de las sesiones (las cuales se encuentran en el anexo 1) que conforman la *IPEA-R* tenga en cuenta los siguientes aspectos:

1. Qué tan claro es el objetivo de cada sesión.
2. Qué tan apropiadas son las actividades propuestas para cada sesión.
3. Qué tan congruentes son las tareas solicitadas a los participantes.

Usted evaluará los aspectos anteriores del diseño de la *IPEA-R*, conforme a la siguiente escala:

1	Totalmente inadecuado
2	Algo inadecuado
3	Ni adecuado ni inadecuado
4	Algo adecuado
5	Totalmente adecuado

Cada párrafo tiene un espacio en blanco para que, si usted lo juzga así, incluya los cambios o comentarios que considere necesarios. Ejemplo:

El psicólogo mostrará diálogos con pensamientos irracionales y enseñará la contraparte racional y sus efectos en la conducta

1	2	3	4	5
Observaciones: <i>Es importante que los pensamientos irracionales se relacionen con el consumo de drogas.</i>				

Nota: Para facilitar su lectura y fácil identificación, las preguntas del jueceo estarán escritas en negro y los elementos de la intervención a evaluar estarán escritas en verde.

Gracias por su cooperación

ASPECTOS GENERALES

1. ¿Qué tan adecuados son los criterios de inclusión de los participantes?

- Ser estudiante del primer grado de secundaria.
- Contar con el consentimiento informado de los padres.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

2. ¿Qué tan adecuados son los criterios de exclusión de los participantes?

- Tener algún trastorno mental grave.
- Tener abuso o dependencia a drogas psicoactivas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

3. ¿Qué tan adecuado es el tiempo propuesto para cada sesión?

- Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos

1	2	3	4	5
Observaciones:				

4. ¿Qué tan adecuados son los tópicos de las sesiones previstas para la etapa de la intervención?

- La *IPEA-R*, consta de 8 tópicos a trabajar (1. Comprender las adicciones y establecimiento de metas; 2. Análisis de las consecuencias; 3 Desarrollo del auto-control; 4. Modificar los pensamientos; 5. Manejo del enojo; 6. Manejo de la tristeza/euforia; 7. Afrontamiento de la presión social; 8. Toma de decisiones.)

1	2	3	4	5
Observaciones:				

5. ¿Qué tan adecuado es el número de sesiones?

- La *IPEA-R*, consta de 11 sesiones en total. De las cuales 1 es de evaluación, 8 de intervención y 2 son de seguimiento, una al primer mes y otra a los 3 meses.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 0

6. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 0?

- Aplicar los instrumentos para la evaluación inicial.
- Presentar el *IPEA-R* a los participantes.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

7. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 0?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por asistencia.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.

- Explorar expectativas de la intervención.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

8. ¿Qué tan adecuada le parece los instrumentos de evaluación?

- Escala de consumo de drogas.
- Escala de percepción de riesgo asociado al consumo.
- Autoeficacia para resistir el consumo de tabaco y alcohol.
- Cuestionario de auto-control.
- Escala para la evaluación de toma de decisiones.
- Escala para emociones.
- Escala de rechazo de la presión.
- Escala de impulsividad.
- Escala de autoeficacia generalizada.
- Inventario de depresión de Beck.
- Inventario de ansiedad de Beck

1	2	3	4	5
Observaciones:				

9. ¿Qué tan adecuado le parece el formato de la batería de instrumentos?

1	2	3	4	5
Observaciones:				

10. ¿Qué tan adecuado le parece el tiempo promedio de respuesta de la batería de instrumentos, promediada en 45 minutos (se aplicó a tres estudiantes)?

1	2	3	4	5
Observaciones:				

11. ¿Qué tan adecuada le parece las actividades de la Inducción en la sesión 0?

- Explicar el objetivo y esquema del IPEA-R
- Firmar el consentimiento informado.
- Firmar una carta de compromiso de participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 1

12. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 1?

- Enseñar cómo se gesta una adicción y sus consecuencias.
- Definir metas para evitar el consumo de drogas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

13. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 1?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.

- Entregar el Folleto 1.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (Evaluación e Inducción).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Entregar los resultados grupales de la evaluación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

14. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 1?

- Tema la adicción y el cerebro.
- Daños a la salud del consumo de tabaco, alcohol y mariguana.
- Sustancias de inicio y consumo de otras drogas duras.
- Compartir reflexiones en torno al tema.
- Firmar un compromiso de No consumo de drogas.
- Diseñar dos metas a realizar durante la semana para lograr el compromiso de NO consumo de drogas.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

15. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 1?

- Resumen de la sesión.
- Enfatizar que la adicción inicia con un consumo experimental.
- Mencionar la importancia de lograr metas para aumentar su autoeficacia.
- Motivar a expresar que es lo que aprendieron.
- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus metas

1	2	3	4	5
Observaciones:				

16. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 1?

- Indicar como tarea el lograr las metas que diseñaron en esta sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 2

17. ¿Qué tan claro es el objetivo para la sesión 2?

- Enseñar a los alumnos a analizar las consecuencias de sus comportamientos y desarrollar la capacidad de prever los resultados de ejercer conductas adecuadas vs conductas inadecuadas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

18. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 2?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el Folleto 2.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (Comprender las adicciones y diseño de metas).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

19. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 2?

- Se Introducir al concepto de Consecuencia.
- Enseñar el análisis funcional de la conducta
Antecedentes → Conductas → Consecuencias.
- Brindar ejemplos de conductas adecuadas y sus consecuencias positivas.
- Brindar ejemplos de conductas inadecuadas y sus consecuencias negativas.
- Escribir en folleto otros ejemplos.
- Solicitar que compartan sus ejemplos al grupo.
- Realizar balance decisional de la conducta de consumo.
- Compartir al grupo su balance y se motivar a la reflexión.
- Firmar compromiso de NO consumo, identificar las situaciones de riesgo y diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para alcanzar las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

20. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 2?

- Realizar resumen de la sesión.
- Enfatizar que toda conducta tiene una consecuencia y relacionar con el uso de drogas.
- Motivar a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron.
- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

21. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 2?

- Pedir a los alumnos la tarea de llenar un autorregistro con tres situaciones de riesgo, conductas y consecuencias, que se hayan suscitado durante la semana.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 3**22. ¿Qué tan claro es el objetivo para la sesión 3?**

- Entrenar a los alumnos en estrategias de auto-control para aumentar la capacidad de inhibir respuestas impulsivas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

23. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 3?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el Folleto 3.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (análisis de las consecuencias).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

24. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 3?

- Introducir el concepto de auto control.
- Enseñar la importancia del control de estímulos.
- Explicar las técnicas auto-observación, demorar la respuesta, respiración profunda, autorrefuerzo encubierto y autoinstrucciones.
- Motivar a que identifiquen situaciones de riesgo donde éstas técnicas sean de utilidad.
- Presentar situaciones hipotéticas y practicar las técnicas de autocontrol.
- Firmar su compromiso de NO consumo y se diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

25. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 3?

- Realizar resumen de la sesión.
- Enfatizar la importancia de pensar, esperar, esperar y responder.
- Explicar consecuencias de actuar impulsivamente y relacionar con el uso de drogas.
- Motivar a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron.
- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

26. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 3?

- Pedir de tarea que registren tres situaciones donde aplicar las técnicas de autocontrol y observar los resultados obtenidos.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 4

27. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 4?

- Desarrollar la habilidad de identificar pensamientos irracionales y transformarlos en pensamientos funcionales.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

28. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 4?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitarla por su asistencia.
- Entregar el Folleto 4.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (auto-control).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

29. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 4?

- Explicar la conexión entre pensamientos, emociones y conductas.
- Mostrar diálogos con pensamientos irracionales y enseñar la contraparte racional y sus efectos en la conducta.
- Enseñar cómo aplicar la técnica de detención de pensamiento, comprobación de la realidad, reatribución y pensamientos alternativos.
- Escribir pensamientos alternativos y racionales a situaciones del folleto.
- Compartir sus aportaciones y analizar para confirmar pensamientos racionales.
- Juntar en parejas para practicar la técnica aprendidas, el psicólogo modelará y después los alumnos la ensayarán.
- Firmar su compromiso de NO consumo y diseñará un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

30. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 4?

- Realizar resumen de la sesión.
- Enfatizar que pueden modificar sus pensamientos.
- Mencionar pensamientos relacionados con el inicio del consumo de drogas.
- Motivar a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron.
- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.
-

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 5

31. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 4?

- Pedir de tarea que identifiquen sus pensamientos irracionales y escribir las estrategias para transformarlos, hacer un listado de cinco pensamientos.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

32. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 5?

- Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para el enojo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

33. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 5?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitarla por su asistencia.
- Entregar el Folleto 5.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (Modificar los pensamientos).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

34. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 5?

