

Programa psicosocial de prevención y mitigación del consumo de sustancias  
psicoactivas. PrevenSER

Una Tesis Presentada Para Obtener El Título De  
Psicóloga

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Slyn Tatiana Rincón Vega.

Ocaña Norte de Santander, 2020

Copyright © 2015 por Slyn Rincón. Todos los derechos reservados.

### **Abstract**

The consumption of psychoactive substances (SPA) is a worldwide public health problem, and with repercussions at the individual, family, educational, social and community levels, which is why the general objective of this program is to prevent and mitigate the consumption of psychoactive substances based on the guidelines of psychosocial programs, specifically those focused on life skills, with a comprehensive and complex understanding of the problem, and which is based on the development of certain skills in childhood and Adolescence allow to face in a positive and adequate way the different difficulties of daily life and avoid the interest with the consumption of SPA. To achieve this, the development of an observational-descriptive study with a phase of psychosocial intervention begins. The population was 755 secondary school students from the sixth to eleventh grades of the Agustina Ferro educational institution in the municipality of Ocaña, the sample was randomly made up of 255 students who were administered an online questionnaire on rapid identification of consumption of SPA, according to the results, the study group is chosen, a ninth grade course, made up of 36 students who develop a life skills test before starting the implementation of the program, based on the results it is designed a SPA consumption prevention and mitigation program, based on the life skills training model, and with an implementation methodology through participatory and interactive teaching strategies, seeking its results to prevent new cases of consumption SPA, strengthen life skills in students that translate into a better coexistence school and family giants, a more critical and conscious attitude of decisions and behaviors, from a double action, through direct work with students as the object of said intervention, with teachers and parents as preventive agents in their closest environment.

**Key word descriptors:** Adolescent, Life skills, students, psychoactive substances, prevention programs

### **Resumen**

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un problema de salud pública de orden mundial, y con repercusiones en los niveles individual, familiar, educativo, social y comunitario, es por ello que el objetivo general de este programa es lograr prevenir y así mismo mitigar el consumo de sustancias psicoactivas basado en los lineamientos de los programas psicosociales, específicamente aquellos de enfoque en habilidades para la vida, con una comprensión integral y compleja de la problemática, y que se fundamenta en que el desarrollo de ciertas habilidades en la infancia y adolescencia permiten afrontar de una manera positiva y adecuada las diferentes dificultades de la vida diaria y evitar el interés con el consumo de SPA. Para lograrlo se inicia el desarrollo de un estudio observacional-descriptivo con una fase de intervención psicosocial. La población fue de 755 estudiantes de secundaria de los grados sexto a undécimo de la institución educativa Agustina Ferro del municipio de Ocaña, la muestra fue tomada de forma aleatoria conformada por 255

estudiantes a quien se les aplica un cuestionario online sobre identificación rápida de consumo de SPA, de acuerdo a los resultados se escoge el grupo de estudio, un curso del grado noveno, conformado por 36 estudiantes los cuales desarrollan un test de habilidades para la vida antes de iniciar con la implementación del programa, a partir de los resultados se diseña un programa de prevención y mitigación del consumo de SPA, basado en el modelo de entrenamiento de habilidades para la vida, y con una metodología de implementación por medio de estrategias de enseñanza participativas e interactivas buscando este sus resultados lograr la prevención de nuevos casos de consumo de SPA, fortalecer las habilidades para la vida en los alumnos que se traduzcan en una mejor convivencia escolar y familiar, una actitud más crítica y consciente de las decisiones y conductas, a partir de una doble acción, a través del trabajo directo con los alumnos como objeto de dicha intervención, con los docentes y padres de familias como agentes preventivos en su entorno más próximo.

**Descriptor palabras claves:** Adolescente, Habilidades para la vida, estudiantes, sustancias psicoactivas, programas prevención

## Tabla de Contenidos

Abstracto	iv
Resumen	iv
Tabla de Contenidos	v
Planteamiento del problema	1
Justificación	6
Constitución Política de Colombia “Ley 30 de 1986”	6
Plan Decenal de salud Pública	7
Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021	10
Objetivo General	14
Objetivos específicos	14
Marco Conceptual	15
Conceptos básicos sobre consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	15
Clasificación de las SPA según su efecto en el Sistema Nervioso central	16
Tipos de consumos de sustancias psicoactivas	19
Marco Teórico	23
Teoría del desarrollo humano adolescente y características relacionadas al consumo de SPA	23
Tendencias actuales de consumo de sustancias psicoactivas	30

Teorías científicas que explican las conductas de consumo de sustancias psicoactiva y sustentan los programas de prevención	31
Marco Legal	39
Normatividad del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto escolar	39
Política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas	39
Política Educativa del Ministerio de Educación Nacional (MEN)	49
Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021	51
Escuela de padres	51
Marco Histórico	53
Investigación sobre el consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito escolar	53
Estudios nacionales sobre consumo de sustancias	53
Programas de prevención e intervención eficaces	57
Programa “Juventud en Islandia”	58
Programa de España “Tú decides”	60
El programa, denominado Entrenamiento en habilidades para la vida (“Life Skills Training”, LST)	61
Programa de España “Construyendo Salud”	63
Programa “Saluda al fin de semana”	63
Programa de Perú “Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica”	64

Programas de habilidades para la vida en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas	65
Metodología	76
Fases	76
Resultados y discusión	78
Conclusiones	101
Consideraciones éticas	102
Lista de referencias	103
Anexos	107
Anexo 1: Programa de prevención y mitigación del consumo de SPA	108
Objetivo general	108
Anexo 2: Cronograma	109
Anexo 3: Sesiones del programa PrevenSER	110
Sesión 1. Introducción PrevenSER	110
Sesión 2: Conocimiento de sí mismo	111
Sesión 3. Manejo de sentimientos y emociones	112
Sesión 4: Resolución de problemas	116
Taller “creencias erróneas de las SPA”	118
Sesión 5 comunicación efectiva y asertiva	119
Escuela de familia	123
Anexo 4: Evaluación de contenido del programa	124
Vita	125

**Lista de tablas**

Tabla 1. Teoría de la conducta problema de Jessor

Tabla 2. Esquema del programa “construyendo salud”

Tabla 3. Clasificación Habilidades para la vida

Tabla 4. Distribución por grados y cursos escolares de los estudiantes encuestados de los grados de sexto a once de una institución educativa Agustina Ferro

Tabla 5. Intervalo de edades de los estudiantes por grado escolar

Tabla 6. Estudiantes por grados de han consumido alcohol alguna vez en su vida

Table 7. Edad de consumo inicial de alcohol

Tabla 8. Consumo de cigarrillo

Tabla 9. Consumo de Marihuana

Tabla 10. Consumo de cocaína

Tabla 11. consumo de inhalantes

Tabla 12. Consumo de metanfetaminas

Tabla 13. Resultados del test de habilidades para la vida

Tabla 14. Dato estadístico de fiabilidad

Tabla 15. Dimensión Empatía

Tabla 16. Dimensión comunicación efectiva y asertiva

Tabla 17. Dimensión Relaciones interpersonales

Tabla 18. Dimensión Toma de decisiones

Tabla 19. Dimensión Solución de Problemas y conflictos

Tabla 20. Dimensión Pensamiento creativo

Tabla 21. Dimensión Pensamiento crítico

Tabla 22. Dimensión Manejo de sentimientos y emociones

Tabla 23. Dimensión Manejo de tensiones y estrés

Tabla 24. Sesiones del programa PrevenSER

### **Lista de figuras**

Figura 1. Esquema explicativo de la teoría de Jessor. Luengo et al. (2002)

Figura 2. Modelos integrados de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas Tomada de Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003)

Figura 3. “Escalera Cognitivo Conductual” representación de la DPPPS de Flórez (2007)

Figura 4. Elementos de un programa de habilidades para la vida.

Figura 5. Contenido del programa de habilidades para la vida.

Figura 6. Gráfico de barras sobre la distribución de estudiantes encuestados por grados.

Figura 7. Gráfico porcentaje de estudiantes según el sexo biológico

Figura 8. distribución por grados sobre el consumo de alcohol.

Figura 9. Gráfico de barras sobre la media medida estadística por dimensiones

Figura 10. Utilidad de la actividad principal para aprendizaje

Figura 11. Utilidad de los aprendizajes obtenidos

Figura 12. expectativa de satisfacción

## Planteamiento del problema

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública prioritario y un fenómeno multidimensional, del cual se constituyen altos niveles de morbilidad y mortalidad que son prevenibles, además de una serie de efectos y consecuencias a corto y largo plazo, que entre los niños, adolescentes y jóvenes son de gran importancia y se asocian con diversos problemas como la inestabilidad emocional, deserción escolar, violencia, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental. El presente proyecto pretende abordar tres componentes de un mismo problema de investigación en torno al consumo de sustancias psicoactivas, que se encuentran interrelacionados en el contexto de las instituciones educativas del municipio de Ocaña. *¿Cuál es la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las instituciones educativas del municipio de Ocaña, y como se encuentra caracterizado dicho consumo en esas instituciones?*

El consumo de sustancias psicoactivas se ha declarado como un problema de salud pública desde el punto de vista jurídico (Ministerio de Justicia, 2012) con repercusiones en los niveles individual, relacional, comunitario y social. Según un estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito escolar asegura que:

Análisis previos han permitido determinar que el consumo de sustancias psicoactivas trae consecuencias sociales graves para las personas con deterioro progresivo de los vínculos familiares, disminución del rendimiento laboral, aumento de conductas antisociales, mayor morbilidad y mortalidad precoz. Dentro de las

causas del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, se ha encontrado una influencia conjunta de factores socioculturales, familiares, psicodinámicos, de personalidad y genéticos. Las fuertes interrelaciones existentes entre el consumo de psicoactivos y temas como el tráfico de drogas, la violencia, asaltos, lesiones, patologías mentales, enfermedad, discapacidad entre otras, obligan a los gobiernos de todo el mundo a llevar a cabo estrategias que permitan su conocimiento real para enfrentarlo (Ministerio de Justicia, 2012).

Según Ministerio de Justicia (2014) el estudio nacional más reciente sobre sustancia psicoactivas en Colombia arroja las siguientes cifras:

En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, del 49.2%, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años. Con relación al uso de sustancias ilícitas, el 13.0% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, un 19.9% de los hombres y el 6.5% de las mujeres. El uso reciente o en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3.6% de los encuestados, lo que equivale a unas 839 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (5.9%) que entre las mujeres (1.4%). El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho periodo. (Ministerio de Justicia, 2014).

A pesar de la fortaleza estadística de los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas, es claro que en municipios pequeños y sometidos a fuertes

dinámicas sociales como las que se dan en el municipio de Ocaña pueden influir en variaciones sustanciales en los datos, lo que impediría la realización de generalizaciones a partir de las estimaciones del estudio, por ejemplo, del último estudio mencionado solo fue posible desagregar la siguiente información para el departamento de Norte de Santander:

Tabaco, 11.9%.  
Alcohol, 34,2%.  
Cualquier sustancia ilícita, 2,8%.  
Marihuana, 2,3%.  
Cocaína, 1,1%.

Los diferentes gobiernos municipales han manifestado su preocupación frente a un incremento inusitado del consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad, pero estas preocupaciones no se han traducido en acciones estructurales para la prevención, en efecto, el plan de desarrollo del anterior gobierno municipal 2012 – 2015 y en el actual plan 2016- 2019, se registra que “el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes como una de las problemáticas prevalentes en ese segmento de la población, constituyéndose en un riesgo para el desarrollo integral de los adolescentes del municipio” (Alcaldía de Ocaña, 2012), sin embargo no se emprendieron acciones para la prevención, ni para generar una base de conocimiento que permita obtener información útil sobre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de Ocaña. Ante la creciente problemática de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes jóvenes, surge el segundo componente a abordar.

#### *¿Cómo prevenir el consumo de sustancias psicoactivas?*

Ante esta problemática es fundamental la mirada preventiva, comprendiendo que, aunque la mayoría de los adolescentes no consumen, y que todo consumo no necesariamente constituye un consumo problemático, si se debe de reconocer que todo consumo en la etapa de adolescente constituye un consumo de riesgo de adicción

(Maturana, 2011). El consumo de drogas y la adicción, se ha convertido en un problemática de gran preocupación, Según Becoña (1999) el más eficaz de todos los tratamientos para esta problemática, es la prevención, específicamente la prevención primaria o universal, la cual busca evitar el contacto entre la persona y las drogas, especialmente, en la infancia y adolescencia, una población considerada de mayor riesgo de consumo de las llamadas drogas legales (tabaco y alcohol), consideradas la puerta de inicio a otras, según la hipótesis de escalada del consumo de esas drogas legales, a la marihuana y de ésta a la cocaína y heroína (Becoña, 1999).

Según Villa moral et al. (2005) consideran que la escuela tiene una importante responsabilidad en la intervención preventiva puesto que su comunidad objeto está constituida principalmente por adolescentes, al evaluar cuatro intervenciones psicosociales, encontraron que la sola sensibilización informativa no produjo cambios significativos en la reducción del consumo, mientras que las intervenciones que incluían el entrenamiento en habilidades, experto y experiencias produjeron cambios significativos en la reducción del consumo, así mismo Según el estudio nacional de consumo SPA de Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016) el consumo de sustancias psicoactivas escolar inicia en la adolescencia en edades tempranas y el promedio de edad de inicio es de 13,1 años, es decir que una posible cantidad de estudiante adolescentes ya presentan un consumo de sustancias psicoactivas, ante esta situación cuando ya se ha producido un consumo, así surge la tercera problemática a abordar

#### *¿Cómo reducir el consumo de sustancias psicoactivas?*

El objetivo de la mitigación, es evitar que quienes ya han iniciado un consumo de SPA lícitas, no se inicien en el consumo de SPA ilícitas; quienes consumen SPA ilícitas, no

pasen a consumos problemáticos, con conductas de alto riesgo para la salud, la convivencia, el bienestar personal y social. Según (Casal, 2011) la escuela es un contexto de socialización clave para la realización de programas de prevención y mitigación del consumo de drogas, que pueden llegar a tener un positivo impacto en la prevención efectiva del consumo en población escolarizada y así mismo, contribuir en la reducción del consumo problemático de drogas y su posible adicción.

Tolo lo anterior sugiere la implementación de una estrategia de intervención para la prevención y mitigación del consumo, enfocada en la educación de habilidades para la vida, información relevante sobre las SPA, y la integración del trabajo interdisciplinario entre los profesionales educativos, padres de familia y estudiantes, combinada con el desarrollo de una base de conocimiento sobre los tipos de sustancias y formas de consumo que prevalecen en la población escolar del municipio, lo que se pueden compilar en la siguiente pregunta de investigación.

*¿Es posible contribuir a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en población escolarizada del municipio de Ocaña a través de la identificación de la prevalencia de los factores asociados al consumo, la aplicación de un modelo de intervención en las instituciones educativas y el diseño de una política pública de prevención escolar?*

## Justificación

Este proyecto se basa en los lineamientos del *Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021*, el cual asume como marco general en primer lugar la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria de Salud, y el Plan Decenal de Salud Pública, a partir de los cuales a continuación se detallan las dimensiones con sus correspondientes objetivos, acciones y metas, en los cuales el proyecto tendrá un mayor impacto ( Ministerio de salud, 2017)

### **Constitución Política de Colombia “Ley 30 de 1986”**

- Establecer como las instituciones educativas formales y no formales deben informar sobre los riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 11)
- En los programas de educación primaria, secundaria, media vocacional y educación no formal, diseñará los lineamientos generales para introducir en los planes curriculares contenidos y actividades para la prevención de la drogadicción información sobre riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 34)
- Fortalecer, promover y orientar en forma permanente y continua procesos de prevención integral a través del sistema educativo, y proveerá los recursos humanos físicos y financieros para ello (Decreto 1108 de 1994. Art 14).
- Las instituciones educativas deben incluir en su proyecto educativo institucional procesos de prevención integral para tal efecto se desarrollarán

en las instituciones educativas planes de formación a través de seminarios, talleres, encuentros, eventos especiales, foros, pasantías, que posibiliten la reflexión, movilización, participación y organización en torno al fenómeno cultural de las drogas y el desarrollo de propuestas y proyectos escolares y comunitarios como alternativas de prevención integral (Decreto 1108 de 1994. Art. 12).

### **Plan Decenal de salud Pública**

Las actividades que se realizarán en este proyecto contribuirán de manera efectiva al cumplimiento de los objetivos, acciones y metas planteados en el Plan decenal de salud pública formulado por el Ministerio de salud (2013); el cual busca generar una estrategia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito institucional inicialmente, configurando las escuelas como entornos educativos saludables y promoviendo un cambio favorable en la convivencia, el rendimiento académico y el bienestar general de los estudiantes.

#### ***Vida saludable y condiciones no transmisibles:***

Desarrollar un marco político, normativo – estratégico, sectorial e intersectorial para el desarrollo e implementación de medidas y otras disposiciones que favorezcan positivamente la, las condiciones de vida y bienestar de las personas, familias y las comunidades

- Reducir el tabaquismo en personas de 18 a 69 años al 10%.
- Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años
- Mantener por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en población general

- Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes colombianos por encima de 14 años

### ***Convivencia social y salud mental***

- Impulsar la promoción de la salud, una cultura del auto cuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental.
- Incidir en la transformación de los imaginarios sociales y culturales que generen comportamientos y entornos protectores para la salud mental y la convivencia social.
- Promover factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos.
- Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes; en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.
- Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años a 55 por 1.000 personas

- Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes
- Mantener por debajo de 6,8% la prevalencia año, del consumo de marihuana en población escolar
- Aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años

### *Desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes*

- Lograr en los territorios la construcción, operación y evaluación coherente y sostenible de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales, orientadas a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, a través de procesos de gestión de las políticas públicas, en el ciclo de gestión de lo público, en coordinación y alineación con el sector privado, la cooperación y la comunidad.
- Lograr en los territorios (municipios y departamentos) la identificación de prioridades de política pública a partir del análisis de situación de los derechos y el seguimiento de los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, fortaleciendo los procesos de gestión, análisis y retroalimentación de la información, generación de conocimiento y vigilancia en salud pública.

## **Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021**

Según Ministerio de salud (2017) describe cinco componentes de acción de los cuales tres fundamentan e impacta este proyecto.

### ***Promoción de la convivencia social y la salud mental:***

Cuyo objetivo es fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo, y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes. Y en el cual se plantean las siguientes estrategias, a partir de las cuales se justifica este programa

### ***Fortalecimiento de entornos protectores para la convivencia social y la salud mental:***

En este caso el contexto de la institución educativa y la familia brindan el desarrollo de habilidades, comportamientos y actitudes para la vida en niños, niñas y adolescentes, sus familias y comunidades, en la cual describe la siguiente línea de acción de interés Incorporación de contenidos en planes y programas del sector social para el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes para la vida.

### ***Prevención del consumo de sustancias psicoactivas:***

Cuyo objetivo es disminuir la incidencia de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y dependencia, que propone que en el ámbito escolar se desarrollará un contenido específico de prevención, con participación de la comunidad educativa.

Igualmente, en el ámbito familiar, como involucramiento de los padres y cuidadores en actividades que desarrollen habilidades preventivas en los niños, niñas, adolescentes y adultos.

En este componente se describen las siguientes estrategias en que se justifica la prevención escolar

- Diseño e implementación de programas preventivos que reduzcan la posibilidad de contacto con las sustancias lícitas e ilícitas, así como el reconocimiento y afrontamiento ante situaciones de consumo
- Creación y fortalecimiento de espacios de información, sensibilización, detección temprana e intervenciones breves del consumo de SPA, y reducir la progresión a consumos problemáticos
- Diseño de lineamientos que guíen las acciones, planes, programas y proyectos de prevención en diferentes contextos en este caso escolar y familiar
- Desarrollo y promoción en el entorno familiar de prácticas de crianza positivas y de baja hostilidad que retarden el contacto con las sustancias lícitas y prevengan el consumo de éstas y las ilícitas.

#### **Pertinencia institucional**

- El proyecto se realizará de manera interdisciplinaria por docentes, egresados y estudiantes de la UNAD discriminados de la siguiente forma:
- Un docente de la escuela de ciencias de la salud.
- Un docente de la escuela de ciencias sociales, artes y humanidades

- Dos estudiantes del programa de Psicología
- Integrantes del SSISU

El proyecto responde a las líneas de investigación orientadas desde las escuelas e involucra a docentes y estudiantes quienes mediante un trabajo interdisciplinario aportan al conocimiento de un problema sensible de salud pública y contribuyen al diseño y ejecución de acciones encaminadas a la protección de las comunidades, al mejoramiento del entorno y al desarrollo integral de la sociedad en la que trabajan.

Presenta este proyecto una pertinencia académica, social y de salud pública, que busca aportar a un cambio en la realidad de nuestra comunidades, específicamente de nuestros niños, adolescentes y jóvenes, desde la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas, pero ¿cómo alcanzar este objetivo tal vez ambicioso? empezando con acciones en nuestra realidad cotidiana, la realidad a la que hacemos parte y muchas veces nos afecta no saber cómo poder ayudar a cambiar, y es desde esa motivación que vierto los esfuerzos que como futura psicóloga puedo brindar, por medio de un trabajo integral, claro y alineado como se dijo anteriormente a los objetivos enmarcados por el ministerio de educación, la ley 30, el plan decenal de salud pública y la Política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas, en las que se configura las instituciones educativas de todos los niveles como entornos que deben implementar programas para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas, el fortalecimiento de estilos de vida saludable, la formación no solo de conocimiento sino de ciudadanos íntegros, con valores y con las habilidades y destrezas necesarias y en lo que los padres de familias tiene el deber de involucrarse activamente. Ante este claro deseo de trabajar por

mi comunidad, bajo la necesidad de aportar al cambio, inicio por comprender que hay claros factores de riesgo que pueden influir en que los adolescentes inicien conductas problemáticas como lo es el ya existente consumo de SPA por parte de jóvenes y adultos en entornos públicos que parecen zonas de tolerancia como parques, espacios deportivos, lugares específicos en los barrios, escuelas y demás, la poca eficacia metodológica de los esfuerzos en prevención de este problema adelantados por las instituciones o entidades gubernamentales, así como la falta de espacios e implementos recreativos de artes y deportes para promover estilos de vida saludables y aprovechar los momentos de ocio, sumado a la poca interacción entre los padres y madres con sus hijos en relación a la creación de lazos de confianza y comunicación asertiva que permita que los jóvenes ante las diferentes dudas y situaciones diversas a las que puede enfrentarse como el propio consumo de SPA y demás temas de gran relevancia, acudan a adultos responsables que puedan apoyarlos, y no terceros que pueden incrementar los riesgos, sin embargo así mismo reconocer que hay muchos factores de protección como los entornos saludables de convivencia, el desarrollo de habilidades personales y sociales necesarias para afrontar de la manera más adecuada y positiva diferentes situaciones de la vida, la implementación de programas preventivos diseñados de acuerdo a las necesidades específicas de la población, entre otros y es en ese sentido, en el que este proyecto busca enfocarse, en un fortalecimiento de los factores protectores, específicamente en el promover el desarrollo de habilidades que facilitan a los estudiantes la tarea de enfrentar con éxito las exigencias, demandas y desafíos de la vida diaria, que favorezca los vínculos afectivos, el

fortalecimiento de redes de apoyo y la construcción de la escuela como un entorno saludable y protector.

### **Objetivo General**

Implementar un programa psicosocial de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, basado en el enfoque de habilidades para la vida, en el colegio Agustina Ferro de Ocaña Norte de Santander.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas en la institución educativa Agustina Ferro del municipio de Ocaña Norte de Santander
- Diseñar un programa de intervención para la prevención, y atención del consumo de sustancias psicoactivas en el Colegio Agustina Ferro de norte de Santander, basado en los lineamientos de los programas psicosociales y de acuerdo a las necesidades de la población.
- Ejecutar el programa diseñado con la institución educativa, para la prevención y mitigación del consumo de SPA desde el fortalecimiento de los factores protectores como habilidades sociales, cognitivas y afectivas, es decir las habilidades para la vida.
- Realizar una evaluación del programa preventivo y atención del consumo de sustancias psicoactivas, dos veces al año, para ser analizados con los resultados de la investigación de prevalencia del consumo previo para conocer los resultados de la estrategia.

## Marco Conceptual

### Conceptos básicos sobre consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

Se inicia clarificando algunos conceptos básicos en relación a la temática del consumo de Sustancias Psicoactivas.

#### *Droga*

Existe una dificultad para encontrar una definición adecuada para el termino droga, según la Organización Mundial de la Salud es definida como “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969). Así mismo, según el Observatorio de Drogas de Colombia (2016) las drogas logran modificar el estado psíquico, la capacidad sensorial y de percepción entre otras funciones, además tienen capacidad para generar dependencia ya que poseen efectos aparentemente placenteros y que suele llevar a quienes la consumen a buscar reiteradamente la sustancia para seguir experimentando sus efectos, aunque está situación de dependencia o adicción no ocurre en todos los casos de consumo de drogas, se considera que las personas psicológicamente más vulnerables tienden a recurrir a las drogas con más frecuencia y en cantidades mayores a pasar el tiempo, debido a que se produce una tolerancia causada por la neuro adaptación de los efectos de la droga en el cerebro, lo cual se mantiene en el tiempo y llega a producir una dependencia y así la posterior adicción.

Debido a que el término droga es inexacto es una definición muy amplia que engloba en ella a los medicamentos o fármacos de prescripción, sustancia psicoactiva, muchas plantas, sustancias químicas o tóxicos para el organismo en 1982, la Organización Mundial de la Salud intentó delimitar aquellas sustancias que producían dependencia y

apareció el concepto de *droga de abuso* como “ Aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada” (OMS, 1982). Así, la diferencia entre una droga y un fármaco, planta o sustancia química, no viene dada por criterios propios de la sustancia, sean farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices que caracterizan y determinan el consumo, uno de tipo instrumental y otro social , en el cual es el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica, con un objetivo distinto al de la curación de una patología, y está en busca de alguno de sus efectos adversos o lo realiza con fines recreativos (ibid.).

### **Clasificación de las SPA según su efecto en el Sistema Nervioso central**

Según el Ministerio de salud y protección social (2013) las drogas de abuso o Sustancias psicoactivas hace referencia a toda sustancia lícita o ilícita, de origen natural o sintético que modifica el funcionamiento del sistema nervioso central y puede alterar los estados de conciencia, la percepción y otras funciones del organismo se clasifican en las siguientes categorías.

#### ***Depresoras***

Son compuestos que afectan al Sistema Nervioso Central (SNC), disminuyendo en él su actividad; estas sustancias producen aletargamiento, lentitud en los movimientos y forma de pensar, generalmente causan sopor, falta de coordinación, somnolencia, produce dificultad para hablar relajación de los músculos, pérdida del equilibrio, inestabilidad emocional y pérdida de memoria entre otras.

Alcohol (vino, ron, tequila) que además produce el “guayabo” al otro día se produce: Deshidratación, boca seca y mucha sed, dolor de cabeza, cansancio y debilidad, problemas digestivos y mal aliento, náuseas y vómito.

Inhalantes (Bóxer (Gale, galuche, saco), cera, pintura, “Dick”, “ladys) Produce euforia y alegría. Disminución del apetito y del frío. En ciertas ocasiones alucinaciones. Agresividad e hiperactividad motora. Los efectos secundarios incluyen: Somnolencia. Mareo, dolor de cabeza, desorientación, visión borrosa, pérdida del equilibrio y confusión.

Tranquilizantes, ansiolíticos e hipnóticos (Valium- Diazepam, Xanax, Ativán, Fenobarbital, Mandrax, Burundanga, Pepas, Roches, Ruedas, Cuescas) El consumo habitual y prolongado produce: Deterioro emocional. Irritabilidad. Disminución de la memoria. En algunos casos: suicidio o muerte accidental

Heroína (H, Merca, Caballo) produce una intensa sensación de placer. euforia. Desaparición de cualquier tipo de tensión. vómito y mareo. sequedad de la boca. estreñimiento. hipotensión y disminución del ritmo cardiaco.

### ***Estimulantes.***

Son sustancias que afectan al Sistema Nervioso Central causando hiperactividad, locuacidad, aceleración a nivel físico y psíquico. Entre ellas están:

Cocaína (Pérez, Fua, perico, nieve, coca, blanco) produce agitación, lenguaje precipitado. baja coordinación de movimientos, ideas paranoicas (sensación de persecución y delirios de grandeza, poder, riqueza u omnipotencia), ilusiones sensoriales

Bazuco (Susto, Zuco, Pistolo) produce después de 2 o 3 minutos de euforia se presenta: Entumecimiento de la boca, ansiedad generalizada, sensación de quemadura en los ojos, sudoración, escalofríos, dolor de estómago, dolor de cabeza y temblores

Éxtasis: Produce euforia inicial. Agotamiento, tristeza, ansiedad y agresividad.

Tabaco (cigarrillo) A corto plazo produce: Disminución de la capacidad pulmonar, disminución de los sentidos del gusto y el olfato, envejecimiento prematuro de la piel de la cara. mal aliento, dedos y dientes amarillos, tos. A largo plazo puede provocar: Cáncer de pulmón. bronquitis crónicas.

Anfetaminas (Anfetas, meta y tiza.) produce Euforia. Insomnio. Aumento de confianza y de autosatisfacción. Falta de apetito y de fatiga. Hiperactividad e incremento de la atención y de la concentración. Sudoración, taquicardia y náuseas.

### ***Alteradoras de la consciencia y Alucinógenas.***

Son sustancias que producen, en el Sistema Nervioso Central, distorsión de la realidad y alucinaciones, produciendo cambios emocionales intensos y variados, así como distorsiones de la personalidad.

Ayahuasca, Peyote o el cornezuelo del centeno: se utilizan en los rituales religiosos de muchos pueblos.

Marihuana (baretta, porro, mariajuana) produce aumento de apetito y de sueño y sensación de relación, también irritabilidad e inquietud. depresión, afecta la percepción y el rendimiento en la ejecución de tareas complejas.

LSD (ácido lisérgico) y hongos Alucinógenos, Ácidos (trip, cuadro, sombrerito) produce dilatación de la pupila, hipertermia, vértigo y náuseas, somnolencia y debilidad

muscular. Sentimientos de mucha fortaleza. Depresión. Aumento o disminución de la ansiedad, culpabilidad y confusión general.

Tripis-Ketamina (Keta, special K.) Produce Falta de coordinación y pérdida del equilibrio y los reflejos. Náuseas y vómitos. Sensación de estar separado del cuerpo.

### **Tipos de consumos de sustancias psicoactivas**

Según el Ministerio de salud y protección social (2013) existentes diferentes tipos de consumo de SPA de acuerdo a la frecuencia, cantidad e intensidad del consumo.

#### ***Consumo experimental***

En este primer momento el individuo prueba una o más sustancias una o dos veces y decide no volverlo hacer por diversas razones, por ejemplo, los efectos no fueron placenteros, no le ve un sentido a continuar haciéndolo, no va de acuerdo a su estilo de vida o forma de pensar, porque simplemente ha sacado una curiosidad y tiene otras prioridades para su vida

#### ***Consumo ocasional***

Se empieza a presentar el consumo con cierta regularidad entre círculos de amigos, en contextos de ocio (rumba, paseos), no compra ni guarda y lo hace con gente que conoce y confía solo cuando siente deseos de hacerlo para buscar una experiencia placentera o distinta.

#### ***Consumo recreativo***

Se da como un consumo pasajero, asociado a situaciones concretas y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias evidentes, el consumo es con el objetivo de buscar experiencias agradables, placenteras y de disfrute, consume con su

círculo de amigos, pero no todos son consumidores. ocupa su tiempo libre en otras actividades donde no hay presencia de SPA y no piensa en el consumo como un “escape” u una “solución” a sus problemas, porque tiene la capacidad de buscar diferentes alternativas frente a estos.

### ***Consumo habitual***

El consumo se ha mantenido y se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con otras) existe un refuerzo permanente y un gusto por lo que siente lo que ocasiona la necesidad de aumentar la frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en su vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la droga puede desarrollar una dependencia física o psicológica, tarde o temprano empezará a tener problemas cada vez más evidentes, la vida empieza a desestabilizarse

### ***Consumo compulsivo***

En este nivel la persona depende de la droga, pero no solo de ella sino de los amigos y del estilo de vida que desarrolla en torno a esta, al consumo, al círculo de amigos, al reconocimiento y el sentimiento de aceptación y pertenencia a un grupo. Es en esta etapa de consumo se inicia a desarrollar un consumo solitario y aislado más frecuente, sin amigos, y sin mayores actividades, el uso de la sustancia se da por necesidad, y muchas veces para evitar sentirse mal física o psicológicamente. La vida se organiza para garantizarse la droga y poder consumirla.

### ***Consumo problemático***

Este consumo está determinado por el impacto que éste tiene sobre la salud: las consecuencias visibles, las enfermedades crónicas y la aparición de consecuencias de tipo social con una connotación negativa como deterioro físico y psicológico y aislamiento social, así como conductas problemáticas.

### ***Dependencia***

Es un estado que puede darse de manera abrupta o progresivamente, pues está sujeta a ciertos factores, según la sustancia que se estén usando, la cantidad, el tipo de administración de la sustancia y el contexto del consumo. La vida cotidiana de la persona consumidora dependiente empieza a girar en torno al consumo de la sustancia y se entra en el círculo vicioso adictivo de (conseguir – consumir – conseguir), un deseo que el sujeto percibe como imposible de controlar y no considera que pueda dejarlo de hacer, cuando deja de consumir, experimenta síntomas físicos y psicológicos desagradables conocido como síndrome de abstinencia.