- Explicar que son las emociones y sus funciones adaptativas.
- Analizar las consecuencias de no tener control del enojo y su relación con el consumo de drogas.
- Identificar situaciones donde no han podido controlar su enojo, escribir y analizar las consecuencias.
- Entrenar en técnicas para el control del enojo (técnica del semáforo, tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas y de control).
- Firmar su compromiso de NO consumo y se diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

35. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 5?

- Realizar resumen de la sesión.
- Enfatizar la relación entre el enojo y consumo de drogas.
- Motivar a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron.
- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

36. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 5?

- Pedir a los alumnos la tarea de escribir tres situaciones que les provoque enojo (midiendo la intensidad, del 1 al 10) y escribir las técnicas para afrontar este enojo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 6

37. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 6?

- Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para la tristeza y la excitación.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

38. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 6?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitarla por su asistencia.
- Entregar el Folleto 6.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (manejo del enojo).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

39. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 6?

- Explicar que es la tristeza y cuál es su función adaptativa.
- Explicar que es la euforia y cuál es su función adaptativa.
- Explicar la relación entre la tristeza y la euforia con el consumo de drogas.
- Pensar en la utilidad de manejar la tristeza y la euforia, para prevenir el consumo de drogas.
- Entrenar en técnicas para el manejo de la tristeza y la euforia (técnica del semáforo, control del estímulo, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas y realizar actividades placenteras)
- Firmar su compromiso de NO consumo y se diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

40. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 6?

- Realizar resumen de la sesión.
- Enfatizar la relación entre tristeza/euforia y el consumo de drogas.
- Motivar a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron.
- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.
- Agradecer la participación.

- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

41. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 6?

- Pedir la tarea de escribir tres situaciones que les provoque tristeza y otras tres para la euforia (midiendo la intensidad, del 1 al 10) y escribir las técnicas para afrontar esas emociones.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 7

42. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 7?

- Enseñar a los alumnos a reconocer y resistir las presiones sociales para usar drogas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

43. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 7?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el Folleto 7.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (manejo de la tristeza/euforia).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

44. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 7?

- Explicar la relación entre presión social y el consumo de drogas.
- Enseñar la estrategia negarse-explicar-abandonar.
- Identificar situaciones donde podrían ser presionados para consumir drogas.
- Reflexionar en las consecuencias negativas de NO resistir la presión social.
- Reflexionar en las ganancias positivas de SI resistir la presión social.
- Entrenar en técnicas para afrontar la presión social (negarse asertivamente, cambiar el tema de la plática, buscar otras alternativas, ofrecer justificación, interrumpir la interacción, confrontación asertiva).
- Firmar su compromiso de NO consumo y se diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

45. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 7?

- Realizar resumen de la sesión.
- Enfatizar la importancia de saber cómo rechazar la presión para el consumo de drogas.
- Motivar a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron.

- Escribir en el folleto lo más significativo de esta sesión.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

46. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 7?

- Pedir la tarea de identificar situaciones, personas y lugares donde podrían ejercer presión sobre ellos para consumir droga.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 8

42. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 8?

- Enseñar a los alumnos a reconocer la importancia de tomar decisiones e identificar los elementos que la constituyen.
- Aplicar los instrumentos para la evaluación final.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

43. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 8?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el Folleto 8.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Dudas del tema de la semana pasada (afrentamiento de la presión social).
- Aclarar dudas y reforzar la participación.
- Evaluar estado de ánimo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

44. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 8?

- Explicar que son las decisiones.
- Explicar la estrategia para tomar decisiones eficaces.
- Mencionar cuales de las técnicas aprendidas durante la intervención pueden favorecer a una toma de decisión eficaz.
- Pensar en una situación difícil donde tendrán que tomar una decisión y aplicar la estrategia aprendida.
- Firmar su compromiso de NO consumo y se diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

45. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 8?

- Resumen de la intervención.
- Motivar a que mencionen que es lo que aprendieron en toda la intervención.
- Escribir en el folleto lo más significativo de la intervención.
- Aplicar los siguientes instrumentos:
 - Escala de consumo de drogas.
 - Escala de percepción de riesgo asociado al consumo.
 - Autoeficacia para resistir el consumo de tabaco y alcohol.
 - Cuestionario de auto-control.
 - Escala para la evaluación de toma de decisiones.
 - Escala para emociones.
 - Escala de rechazo de la presión.
 - Escala de impulsividad.
 - Escala de autoeficacia generalizada.
 - Inventario de depresión de Beck.
 - Inventario de ansiedad de Beck.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión, que se llevará a cabo en un mes.
- Hacer entrega de un reconocimiento por su participación.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

46. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 8?

- Pedir de tarea llevar a cabo su plan de acción para lograr la meta de No consumo y utilizar las estrategias aprendidas durante la intervención.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIONES DE SEGUIMIENTO

47. ¿Qué tan claros son los objetivos para las sesiones de seguimiento?

- Revisar el logro de la meta de No consumo y diseñar planes de acción para posibles obstáculos.
- Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

48. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de las sesiones de seguimiento?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el Folleto seguimiento.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Identificar situaciones de riesgo y estrategias para lograr la meta de NO consumo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

49. ¿Qué tan adecuadas son las actividades del desarrollo del tópico de las sesiones de seguimiento?

- Firmar su compromiso de NO consumo y se diseñar un plan de acción para lograrlo.
- Indagar con qué recursos cuentan para lograr las metas.
- Realizar un repaso de las técnicas utilizadas durante la intervención.
- Escribir que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

50. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la conclusión de las sesiones de seguimiento?

- Aplicar batería de instrumentos
- Se agradecerá la participación de todos los alumnos (seguimiento 1)
- Recordar día y hora de la siguiente sesión de seguimiento en dos meses (seguimiento 1).
- Agradecer la participación y se felicitará por su constancia y dedicación (seguimiento 2).

1	2	3	4	5
Observaciones:				

51. ¿Qué tan adecuado cree usted que es el texto en general de la *IPEA-R*, en términos de una correcta redacción?

1	2	3	4	5
Observaciones:				

*De antemano agradezco su participación y tiempo dedicado a revisar este documento.
Su aportación es de gran valor para llevar a cabo esta investigación.*

Gracias.

Apéndice 5. Jueceo de la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R)

Apreciable investigador:

Con el objetivo de evaluar una intervención preventiva dirigida a padres de adolescentes escolarizados, se está desarrollando la IMPA-R con base en la literatura científica, en la cual se utilizarán diversas técnicas y estrategias para desarrollar habilidades de crianza como desarrollo de conductas pro sociales, disminución de conductas inadecuadas, comunicación eficaz, generar ambientes familiares saludables, motivar el desarrollo de confianza y autoeficacia, monitoreo eficaz de los hijos, con el objetivo de evitar el consumo de drogas en los participantes.

La IMPA-R se aplicará paralelamente a la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) y estará conformada por dos etapas que a continuación se explican:

I. Intervención: El objetivo de esta etapa (4 sesiones) será entrenar a los participantes en las habilidades de cada uno de los tópicos a desarrollar, con la intención de desarrollar prácticas de crianza eficaces para evitar el consumo de drogas en sus hijos adolescentes. Cada sesión de intervención está estructurada en tres partes:

7. Introducción
 - a. Bienvenida y rapport
 - b. La agenda
 - c. Repaso del tema anterior
8. Desarrollo del tópico
 - a. Tema
 - b. A la práctica
9. Conclusión
 - a. Resumen
 - b. Tarea y cierre de la sesión.

En la primera sesión se aplicarán los instrumentos del pre-test y en la cuarta el post-test.

II. Seguimiento: Una vez concluida la intervención se tendrán 2 sesiones de seguimiento posteriores para valorar el mantenimiento de los cambios logrados; la primera será al mes, la segunda a los tres meses. En cada sesión se aplicarán los instrumentos de evaluación y se trabajará con nuevos compromisos conductuales.

Debido a que usted es un investigador y profesional de la salud, le solicitamos su colaboración para evaluar la **Intervención mínima para padres de adolescentes en riesgo (IMPA-R)**.

Le pedimos que al momento de calificar cada una de las sesiones (las cuales se encuentran en el anexo 1) que conforman la *IMPA-R* tenga en cuenta los siguientes aspectos:

1. Qué tan claro es el objetivo de cada sesión.
2. Qué tan apropiadas son las actividades propuestas para cada sesión.
3. Qué tan congruentes son las tareas solicitadas a los participantes.

Usted evaluará los aspectos anteriores del diseño de la *IMPA-R*, conforme a la siguiente escala:

1	Totalmente inadecuado
2	Algo inadecuado
3	Ni adecuado ni inadecuado
4	Algo adecuado
5	Totalmente adecuado

Cada párrafo tiene un espacio en blanco para que, si usted lo juzga así, incluya los cambios o comentarios que considere necesarios. Ejemplo:

Los padres aprenderán estrategias básicas de comunicación.