Según el Ministerio de salud (2013) define algunos conceptos importantes sobre la dependencia a una sustancias psicoactiva, lo define como “ Un estado que se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica, consecuencia de la exposición reiterada a la droga” la dependencia puede ser fisiológica y psicológica, la primera sucede cuando los agentes químicos de la sustancias invaden el cuerpo y el cerebro , ocasionando que el organismo se vuelva necesitado de la droga , y cuando se interrumpe el consumo la persona presenta fuertes trastornos fisiológicos (síndrome de abstinencia), la segunda, la dependencia psicológica, es un estado de euforia que se experimenta al consumir una

sustancia psicoactiva, que lleva a la persona a desear volver a consumir la sustancia, buscando evitar el malestar o el deseo de placer, cuando no se puede consumir algunos autores como consideran que se genera un desplome emocional.

Otros conceptos importantes son Apetencia, definido según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas (PNUFID) como “El deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva previamente consumida” (Ministerio de salud y protección social, 2013).

Conducta adictiva, una conducta caracterizada por un fuerte deseo o compulsión para realizar un comportamiento particular, asociado a un debilitamiento de los mecanismos de autocontrol, en términos de comienzo, mantenimiento y persistencia de la conducta a pesar de existir claras evidencias negativas en torno a su realización.

Neuro-adaptación, un proceso de sensibilización y adaptación neuronal, caracterizado por la relación bioquímica que se establece entre una sustancia psicoactiva y el Sistema Nervioso Central (SNC) alterando su metabolismo, llegando a depender del uso de la sustancia para poder mantener su equilibrio y realizar sus funciones.

## Marco Teórico

### **Teoría del desarrollo humano adolescente y características relacionadas al consumo de SPA**

#### *Desarrollo bio-psico-social del adolescente*

De acuerdo con Carmen Arbex (2002, como se citó en Luengo et al ,2002) la adolescencia corresponde a la franja etaria entre los 11 a los 20 años, es un largo período de tiempo que luego continúa con la vida adulta. En la adolescencia, el individuo experimenta una gran variedad de cambios, en este periodo la persona se desarrolla a nivel físico, emocional, psíquico, cognitivo y social, tendrá lugar la búsqueda de la autonomía y construcción de identidad personal y sexual, según Luengo et al. (2002) es una etapa crítica que se caracteriza por “una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales favorecen la violación de las normas” (p.13).

Según Botvin (1996, como se citó en Luengo et al, 2002) desde el comienzo de la adolescencia hasta mediados de esta, se podría considerar el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas. Según Luengo et al. (2002) “Los primeros contactos con las drogas legales tienen lugar a edades relativamente tempranas, en las primeras etapas de la adolescencia; a lo largo de los años siguientes, muchos adolescentes se inician también en el consumo de sustancias ilegales” (p.13).

#### *Cambios biológicos en la adolescencia*

Un cambio fundamental que sucede entre la niñez y la adolescencia temprana es el inicio de la pubertad, esto sucede cuando las hormonas que controlan el desarrollo físico se activan, la mayoría de los niños pasan por un arrebato de crecimiento, desarrollan

características sexuales primarias y secundarias, se hacen fértiles y experimentan una libido sexual creciente entre otros cambios, según Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) se debe considerar además que la pubertad entre hombres y las mujeres es diferentes, las mujeres experimentan los cambios de la pubertad antes que los hombres, de esta forma, las mujeres y los hombres de la misma edad pueden encontrarse en puntos del desarrollo físico muy diferentes entre las edades de aproximadamente 10 a 14 años. Según Eccles (como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner 2001) muchos jóvenes pueden no estar preparados en forma adecuada para afrontar o aceptar estos cambios biológicos, las posibles inseguridades y preocupaciones de los adolescentes con relación a su apariencia, lo cual puede llevar algunas veces a que inicien dietas poco saludables, inicio prematuro del coito antes de alcanzar la madurez cognitiva o emocional, inicio de consumo de drogas, problemas de autoestima y adaptación social.

### ***Desarrollo del conocimiento social***

Según Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) Aproximadamente entre los 7-10 años, el niño aprende a evaluarse a sí mismo y sus habilidades en forma realista, los niños más pequeños tienen tendencia a ser muy optimistas con relación a sus habilidades y logros, pero mediante los niños van pasando a la niñez media e inician la adolescencia comienzan a reflexionar sobre sus éxitos y fracasos y a emparejar sus logros con metas internas y estándares externos. Conforme los niños comienzan a poner más atención al trabajo y logros de los demás como medio de evaluar sus propias habilidades, el proceso de autoevaluación se complica, se llegan a generar presiones a las que se ven expuestos con respecto al conformismo, la competencia y la necesidad de aprobación (ibid.). Por otro

lado, la auto eficiencia según Tyler (1991, como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) es otra dimensión del desarrollo del concepto de sí mismo, y puede describirse como “el grado en que los individuos se ven a sí mismos como valiosos, como gente causalmente importante y como personas efectivas para dar forma a los eventos y resultados de sus vidas.” (p.13) lo cual es un aspecto crítico y de gran importancia en el desarrollo de adolescentes seguros, con confianza y un buen desarrollo social.

### *Desarrollo cognitivo*

De acuerdo a Piaget (como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner ,2001) los seres humanos dan sentido a la vida por medio de la interacción con el medio; desde la lactancia hasta los 18 meses, los bebés aprenden por medio de la experiencia sensorial directa con el medio y ya a mediados de los 5 o 6 años desarrollan herramientas más complejas para entender el mundo a través de medios y procesos como el lenguaje, la observación e imitación, las imágenes, los juegos y dibujos simbólicos (ibid.).

Según Piaget (como se citó en Luengo et.al, 2002) es en las edades 12-13 años, donde se suele producir el cambio del período de las “operaciones concretas” al período de las “operaciones formales”, etapa en la cual el individuo es capaz de pasar de un pensamiento rígido y literal, a un pensamiento relativista, abstracto y flexible , lo que le permite concebir diferentes alternativas y perspectivas ante un mismo problema o situación, Piaget creía que en la adolescencia, una persona ya era capaz de lograr conceptos acerca de muchas variables, permitiendo la creación de un sistema de leyes o reglas para la solución de problemas (Mangrulkar, Whitman & Posner ,2001). Según Luengo et al (2002) esta nueva forma de pensar caracterizada por un pensamiento abstracto, junto a los

diferentes cambios y características de la adolescencia, conlleva la transgresión de las normas provenientes de los adultos, y una susceptibilidad a la conducta problema. Piaget se enfoca claramente en la interacción del individuo con el medio, para poder adquirir los conocimientos, los constructivistas sociales creen que el conocimiento es el resultado de la acción social y el lenguaje y, por tanto, es una experiencia compartida (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

El adolescente adquiere la capacidad cognitiva para generar sus propios argumentos y contraargumentos, analizar de un modo crítico su contexto, las problemáticas, las normas y las creencias que previamente eran asumidas durante la niñez. Así mismo, aunque el estilo de pensamiento del adolescente está cambiando y abriendo espacio a diferentes modos de pensar y solucionar problemas mucho más críticos, según Elkin (como se citó en Luengo et.al, 2002) ciertas características de etapas anteriores no son totalmente superadas, por ejemplo se llega a agudizar el egocentrismo, los adolescentes tienden a creer que son observados, juzgados y evaluados por los demás pares y adultos, con respecto a su conducta y apariencia, es por ello que para el adolescente comienza a ser de especial importancia, generar la proyección de una imagen “adulta” e independiente de las normas, basado en lo que para el adolescente es ser un “adulto“, imagen que es asociada con el poder hacer lo que se desea y no con el hecho de tomar decisiones de manera responsable. Según Elkind (como se citó en Luengo et.al, 2002) señala que en el adolescente este egocentrismo aparece acompañado por la idea de que existe algo único y excepcional en sus vidas, algo que los diferencia y de cierta manera hace sentir invulnerables frente a los riesgos que puede conllevar las conductas problema o desadaptativa, por ejemplo al adolescente le

costará imaginarse, que el consumo de drogas podrá conducirles a patrones destructivos y problemáticos como una adicción, enfermedad crónica, trastornos psicológicos, problemas familiares o sociales.

### ***Desarrollo social y contexto familiar***

A lo largo de la infancia y adolescencia las interacciones sociales se hacen cada vez más complicadas conforme el niño avanza hacia la adolescencia, se pasa más tiempo en otros contextos de socialización, como la escuela, por lo cual aumentan las interacciones con pares del mismo sexo y opuesto, es por ello que la niñez media (de 7-11 años) representa la época de transición, es decir, cuando el niño se aleja de la esfera del hogar y pasa más tiempo con sus amigos, grupos de la escuela y de la comunidad (Mangrulkar, Whitman & Posner ,2001). En esta etapa evolutiva, el adolescente, se encuentra en búsqueda de la propia independencia una necesidad de establecer su identidad según Clasen y Brown (como se citó en Luengo et al, 2002) da lugar a que el adolescente se sienta especialmente atraído por el grupo de amigos, su familia no deja de ser un sistema de gran influencia, el grupo de pares se convierte en un contexto de socialización de gran relevancia, pues en este grupo el adolescente podrá compartir gustos , experiencias y obtener seguridad, empatía y apoyo, por lo cual, si el grupo al que ingresa presenta conductas desadaptativas o de riesgo, puede aumentar la probabilidad de que el adolescente también inicia a realizar esas conductas.

Con respecto al contexto familiar hoy sabemos que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos, en este sentido dos variables son aquí esenciales por un lado el control y por otro la calidez paterna. El control paterno se refiere a cómo son

de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos. Según Baumrid (1980, como cito Becoña 2007) describió tres tipos de estilo parental: autoritarios, permisivos y de autoridad; según Steinberg (como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner 2001) entre las investigaciones efectuadas en Estados Unidos sobre estilos de crianza, revelan que un entorno familiar de autoridad definido como “cordial y participativo, pero firme y consistente con el establecimiento y cumplimiento de guías, límites y expectativas de desarrollo apropiados” (p. 18) ha tenido efectos positivos en los adolescentes en forma consistente; otra dimensión positiva es la de otorgar autonomía psicológica, la cual según Steinberg (como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) se define como “hasta dónde los padres animan y permiten que el adolescente desarrolle sus propias opiniones y creencias” (p. 18) lo cual les permite a los adolescentes construir sentimiento de autoconfianza y autonomía, así como capacidades de pensamiento crítico, toma de decisiones entre otras.

Para Blackman (como se citó en Pórtela, Franca, & Goldim, 2015) el consumo de drogas es uno de los aspectos que el adolescente deberá de enfrentar y decidir en función de su medio socio-cultural, familiar, de sus amigos, personalidad y demás factores que influyen, es por ello de gran importancia una prevención temprana eficaz, que retrase la edad de inicio del consumo, en el cual las estructuras cerebrales responsables por la percepción temporal y por el control de impulsos aún están en proceso de maduración, sumado a la satisfacción inmediata proporcionada por el uso de sustancias psicoactivas (SPA) junto con el comportamiento impulsivo, los cambios y transformaciones físicas y psíquicas propios del desarrollo humano y característico en esta franja etaria de

adolescencia, y los posibles conflictos con el medio familiar y social, acaban por profundizar la vulnerabilidad inherente de esta población específica (Portela, Franca, & Goldim, 2015).

Como se describe existen diferentes aspectos que influyen en que la adolescencia sea una etapa de gran intensidad y emociones, pero así mismo de alta probabilidad a realizar conductas de riesgo, cabe resaltar que aunque estas características del período adolescente propician la aparición de conductas problema, también es cierto que no actúan como determinantes de estas conductas ya que los seres humanos perciben y reaccionan de manera distinta ante las diferentes sustancias y contextos, existe una gran variedad de factores que influyen en estas conductas, además hay que considerar que estas conductas problema se pueden limitar a períodos muy transitorios de experimentación; sin embargo para otros, estos primeros contactos van seguidos de una posible escalada hacia comportamientos más severos reconocida como la teoría de la escalada del consumo (Luengo .et.al ,2002).

### **Tendencias actuales de consumo de sustancias psicoactivas**

Es una realidad que el consumo de drogas ha acompañado a la humanidad desde el inicio de los tiempos, pero actualmente, las condiciones socioculturales son diferentes, existe un aumento en las diversidades de sustancias consumidas confirmado por el Minsalud (2014) esto implica que todavía están presentes en el mercado nacional las sustancias consumidas hace décadas, como la marihuana y el LSD y que otras sustancias han llegado y crecido entre segmentos de consumidores. según los datos del sistema basado en centros y servicios de tratamiento (Suicad) (como se citó en el Minsalud, 2014)

se reportó el uso de 36 sustancias diferentes, incluyendo algunas nuevas en el país como el 2CB y las metanfetaminas, igualmente las causas y formas de consumir no son iguales según el Ministerio de la protección social (2010, como se citó en el Minsalud, 2014) se han introducido nuevas sustancias y la promoción de nuevos consumos, se hace evidente en hechos como la entrega de muestras gratis para el usuario y su grupo social inmediato por parte de distribuidores minoristas, de la misma forma los daños a la salud y al medio socio ambiental son diferentes las actuales sustancias son mucho más aversivas para la salud física y mental. Actualmente el consumo se caracteriza por ser policonsumidor, los adolescentes consumen varias sustancias, por ejemplo, el que consume tabaco, también suele consumir alcohol y cannabis, y el que consume cocaína, suele consumir también éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (Trujillo-Pérez, 2007). Además, el consumo de SPA se caracteriza porque se realiza en grupos, en este caso los adolescentes entre el grupo de iguales, inicialmente durante su espacio y tiempo de ocio, esto es, durante el fin de semana, principalmente (Arévalo, 2015).

### **Teorías científicas que explican las conductas de consumo de sustancias psicoactiva y sustentan los programas de prevención**

La temática de consumo de sustancias psicoactivas actualmente cuenta con un variado repertorio de teorías que buscan explicar la conducta humana y específicamente en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la drogodependencia, muchas de estas teorías son utilizadas como bases teóricas de los diferentes programas de prevención (Becoña, 1999). según Becoña (2007) se pueden considerar varios grupos de teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas:

- 1) las teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes
- 2) teorías y modelos de estadios y evolutivas
- 3) teorías y modelos integrativos y comprensivo.

Una teoría que tiene una gran aceptación es la recientemente formulada teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes, desarrollada por Jessor y fue en este modelo el que se acuñó el término de “conducta problema” para referirse a los diversos comportamientos adolescentes, objeto de reprobación por parte de la sociedad convencional, que pueden ser explicados por los mismos factores de riesgo (Becoña,1999).

***Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes.***

Esta teoría se caracteriza claramente por su complejidad e interrelación de factores de y protección, según Jessor (como se citó Luengo et.al ,2002) un factor de riesgo es “una característica (personal, familiar, grupal, social...) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno” (p.13) en este caso, consumo de SPA, así mismo define conducta de riesgo como “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente” (Becoña, 1999, p. 203).

Según Becoña (1999) En los últimos años se está construyendo un nuevo paradigma, la ciencia conductual del desarrollo, la cual está cambiando todos los aspectos de la comprensión de los jóvenes, y está exigiendo la inclusión de un gran número de elementos y variables que en las tradicionales teorías se obvian o no se tomaron hasta ahora en consideración y las cuales se limitaban a el análisis de ciertos componentes, por ejemplo, según Becoña (1999) desde el campo de la psicología se han centrado tradicionalmente en

el organismo, y le prestaban escasa atención al contexto donde se llevaba a cabo la conducta y al desarrollo de la misma, una postura contraria a lo que expresa el nuevo planteamiento de Jessor el cual se basa en la interacción persona-contexto, en donde se hace imprescindible, no cargar toda la responsabilidad en el individuo, sino de que se le brinda gran importancia a la responsabilidad del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también al mismo tiempo que cambia el sujeto, un cambio en la sociedad (Becoña, 1999).

El modelo nos presenta una serie de sistemas que están configurado por diferentes factores que pueden ser distales, es decir indirectos y otros más próximos o directos factores de la conducta problema, estos sistemas son:

Tabla 1

*Teoría de la conducta problema del adolescente*

Sistemas	Estructura	Desviación o riesgo
Los “antecedentes” “telón de fondo” para la aparición de otras influencias más directas.	Factores de carácter sociodemográfico como estructura familiar, ocupación y educación de los padres y factores relacionados con experiencias de socialización como ideología en los padres, clima familiar, la exposición a los medios de comunicación entre otros.	El joven estará en riesgo cuando las características sociodemográficas favorezcan el fácil acceso a SPA, la disfunción familiar, publicidad promotora de conductas de riesgo, aceptación del consumo temprano de drogas legales.
	“estructura motivacional” Son los objetivos por los que lucha el individuo y las expectativas para lograrlos. Se incluyen aquí el valor concedido	El sujeto estará en riesgo de conducta problema si la independencia de los padres es una meta fundamental, si el rendimiento académico es poco valorado o si tiene bajas

<b>El “sistema de personalidad”</b>	al rendimiento académico o a la independencia	expectativas de éxito en el mundo escolar
	<p>“estructura de creencias personales”</p> <p>Creencias sobre la sociedad, sobre el propio individuo y sobre las relaciones entre el individuo y la sociedad. Forman parte de esta estructura la autoestima, el inconformismo, la alienación respecto de la sociedad convencional y el lugar de control.</p>	será vulnerable si es crítico respecto a la sociedad y está culturalmente alienado de ella, si tiene una baja autoestima y si presenta un lugar de control externo (y, por tanto, no percibe que las conductas convencionales sean recompensadas y que sus conductas desviadas sean castigadas)
	<p>“estructura personal de control”</p> <p>son los factores más próximos a la conducta problema, referidos a las actitudes hacia la desviación</p>	Habrá riesgo de conducta problema si el adolescente es tolerante hacia la desviación
<p>“sistema de ambiente percibido”.</p> <p>dimensión subjetiva del ambiente, es decir, al ambiente tal y como es percibido por el sujeto.</p>	<p>La estructura “distal”</p> <p>Orientación del adolescente hacia su familia o hacia sus amigos.</p>	El sujeto será más vulnerable a la conducta problema si está más influido por sus amigos que por sus padres.
	<p>Estructura “próxima”</p> <p>variables más directamente relacionadas con la conducta problema, Estas variables se refieren a la prevalencia y la aceptación de la conducta problema en los contextos psicosociales.</p> <p>- Estructura conductual problemática, patrón de diferentes modalidades de comportamiento desviado</p> <p>-Estructura conductual convencional</p> <p>-Estructura conductual ajustada a las normas</p>	<p>La integración en contextos en los que se realizan y se aprueban las conductas desviadas conduce a la aparición de conductas problema en el individuo</p> <p>El Inter juego entre los factores personales y el ambiente percibido dará lugar a un patrón de conductas desviado</p> <p>O ajustado, dentro de cada una de ellas, las conductas están relacionadas entre sí y se inhiben mutuamente</p>

--	--	--

Tabla 1. creado a partir de Luengo et al., 2002

El modelo de la conducta problema es complejo según Petraitis et al. (1995, como se citó en Luengo et.al, 2002) abarca numerosos campos y factores de influencia. La teoría de Jessor es uno de los primeros modelos multivariados en torno a la conducta desviada y también uno de los más ambiciosos e influyentes, así mismo según Donovan (como se citó en Becoña ,1999) esta teoría ha sido aplicada al estudio del consumo de marihuana, otras drogas ilícitas junto al consumo de alcohol y otras conductas de los adolescentes, como fumar cigarrillos, sexualidad precoz, etc., dado que todas ellas son definidas como conductas problema para la mayor parte de la sociedad” ( p.200). Es de gran importancia la implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención, según Jessor (como se citó en Becoña, 1999) “un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo.” (p.205) para lo cual se deben de “reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida” (ibid.).

De acuerdo con esta teoría, la conducta problema es propositiva, instrumental y funcional, debido a que el adolescente se implica en estos comportamientos problema, con el fin de lograr ciertas metas importantes en su desarrollo. Por ejemplo, la conducta problema puede ser una vía para ganar un estatus social entre sus amigos, el respeto y aceptación de su grupo de pares, para establecer la autonomía respecto de los padres o para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso, etc. (Becoña,1999). Jessor (como se citó en Luengo et al, 2002) sostiene que no hay nada irracional o

psicopatológico en tales metas y que son objetivos característicos del desarrollo psicosocial, de modo que la intervención debe proporcionar recursos para lograr esas mismas metas, pero de un modo saludable.

A continuación, se presenta un esquema explicativo de la teoría de Jessor

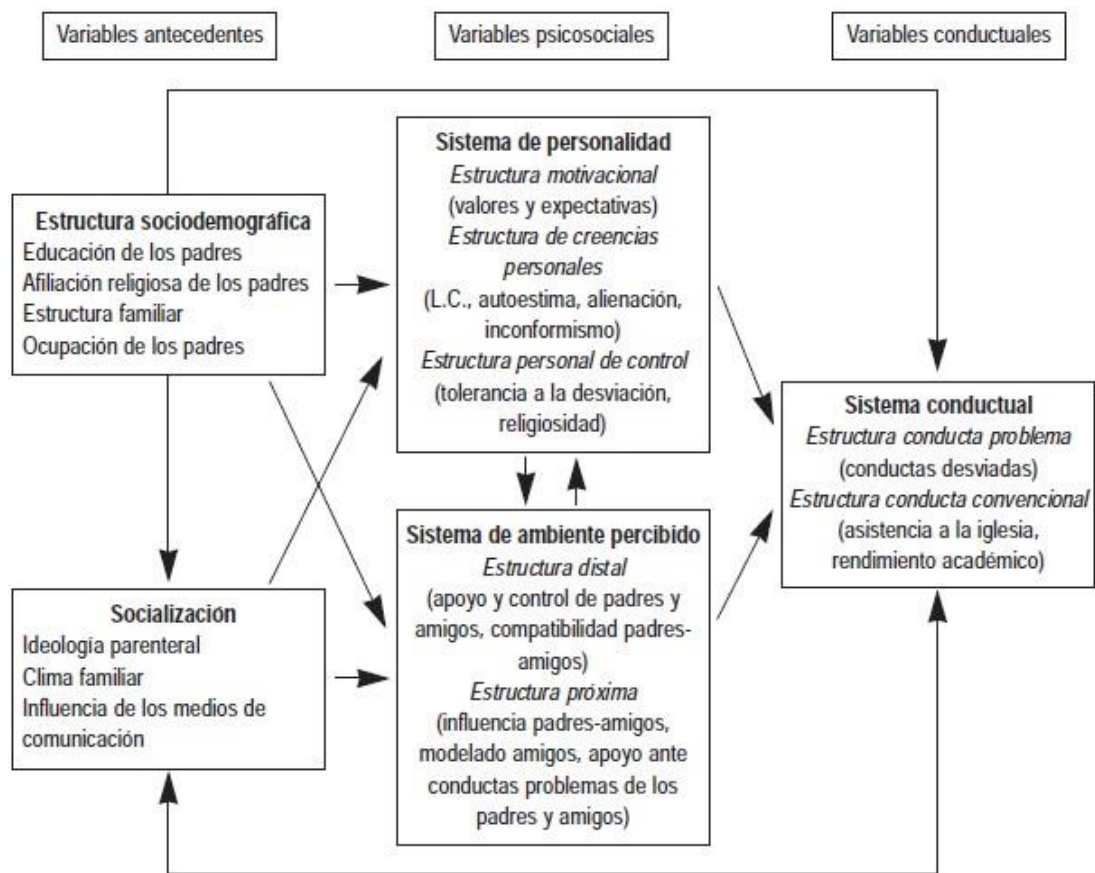


Figura 1. Esquema explicativo de la teoría de Jessor. Luengo et al. (2002)

Aunque esta teoría como se ha dicho es compleja, comprensiva e integrativa, existen otras teorías de gran interés e importancia en la explicación de la conducta de

consumo de sustancias psicoactiva, así como son insumos importantes para la construcción del marco teórico que sustentan el programa de enfoque en las habilidades para la vida, elegido como base de este programa.

### **La teoría cognitiva social de Albert Bandura.**

La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente como teoría cognitiva social, propuesta por Bandura (1986, como se citó en Becoña, 1999) es también una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera e integra tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), como los procesos cognitivos y el entorno social en la que vive y se desarrolla la persona.

Según Bandura (como se citó en Becoña, 1999) los hábitos del consumo se desarrollan, en el sentido de que cada nuevo episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito, por el incremento del estrés y por limitar las opciones de la conducta alternativa. Es por ello por lo que la recuperación depende según Becoña (2007) del desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento alternativo del fortalecimiento de habilidades para la vida.

Esta teoría según Flórez (como se citó en Melo & Castanheira, 2010) contempla los siguientes conceptos: *La expectativa de autoeficacia*, *expectativa de resultado* y *reforzamiento*. La primera hace referencia a la creencia de la persona acerca de si posee o no las habilidades requeridas para ejecutar una acción, y la expectativa de resultado alude a la creencia de la persona de que esa acción la conduce a ese resultado esperado; y *reforzamiento* que alude al incentivo que la persona espera del resultado. Tanto las

expectativas de autoeficacia como de resultado intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo, dichas expectativas están influenciadas por creencias socioculturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo; son las expectativas de la consecuencia positiva los determinantes del uso del alcohol y otras sustancias (Melo & Castanheira, 2010).

***Modelo integrador de influencias del consumo de alcohol y drogas sustancias psicoactivas***

Es un modelo que integra los factores de riesgo para el consumo de SPA, debido al gran número de variables que influyen en esta problemática multicausal. Según Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003) estos factores de riesgo están agrupados en tres categorías

- los factores contextuales: variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales
- los factores sociales: el entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, incluye la influencia mediática de los medios de comunicación y la publicidad
- los factores personales: comprenden las cogniciones, habilidades, valores, personalidad

El modelo considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada del consumo de las drogas legales como alcohol pasando por el cigarrillo, marihuana y otras. Es así como algunos adolescentes pueden verse influidos por los medios de comunicación, mientras que otros pueden estar

influenciados por familiares o grupo de pares que consumen. Según Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003) Las influencias sociales tienen un mayor impacto en los adolescentes psicológicamente vulnerables, aquellos con déficits en habilidades sociales, con problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad o estrés, sin embargo entre más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas.

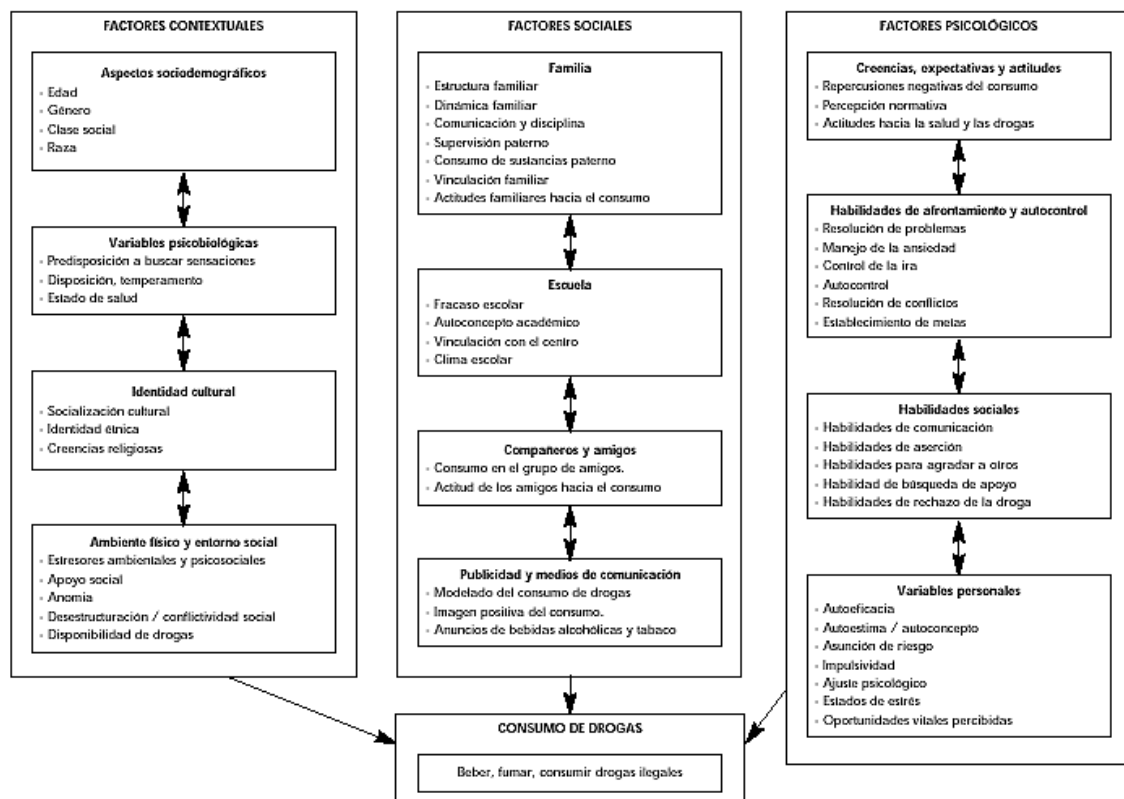


Figura 2. Modelos integrados de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas Tomada de Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003)

## **Normatividad del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto escolar**

### **Política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas**

Según el Ministerio de la protección social (2007) la Política nacional propone un esquema general que pretende orientar las acciones en prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras sustancias, con particular énfasis en el uso de sustancias psicoactivas en menores de edad, uso indebido de medicamentos y sustancias volátiles, uso problema y dependencia de sustancias lícitas e ilícitas. Según la política para reducir la incidencia del consumo de SPA en el país, es necesario avanzar hacia el logro del primer objetivo estratégico, para el cual se propone el eje operativo de *Prevención*, cuya meta es “evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital y reducir la prevalencia de consume” y *mitigación* el segundo objetivo estratégico cuyas metas son “evitar/prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia (prevalencia); evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros (impacto)”

Con respecto a la prevención, la acción se enfoca en diferentes niveles, en el caso del actual proyecto, se inspira en lo que la política propone en relación a la prevención a nivel micro social, la cual se basa en la reducción de factores de riesgo y fortalecimiento de la protección desde ámbitos de socialización fundamentales para el individuo como lo es la familia, la escuela, el grupo social de referencia (pares) y la comunidad en general. Entre las estrategias se hace referencia al desarrollo y fortalecimiento de la escuela y la familia,

fundamental no sólo por ser medios de socializador por excelencia , por lo cual se propone como eje de acción de nuestro programa el fortalecimiento de la escuela y la familia como factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas , la escuela desde un espacio que permitirá por medio de la implementación de un programa de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas basado en la promoción de la salud y centrado en el enfoque de habilidades para la vida más la información adecuada y clara sobre el consumo de SPA , aplicado por medio de una metodología socio constructivista, participativa y psicosocial , lograr que la escuela favorezca la convivencia escolar y social , el desarrollo de habilidades cognitivas ,sociales y emocionales como el fortalecimiento de un pensamiento crítico , de una mayor autonomía y capacidad de toma de decisiones, formación en valores.

Así mismo bajo un enfoque de desarrollo humano y del ejercicio de la ciudadanía, todos somos vulnerables al consumo de SPA, según el Ministerio de protección social (2007) sostiene que la política busca controlar los riesgos asociados al consumo de SPA por medio de promover la creación de entornos protectores y favorables a un estilo de vida saludable, buscando “ integrar las acciones para optimizar el uso de los recursos, involucrar a la base para que además de vivir el problema sea parte integral de la solución, fundamentar y gobernar la acción en la ética y en la buena práctica” (p. 25) así mismo “guiar el diseño de planes y programas a nivel territorial, que respondan a las diversas necesidades de la familia, la comunidad y los individuos en materia de prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados a estas sustancias” (Ministerio de protección social, 2007, p. 5).

Con respecto a la Política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas, según el Ministerio de la protección social (2007) describe los tres ejes fundamentales, los cuales son: la prevención, mitigación y superación. La política propone afrontar este reto del consumo de sustancias psicoactivas a través de cuatro componentes con los que se busca mejorar la gestión de los riesgos y reducir las condiciones de vulnerabilidad, dichos componentes son:

1. *la promoción de la salud* para lograr prevenir y mitigar los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras sustancias y sus subcomponentes, Prevención, Educación en salud, Protección de la salud

2. *la asistencia* y 3. *la atención* para mitigar y reducir los riesgos del consumo activo y continuado y los daños ya provocados

4. *inclusión social* como herramienta para prevenir, mitigar y ante todo superar o hacer frente a las “secuelas” de haber tenido un consumo activo de alcohol u otras sustancias.

A partir de esto se puede concluir que la *promoción de la salud* es un componente necesario y útil tanto para la prevención como la mitigación de los riesgos asociados al consumo en el contexto educativo, por ello se ha tomado como eje de este programa de intervención para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente escolarizada de la institución educativa Agustina Ferro, según el Ministerio de la protección social (2007) desde la promoción de la salud, las habilidades para la vida se convierten en un punto temático de vital importancia para lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en la que los individuos y grupos puedan tener la

posibilidad de identificar y lograr aspiraciones satisfacer necesidades y hacer frente a su entorno, las habilidades para la vida han sido adoptadas como estrategia para la promoción de la salud en muchos lugares de Latinoamérica, dentro de la iniciativa de trabajo de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, las habilidades para la vida se refieren a las aptitudes necesaria para comportarse de manera adecuada y enfrentar con éxito la exigencia y desafíos de la vida diaria, estas habilidades favorecerá comportamientos saludables en las esferas físicas, psicológicas y sociales, las cuales comprenden tres categorías, las habilidades sociales , cognitivas y para el control de las emociones (Díaz-Álzate & Mejía-Zapata, 2018)

### **La Prevención**

Su objetivo principal es evitar el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital, para ello según el Ministerio de la protección social (2007) “es necesario operar sobre condiciones o variables contextuales, situacionales, familiares e individuales que incrementan el riesgo y la vulnerabilidad frente al inicio y mantenimiento del uso sustancias lícitas e ilícitas” (pag.20). Por esta razón es de gran relevancia desarrollar programas basados en evidencia que contrarresten estos riesgos, especialmente en población escolar, que es ha sido considerada vulnerable al consumo. Las estrategias definidas para el eje operativo según el Ministerio de la protección social (2007) se enmarcan en los niveles de manifestación de los factores de riesgo macrosociales, micro sociales y personales.