1	2	3	4	5
Observaciones: <i>Es importante especificar las estrategias que se enseñarán.</i>				

Nota: Para facilitar su lectura y fácil identificación, las preguntas del jueceo estarán escritas en negro y los elementos de la intervención a evaluar estarán escritas en azul.

Gracias por su cooperación

ASPECTOS GENERALES

1. ¿Qué tan adecuados son los criterios de inclusión de los participantes?

- Tener un hijo participando en la IPEA-R.
- Contar con tiempo y disposición a completar la intervención.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

2. ¿Qué tan adecuados son los criterios de exclusión de los participantes?

- Tener dependencia a sustancias psicoactivas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

3. ¿Qué tan adecuado es el tiempo propuesto para cada sesión?

- Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos

1	2	3	4	5
Observaciones:				

4. ¿Qué tan adecuados son los tópicos de las sesiones previstas para la etapa de la intervención?

- La *IMPA-R*, consta de 4 tópicos a trabajar (1. Mejorar el ambiente y comunicación familiar; 2. Generar conductas pro-sociales; 3 Desarrollo positivo del adolescente; 4. Monitoreo parental.)

1	2	3	4	5
Observaciones:				

5. ¿Qué tan adecuado es el número de sesiones?

- La *IPEA-R*, consta de 6 sesiones en total. De las cuales 4 son de intervención y 2 son de seguimiento, una al primer mes y otra a los 3 meses.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 1

6. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 1?

- Realizar la evaluación inicial.
- Aprender estrategias para mejorar el ambiente y la comunicación familiar.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

7. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción e inducción de la sesión 1?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por asistencia.
- Entregar folleto 1.
- Presentación de la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Explicar el objetivo y esquema del *IMPA-R*
- Informar sobre los objetivos del *IPEA-R*
- Firmar consentimos informado.
- Firmar una carta compromiso de participación.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

8. ¿Qué tan adecuada le parece los instrumentos de evaluación (ver anexo 2)?

- Escala de estilos de crianza.
- Escala de ambiente social familiar.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

9. ¿Qué tan adecuada le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 1?

- Enseñar el desarrollo normal del adolescente.
- Explicar la relación entre problemas de conductas y adicciones.
- Identificar el estilo de crianza que utilizan con sus hijos.
- Aprender estrategias de comunicación (buscar el mejor momento, limitar distracciones, tener un plan, escuchar con respeto, estar calmado, modular la voz, realizar preguntas, mostrar interés, etc.).
- Encontrar un tiempo para realizar actividades lúdicas no contingentes.
- Identificar los recursos con los que cuentan para lograr el objetivo de la sesión.
- Practicar las estrategias para lograr una clara comunicación.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

10. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 1?

- Los padres harán un resumen de lo trabajado durante la sesión.
- Se agradecerá la participación de todos los padres.
- Se les recordará el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

11. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 1?

- Elegir del listado de conductas positivas dos, para llevar a cabo durante las dos semanas siguientes.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 2

12. ¿Qué tan claros son los objetivos para la sesión 2?

- Entrenar a los padres en estrategias para aumentar las conductas pro-sociales y disminuir conductas inadecuadas.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

13. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 2?

- Dar la bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el folleto 2.
- Presentación de la agenda.
- Preguntar sobre dudas a la agenda.
- Recapitular el tema anterior (Mejorar el ambiente y la comunicación familiar).

- Aclarar dudas y revisar la tarea.
- Entregar los resultados grupales de la evaluación.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

14. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 2?

- Explicar las diferencias entre conducta deseable y conducta previsible.
- Explicar la diferencia entre los atributos de culpa y responsabilidad.
- Enseñar técnicas para aumentar una conducta pro-social (refuerzos positivos).
- Enseñar técnicas para disminuir una conductas inadecuadas (costo de respuesta, ignorar).
- Enseñar la correcta aplicación de consecuencias.
- Detectar conductas blanco en sus hijos.
- Practicar las técnicas enseñadas en dos conductas pro-sociales y dos conductas inadecuadas.
- Identificar los recursos con los que cuentan para lograr el objetivo de la sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

15. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 2?

- Resumen de lo trabajado.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

16. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 2?

- Elegir conductas positivas y realizarlas durante las dos semanas siguientes.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 3

17. ¿Qué tan claro son los objetivos para la sesión 3?

- Desarrollar la habilidad de negociar con el adolescente.
- Desarrollar la habilidad de motivar al adolescente.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

18. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 3?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Se entregará el folleto 3.
- Presentar la agenda.
- Preguntar sobre dudas o sugerencias a la agenda.
- Recapitular el tema anterior (Generar conductas pro-sociales).
- Aclarar dudas, revisar la tarea y reforzar la participación del grupo.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

19. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo del tópico de la sesión 3?

- Enseñar estrategias para aumentar la confianza y autoeficacia de los hijos.
- Aprender estrategias para aumentar la motivación (fomentar actividades saludables, fomentar relaciones interpersonales positivas, motivar el desarrollo creativo, uso de frases motivadoras)
- Aprender estrategias para negociar (enfocarse en soluciones, elegir espacios neutros de negociación, realizar convenios utilizando el principio de Premak).
- Observar videos que muestran las habilidades de motivación y negociación.
- Entrenar la habilidad de motivación y negociación con el adolescente por medio del modelamiento.
- Identificar los recursos con los que cuentan para lograr el desarrollo positivo del adolescente.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

20. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 3?

- Resumen de lo trabajado.
- Agradecer la participación.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

21. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 3?

- Elegir del listado, conductas positivas que realizarán durante las dos semanas siguientes.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIÓN 4

22. ¿Qué tan claro es el objetivo para la sesión 4?

- Lograr un adecuado monitoreo del adolescente.
- Establecer reglas claras y consistentes.
- Realizar la evaluación final.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

23. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de la sesión 4?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el folleto 4.
- Presentar la agenda.
- Sugerencias a la agenda.
- Recapitular el tema anterior (Desarrollo positivo del adolescente).
- Aclarar dudas, revisar la tarea y reforzar la participación.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

24. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades del desarrollo de tópico de la sesión 4?

- Comprender la importancia de establecer reglas claras.
- Aprender las estrategias para establecer reglas claras y sus consecuencias.
- Identificar las reglas no negociables.
- Comprender la importancia de un buen monitoreo de los hijos.
- Establecer tres reglas básicas y sus consecuencias, para comunicarlas a sus hijos.
- Realizar un directorio de los amigos de sus hijos.
- Realizar una agenda de las actividades de sus hijos.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

25. ¿Qué tan adecuadas le parece las actividades de la conclusión de la sesión 4?

- Resumen de lo trabajado.
- Agradecer la participación.
- Recordar día y hora de la siguiente sesión, en un mes.
- Aplicar los instrumentos Post-test.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

26. ¿Qué tan adecuada le parece la tarea de la sesión 4?

- Los padres elegirán del listado, conductas positivas que realizarán durante el mes siguiente.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

SESIONES DE SEGUIMIENTO**27. ¿Qué tan claros son los objetivos para las sesiones de seguimiento?**

- Repasar las estrategias aprendidas.
- Analizar obstáculos y realizar planes de acción.
- Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

28. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la introducción de las sesiones de seguimiento?

- Bienvenida al grupo.
- Felicitar por su asistencia.
- Entregar el folleto de seguimiento.
- Presentación de la agenda.
- Preguntar sobre sugerencias a la agenda.
- Aclarar dudas, revisar la tarea y reforzar la participación.
- Mostrar los resultados de la evaluación final y se comparan con la evaluación inicial.

1	2	3	4	5
Observaciones:				

29. ¿Qué tan adecuadas son las actividades del desarrollo del tópico de las sesiones de seguimiento?

- Preguntar y traer a discusión los obstáculos presentados y estrategias que utilizaron para superar la dificultad.

- Dar un repaso de las técnicas aprendidas durante la intervención.
- Realizar un resumen de la sesión.
- Los padres elegirán otras conductas a desarrollar, tomadas del listado de conductas positivas.
- Los padres identificarán los recursos con los que cuentan para lograr la meta conductual

1	2	3	4	5
Observaciones:				

30. ¿Qué tan adecuadas son las actividades de la conclusión de las sesiones de seguimiento?

- Aplicar la escala de estilos de crianza.
- Aplicar la escala de ambiente social familia.
- Agradecer la participación de los participantes.
- Recordar el día y hora de la siguiente sesión, en dos meses (seguimiento 1).
- Entregar a los padres un reconocimiento por su participación (seguimiento 2).

1	2	3	4	5
Observaciones:				

31. ¿Qué tan adecuado cree usted que es el texto en general de la *IMPA-R*, en términos de una correcta redacción?

1	2	3	4	5
Observaciones:				

*De antemano agradezco su participación y tiempo dedicado a revisar este documento.
Su aportación es de gran valor para llevar a cabo esta investigación.*

Gracias.