A nivel macrosocial la política reconoce y advierte que es uno de los niveles en los que se enfrentan los mayores retos a la hora de intervenir, por tratarse en muchos casos de aspectos de tipo estructural, frente a los cuales es difícil ejercer control.

A nivel micro social la política propone “Trabajar en factores de riesgo y de protección desde ámbitos de socialización fundamentales para el individuo como lo es la familia, la escuela, el grupo social de referencia (pares) y la comunidad en general” (Ministerio de salud, 2007, p.20). Las estrategias propuestas para este nivel de intervención hacen referencia al desarrollo y fortalecimiento de la familia, así como la construcción de redes de apoyo en todos los ámbitos vitales de desarrollo de los sujetos, en este sentido la Política reconoce a la escuela como terreno “ideal” para la prevención, y reducción del consumo de sustancias psicoactivas y para retomar su rol esencial como ámbito socializador y como parte constitutiva de la red de apoyo social de niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades (ibid.).

Por otro lado, en la prevención según Becoña (2007) se debe reconocer la importancia de enfocarse inicialmente en hacer prevención del tabaco, alcohol y cannabis, en niños y adolescentes, bajo las premisas de “Si los niños y adolescentes no fuman cigarrillos o marihuana, ni abusan del alcohol, se podrá evitar que de adultos presenten problemas de adicción” y “Si se logra que las persona no consumen abusivamente evitaremos enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo como lo es el cáncer de pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc. Así como también la probabilidad de padecer trastornos mentales en su vida adolescente y adulta como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc.”

Según Becoña (2007) la prevención podría resumirse en tres ejes básicos:

1. Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras
2. Hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen
3. Existe toda una serie de variables socioculturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias (ibid.).

### **Mitigación**

Según el MinSalud (2014) Mitigación es el conjunto de medidas y estrategias para contrarrestar y minimizar los impactos y efectos negativos que el consumo de SPA puede causar, no solo sobre la vida del individuo que consume sino en su entorno social. Este eje de acción busca reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya se han transformado en “daños”, este proceso es de gran relevancia, por ello es necesario que el Estado implemente diferentes modalidades de atención a la población que ya está en contacto con estas SPA que dicho consumo aún no es problemático pero que en ausencia de estos programas si puede llegar a serlo. Según el MinSalud (2014) los programas de mitigación pueden ubicarse en los ámbitos donde los consumos suelen darse, como el contexto educativo, el barrial comunitario o en los espacios de ocio, entre otros. Ante este contexto entre más pronto se identifique e intervenga el consumo, de una manera integral, sin estigmatización, ni exclusión, mejor

pronóstico y menor riesgo de presentar las problemáticas asociadas al consumo tales como la deserción escolar, deterioro de las relaciones familiares, debilitamiento de las relaciones comunitarias, adicciones, enfermedades, entre otras.

En relación a los programas de prevención y mitigación del consumo de SPA, según el MinSalud (2014) se logró establecer que las acciones basadas en la comunicación general, dirigidas a plantear un mensaje a la comunidad acerca de los riesgos inherentes al consumo de sustancias psicoactivas, son insuficientes, aunque necesarias y que los programas preventivos deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Tener base en la escuela secundaria.
2. Se dirijan con énfasis a la población de grado sexto y séptimo.
3. Incluyan actividades con los padres o adultos responsables (en el hogar).
4. Utilicen un marco amplio de fortalecimiento de habilidades para la vida en lugar de un marco restrictivo centrado únicamente en el asunto de las drogas.
5. Se desarrollen con un esquema dinámico y participativo de actividades.
6. Involucre actividades entre pares.
7. Tenga en cuenta el entorno comunitario.
8. Involucre a los maestros.
9. Incluya el uso de tecnologías de la comunicación.
10. Tengan definido un proceso de evaluación.

Así mismo , entre los contenido de las intervenciones preventivas, se estableció que existen diferentes enfoques de contenido, como los programas con enfoques él información, los programas socio afectivo y los programas de estrategias de prevención psicosociales,

estas últimas consideradas el modelo más promisorio de todos los modelos de prevención del consumo de sustancias, en la cual existen dos grandes áreas de “entrenamiento en Habilidades para la Vida” y la “Educación Normativa” (MinSalud, 2014).

### ***Estrategias de Mitigación***

Según el Ministerio de salud (2013) y Ministerio de Salud y Protección Social (2013) algunas estrategias de mitigación escolar son:

#### ***Tamizaje:***

Es un proceso que permite identificar personas que están en riesgo de tener alguna enfermedad o trastorno asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Según el Ministerio de salud y protección social (2013) es un conjunto de procedimientos y técnicas breves que ayudan a establecer si hay un problema o si es necesario hacer una evaluación más profunda.

#### ***Intervención breve:***

Es un tipo de intervención que tiene como objetivo fundamental promover un espacio de reflexión que le permita a la persona motivarse para el cambio, Según Palfai & Weafer (2006, como se citó en Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) es uno de los ejes principales que han orientado la prevención selectiva del consumo de sustancias psicoactivas en el medio escolar ha estado orientado por el énfasis en el sentido de vida.

#### ***Perspectiva de Tiempo Futuro:***

Es una Intervención breve centrada en el fomento de la motivación y del sentido de vida, que busca el planteamiento de un sentido de vida, conceptualizado como Perspectiva de Tiempo Futuro, según el Ministerio de salud y protección social (2013) basado en lo que

expresa (Martínez, 2004; Martínez, 2006; Díaz, 2006) se fundamenta en teorías como el aprendizaje social y autoeficacia, en el sentido en el que el comportamiento humano está influido tanto por los aprendizajes previos como por las expectativas futuras, y en esta relación las conductas presentes se constituyen en herramientas para el logro de un fin o la satisfacción de necesidades específicas. según el Ministerio de salud y protección social (2013) la representación cognitiva presente de las expectativas y metas personales son motivadores y reguladores de la conducta, que implican la elaboración activa del individuo (Bandura, 1989; Díaz, 2006). Es así como una expectativa de una proyección futura, implica una perspectiva temporal de orientación al futuro lo que representa un elemento de motivación al cambio de comportamiento, debido a que las metas y objetivos que se propone el individuo, según Domínguez (2007, como se citó en ministerio de salud y protección social, 2013) al igual que las necesidades, tienen una función dinamizadora de su comportamiento, la perspectiva de tiempo futuro (PTF) busca entonces a partir de la delimitación de un sentido de vida en la adolescencia, promover la determinación de deseos futuros y con ello la formulación de metas a corto, mediano y largo plazo para alcanzarlos, como representación tácita del sentido de vida, lo cual es un factor protector de la salud a lo largo de la vida, en tanto involucra además según Rodríguez y Omar (2005, como se citó en Ministerio de salud y protección social, 2013) el fortalecimiento del afrontamiento positivo ante las dificultades. Esta propuesta curricular del ministerio de salud y protección social (2013) parte de un enfoque cognitivo-conductual y se fundamenta metodológicamente en la Dimensión Psicológica de la Promoción y Prevención en Salud (DPPPS)

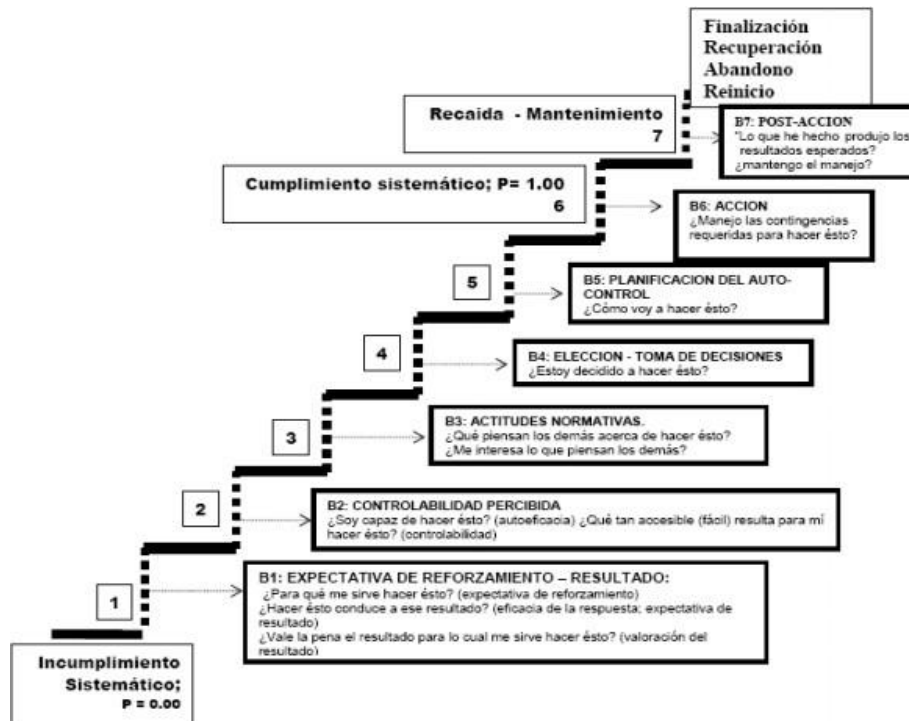


Figura 3. “Escalera Cognitivo Conductual” representación de la DPPPS de Flórez (2007)

### Política Educativa del Ministerio de Educación Nacional (MEN)

Según el Ministerio de Educación Nacional (2011) la política educativa del MEN se fundamenta en promover una educación de calidad, que forme mejores seres humanos y ciudadanos con valores éticos, respetuosos de lo público, que ejercen los derechos humanos, cumplen con sus responsabilidades sociales y conviven en paz, para alcanzar este objetivo deben de desarrollar en todas y todos los estudiantes las habilidades, los conocimientos y las destrezas necesarias para construir una ciudadanía democrática y activa, y para el ejercicio de la ciudadanía en la escuela y desde la escuela hacia los demás ámbitos públicos requiere de una educación política que en este caso, se entiende como el desarrollo de competencias ciudadanas las cuales el Ministerio de Educación Nacional

(MEN) en la creación de su cartilla de competencias ciudadanas Brújula describe como “prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana” (Art. 41, Colombia, 1991), con el fin de “formar al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia...” (Art. 67, Ibid.).

Según Ruiz y Chaux (2005) las competencias ciudadanas se pueden clasificar de la siguiente manera

### **Competencias cognitivas.**

“Son las capacidades para realizar diversos procesos mentales. En este caso, capacidades para llevar a cabo procesos que favorecen el ejercicio de la ciudadanía” (Ruiz y Chaux, 2005. p.33) entre las que están habilidades como: la toma de perspectiva, la capacidad para interpretar adecuadamente las intenciones de los demás, la capacidad de imaginarse distintas maneras de resolver un conflicto o una problemática social, la capacidad de evaluar de forma ecuánime las opciones de las cuales dispone, el desarrollo de un pensamiento crítico como la capacidad de cuestionar y evaluar la validez de cualquier creencia, afirmación o fuente de información, así como de las dinámicas y relaciones de poder presentes en la sociedad y el desarrollo moral

### **Competencias comunicativas.**

Según Ruiz y Chaux (2005) es “La capacidad del sujeto de acceder a una realidad simbólica compartida, esto es, de actuar socialmente, de participar en sistemas de interacción y de enfrentar y solucionar problemas interpersonales” (p.35) es decir las habilidades que nos permiten como ciudadanos entablar diálogos constructivos, comunicar

nuestros puntos de vista, posiciones, necesidades, intereses e ideas, en general, y comprender aquellas que los demás ciudadanos desean comunicar.

### **Competencias emocionales.**

Son aquellas capacidades para manejar y autocontrolar nuestras emociones y sentimientos, así como el saber identificar las emociones de los demás siendo empáticos

Como se puede observar esta perspectiva de competencias ciudadanas del Ministerio de educación y que Ruiz y Chau (2005) nos describen de manera clara, puede verse con similitud esbozadas en las habilidades para vida descrita por la OMS, podríamos decir que son habilidades para la vida fortalecidas en la acción ciudadana

### **Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021**

De acuerdo a las acciones en salud pública dirigidas a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, según el Ministerio de Justicia y del Derecho (2014) en su balance realizado muestra datos de cobertura en relación a programas implementados como los programas Familias Fuertes, Comunidades que se Cuidan, y Leones Educando (habilidades para la vida), los cuales fueron promovidos como iniciativas de prevención que deberían ser evaluadas en el país pero hasta la fecha según Ministerio de salud (2017) no hay una evaluación en Colombia de ninguna de estas intervenciones

### **Escuela de padres**

Basados en la importancia del componente micro social o la familia en el desarrollo del individuo, el ministerio de educación y el Ministerio de Justicia (2010), describe en los artículos 1° 2° y 3°, de la Ley 1404 de 2010, que se debe crear el programa escuela para padres y madres en las instituciones de educación preescolar, básica y media del país, con el propósito fundamental de integrar a todos los padres y madres de familia, así como a los acudientes a un cuerpo organizado que se articule con la comunidad educativa, principalmente docentes, alumnos y directivos, asesorados por profesionales especializados, para pensar en común, intercambiar experiencias y buscar alternativas de solución a la problemática que se presente en la formación de los hijos e hijas, la recuperación de valores, el fortalecimiento de instrumentos adecuados en técnicas de estudio y la comunicación e integración de la familia.

Según (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) la familia, especialmente los padres están en una posición única para influenciar el comportamiento de sus hijos , los niños desarrollan habilidades tales como comunicación, solución de problemas y pensamiento crítico a través de los modelos de crianza y comunicación en el hogar , es por ello el interés por abrir espacio en la educación , para entrenar a los padres sobre cómo enriquecer sus propias habilidades para entonces mejorar el aprendizaje de habilidades sociales y emocionales y de solución de problemas de sus hijos las cuales las aprendemos y utilizamos a lo largo de toda nuestra vida , Además un aspecto importante según Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) es la necesita de más investigación para entender las diferentes metodologías de enseñanza, los antecedentes teóricos, el juego de habilidades y el entrenamiento de un programa de habilidades para la vida que involucre a los padres.

## **Marco Histórico**

### **Investigación sobre el consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito escolar**

#### **Estudios nacionales sobre consumo de sustancias**

La investigación sobre consumo de sustancias psicoactivas es un objetivo prioritario de la política nacional de reducción de la demanda de drogas promulgada Colombia (Ministerio de la protección social, 2007) como elemento esencial para orientar la toma de decisiones y para el diseño de políticas de prevención. El consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito escolar es un problema de salud pública real y con una tendencia al aumento tanto en el número de consumidores como en la diversidad de sustancias (Ministerio de Justicia, 2012).

De allí la importancia que desde la academia se generen propuestas encaminadas a ampliar la base de conocimiento sobre el consumo, la estimación y cuantificación del problema, así como propuestas de intervención adecuadas y basadas en modelos psicológicos que comprendan tanto la etapa de desarrollo de la adolescencia como el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas, que permitan el diseño y ejecución de políticas eficaces en la prevención y efectivas en la mitigación del consumo de sustancias psicoactivas.

Según el Observatorio de Drogas de Colombia (2016) La marihuana es la sustancia ilícita más usada entre los escolares colombianos, según el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, los resultados indica que la prevalencia anual de marihuana en la población que se menciona se sitúa en casi el 8%, lo que representa un aumento en comparación con

el estudio del Ministerio de salud y protección social (2013) de (5,2%) , además se ha observado que el consumo de marihuanas más potentes entre los escolares está en aumento 7 de cada 10 estudiantes que manifestaron consumir marihuana dentro del último año, reportaron haber consumido marihuana tipo cripi o cripa en el mismo periodo, esto equivale a decir, que de los 258 mil escolares que declararon haber usado marihuana en los últimos 12 meses, 186 mil de ellos manifestaron haber usado marihuana cripi o cripa, una variedad distintiva la marihuana tradicionales, como la regular, ambos compuestos se encuentran presentes en una proporción de 1 a 1 (por ejemplo, 4% de THC : 4% de CBD). Sin embargo, en el caso de una cripa, que puede tener un 15% de THC, en el mejor de los casos el porcentaje de CBD sigue siendo de 3% o 4 %, lo cual hace un efecto más potente, más propenso a estados de paranoia, ansiedad exacerbada y ataques de pánico además de efectos a largo plazo mucho más importantes.

Después de la Marihuana, los inhalables, la cocaína y los tranquilizantes sin prescripción médica son las sustancias de más prevalencia de uso entre los escolares, en el grupo de los inhalables se encuentra el Popper como la segunda sustancia ilícita más consumida y el Dick como la quinta sustancia en orden de uso. Con respecto a la accesibilidad Los datos resaltan que un 70,2% de los estudiantes consideran que es fácil comprar alcohol a pesar de la prohibición de la venta a menores de edad. La marihuana es la sustancia ilícita que el mayor porcentaje de los estudiantes declara conseguir con Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia - 2016 183 facilidad, seguida del bazuco, la cocaína, los inhalables y el éxtasis (37,3%, 12,4%, 12%, 8,5% y 7% respectivamente). 1 de cada. 5 escolares han recibido oferta para probar alguna

sustancia psicoactiva alguna vez, quedando así constatada también la necesidad de fortalecer los controles hacia la oferta orientada al consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes entre los grados séptimo a undécimo.