Apéndice 7. Cartas descriptivas de la Intervención preventiva para estudiantes adolescentes en riesgo (IPEA-R)

Introducción

El consumo de drogas es un problema social y de salud pública con un gran impacto negativo en la calidad de vida de las personas, y son los adolescentes la población más vulnerable, por lo que las intervenciones preventivas en este grupo de riesgo son acciones prioritarias para lograr la disminución de jóvenes que inician el consumo de drogas e impactar en las prevalencias actuales.

El IPEA-R es un programa de prevención selectiva dirigido a estudiantes que inician la secundaria, el cual se aplica en un contexto escolar y fue diseñado con base en la literatura científica, los estándares internacionales y un estudio diagnóstico realizado a profesionales expertos sobre programas preventivos en adicciones de la región centro occidente del país. Cada una de las sesiones contiene actividades interactivas para trabajar con los alumnos y su estructura está dividida en tres partes: 1) Introducción, en esta sección se trabaja con el establecimiento de rapport, se comparte la agenda de trabajo y se revisan las tareas y aprendizajes de las sesiones previas. 2) Desarrollo del tópico, en esta sección se imparte el tema de la sesión, se motiva a los alumnos a la reflexión y se practican las técnicas y habilidades a desarrollar. 3) Conclusión, en esta parte se realiza un resumen del tópico trabajado, se motiva a los alumnos a que expresen los aprendizajes significativos, se deja la tarea de la semana y se realiza el cierre.

Objetivo de la intervención

Entrenar a estudiantes del primer grado de secundaria en habilidades para evitar el uso de drogas, a través del desarrollo de habilidades de auto-control, manejo de emociones, afrontamiento de las presiones sociales y la toma de decisiones, además de aumentar la autoeficacia y diseñar planes de acción para lograr la meta de No consumo de drogas.

<i>SESIÓN CERO</i>	Tópico: Evaluación e Inducción			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar los instrumentos para la evaluación inicial • Presentar el IPEA-R a los participantes 			
Materiales:	Instrumentos de evaluación	Presentación PP de la intervención		Computadora
	Cañón	Lista de asistencia		Lápices
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. • El psicólogo preguntará sobre dudas o sugerencias a la agenda. • Los alumnos hablarán de sus expectativas para esta intervención, ¿qué quieren aprender?, ¿qué no quieren que suceda durante el curso de las sesiones? 	10'
Evaluación	Evaluación Inicial	Aplicación de instrumentos de evaluación	El psicólogo aplicará la batería de instrumentos	50'
Inducción	Inducción al IPEA-R	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo explicará el objetivo y esquema del IPEA-R • Los alumnos firmarán el consentimiento informado. • Los alumnos firmarán una carta de compromiso de participación. • El psicólogo recordará el día y hora de la siguiente sesión. 	25'

<i>SESIÓN UNO</i>		Tópico: Comprender las adicciones y definición de metas		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enseñar a los alumnos como se gesta una adicción a las drogas, así como las consecuencias del consumo.</i> • <i>Definir metas para evitar el consumo de drogas y promover estilos de vida saludables.</i> 			
Materiales:	Folleto 1	Lápices		
	Lista de asistencia	Lista de cotejo		
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se entregará el folleto 1. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	3'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (Evaluación e Inducción). • El psicólogo aclarará dudas y reforzará la participación del grupo. 	5'
Desarrollo del Tópico	Tema: ¡Diseña una meta que te aleje de las drogas!	Psicoeducación Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseñará a los alumnos que es una adicción y su relación con el cerebro. • Se mencionara por qué las personas consumen drogas. 	15'
	¿Y tú qué opinas?	Reflexión grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos compartirán sus reflexiones en torno al tema. 	5'
	A la acción	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos diseñarán dos metas a realizar durante la semana para lograr el compromiso de NO consumo de drogas. • Se indagará con qué recursos y con quienes cuentan los alumnos para lograr las metas. 	15'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se enfatizará en la idea de que la adicción inicia con un consumo experimental. 	5'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo motivará a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron. • Los alumnos escribirán en el folleto lo más significativo de esta sesión. 	5'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta indicará como tarea para los alumnos el lograr las metas que diseñaron en esta sesión. • Los alumnos escribirán que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus metas. 	5'

<i>SESIÓN DOS</i>		Tópico: Análisis de las consecuencias		
Objetivo:	<i>Enseñar a los alumnos a analizar las consecuencias de sus comportamientos y desarrollar la capacidad de prever los resultados de ejercer conductas saludables vs conductas de riesgo.</i>			
Materiales:	Folleto 2	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo		Lápices
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (Comprender las adicciones y diseño de metas). El psicólogo aclarará dudas, se revisará la tarea de la sesión pasada y se reforzará la participación. 	10'
Desarrollo del Tópico	Tema: Poder prever lo que me sucederá	Psicoeducación Análisis funcional de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> Se introducirá al concepto de Consecuencia. El psicólogo enseñará al grupo el análisis de la conducta y sus consecuencias Conductas → Consecuencias. 	25'
	¿Y tú qué opinas?	Reflexión grupal	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos escribirán en su folleto otros ejemplos para diferentes contextos. 	10'
	A la acción	Balance decisional	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos realizarán el balance decisional de la conducta de consumo. Los alumnos compartirán al grupo su balance y se motivará a que reflexionen en relación a la actividad. 	10'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará un resumen de la sesión. 	10'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo motivará a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron. 	10'
	Tarea y cierre de la sesión	Autoregistro	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá a los alumnos la tarea de llenar un autoregistro con tres situaciones de riesgo, conductas y consecuencias, que se hayan suscitado durante la semana. 	5'

<i>SESIÓN TRES</i>	Tópico: Desarrollo del auto-control			
Objetivo:	<i>Entrenar a los alumnos en estrategias de auto-control para aumentar la capacidad de inhibir respuestas impulsivas.</i>			
Materiales:	Folleto 3	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo		Lápices
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. Se entregará el Folleto 3. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (análisis de las consecuencias) 	10'
Desarrollo del Tópico	Tema: Pensar, esperar, esperar y actuar.	Demorar la respuesta. Respiración profunda.	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo introducirá el concepto de auto control. El psicólogo explicará a los alumnos las técnicas auto-observación, demorar la respuesta, respiración profunda, autorrefuerzo encubierto y autoinstrucciones. 	20'
	¿Y tú qué opinas?	Plenaria grupal	<ul style="list-style-type: none"> Se motivará a que los alumnos identifiquen situaciones de riesgo donde éstas técnicas les seria de utilidad. 	5'
	A la acción	Ensayo conductual Autoinstrucciones Role Playing	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos se juntarán en pares, se les presentarán diferentes situaciones hipotéticas y practicarán las técnicas de autocontrol. 	20'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará un resumen de la sesión. 	10'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo motivará a los alumnos a expresar que es lo que aprendieron. Los alumnos escribirán en el folleto lo más significativo de esta sesión. 	10'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva Autorregistro	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá a los alumnos de tarea que registren tres situaciones donde aplicarán las técnicas de autocontrol y observar los resultados obtenidos. 	5'

<i>SESIÓN CUATRO</i>		Tópico: Modificar los pensamientos		
Objetivo:	<i>Desarrollar la habilidad de identificar pensamientos irracionales y transformarlos en pensamientos funcionales.</i>			
Materiales:	Folleto 4	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo		Lápices
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (auto-control). 	10'
Desarrollo del Tópico	Tema: Mi cabeza, mis pensamientos.	Psicoeducación. Detención de pensamiento. Pensamientos alternativos.	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo explicará la conexión entre pensamientos, emociones y conductas. El psicólogo mostrará diálogos con pensamientos irracionales y enseñará la contraparte racional y sus efectos en la conducta. 	25'
	¿Y tú qué opinas?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos escribirán pensamientos alternativos y racionales a cada situación descrita en su folleto. 	5'
	A la acción	Ensayo conductual Role Playing	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos se juntarán en parejas para practicar la técnica aprendidas, primero el psicólogo modelará y después los alumnos la ensayarán. 	15'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se enfatizará la idea de que los pensamientos les pertenecen y pueden modificarlos. 	10'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo motivará a que los alumnos mencionen que es lo que aprendieron en ésta sesión. 	10'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá de tarea que durante la semana identifiquen sus pensamientos irracionales y escriban las estrategias que utilizaron para transformarlos, harán un listado de al menos cinco pensamientos. 	5'

<i>SESIÓN CINCO</i>	Tópico: Manejo de emociones - Enojo			
Objetivo:	<i>Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para el enojo.</i>			
Materiales:	Folleto 5	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo	Lápices	
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (Modificar los pensamientos) 	10'
Desarrollo del Tópico	Tema: ¡El que se enoja pierde!	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo explicará que son las emociones y sus funciones adaptativas. 	10'
	¿Y tú qué opinas?	Auto-observación	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos identificarán situaciones donde no han podido controlar su enojo, escribirán y analizarán sobre las consecuencias. 	10'
	A la acción	Ensayo conductual Tiempo fuera Distracción del pensamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Se entrenará a los participantes en técnicas para el control del enojo (técnica del semáforo, tiempo fuera, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas y de control). 	25'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará un resumen de la sesión. El psicólogo enfatizará la relación entre el inadecuado control del enojo y el consumo de drogas. 	10'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo motivará a que los alumnos mencionen que es lo que aprendieron en ésta sesión. 	10'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá a los alumnos la tarea de escribir al menos tres situaciones que les provoque enojo (midiendo la intensidad, del 1 al 10) y escribir las técnicas saludables que podrán ayudar a afrontar este enojo. 	5'

<i>SESIÓN SEIS</i>	Tópico: Manejo de emociones – Tristeza/Euforia			
Objetivo:	<i>Enseñar a los alumnos estrategias de afrontamiento para la tristeza y la euforia</i>			
Materiales:	Folleto 6	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo	Lápices	
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. Se felicitará al grupo por su asistencia. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (manejo del enojo) El psicólogo aclarará dudas, revisará la tarea y reforzará la participación del grupo. 	10'
Desarrollo del Tópico	Tema: ¡Pásala bien...y tranquilo!	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo explicará que es la tristeza y cuál es su función adaptativa. El psicólogo explicará que es la euforia y cuál es su función adaptativa. 	10'
	¿Y tú qué opinas?	Plenaria grupal.	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos pensarán en la utilidad de saber manejar la tristeza y la euforia, para prevenir el consumo de drogas. 	5'
	A la acción	Ensayo conductual Role Playing	<ul style="list-style-type: none"> Se entrenará en técnicas para el manejo de la tristeza y la euforia (técnica del semáforo, control del estímulo, distracción del pensamiento y autoinstrucciones positivas y realizar actividades placenteras) 	30'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará un resumen de la sesión. El psicólogo enfatizará la relación entre el inadecuado manejo de la tristeza/euforia y el consumo de drogas. 	10'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo motivará a que los alumnos mencionen que es lo que aprendieron en ésta sesión. Los alumnos escribirán en el folleto lo más significativo de ésta sesión. 	10'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá a los alumnos la tarea de escribir al menos tres situaciones que les provoque tristeza y otras tres para la euforia (midiendo la intensidad, del 1 al 10) y escribir las técnicas que podrán ayudar a afrontar esas emociones. 	5'

<i>SESIÓN SIETE</i>	Tópico: Afrontamiento de la presión social			
Objetivo:	<i>Enseñar a los alumnos a reconocer y resistir las presiones sociales para usar drogas.</i>			
Materiales:	Folleto 7	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo	Lápices	
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. Se felicitará al grupo por su asistencia. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (manejo de la tristeza/excitación) 	10'
Desarrollo del Tópico	Tema: Con presión no hay una buena relación.	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo explicará la relación entre presión social y el consumo de drogas. El psicólogo enseñará la estrategia negarse-explicar-abandonar. 	10'
	¿Y tú qué opinas?	Plenaria grupal.	<ul style="list-style-type: none"> Los alumnos identificarán situaciones donde podrían ser presionados para consumir drogas. 	10'
	A la acción	Ensayo conductual Modelamiento Moldeamiento Role Playing	<ul style="list-style-type: none"> Se entrenará en técnicas para afrontar la presión social (negarse asertivamente, cambiar el tema de la plática, buscar otras alternativas, ofrecer justificación, interrumpir la interacción, confrontación asertiva). 	25'
Conclusión	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará un resumen de la sesión. El psicólogo enfatizará la importancia de saber cómo rechazar la invitación de consumo de drogas. 	10'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo motivará a que los alumnos mencionen que es lo que aprendieron en ésta sesión. Los alumnos escribirán en el folleto lo más significativo de ésta sesión. 	10'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Se les pedirá a los alumnos la tarea de identificar situaciones, personas y lugares donde podrían ejercer presión sobre ellos para consumir drogas. Los alumnos escribirán que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo. 	5'

<i>SESIÓN OCHO</i>	Tópico: Toma de decisiones y evaluación final			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enseñar a los alumnos a reconocer la importancia de tomar decisiones e identificar los elementos que la constituyen.</i> • <i>Aplicar los instrumentos para la evaluación final.</i> 			
Materiales:	Folleto 8	Presentación PP del Tópico	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Formato para evaluar estado de ánimo	Lápices	Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (afrentamiento de la presión social). 	5'
Desarrollo del Tópico	Tema: Yo decido que es mejor para mi vida.	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo explicará que son las decisiones. • El psicólogo explicará la estrategia para tomar decisiones eficaces. 	10'
	¿Y tú qué opinas?	Plenaria grupal.	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos mencionarán cuales de las técnicas aprendidas durante la intervención podrían favorecer a una toma de decisión eficaz. 	5'
	A la acción	Ensayo conductual Role Playing	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos pensarán en una situación difícil donde tendrán que tomar una decisión y aplicarán la estrategia aprendida. • Los alumnos firmarán su compromiso de NO consumo por un mes y se diseñarán un plan de acción para lograrlo. • Se indagará con qué recursos y con quienes cuentan los alumnos para lograr las metas. 	10'
Conclusión y evaluación final.	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará un resumen de la intervención. 	5'
	¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo motivará a que los alumnos mencionen que es lo que aprendieron en toda la intervención. 	5'
	Evaluación final y cierre de la intervención.	Aplicación de instrumentos de evaluación final.	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo aplicará la batería de instrumentos. 	65'

<i>SESIÓN Seguimiento uno</i>	Seguimiento 1 ^{er} mes			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisar el logro de la meta de No consumo y diseñar planes de acción para posibles obstáculos.</i> • <i>Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento</i> 			
Materiales:	Folleto seguimiento 1 Cañón	Presentación PP de la intervención Lista de asistencia	Computadora Lápices	Lista de asistencia Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos el mes pasado?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión la identificación de situaciones de riesgo y las estrategias que utilizaron para lograr la meta de NO consumo. 	5'
Desarrollo del tópico	Generar nuevo compromiso	Plenaria Grupal Debate Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos firmarán su compromiso de NO consumo por los siguientes dos meses y se diseñará un plan de acción para lograrlo. • Se indagará con qué recursos y con quienes cuentan los alumnos para lograr las metas. • El psicólogo dará un repaso de las técnicas utilizadas durante la intervención. • Los alumnos escribirán que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo. 	25'
Conclusión y Evaluación	Evaluación del seguimiento al 1 ^{er} mes	Aplicación de instrumentos de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo aplicará la batería de instrumentos. • Se agradecerá la participación de todos los alumnos • Se les recordará el día y hora de la siguiente sesión, que se llevará a cabo en dos meses. 	50'

<i>SESIÓN Seguimiento dos</i>	Seguimiento 3 ^{er} mes			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisar el logro de la meta de No consumo y diseñar planes de acción para posibles obstáculos.</i> • <i>Aplicar los instrumentos para la evaluación del segundo seguimiento</i> 			
Materiales:	Folleto seguimiento 2	Presentación PP de la intervención	Computadora	Lista de asistencia
	Cañón	Lista de asistencia	Lápices	Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. • Se entregará el folleto de seguimiento 2. 	5'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. • El psicólogo preguntará sobre dudas o sugerencias a la agenda. 	5'
	¿Recuerdas lo que hicimos el mes pasado?	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión la identificación de situaciones de riesgo y las estrategias que utilizaron para lograr la meta de NO consumo. 	5'
Desarrollo del tópico	Generar nuevo compromiso	Plenaria Grupal Debate Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos firmarán su compromiso de NO consumo por los siguientes tres mes y se diseñará un plan de acción para lograrlo. • Se indagará con qué recursos y con quienes cuentan los alumnos para lograr las metas. • El psicólogo dará un repaso de las técnicas utilizadas durante la intervención. • Los alumnos escribirán que tan confiados se sienten de realizar la tarea y lograr sus compromiso de NO consumo. 	25'
Conclusión y Evaluación	Evaluación de seguimiento al 3 ^{er} mes	Aplicación de instrumentos de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo aplicará la batería de instrumentos. • Se agradecerá la participación de todos los alumnos y se felicitará por su constancia y dedicación. 	50'

Apéndice 8. Carta descriptiva de la Intervención mínima para padres de adolescentes en riesgo (IMPA-R)

Introducción

Los programas de prevención para evitar el consumo de drogas en adolescentes que están basados en la familia han demostrado tener eficacia, ya que los jóvenes adolescentes tienen menos problemas cuando los padres o cuidadores logran tener disciplina consistente, brindan apoyo y supervisión.

El IMPA-R es una intervención preventiva dirigida a padres o cuidadores de adolescentes escolarizados, diseñada con base en la literatura científica y tomando el marco teórico de la teoría social cognitiva, así como principios básicos de la modificación de la conducta. Las sesiones estas estructuradas de forma que los padres puedan desarrollar habilidades de crianza eficaz, de forma práctica y breve.