Según él (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016) una de las metas que se plantea en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, es posponer el promedio de edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de los 14 años, se estableció como meta aumentar la edad promedio de inicio de consumo de cualquier sustancia ilícita a 15,5 años, pero en el presente estudio la edad promedio se sitúa en 13,6 años, y en comparación con la edad promedio de 13,3 del 2011 hay una gran distancia para alcanzar la meta propuesta y una de las conclusiones es la necesidad de fortalecer los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en edades más tempranas en el ámbito escolar, con énfasis en cursos inferiores al grado quinto.

Con respecto a la percepción del riesgo del consumo según (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016) las conclusiones más importantes son que los estudiantes consideran que fumar y tomar licor de vez en cuando representa un riesgo leve para la salud , además , los escolares Colombianos que se ubican en zona rural tienen menor percepción de riesgo que los estudiantes de zona urbana, en usar de vez en cuando y de manera frecuente inhalables, cocaína, bazuco y éxtasis y los datos exigen trabajar insistentemente en informar a los estudiantes sobre los riesgos y los daños sobre la salud que tiene el uso de sustancias psicoactivas, sobre todo el uso de las sustancias lícitas.

Según Gallardo et. al (2017) en la revisión narrativa que realizan sobre Consumo de drogas y la práctica de actividad física en adolescentes, describen que la promoción e

introducción de hábitos de vida saludables, como actividades protectoras de la salud y atenuadoras en el desarrollo de consumo de drogas y permiten contribuir al mejoramiento del bienestar del individuo y su calidad de vida, una de ellas es la educación en salud, una de las estrategias más utilizadas para la promoción de factores protectores en el sector sanitario , pero que tienen poco impacto en los jóvenes que están en alto riesgo de consumo o que ya han iniciado el consumo de drogas, por ello los programas basados solo en estrategias informativas no son eficaces, y la actividad física conocida como un importante factor protector de diversas enfermedades, promete ser una estrategia más adecuada para adolescentes que conseguiría influir conductas de salud positivas induciendo a la disminución en el consumo de drogas y su posible abandono , según Gallardo et.al (2017)

La práctica regular de actividad física ha demostrado promover conductas saludables en adolescentes, debido a que más allá de ser una estrategia que induce al bienestar físico, promueve la salud mental y las habilidades de convivencia del sujeto, ya que se integra en el contexto social que lo rodea, aunque la relación entre la actividad física y los comportamientos de consumo o abuso de SPA no está totalmente dilucidado, se reconoce su impacto en la modificación de la química del cerebro, lo cual genera estados de placer, muy importantes y buscados por los adolescentes, además de disminuir la ansiedad, y el estrés, lo que lo hace una buena estrategia de prevención, puede contribuir a la mitigación y recuperación de adolescentes consumidores ya que puede ayudar a aumentar los niveles de endorfinas en el cerebro, que se habían visto reducidas por el consumo de sustancias y además ser una ideal estrategia para el aprovechamiento del tiempo libre y en muchos casos, generación de disciplina y compromiso, con las actividades deportivas en

adolescentes grandes aliados en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (Gallardo et.al ,2017)

### **Programas de prevención e intervención eficaces**

Según Fernández, Nebot & Jané (2002) los programas más eficientes en temas de tabaco y alcohol deben incluir información sobre las consecuencias negativas del consumo a corto plazo, entrenar para resistir a los mensajes sobre tabaco de los anuncios en los medios de comunicación y hacer un compromiso público, por ejemplo, no fumar, incluir otros contenidos como, por ejemplo, estrategias para mejorar la autoeficacia y la comunicación o métodos para hacer frente a la ansiedad. En el caso de los programas que incluyen o se centran en el cannabis o marihuana, además de trabajar la presión de grupo y norma social, deben dar información sobre el efecto de las sustancias y el daño asociado a su consumo, mejorar la autoestima, sugerir estrategias alternativas para conseguir la aprobación de los iguales sin consumir, aumentar el refuerzo personal y reforzar las actitudes de abstinencia o uso responsable, un manejo eficiente del tiempo libre e inteligencia emocional.

Según Calvo et al. (como se citó en Losada Salgado & Chica Lasso, 2017) afirman que una estrategia que ha demostrado ser eficaz en la prevención del consumo de drogas, es capacitar a las personas en habilidades, valores y actitudes para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida por medio de la educación para la salud, esta estrategia brinda al estudiante habilidades cognitivas, y socio-afectivas que les permite decidir de forma

correcta frente a situaciones que pongan en riesgo su integridad física o psicológica y la de los que lo rodean.

### **Programa “Juventud en Islandia”**

Un ejemplo de investigación e implementación de un proyecto de notoria eficacia y bajo una comprensión holística que integra una gran variedad de contextos y trabajo interdisciplinario e intersectorial, es el caso de Islandia y su programa “juventud en Islandia”, el cual es tomado como ejemplo en Chile y su programa ¡Chile avanza en prevención! (Sociedad chilena de pediatría, 2018). Actualmente, Islandia ocupa el primer puesto de la clasificación europea en cuanto a adolescentes con un estilo de vida saludable. El porcentaje de jóvenes de entre 15 y 16 que habían consumido cannabis alguna vez pasó de ser del 17% a un 7%, y el de fumadores diarios de cigarrillos ha caído del 23% a un 3%. El proceso realizado en Islandia inició con estudios basados en encuestas estandarizadas en las diferentes escuelas y colegios, a partir de lo cual se realizaron análisis de datos sociodemográficos y psicosociales, lo cual permitió poner en manifiesto claras diferencias entre las vidas de los niños y adolescentes que bebían, fumaban y consumían otras drogas, y las de los que no lo hacían. Además, también reveló algunos factores con un efecto decididamente protector como los son la participación, tres o cuatro veces a la semana en actividades organizadas, como actividades deportivas, una mayor calidad y tiempo compartiendo con sus padres entre semana; la sensación de que en el instituto educativo se preocupaban por ellos, y el hecho de no salir a tardes horas de la noche entre algunos otros factores.

A partir de los datos y análisis realizados especialmente los de Harvey Milkman (como se citó en sociedad chilena de pediatría ,2018) poco a poco se introdujo un nuevo plan nacional que recibió el nombre de Juventud en Islandia y desde allí, las leyes cambiaron. Se penalizó la compra de tabaco por menores de 18 años y la de alcohol por menores de 20, se prohibió la publicidad de ambas sustancias y reforzaron los vínculos entre los padres y los centros de enseñanza mediante organizaciones de madres y padres que se debían crear por ley en todos los centros, junto con consejos escolares con representación de los padres. Implementaron charlas para los padres sobre la importancia de pasar tiempo con sus hijos, así como a hablar con ellos de sus vidas, conocer a sus amistades, la idea fue mejorar la calidad del tiempo familiar, con dedicar una hora al día de actividades en conjunto. Esta hora se podía utilizar cenando todos juntos o simplemente sentándose en el living (cuarto de estar) de la casa a conversar de cualquier tema. El modelo propuso tres simples medidas que involucraban a la familia, una especie de obligación, que poco a poco fue generando costumbre y finalmente una conducta natural.

- Los niños y jóvenes deben pasar una hora al día con sus padres.
- Una hora semanal de actividad deportiva recreativa, de disfrute únicamente (diferente a las actividades escolares de deportes o pertenecer a un equipo deportivo)
- Dejar de decir que NO. Los padres, al conversar con sus hijos, dejaron de decirles que no consumieran alcohol, marihuana o cigarrillos, sino que el mensaje fue: “Si quieres hacerlo, hazlo, pero trata de hacerlo a los 18 años,

no antes”. Es decir, la estrategia fue retrasar el consumo, no impedirlo.

(sociedad chilena de pediatría ,2018)

Asimismo, se aprobó una ley que prohibía que los adolescentes de entre 13 y 16 años saliesen más tarde de las 10 en invierno y de medianoche en verano, la cual sigue vigente en la actualidad, además aumentaron la financiación estatal de los clubs deportivos, musicales, artísticos, de danza y de otras actividades organizadas con el fin de ofrecer a los chicos otras maneras de sentirse parte de un grupo y de encontrarse a gusto que no fuesen consumiendo alcohol y drogas, y los hijos de familias con menos ingresos recibieron ayuda para participar en ellas, Acciones radicales, concretas, tangibles y realizables, todo por salvar la grave situación social y moral que vivía la nación , Islandia es un ejemplo de cómo la adecuada implementación de un programa integral y ecológico se puede realizar y los resultados son muy positivos.

### **Programa de España “Tú decides”**

Los autores Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992) han elaborado el programa “Tú decides”, el cual según Becoña (1999) es uno de los programas preventivos más utilizado en España. Este programa se basa principalmente en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, junto a la inclusión a lo largo de una década de componentes que han ayudado a incrementar su eficacia, con la implementación del programa se consiguen efectos preventivos, como han mostrado en distintas evaluaciones realizadas por los mismos autores Calafat, Amengual, Mejías et al., 1989, Calafat et al., 1995 (como se citó en Becoña,1999).

La estructura didáctica del programa según (Amengual & Calafat ,1997) se basa en cuatro lecciones, cada lección se inician con la distribución del material a los alumnos, que es una lectura de temáticas diferentes ,y a partir de ella se continua con el trabajo grupal del contenido de cada lección, el material del alumno consiste en cuatro historietas en las que aparecen cuatro personajes principales que representan, de una forma un tanto esquemática, cuatro posiciones frente a las drogas, usando ejemplo de situaciones posibles con la finalidad de ayudar a recordar, imaginar o asociar situaciones realmente vividas por los alumnos, o que tengan probabilidad de ocurrir en un futuro próximo, según (Amengual & Calafat ,1997) “ El verdadero contenido de las lecciones serán las historias que aporten los alumnos y la dinámica (representaciones, discusiones, etc.) que surja en clase “ (p.5).

**El programa, denominado Entrenamiento en habilidades para la vida (“Life Skills Training”, LST)**

Ha sido elaborado por Botvin y sus colaboradores, según Becoña (1999) este programa consiste en un currículo de 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones y cada unidad tiene un objetivo principal, objetivos de los estudiantes, contenido y actividades de clase. Este programa se caracteriza por poder ser integrado en cualquier área del currículo escolar. El programa LST, enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, para comunicarse de forma efectiva, para mantener relaciones personales y tener un asertividad adecuada (Becoña ,1999) las cuales se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases.

El objetivo principal del programa LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales de fumar, beber o usar drogas, como lo describe (Velásquez, 2014) en su propuesta de programa de habilidades para la vida denominado “Equilíbrate”. Entre sus resultados este programa, según Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz (1995, como se citó en Velásquez, 2014) mostro una reducción inicial del 50% en consumos de tabaco, alcohol y marihuana, mediante la evaluación de 56 colegios públicos con un total aproximado de 3600 alumnos, en donde se había implementado el programa LST, que consistía en:

15 clases impartidas durante el séptimo curso

10 sesiones intensivas en octavo curso

5 lecciones intensivas adicionales en noveno curso

En todas las sesiones se impartían habilidades para la vida y habilidades para resistir las influencias sociales que fomentan el consumo de drogas (Velasquez,2014) concretamente, según (Becoña, 1999) se dedicaban cuatro clases a información, dos al entrenamiento en toma de decisiones, dos al manejo de la ansiedad, habilidades sociales y asertividad y una a tratar las influencias de los anuncios, a técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación. en cuanto a la metodología de evaluación, según (Velásquez, 2014) la técnica empleada para la medición de los resultados fue el auto informe, referido al consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

### **Programa de España “Construyendo Salud”**

Este Programa fue desarrollado por Luengo, Romero, Gómez, Guerra & Lence (2002) y es el resultado de la ampliación y adaptación de uno de los programas de prevención de consumo de SPA mejor diseñados y evaluados en el ámbito anglosajón, el programa de Entrenamiento en habilidades de vida desarrollado en la Universidad de Cornell (Nueva York) por G.J. Botvin (Luengo et al. 2002). Es un programa que constituye una aproximación a la promoción de la salud, que se centra en los principales factores psicológicos y sociales que propician el inicio del consumo de SPA y la conducta desviada en la adolescencia, y se fundamenta en que la mejor prevención es la que nos otorga nuestra propia conciencia moral, esa que, en el caso de los jóvenes, les hace fuertes y autónomos frente a las condiciones socio culturales y manipulación externa (ibid.) . Este programa se caracteriza por su transversalidad, debido a que sus actividades se desarrollan en el ámbito escolar y tratan, ante todo de prevenir las drogodependencias, pero también se interesa por trabajar otros asuntos de la vida de los jóvenes como la convivencia con la familia y con los demás jóvenes, la resolución pacífica de conflictos, los hábitos alimentarios, la higiene, la prevención de drogas legales e ilegales y la calidad de vida (Luengo et al.2002).

### **Programa “Saluda al fin de semana”**

El programa Saluda se basa en el supuesto de que los adolescentes consumen alcohol y otras drogas por razones personales como los son: la búsqueda de sensaciones o consecuencias positivas o de escape/evitación de estímulos aversivos, así como razones sociales o para facilitar las relaciones interpersonales. El programa se enmarca entre los programas de prevención primaria, ya que se realiza antes de la aparición del problema. Por

ello, los destinatarios son adolescentes no consumidores habituales de alcohol y drogas de síntesis. Al mismo tiempo, es un programa de prevención específica, ya que se centra en las habilidades directamente relacionadas con el abuso de drogas.

### **Programa de Perú “Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica”**

Es un programa educativo de habilidades para la vida en el marco de las escuelas promotoras de la salud, en adolescentes escolares de una institución educativa del distrito de Huancavelica de Perú, implementado en el año escolar 2006 el cual tuvo resultados positivos en el aprendizaje y desarrollo de las habilidades de comunicación y asertividad ,sin embargo la autoestima y la habilidad de toma de decisiones no mostraron un cambio estadísticamente significativo por lo cual como recomendación sugieren reorientar su implementación y sugieren debe ser desarrollar durante toda la educación secundaria a fin de notar cambios significativos en las habilidades estudiadas .

El método de la Investigación fue experimental, la población estuvo constituida por adolescentes escolares entre 13 a 16 años de edad, varones y mujeres de 3°, 4° y 5° grado de educación secundaria de dos instituciones educativas de educación secundaria estatales del distrito, se calculó la muestra con un intervalo de confianza al 95 %, resultando 142 para el grupo experimental y 142 para el grupo control. El Programa Educativo de Habilidades para la Vida se desarrolló en el grupo experimental, el instrumento utilizado fue la lista para evaluación de habilidades para la vida y las variables analizadas fueron comunicación, autoestima, asertividad, toma de decisiones, sexo y edad y la evaluación se realizó por medio de la estrategia preprueba y posprueba, con grupo control no equivalente.

## **Programas de habilidades para la vida en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas**

En lo que respecta a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, los programas escolares que se han diseñado se catalogan según (Luengo et.al, 2002) en usualmente cuatro categorías, tomando como referente el tipo de contenido que maneja cada modelo, sin excluir que en múltiples propuestas existe un cierto grado de complementariedad entre ellos, se clasifican en:

1. *Programas basados en la información.* Estos se centran en aumentar la información y calidad del conocimiento que los adolescentes tienen acerca de las drogas y los riesgos que conlleva su consumo.

2. *Programas de educación afectiva.* Estos se caracterizan por promover el crecimiento personal y social del individuo y así mismo potenciar su autoestima y autoconocimiento, a través de discusiones en clase y actividades tipo experiencias dirigidas a la clarificación de valores y a la toma responsable de decisiones.

3. *Programas de habilidades de resistencia.* Estos se focalizan en las influencias sociales que promueven el uso de sustancias psicoactivas; pretenden hacer conscientes a los sujetos de esas influencias y enseñar habilidades para hacerles frente.

4. *Programas de habilidades genéricas.* Además de incluir componentes del enfoque anterior, este tipo de programas pone su énfasis en la adquisición de habilidades de carácter general que tienen una aplicación más amplia y no limitada a una problemática específica (Luengo et.al ,2002).

Según Tobler, 1986 y 1992; Bruvold y Rundall, 1988; Bangert-Drowns, 1989; Hansen, 1992 (como se citó en Luengo et al. 2002) El análisis de la eficacia de los distintos programas ha comprobado que los programas basados únicamente en la información, aun cuando logran producir un incremento considerable en el nivel de información del alumno, no tienen un efecto significativo cuando se toma como criterio de evaluación el consumo de drogas. Respecto a los programas que se engloban en la denominada “educación afectiva”, los resultados obtenidos también dejan bastante que desear. Por último, las evaluaciones de los programas centrados en variables psicosociales (los centrados en el entrenamiento de habilidades de resistencia y aquellos más genéricos dirigidos al fomento de la competencia personal y social) sí han obtenido resultados esperanzadores (p.61).

A partir de los anterior, existen dos programas que se han elegido como inspiración para el diseño de esta intervención, los cuales se encuadra dentro de los llamados programas psicosociales y que han sido descritos anteriormente como programas eficaces por su evidencia científica, los cuales están centrados en el desarrollo de la competencia personal y social, y combinado con el entrenamiento en habilidades de resistencia, entrenamiento en habilidades personales y sociales más generales (Luengo et.al, 2002) y bajo el supuesto de que la adquisición de una serie de habilidades personales y sociales adecuadas juega un papel muy importante en el desarrollo psicosocial del adolescente y que al mejorar en los adolescentes su competencia personal y social, se reducirá su motivación al consumo de drogas y la implicación en actividades desviadas o problemáticas, por ello se propone el enfoque de habilidades para la vida en el que se contextualiza según la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, en 1993, que las habilidades para

la vida son un conjunto de habilidades sociales, cognitivas y emocional (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001; Instituto Valenciano de Juventud, 2004), siendo estas definidas como “aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria” (Organización Mundial de la Salud, 1993)

Así mismo se está de acuerdo con lo que afirma Luengo et.al (2002) “la mejor estrategia a la hora de diseñar un programa de prevención no pasa por reinventar nada, sino por revisar las experiencias ya existentes, seleccionar alguna de las que ya hayan mostrado su eficacia en otro contexto y adaptarla a las necesidades concretas de nuestra realidad” (p.62). La revisión exhaustiva de los programas de prevención encontrados nos llevó a seleccionar el programa denominado “Construyendo salud” desarrollado por Luengo et.al (2002), en cual es basado en el programa de Gilbert J. Botvin “Entrenamiento de habilidades para la vida” (“Life Skills Training” LST) como punto de partida y el cual ha tenido una amplia difusión en EE. UU. bajo el patronazgo del NIDA y que se describió anteriormente y que ahora se describirá en que consiste el esquema de su programa

Tabla 2.  
*Esquema del programa “construyendo salud”*

Componentes	Unidad	Sesiones
Información	Tabaco	2 sesión
	Alcohol	2 sesiones
	Marihuana y otras drogas	2 sesiones
Autoestima	Autoestima y autosuperación	1 sesión
Toma de decisiones	Persuasión	1 sesión
	pensamiento independiente	1 sesión
	publicidad	1 sesión

Control emocional	Control emocional	2 sesiones
Habilidades sociales	Habilidades comunicación habilidades sociales asertividad	1 sesión 2 sesión 2 sesión
Ocio		1 sesión
Tolerancia	Tolerancia y cooperación	1 sesión

Fuente creado a partir de. Luengo el mal. (2002)

También se ha tomado como inspiración para el diseño de este programa el documento realizado por Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) sobre el “Enfoque de habilidades para la vida, para un desarrollo saludable de niños y adolescentes” del cual se obtuvo información relevante para el diseño de este programa, en el documento se describe los elementos clave de los programas de habilidades para la vida , así como una descripción de cada uno de los componentes para lograr implementar un programa de habilidades para la vida según el contexto social específico. Según el autor Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) los componentes para realizar un programa de habilidades para la vida son el componente informativo sobre las SPA, el desarrollo de las habilidades para la vida por medio del componente práctico de enseñanza y aprendizaje bajo una metodología constructivista.



*Figura 4.* Elementos de un programa de habilidades para la vida. Mangrulkar, Whitman, Posner. (2001).

Según (Mangrulkar, Whitman & Posner 2001) en su programa abordaron las habilidades para la vida, divididas en habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para el control de emociones (ver Fig.6) clasificación que anteriormente se describió según la Organización mundial de la salud (OMS). Según (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) Estas tres categorías de habilidades se desarrollan de forma complementaria y, por Ejemplo, “un programa dirigido a la promoción de habilidades sociales en los niños enseñaría medios para comunicar sentimientos (una habilidad social), para analizar diferentes maneras de manejar situaciones sociales (una habilidad cognitiva), y para manejar sus reacciones hacia el conflicto (una habilidad para enfrentar emociones)” (p.25).

Dentro del marco teórico que sustenta el programa de habilidades para la vida, según Mangrulkar ,Whitman & Posner (2001) describen una gran variedad de teorías que explican el consumo de sustancias psicoactivas con teorías ya citadas como la del aprendizaje social de Bandura y teoría de la conducta problema de Jessor , Pero los autores Mangrulkar,Whitman & Posner (2001) describen en su programa teorías de gran importancia que sustentan tanto el porqué de las conductas de consumo de SPA en etapa evolutiva de la adolescencia , como sustentan la propuesta de un enfoque en habilidades para la vida y así mismo la propuesta de una intervención por medio de técnicas de aprendizaje , enseñanza interactivas ,participativas y significativas .

Tabla 3.  
*Clasificación Habilidades para la vida*

	Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades del control emocional
H A B I L I D A	-Comunicación asertiva -Negociación/rechazo -Habilidades interpersonales para relaciones sanas -Habilidades de cooperación -Empatía y toma de perspectiva	- Toma de decisiones -Comprensión de las consecuencias de las acciones -Soluciones alternativas a los problemas -Pensamiento crítico -Análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación -Análisis autocrítico de las propias creencias y normas -Autoevaluación y clasificación de valores	-Control de sentimientos y emociones -Habilidades para aumentar el locus de control interno -Control del estrés

Fuente: Creada a partir de Mangrulkar, Whitman, Posner (2001).

A continuación, se presenta un cuadro resumen de las teorías que según (Mangrulkar, Whitman & Posner 2001) fundamentan el modelo de habilidades para la vida y la propuesta metodológica de aplicación por medio de técnicas interactivas las cuales fundamenta en las conocidas teorías del aprendizaje social de Bandura, teorías constructivistas de Vygotsky, teoría de la inteligencia Múltiples entre otras.

#### **Contenido y áreas de información del programa de habilidades para la vida**

Según Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) “los programas efectivos incluyen normativa del contenido, es decir, enseñar a los niños la aplicación de habilidades en conductas específicas (Tobler y Stratton, 1997; Donaldson, Graham y Hansen, 1994; Hansen, 1992; Caplan, Bennetto y Weissberg, 1991; Dodge, Pettit, McClaskey y Brown, 1986; Hawkins y Weiss, 1985)” (p.28). Además, describe que “las habilidades no se aplican en forma automática y consistente a cada problema o labor social con la que se

tropieza. Más bien, para producir un efecto significativo en el desarrollo o conducta, los adolescentes necesitan practicar y aplicar las habilidades aprendidas a “tareas sociales específicas y relevantes” (ibid.).

A continuación de muestra el ejemplo de contenido informativo del programa de enfoque en habilidades para la vida de Mangrulkar, Whitman & Posner (2001)

		<b>Ejemplos del contenido informativo</b>
Áreas específicas de contenido	Prevención de la violencia/resolución de conflictos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estereotipos, creencias, atribuciones y guiones cognitivos que apoyan la violencia</li> <li>- Identificación de posibles situaciones de conflicto</li> <li>- Niveles de violencia comunitaria</li> <li>- Mitos sobre la violencia perpetuados por los medios de comunicación</li> <li>- Papeles de agresor, víctima y espectador</li> </ul>
	Alcohol, tabaco y uso de otras sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influencias sociales en el uso del alcohol, tabaco y otras drogas</li> <li>- Situaciones potenciales para recibir una oferta de drogas</li> <li>- Percepciones incorrectas acerca de los niveles de alcohol y tabaco, y el uso de otras drogas en la comunidad y por los pares</li> <li>- Efectos del alcohol, tabaco, y del uso de otras drogas</li> <li>- Recursos de la comunidad para tratar el uso de drogas en la comunidad</li> </ul>
	Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amistades</li> <li>- Noviazgos</li> <li>- Relaciones con los padres/hijos</li> </ul>
	Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información acerca de enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA</li> <li>- Mitos y concepciones equivocadas acerca de VIH/SIDA</li> <li>- Mitos acerca de los roles del género, la imagen corporal perpetuada por los medios de comunicación</li> <li>- Equidad del género (o falta de ella) en la sociedad</li> <li>- Influencias sociales con relación a las conductas sexuales</li> <li>- Noviazgos y relaciones</li> <li>- Información acerca de la anatomía sexual, pubertad, concepción y embarazo</li> <li>- Niveles locales de HIV/SIDA/enfermedades de transmisión sexual, embarazo de adolescentes</li> <li>- Métodos alternativos de control de la natalidad</li> <li>- Localización y búsqueda de servicios</li> </ul>
	Estado físico/ Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentos saludables</li> <li>- Ejercicio/deportes</li> <li>- Prevención de la anemia y deficiencia de hierro</li> <li>- Desórdenes en la alimentación</li> <li>- Imagen corporal</li> </ul>

*Figura 5.* Contenido del programa de habilidades para la vida. Mangrulkar, Whitman & Posner (2001).

### **Métodos efectivos de enseñanza/aprendizaje**

En contraste con los métodos usados en los programas de prevención descritos de manera general en el marco teórico, se puede concluir que aunque son programas que no se basan solo en estrategias informativas, las estrategias utilizadas para enseñar las

habilidades, conceptos o estrategias no son las más adecuadas para generar un aprendizaje significativo ya que son métodos en los que el estudiante tiene un rol pasivo de observar y espectador del conocimiento, se considera que para lograr una mejor adquisición de nuevo conocimiento este debe construirse por medio de la interacción con el medio y con el otro, aspectos que describe muy bien la teoría del aprendizaje social, la cual provee algunas de las bases teóricas de por qué las técnicas interactivas de enseñanza funcionan, Bandura (1997b, como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) determinó que las personas aprenden qué hacer y cómo actuar observando a los demás y que estas conductas se refuerzan dependiendo de cómo perciba el sujeto las consecuencias positivas o negativas de esa conducta (ibid.). Además, Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) describe que para mantener las conductas se pueden utilizar los ensayos, pues cuando las personas ensayan mental o realmente ejecutan patrones de respuesta modelada, hay menos probabilidades de que los olviden, que cuando ni piensan, ni practican lo que han visto. Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) proponen una metodología interactiva, basada justamente en estos fundamentos, expresa “se deben de usar métodos de enseñanza interactivos, las habilidades aprendidas a través de la interacción, el uso de los juegos de rol, los debates abiertos, las actividades en grupos pequeños y otras técnicas son parte integrante del enfoque” (p.26).

Según Tobler, (1992, como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner 2001) en la investigación sobre la prevención del abuso de sustancias se demostró que los programas interactivos son mucho más efectivos que los programas no interactivos, ante ello Vygotsky (como se citó en Mangrulkar, Whitman & Posner 2001) sostiene que la interacción social de involucrar al niño en la solución de problemas con sus pares y adultos es la base para la

mente en desarrollo. Además, con respecto a la adolescencia Mangrulkar, Whitman & Posner (2001) afirma que la interacción puede facilitar la participación del adolescente en el desarrollo de prácticas culturales y normas sociales, así mismo al trabajar en colaboración con los pares se logra promover conductas en favor de la sociedad, cambia y apoya conductas saludables.

Según Hansen y cols (1998, como cito Mangrulkar et al, 2001) los grupos de pares se forman naturalmente, y en estas situaciones de grupo, los adolescentes pueden experimentar y ensayar en forma segura con las habilidades que por medio del programa van a ir adquiriendo, en un ambiente de apoyo positivo, si quien direcciona del programa logra generar ese ambiente. En resumen, según Mangrulkar et al (2001) “los métodos para la adquisición de habilidades involucran el aprendizaje cooperativo, el apoyo de los pares, las oportunidades de ensayo continuas, la retroalimentación exacta, la crítica constructiva y modelado de las habilidades por otros pares y adultos “ (p.27) y para la implementación de este programa se desea tener a todas en cuenta, creando un ambiente positivo de aprendizaje entre pares, inicialmente en el salón de clases donde se entrenan cada una de estas habilidades y competencias por medio de diferentes técnicas o métodos interactivos, donde también se incluirán a los padres de familia como sistema de gran importancia para estructurar y mantener la adquisición de estas habilidades en otros ambientes.

Algunos de los posibles métodos de adquisición de habilidades, según (Mangrulkar et al, 2001) los cuales no son actividades escandalosas ni bulliciosa y son adecuadas para el trabajo en grupo, el aprendizaje y entrenamiento de las habilidades para la vida

- Juegos de rol
- análisis de situación

- trabajo en grupo pequeño
- Debates
- ensayo de uno a uno
- mapeo de decisiones o árbol de problemas
- análisis de contenido literario
- ejercicios de relajación y formación de confianza
- juegos

### **Evaluación del programa con enfoque en habilidades para la vida**

Los programas de habilidades para la vida según (Mangrulkar et al, 2001) generalmente analizan cambios en los niveles de habilidades, actitudes y creencias, y en los resultados conductuales. Estos pueden ser autoevaluados o evaluados por los proveedores de programas y los padres de familia. Según Botvin, (1986, como se citó en Mangrulkar et al, 2001) En el campo del abuso de sustancias, las habilidades críticas que se evalúan a menudo son las siguientes: seguridad, habilidades de rechazo, centro de control, toma de decisiones y solución de problemas. Sin embargo, se debe de reconocer puesto que los programas de habilidades para la vida tienden a ser muy amplios en su campo, según Mangrulkar et al (2001) es importante reconocer los efectos propuestos más allá de cambios en conductas, actitudes o habilidades individuales, así como los cambios en las normas sociales entre los pares, cambios en los proveedores de programas y los cambios con relación a la comunidad, familia, padres o escuela son todos efectos potenciales y deben ser medidos.

Los indicadores de resultados seleccionados para los programas dependen de las metas deseadas en cada programa. Los programas de habilidades para la vida generalmente analizan cambios en los niveles de habilidades, actitudes y creencias, y en los resultados conductuales. Estos pueden ser autoevaluados o evaluados por los proveedores de

programas y los padres de familia. En el campo del abuso de sustancias, las habilidades críticas que se evalúan a menudo son las siguientes: seguridad, habilidades de rechazo, centro de control, toma de decisiones y solución de problemas (Botvin, 1986)

## Metodología

Se desarrolla un estudio observacional descriptivo con una fase de intervención psicosocial de prevención y mitigación del consumo de SPA, bajo un nuevo paradigma de investigación, “La *investigación-acción* es una forma de investigación que permite vincular el estudio de los problemas en un contexto determinado con programas de acción social, de manera que se logren de forma simultánea conocimientos y cambios sociales” (Vidal Ledo & Rivera, 2007) desde estos planteamiento “se investiga con el objetivo de actuar y se actúa de acuerdo con los hallazgos de la investigación esta forma de investigar” (Luengo et.al ,2002).

### Fases

#### Primera fase

Se realizará un estudio de caracterización rápido del consumo de sustancias psicoactivas en la población de estudiante de secundaria del colegio Agustina Ferro por medio de la aplicación de un cuestionario en línea. La población es de 755 estudiantes, de acuerdo al muestreo probabilístico aleatorio estratificado se aplico a 255 estudiantes, A partir de la tabulación y análisis de los datos, se identifican los grados en los que se registre consumo de sustancias psicoactivas.

#### Segunda fase

A partir de los datos de la primera fase se elige el curso en el cual se aplica los permisos y consentimientos informados necesarios con la institución, como diagnóstico inicial se aplica la prueba de habilidades para la vida desarrollada por Diaz-Posada et al (2013). Luego a partir de la información obtenida se reajusta el programa diseñado

enfocando en las habilidades que demuestren mayor necesidad de ser reforzadas, se establece el cronograma de actividades y horarios

### **Tercera fase**

Se aplica y evalúa el programa de prevención y reducción del consumo dirigida a los grados en los que se haya identificado consumo de sustancias psicoactivas y contrastado con la información recolectada en la institución y el componente de escuela de padres dirigido a todos los padres interesado en participar especialmente aquellos alumnos en los que se identifique problemáticas que afecten su desarrollo integral. Con respecto a la evaluación del programa, esta se realizará constantemente al finalizar cada sesión, buscando fomentar la retroalimentación y fortalecimiento del programa

Así mismo se propone la estrategia de autoinforme, y el análisis de los posibles cambios positivos en convivencia escolar, los cambios percibidos por los docentes, así como por sus familias.

### **Población**

Población 755 Alumnos de secundaria desde sexto grado hasta undécimo grado entre las edades de 10 a 20 años del instituto educativo colegio Agustina Ferro, docentes, padres de familia interesados y comprometidos y la comunidad inmediata.

### **Muestra**

Se aplica la encuesta a 255 Estudiantes del grado escolar donde exista un mayor índice de consumo de sustancias psicoactivas y bajas habilidades para la vida, docentes y padres de familia relacionados.

### **Consideraciones éticas**

Teniendo en cuenta las disposiciones consignadas en las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud”, según la resolución No 008430 de 1993, emanada del Ministerio de Salud de Colombia, este proyecto se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo, puesto que “los métodos y estrategias propuestas no involucran intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas o sociales de los individuos bajo estudio, ni la identificación de aspectos sensitivos de su conducta” (título II, capítulo I, artículo 11).