Objetivo de la intervención

Entrenar a padres de adolescentes que inician la secundaria en habilidades básicas de crianza eficaz, a través de la promoción de conductas saludables, disminución de conductas de riesgo, el correcto manejo de contingencias, la capacidad de negociación, estrategias para mejorar el ambiente familiar por medio de una adecuada comunicación y una cercana supervisión de los hijos adolescentes, para lograr la meta de No consumo de drogas en esta etapa del desarrollo por la que cursan sus hijos.

SESIÓN UNO	Tópico: Mejorar el ambiente y la comunicación familiar			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Realizar la evaluación inicial.</i> • <i>Entrenar en estrategias para mejorar el ambiente y la comunicación familiar.</i> 			
Materiales:	Folleto 1 Cañón	Presentación PP del Tópico Lista de asistencia	Computadora Lápices	Consentimiento informado y carta compromiso Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción e inducción a la intervención	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	3'
	Inducción al IMPA-R	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo explicará el objetivo y esquema del IMPA-R • El psicólogo informará sobre los objetivos del IPEA-R 	10'
Evaluación	Evaluación Inicial	Aplicación de instrumentos de evaluación	El psicólogo aplicará los siguientes instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de estilos de crianza • Escala de ambiente social familiar. 	20'
Desarrollo del tópico	Tema: ¿para empezar...construir un buen ambiente familiar?	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo entregará a los padres el folleto 1. • El psicólogo enseñará el desarrollo normal del adolescente. • El psicólogo explicará la relación entre problemas de conductas y adicciones. • Los padres aprenderán estrategias básicas de comunicación (buscar el mejor momento, limitar distracciones, tener un plan, escuchar con respeto, estar calmado, modular la voz, realizar preguntas, mostrar interés, etc.). 	25'
	A la practica	Modelamiento Role playing	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres practicarán las estrategias para lograr una clara comunicación. 	15'
Conclusión	Resumen	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres harán un resumen de lo trabajado durante la sesión. 	5'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva Registro de conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres elegirán del listado de conductas positivas dos de ellas para llevar a cabo durante las dos semanas siguientes 	10'

<i>SESIÓN DOS</i>	Tópico: Generar conductas saludables			
Objetivo:	<i>Entrenar a los padres en estrategias para aumentar las conductas saludables y disminuir conductas de riesgo.</i>			
Materiales:	Folleto 2	Presentación PP del Tópico		Computadora
	Cañón	Lista de asistencia		Lápices
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo dará la bienvenida al grupo. Se felicitará al grupo por su asistencia. Se entregará el folleto 2. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	3'
	Repaso del tema anterior	Expositiva Plenaria grupal Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (Mejorar el ambiente y la comunicación familiar). El psicólogo aclarará dudas, revisará la tarea y reforzará la participación del grupo. 	10'
Desarrollo del tópico	Tema: Cómo moldear al adolescente	Expositiva Manejo de contingencias	<ul style="list-style-type: none"> Se enseñará las técnicas para aumentar la presencia de conductas saludables (refuerzos positivos, elogio). Se enseñaran técnicas para disminuir la presencia de conductas de riesgo (costo de respuesta, sobre corrección, ignorar). El psicólogo enseñará el procedimiento para la correcta aplicación de consecuencias. El psicólogo explicará las diferencias entre conducta deseable y conducta previsible. 	30'
	A la práctica	Role Playing Modelamiento Moldeamiento	<ul style="list-style-type: none"> Los padres detectarán conductas blanco en sus hijos, para trabajar durante la intervención. Los padres practicarán las técnicas enseñadas en dos de las conductas saludables y dos conductas de riesgo detectadas en sus hijos 	30'
Conclusión	Resumen	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Los padres harán un resumen de lo trabajado durante la sesión. 	5'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva Registro de conductas	<ul style="list-style-type: none"> Los padres elegirán el listado, conductas positivas que realizarán durante las dos semanas siguientes. Se agradecerá la participación de todos los padres. Se les recordará el día y hora de la siguiente sesión. 	10'

<i>SESIÓN TRES</i>	Tópico: Desarrollo positivo del adolescente			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desarrollar la habilidad de negociar con el adolescente.</i> • <i>Desarrollar la habilidad de motivar al adolescente.</i> 			
Materiales:	Folleto 3 Cañón	Presentación PP del Tópico Lista de asistencia	Computadora Lápices	Videos
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. • Se entregará el folleto 3. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. • El psicólogo preguntará sobre dudas o sugerencias a la agenda. 	3'
	Repaso del tema anterior	Expositiva Plenaria grupal Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (Generar conductas saludables). • El psicólogo aclarará dudas, revisará la tarea y reforzará la participación del grupo. 	10'
Desarrollo del tópico	Tema: ¡Y ahora...¿cómo motivar adolescente?¡	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo enseñara estrategias para aumentar la confianza y autoeficacia de los hijos. • Los padres aprenderán estrategias para aumentar la motivación (fomentar actividades saludables, motivar el desarrollo creativo, uso de frases motivadoras) • Los padres aprenderán estrategias para negociar (enfocarse en soluciones, elegir espacios neutros de negociación, realizar convenios utilizando el principio de Premak). 	30'
	A la práctica	Expositiva Desarrollo de planes	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres entrenaran la habilidad de motivación y negociación con el adolescente por medio del modelamiento. 	30'
Conclusión	Resumen	Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres harán un resumen de lo trabajado durante la sesión. 	5'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva Registro de conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres elegirán del listado, conductas positivas que realzarán durante las dos semanas siguientes. • Se agradecerá la participación de todos los padres. • Se les recordará el día y hora de la siguiente sesión. 	10'

<i>SESIÓN CUATRO</i>		<i>Tópico: Monitoreo parental</i>		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lograr un adecuado monitoreo del adolescente.</i> • <i>Establecer reglas claras y consistentes.</i> • <i>Realizar la evaluación final.</i> 			
Materiales:	Folleto 4 Cañón	Presentación PP del Tópico Lista de asistencia	Computadora Lápices	Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	3'
	Repaso del tema anterior	Expositiva Plenaria grupal Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión el tema de la semana pasada (Desarrollo positivo del adolescente). 	10'
Desarrollo del tópico	Tema: ¡No le pierdas la pista!	Expositiva Manejo de contingencias	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres aprenderán las estrategias para establecer reglas claras y sus consecuencias. • Los padres identificarán las reglas que no pueden ser negociables. • Los padres comprenderán la importancia de tener un buen monitoreo de los hijos. 	20'
	A la práctica	Role Playing Modelamiento Moldeamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres establecerán tres reglas básicas y sus consecuencias, para comunicarlas a sus hijos. • Los padres realizarán un directorio de los amigos de sus hijos. 	20'
Conclusión	Resumen	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres harán un resumen de lo trabajado durante la sesión. 	5'
	Tarea y cierre de la sesión	Expositiva Registro de conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres elegirán del listado, conductas positivas que realzarán durante el mes siguiente. • Se agradecerá la participación de todos los padres. • Se les recordará el día y hora de la siguiente sesión, en un mes. 	10'
Evaluación	Evaluación final	Aplicación de instrumentos de evaluación	El psicólogo aplicará los siguientes instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de estilos de crianza. • Escala de ambiente social familiar. 	20'

<i>SESIÓN</i> <i>Seguimiento uno</i>	Seguimiento 1 ^{er} mes			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Repasar las estrategias aprendidas.</i> • <i>Analizar obstáculos y realizar planes de acción.</i> • <i>Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento.</i> 			
Materiales:	Folleto seguimiento 1 Cañón	Presentación PP del Tópico Lista de asistencia	Computadora Lápices	Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	3'
	Repaso del tema anterior	Expositiva Plenaria grupal Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo aclarará dudas, revisará la tarea y reforzará la participación del grupo. • El psicólogo mostrará los resultados de la evaluación final y se compararán con la evaluación inicial. 	20'
Desarrollo del tópico	Realizar nuevas metas	Expositiva Registro de conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión los obstáculos presentados y que estrategias utilizaron para superar la dificultad. • El psicólogo dará un repaso de las técnicas aprendidas durante la intervención. 	30'
	Conclusión y tarea	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará un resumen de la sesión. • Los padres elegirán otras conductas a desarrollar, tomadas del listado de conductas positivas. 	15'
Conclusión	Evaluación del seguimiento al 1 ^{er} mes	Aplicación de instrumentos de evaluación	<p>El psicólogo aplicará los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de estilos de crianza. • Escala de ambiente social familiar <ul style="list-style-type: none"> • Se agradecerá la participación de los padres participantes. • Se les recordará el día y hora de la siguiente sesión, que se llevará a cabo en dos meses. 	20'

<i>SESIÓN</i> Seguimiento dos	Seguimiento 3 ^{er} mes			
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Repasar las estrategias aprendidas.</i> • <i>Analizar obstáculos y realizar planes de acción.</i> • <i>Aplicar los instrumentos para la evaluación del primer seguimiento.</i> 			
Materiales:	Folleto seguimiento 2 Cañón	Presentación PP del Tópico Lista de asistencia	Computadora Lápices	Instrumentos de evaluación
	Tema	Técnica	Actividad a Desarrollar (ejemplo)	Tiempo
Introducción	Bienvenida y Rapport	Refuerzo Social	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo dará la bienvenida al grupo. • Se felicitará al grupo por su asistencia. 	2'
	La Agenda	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo hará la presentación de las actividades a realizar. 	3'
	Repaso del tema anterior	Expositiva Plenaria grupal Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo aclarará dudas, revisará la tarea y reforzará la participación del grupo. • El psicólogo mostrará los resultados de la evaluación final y se compararán con la evaluación inicial. 	20'
Desarrollo del tópico	Realizar nuevas metas	Expositiva Registro de conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará y traerá a discusión los obstáculos presentados y que estrategias utilizaron para superar la dificultad. • El psicólogo dará un repaso de las técnicas aprendidas durante la intervención. 	30'
	Conclusión y tarea	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará un resumen de la sesión. • Los padres identificarán los recursos con los que cuentan para lograr la meta conductual. 	15'
Conclusión	Evaluación del seguimiento al 3 ^{er} mes	Aplicación de instrumentos de evaluación	<p>El psicólogo aplicará los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de estilos de crianza. • Escala de ambiente social familiar <ul style="list-style-type: none"> • Se agradecerá la participación de los padres participantes. • Se les entregará a los padres un reconocimiento por su participación. 	20'

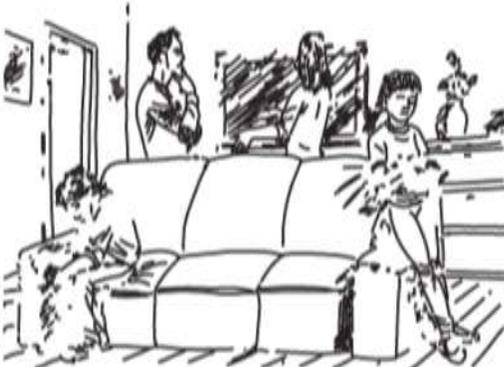
Apéndice 10. Ejemplo de un folleto de trabajo para la IMPA-R

The flyer is titled 'Sesión 1' and 'Mejorar el ambiente y la comunicación familiar'. It features a large empty box with a question mark icon, suggesting a space for a question or topic. The contact information for Mtro. Jorge Alberto Valadez García is provided, along with a small illustration of a family in a living room.

 **En resumen...**

Sesión 1

**Mejorar el ambiente
y la
comunicación familiar**



CONTACTO

*Mtro. Jorge Alberto Valadez García
cel. (044) 331 535 0355*

Mtro. Jorge A. Valadez García / Dr. Roberto Oropeza Tena

Apéndice 11. Instrumentos de evaluación

Estamos haciendo un estudio y tu opinión será de gran utilidad. Agradecemos tu cooperación. Llena el siguiente cuadro:

Nombre:		Escuela:
1	Sexo: Masculino () Femenino ()	Grado:
2	Edad:	Grupo:
3	¿Con quién vives? 1. <input type="checkbox"/> Padre 2. <input type="checkbox"/> Madre 3. <input type="checkbox"/> Ambos 4. <input type="checkbox"/> Otros _____	Tutor:
		Tel:
		Domicilio:

Vas a encontrar algunas preguntas acerca de temas como el tabaco, el alcohol o las drogas ilícitas.

4. ¿Fumas tabaco?

1. Nunca he fumado
2. Sólo lo he probado
3. He fumado alguna vez cigarrillos, pero sólo algunos en mi vida.
4. Fumaba, pero ya lo he dejado
5. Fumo en la actualidad. *En este caso, contesta estas dos preguntas:*

5. ¿Con qué frecuencia has fumado cigarrillos en los últimos 30 días?

1. Nunca
2. Menos de una vez a la semana
3. Alguna vez a la semana, pero no diariamente
4. Diariamente

Cuantos cigarros al DÍA fumas aproximadamente _____

6. Si fumas actualmente, ¿Te has planteado alguna vez dejar de fumar?

1. Sí, y lo he intentado
2. Sí, pero no lo he intentado
3. No

7. ¿Has tomado alguna vez alcohol (cerveza, vino o licores)? (Contesta NO si sólo diste un sorbo o probaste la bebida de otra persona)

1. No (*en este caso, no sigas respondiendo y vete directamente a la pregunta 15*)
2. Si

8. ¿Has tomado algo de alcohol en los últimos 30 días? (Contesta NO si sólo diste un sorbo o probaste la bebida de otra persona)

1. No (*en este caso, no sigas respondiendo y vete directamente a la pregunta 13*)
2. Si

9. ¿Cuántas cervezas has tomado en los últimos 30 días?

1. Ninguna
2. Una
3. Entre 2 y 10 cervezas. En este caso: ¿Cuántas? _____
4. Más de 10 cervezas. En este caso: ¿Cuántas? _____

10. ¿Cuántos vasos de vino has tomado en los últimos 30 días?

1. Ninguno
2. Uno
3. Entre 2 y 10 vasos de vino. En este caso: ¿Cuántos? _____
4. Más de 10 vasos de vino. En este caso: ¿Cuántos? _____

11. ¿Cuántas copas de licor (ron, ginebra, whisky, tequila, etc.) has tomado en los últimos 30 días?

1. Ninguna
2. Una
3. Entre 2 y 10 copas. En este caso: ¿Cuántas? _____
4. Más de 10 copas. En este caso: ¿Cuántas, aproximadamente? _____

12. Señala cuántas cervezas, vino o copas de licor has bebido durante la semana pasada (en los días en que no hayas bebido nada escribe cero)

	Cerveza	Vasos de vino	Copas de licor (tequila, ron, etc.)
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

13. ¿Te has emborrachado alguna vez?

1. No
2. Sí

14. ¿Cuántas veces te has emborrachado en los últimos 30 días? (si no te has emborrachado, escribe cero)

Me he emborrachado _____ veces.

15. ¿Has consumido alguna vez hachís o marihuana?

1. No
2. Sí. En este caso, contesta a esta pregunta:

16. En los últimos 30 días ¿Cuántos días has consumido hachís o marihuana?

1. Nunca 3 a 5 días 10 a 19 días
2. 1 a 2 días 6 a 9 días 20 días o más

17. ¿Alguna otra sustancia que hayas consumido?

Ahora nos gustaría conocer como sueles actuar en las siguientes situaciones. Marca con una X con la que mejor te identificas. Recuerda que no hay respuestas ni buenas ni malas.

Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4

18	En las fiestas o reuniones con mis amigos me niego a beber alcohol, cuando no quiero hacerlo.	1	2	3	4
19	Cuando mis amigos me presionan para beber alcohol, les digo que no insistan.	1	2	3	4
20	Si mi mejor amigo me pidiera que nos emborracháramos y yo no quiero, le diría que "No".	1	2	3	4
21	En una fiesta bebería refresco aunque la mayoría estuviera bebiendo alcohol.	1	2	3	4
22	Puedo rechazar una bebida alcohólica cuando no quiero beber.	1	2	3	4
23	Si tus amigos estuvieran bebiendo alcohol, beberías con ellos aunque no quisieras.	1	2	3	4

Contesta las siguientes preguntas para indicar ¿qué tan seguido?

PREGUNTA		Casi nunca 1	A veces 2	Con frecuencia 3	Con mucha Frecuencia 4
24	¿Haces cosas arriesgadas, sólo porque son excitantes?				
25	¿Haces cosas impulsivamente?				
26	¿Corres riesgos?				
27	¿Haces lo que te gusta, sin pensaren las consecuencias?				
28	¿Te impacientas fácilmente con la gente?				

Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada uno de los siguientes reactivos

PREGUNTA		Nunca 1	A veces 2	Con frecuencia 3	Con mucha Frecuencia 4
29	Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás.				
30	Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás.				
31	Mis papás me platican sus problemas más importantes.				
32	Mis papás me rechazan.				
33	Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo.				
34	Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos.				
35	A mis papás les es indiferente la convivencia familiar.				
36	Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas.				
37	Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen.				
38	Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales.				
39	Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas.				
40	Mis papás piensan que sólo les doy problemas.				
41	En situaciones difíciles no cuento con mis papás.				
42	Mis papás me apoyan en lo que emprendo.				
43	Mis papás me comunican las decisiones importantes.				
44	Platico con mis papás mis problemas personales.				
45	Siento que soy importante para mis papás.				
46	Mis papás me comunican sus planes.				

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y sentimientos. Lee atentamente cada frase y luego indica el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Recuerda que no hay respuestas ni buenas o malas.

Nada de acuerdo 1	Algo de acuerdo 2	Bastante de acuerdo 3	Muy de acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5
----------------------	----------------------	--------------------------	---------------------	----------------------------

47	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
48	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
49	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
50	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
51	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
52	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
53	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
54	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
55	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
56	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
57	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
58	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
59	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
60	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
61	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
62	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
63	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
64	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
65	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
66	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
67	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
68	Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
69	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
70	Cuando estoy enfadado intento que se me pase.	1	2	3	4	5

En tu opinión

¿Cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por...?		Ningún riesgo 1	Pequeño riesgo 2	Riesgo moderado 3	Gran riesgo 4	Difícil de decir / no lo sé 5
71	Probar marihuana ocasionalmente.					
72	Consumir marihuana con regularidad.					
73	Probar disolventes ocasionalmente.					
74	Inhalar disolventes con regularidad.					
75	Fumar cigarrillos ocasionalmente.					
76	Fumar uno o más paquetes de cigarrillos al día.					
77	Tomar una o dos copas de alcohol casi todos los días.					
78	Tomar cuatro o cinco copas de alcohol casi todos los días.					
79	Tomar cinco o más copas de alcohol una vez o dos cada fin de semana.					
80	Probar LSD ocasionalmente.					
81	Consumir LSD con regularidad.					

82	Probar anfetaminas ocasionalmente.					
83	Consumir anfetaminas con regularidad.					
84	Probar cocaína ocasionalmente.					
85	Consumir cocaína con regularidad.					
86	Probar crack ocasionalmente.					
87	Consumir crack con regularidad.					
88	Probar éxtasis ocasionalmente.					
89	Consumir éxtasis con regularidad.					
90	Probar tranquilizantes ocasionalmente.					
91	Consumir tranquilizantes con regularidad.					

¿Qué tanta confianza tienes para decir NO al consumo de tabaco y alcohol en las siguientes situaciones?

¿Qué tanta confianza tienes en ti mismo para resistir el consumo de tabaco cuándo?		Nada de confianza 1	No mucha confianza 2	Moderada confianza 3	Mucha confianza 4	Bastante confianza 5
92	Ves a algún amigo fumando un cigarro.					
93	Te sientes muy bien en una Fiesta.					
94	Estas celebrando una ocasión especial.					
95	Otra gente te motiva a fumar un cigarro.					
96	Alguien te ofrece un cigarro.					
97	Estas aburrido.					
98	Tienes ganas de pasar un buen rato.					
99	Ves un comercial de tabaco en la televisión.					
100	Te encuentras en una situación en donde otros acostumbran consumir tabaco como; quinceañeras, fiesta familiares, en navidad y fin de año.					
¿Qué tanta confianza tienes en ti mismo para resistir el consumo de alcohol cuándo?						
101	Ves a algún amigo tomando una bebida alcohólica, como; cerveza, vino o bebidas preparadas.					
102	Te sientes muy bien en una fiesta.					
103	Estas celebrando una ocasión especial.					
104	Otra gente te motiva a tomar un trago de cerveza o cualquier bebida de alcohol.					
105	Alguien te ofrece una cerveza.					
106	Estas aburrido.					
107	Tienes ganas de pasar un buen rato.					
108	Vez un comercial de cerveza en la televisión.					
109	Te encuentras en una situación en donde otros acostumbran consumir alcohol, como; quinceañeras, fiesta familiares, en navidad y fin de año.					

Indica cuán característico o descriptivo de ti son las siguientes afirmaciones:

Nunca podría describirme	Disto mucho de describirme	No me describe casi nunca	Me describe ligeramente	Me describe	Me describe muchísimo
1	2	3	4	5	6

Cuando:

110	Realizo una tarea tediosa, trato de pensar en sus partes menos aburridas y en las consecuencias que obtendré al finalizarlas.	1	2	3	4	5	6
111	Llevo a cabo una actividad que me produce ansiedad, intento vencer ese estado mientras la realizo.	1	2	3	4	5	6
112	A menudo, si cambio mi manera de pensar sobre ciertas cosas, soy capaz de cambiar mis sentimientos sobre ellas.	1	2	3	4	5	6
113	Me es difícil manejar mis sentimientos de nerviosismo y tensión sin recibir ayuda externa.	1	2	3	4	5	6
114	Me siento deprimido trato de pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5	6
115	No puedo evitar pensar en los errores que he cometido en el pasado.	1	2	3	4	5	6
116	Me enfrento a un problema difícil, trato, de manera sistemática, encontrar una solución.	1	2	3	4	5	6
117	Trabajo y cumplo mis obligaciones más rápidamente cuando alguien me presiona.	1	2	3	4	5	6
118	Me enfrento a una situación difícil, prefiero posponer tomar una decisión en ese momento.	1	2	3	4	5	6
119	Tengo dificultades para concentrarme en algo, busco la manera más adecuada para concentrarme más.	1	2	3	4	5	6
120	Planifico un trabajo, dejo de lado las cosas que no son relevantes.	1	2	3	4	5	6
121	Intento librarme de un mal hábito, primero intento detectar los factores que lo mantienen y los que no me permiten superarlo.	1	2	3	4	5	6
122	Me invade un pensamiento desagradable, intento pensar en algo agradable a fin de evitarlo.	1	2	3	4	5	6
123	Si fumara dos paquetes de cigarrillos al día, probablemente necesitaría ayuda externa para dejar de fumar.	1	2	3	4	5	6
124	Estoy de mal humor, intento hacer cosas para mejorar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5	6
125	Si llevara tranquilizantes conmigo, tomaría uno cada vez que me sintiera tenso y nervioso.	1	2	3	4	5	6
126	Estoy deprimido, intento mantenerme ocupado haciendo cosas que me gustan y agradan.	1	2	3	4	5	6
127	Tiendo a posponer las tareas desagradables aunque pueda hacerlas de inmediato.	1	2	3	4	5	6
128	Necesito la ayuda de alguien para librarme de mis malos hábitos.	1	2	3	4	5	6
129	Encuentro dificultades para realizar un determinado trabajo me encargo de encontrar la forma de que me ayuden a solucionarlo.	1	2	3	4	5	6
130	No puedo evitar pensar en posibles catástrofes que me pueden ocurrir.	1	2	3	4	5	6
131	Prefiero terminar un trabajo que tanga que hacer, y después ocuparme de las cosas que me gustan.	1	2	3	4	5	6
132	Siento dolor en alguna parte de mi cuerpo, trato de no pensar en ello.	1	2	3	4	5	6
133	Mi autoestima se incrementa cuando me veo capaz de superar un mal hábito.	1	2	3	4	5	6
134	Fracaso en algo que me he propuesto, para superarlo, me digo a mí mismo que no es tan catastrófico y que puedo hacer algo al respecto.	1	2	3	4	5	6
135	Siento que estoy siendo muy impulsivo me digo a mí mismo "para y piensa antes de hacer algo".	1	2	3	4	5	6
136	Aunque esté terriblemente enojado con alguien, considero mis acciones hacia esa persona muy cuidadosamente.	1	2	3	4	5	6
137	Me enfrento a la necesidad de tomar una decisión, generalmente busco todas las alternativas posibles, en lugar de decidir de forma rápida y espontánea.	1	2	3	4	5	6

138	Habitualmente hago primero las cosas que más me gustan, aun cuando hay otras cosas urgentes por hacer.	1	2	3	4	5	6
139	Me doy cuenta de que no puedo hacer nada para impedir llegar tarde a una reunión importante, me insto a mí mismo a guardar la calma.	1	2	3	4	5	6
140	Siento dolor en el cuerpo, trato de no pensar en él.	1	2	3	4	5	6
141	Planeo mi trabajo cuando son varias las cosas que tengo que realizar.	1	2	3	4	5	6
142	Tengo poco dinero, trato de llevar un registro de mis gastos con el fin de poder planear mi futuro.	1	2	3	4	5	6
143	Si me es difícil concentrarme en un trabajo determinado, lo divido en partes más pequeñas.	1	2	3	4	5	6
144	No puedo superar los pensamientos desagradables que me invaden.	1	2	3	4	5	6
145	Estoy hambriento y sin comida, trato de apartar de mis pensamientos la sensación de hambre o trato de imaginarme satisfecho.	1	2	3	4	5	6

Lee las siguientes frases y marca la opción que consideres en función de tu mayor o menor grado de acuerdo con cada una de ellas.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

146	Le doy vueltas a la cabeza y lo analizo todo cuando estoy intentando resolver un problema	1	2	3	4	5	6	7
147	Me pongo manos a la obra cuando decido el tipo de trabajo que quiero hacer	1	2	3	4	5	6	7
148	Cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	1	2	3	4	5	6	7
149	Me gusta planearlo todo antes de tomar una decisión definitiva	1	2	3	4	5	6	7
150	Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante relacionado con mis estudios o mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
151	Considero todos los factores antes de tomar una decisión ante un problema	1	2	3	4	5	6	7
152	Utilizo la información que obtengo para descubrir diferentes soluciones a un problema	1	2	3	4	5	6	7
153	Soy capaz de resolver problemas utilizando la lógica	1	2	3	4	5	6	7

¡MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!