No obstante debido a la alta sensibilidad del tema y teniendo en cuenta que la mayoría de los encuestados serán menores de edad, se establecerán dos mecanismos de consentimiento informado; el primero mediante un formato de consentimiento que será entregado a cada estudiante durante los días previos a la encuesta para que sea leído y firmado por los padres o acudientes (anexo 1), no se permitirá el ingreso al formulario electrónico a los estudiantes que no presenten el consentimiento firmado; el segundo mecanismo consiste en una primera pregunta obligatoria en donde el estudiante, aun teniendo el consentimiento de sus padres, puede decidir si participa o no en la encuesta.

Para dar cumplimiento a lo exigido por la ley 1581 de 2012, en lo concerniente al tratamiento de datos sensibles (artículo 5), al tratamiento de datos provenientes de niños, niñas y adolescentes (artículo 7); el equipo investigador declara que, aunque la finalidad de la captura de datos solo tiene interés científico, el instrumento de encuesta se ha diseñado

para que no se recolecte información que permita identificar de alguna forma a los participantes de la encuesta.

Así mismo, el equipo investigador se compromete a no suministrar a terceras personas la base de datos recolectada; las instituciones educativas y los organismos de gobierno municipal solo recibirán los informes de investigación pertinentes.

Con respecto al ejercicio del psicólogo, se estructura bajo el Código deontológico 1090 de 2006 y la ley 1098 de 2006.

## Resultados y Discusión

De acuerdo a la caracterización rápida de consumo de SPA realizada en la primera fase de intervención, de los 755 estudiantes de la institución educativa Agustina Ferro desde los grados de sexto a undécimo se tomó una muestra aleatoria estratificada probabilística de 255 estudiantes en total.

Tabla 4.

*Distribución por grados y cursos escolares de los estudiantes encuestados de los grados de sexto a once de una institución educativa Agustina Ferro.*

Grado	Curso	Matricula	Proporción	Muestra estrato	Muestra final	Encuestas	Diferencia
<b>6</b>	1	41	0,216	64	14	14	0
	2	38	0,200	64	13	13	0
	3	39	0,205	64	13	13	0
	4	38	0,200	64	13	13	0
	5	34	0,179	64	11	11	0
<b>7</b>	1	40	0,248	54	13	13	0
	2	41	0,255	54	14	14	0
	3	41	0,255	54	14	14	0
	4	39	0,242	54	13	13	0
<b>8</b>	1	35	0,254	47	12	12	0
	2	36	0,261	47	12	12	0
	3	34	0,246	47	12	12	0
	4	33	0,239	47	11	11	0
<b>9</b>	1	36	0,327	37	12	12	0
	2	37	0,336	37	12	12	0
	3	37	0,336	37	12	12	0
<b>10</b>	1	39	0,333	40	13	13	0
	2	40	0,342	40	14	14	0
	3	38	0,325	40	13	13	0
<b>11</b>	1	39	1,000	13	13	13	0
<b>TOTAL</b>		755	6,000		255	255	0

El grado sexto cuenta con 5 cursos (A-E) se encuestaron 63 estudiantes, séptimo cuenta con 4 cursos (A-C) se encuestaron 56, del grado octavo hay 4 cursos se encuestaron

47, del grado noveno 36 cursos y se encuestaron 36, del grado decimo 41 cursos se encuestaron 41, en el grado once único curso se encuestaron 14 estudiantes.

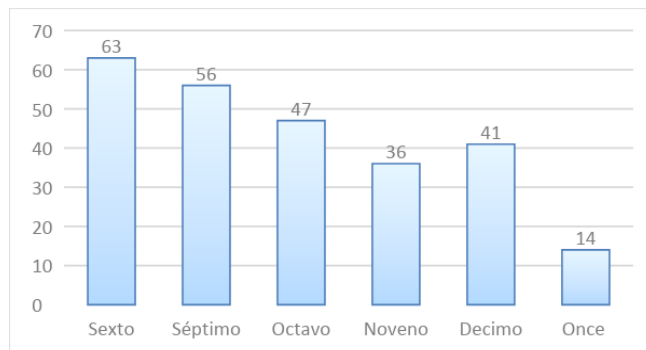


Figura. 6. Gráfico de barras sobre la distribución de estudiantes encuestados por grados.

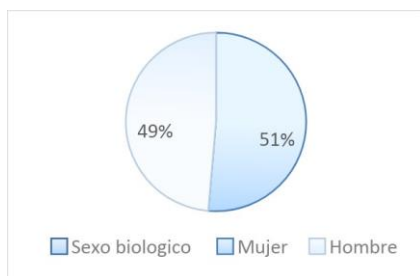


Figura 7. Gráfico porcentaje de estudiantes según el sexo biológico. De los 255 estudiantes encuestados un 49 % hombres y un 51% mujeres.

Tabla 5

*Intervalo de edades de los estudiantes por grado escolar*

Grado	Edad	Total
Sexto	10-15	63
Séptimo	12-16	56
Octavo	11-17	47
Noveno	13-17	36
Decimo	15-19	41
Once	15-19	14

El rango de edad de los estudiantes encuestados es de 10 a 19 años, en la tabla se describe el rango de edad por grado escolar

Tabla 6

*Estudiantes por grados de han consumido alcohol alguna vez en su vida*

Grado	Consumo de alcohol	Total
-------	--------------------	-------

Sexto	14	63
Séptimo	17	56
Octavo	24	47
noveno	31	36
decimo	38	41
Once	12	14

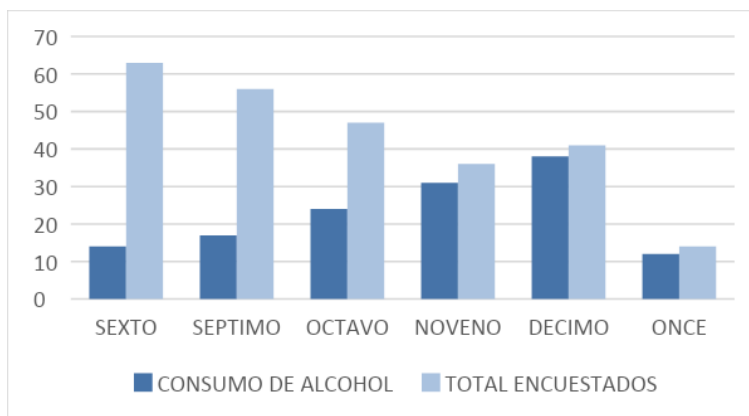


Figura 8. Distribución por grados sobre el consumo de alcohol.

En la primera fase se identifico un consumo de alcohol desde sexto grado hasta el grado once, se puede observar un aumento en la cantidad de consumidores a medida que aumenta la edad y el grado escolar, por ejemplo, en sexto (1/A) de 14 estudiantes encuestados, 2 afirmaron haber consumido alcohol alguna vez en su vida (2/14), en el grado once de 14 estudiantes encuestados 12 afirmaron haber consumido alcohol alguna vez en su vida (12/14)

Table 7  
*Edad de consumo inicial de alcohol*

<b>Grado</b>	<b>Edad de consumo inicial</b>
Sexto	10 años
Séptimo	12 años
Octavo	13 años
Noveno	13 años
Decimo	13 años
Once	14 años

La media de la edad de inicio del consumo de alcohol de acuerdo a cada grado escolar muestra que los grados de secundaria básica, la edad de inicio es más temprana, lo que nos puede dar a entender que actualmente los adolescentes están teniendo un acercamiento inicial más temprano, la moda, es decir la edad inicial de consumo más común es de 13 años aproximadamente, la cual reitera el promedio de edad de inicio de 13,1 años según el estudio nacional de consumo SPA de Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia (2016).

Tabla 8  
*Consumo de cigarrillo*

Grado	Consumo de cigarrillo
Sexto	2
Séptimo	3
Octavo	7
Noveno	3
Decimo	11
Once	4

Se reconocieron 30 casos afirmativos de consumo de cigarrillos, los grados con un mayor consumo de esta sustancia son el curso octavo D y decimo B.

Tabla 9  
*Consumo de Marihuana*

Grado	Consumo de marihuana
Sexto	1
Séptimo	3
Octavo	5
Noveno	4
Decimo	7
Once	3

Se identificaron 23 casos de consumo de esta sustancia, en los grados donde se observa un mayor consumo son octavo D, noveno A y decimo B

Tabla 10.  
*Consumo de cocaína*

Grado	Consumo de cocaína	Edad de consumo
Sexto	0	0
Séptimo	0	0
octavo	1	0
Noveno	0	15
Decimo	0	0
Once	1	15

Se identificaron 2 casos afirmativos de consumo de cocaína en los grados octavo D y once

Tabla 11.  
*consumo de inhalantes*

Grado	Consumo de Inhalantes	Edad de consumo
Sexto	0	16
Séptimo	1	14
Octavo	1	0
Noveno	1	13
Decimo	2	15
Once	3	15

En relación al consumo de inhalantes se identificaron 8 casos afirmativos, el grado con mayor número es el curso decimo B y once

Tabla 12.  
*Consumo de metanfetaminas*

Grado	Consumo de metanfetaminas	Edad de consumo
Sexto	0	0
Séptimo	0	0
Octavo	1	14
Noveno	0	0
Decimo	4	14
Once	0	0

Se identifico en relación al consumo de metanfetaminas, 4 casos en el grado decimo.

Con relación al primer objetivo de esta investigación y su desarrollo en la primera fase se puede concluir que de acuerdo a los resultados obtenidos en la caracterización rápida de consumo, la moda, es decir, la edad de consumo inicial de sustancias psicoactivas más común descrita por los encuestados son 13 años, con algunas variaciones posiblemente

de acuerdo a la sustancia psicoactiva, el alcohol presenta un alto consumo desde edades muy tempranas aproximadamente 10 años, mientras que las sustancias ilegales excepto la marihuana e inhalantes un consumo desde los 14 años en adelante.

El alcohol es la sustancia psicóactiva más consumida por los adolescentes escolares seguida de la marihuana, los cigarrillo, inhalantes como bóxer y popper, cocaína y metanfetaminas descritas acá como aquellos medicamentos llamados estimulantes del sistema nervioso central (SNC) entre los cuales esta especificado en la pregunta medicamentos como Lorazepam, alprazolam, rivotril y xanax, resultados que se convalidan con los descritos en el estudio del ODC (2016) “Después de la marihuana, los inhalables, la cocaína y los tranquilizantes sin prescripción médica son las sustancias de más prevalencia de uso entre los escolares, en el grupo de los inhalables se encuentra el Popper como la segunda sustancia ilícita más consumida”(p.182).

De acuerdo con los resultados obtenidos y a una triangulación de información realizada con los datos escolares de rendimiento académico y conducta social donde se identifican los riesgos asociados, se elige el grado noveno 3 para implementación del programa de entrenamiento en habilidades para la vida denominado PrevenSER. Se inicia entonces el desarrollo de la segunda fase y búsqueda de respuesta al objetivo de investigación de diseñar un programa de intervención para la prevención, y atención del consumo de sustancias basado en el entrenamiento de habilidades para la vida adaptado a las necesidad específicas de la muestra, para ello se inicia realizando un diagnóstico inicial al grupo de estudio conformado por 36 estudiantes entre las edades de 14 a 18 años, mediante la aplicación de un test para evaluar estas habilidades desarrollado por Diaz-Posada et al (2013) el cual adapte a version on line para facilitar su aplicación , analisis e impatco ambiental, el instrumento está dividido en 10 dimensiones que, a su vez, se componen de 4 indicadores y 2 ítems por indicador, para un total de 8 ítems por dimensión

y 80 ítems en total

De acuerdo a los resultados se obtuvo un buen grado de consistencia interna en todo el instrumento y por dimensiones evaluadas, según Polit y Hungler (2000), se considera indicativo de validez de contenido elevada, como ocurre en este caso cuyo puntaje fue de 0,83 mayor que el valor mínimo exigido

Tabla 14.  
*Dato estadístico de fiabilidad*

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,803	,831	80

Tabla 13.  
*Resultados del test de habilidades para la vida*

Estadísticos		D 1	DD 2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
N	Válido	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		3,5486	3,7083	3,2396	,3924	,3681	,2153	3,4549	3,4583	2,8646	,5000
Desv. Desviación		,39106	,51322	,35904	,2884	,42985	,43978	,45035	41188	,46037	,55982
Perc entiles	25	3,2813	3,3750	3,0000	,2500	,1250	2,8750	3,1563	3,1250	,6250	3,1250
	50	3,5000	3,7500	3,1250	,3750	,3750	3,2500	3,3750	3,3750	2,7500	3,4375
	75	3,7500	4,0938	3,5938	,6250	,6250	3,5938	3,7188	3,8750	3,0938	3,8750

De acuerdo a los resultados obtenidos según las dimensiones evaluadas se puede decir que en relación a la dimensión 1 conocimiento de sí mismo

Tabla 14.  
*Dimensión Conocimiento de sí Mismo*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	Des. Est
1. Me considero una persona alegre y sociable	4,33	0,756
2. Me consideran una persona explosiva y de mal genio	2,61	0,838
3. Identifico y utilizo mis fortalezas en los distintos contextos	3,89	0,854
4. Me cuesta identificar en qué tareas me desempeño mejor	2,89	1,063
5. Expreso con facilidad aquello que me gusta	4,08	1,105
6. Prefiero no expresar lo que me disgusta para no generar conflicto con otros.	2,67	1,095
7. Identifico hacia dónde voy y cuáles son mis metas	4,67	0,750
8. A menudo me siento desorientado (a) pues no identifico cuáles son mis talentos	3,25	1,131

La media de la dimensión de conocimiento de sí mismo es de 3,5 lo que se puede interpretar un nivel normal alto de esta dimensión en los estudiantes, de una manera más detallada se considera que a un 33,3 % y a un 19,4 % le acuesta algunas veces y casi siempre respectivamente identificar en qué tareas se desempeñan mejor. Además, aunque un 47,2 % expresa con facilidad lo que piensan, también un 44,4% prefiere no expresar lo que le disgusta por no generar conflicto con otros.

Tabla 15.  
*Dimensión Empatía*

<b>Pregunta N°</b>	<b>Descriptivos</b>	
	<b>Media</b>	<b>Des. Est</b>
9. Me sensibilizo frente a la situación de otras personas.	3,36	1,175
10. Prefiero no escuchar los problemas de las otras personas.	3,47	1,134
11. Escucho las opiniones de otros comprendiendo que no solo yo tengo la razón.	4,28	0,849
12. Considero que las personas deben dar cuando reciben porque es lo justo.	3,94	1,286
13. Cuando alguien necesita apoyo prefiero decirle que busque a alguien más pues mis ocupaciones no me permiten ayudarlo.	3,64	1,397
14. No me gusta colaborar con las tareas de la casa, solo con lo que me corresponde a mi•.	3,61	1,293
15. Cuando una persona es víctima de conflicto o se encuentra en condición vulnerable, trato de acercarme y brindar ayuda	3,92	0,996
16. No me preocupo mucho por actuar en pro de los necesitados porque sé que hay organizaciones que se encargan de eso.	3,44	1,182

La media de la dimensión empatía es de 3,70 lo cual representa un nivel normal alto, según un gran porcentaje de los estudiantes se sensibilizan y comprenden la situación que vive el otro, por ejemplo, un 47,2 % siempre y un 36,1 % casi siempre al escuchar las opiniones de otros comprendiendo que no solo yo tengo la razón.

Tabla 16.  
*Dimensión comunicación efectiva y asertiva*

<b>Pregunta N°</b>	<b>Descriptivos</b>	
	<b>Media</b>	<b>Des. Est</b>
17. Me cuesta expresar mis ideas y opiniones a los demás.	2,94	1,094

18. Considero que me expreso adecuadamente con respecto a las situaciones de los otros.	3,92	0,996
19. Se me facilita acercarme a otros y hacer parte de un grupo social	3,44	1,975
20. Me cuesta expresar a través de gestos lo que estoy sintiendo.	3,03	1,32
21. No me avergüenza pedir consejos cuando es necesario	3,17	1,464
22. Considero que es mejor estar solo que mal acompañado	3,64	1,417
23. Se decir que no, cuando no quiero hacer o pensar algo.	1,56	8,77
24. Comunico mis ideas de manera adecuada buscando no hacer daño a otras personas.	4,22	0,76

Con respecto a la dimensión relaciones interpersonales, la media es de 3,23 lo cual representa un nivel normal alto, se considera que se debe de reforzar ciertos componentes de esta habilidad, pues, aunque el 66,7 % de los estudiantes considera que sabe decir no cuando es necesario, a un 41,3% algunas veces y a un 19 % casi siempre le cuesta expresar sus ideas y opiniones frente a los demás

Tabla 17.  
*Dimensión Relaciones interpersonales*

<b>Pregunta N°</b>	<b>Descriptivos</b>	
	<b>Media</b>	<b>Des. Est</b>
25. Se me facilita iniciar y mantener relaciones de amistad.	3,86	1,175
26. Soy leal con mis amigos (as) y confió en que ellos (as) también lo son.	4,39	0,688
27. Cuando tengo pareja me gusta compartir actividades, hobbies y proyectos	4,11	1,036
28. Cuando tengo pareja soy distante pues me cuesta expresar mis sentimientos.	2,08	0,996

29. Mantengo buena relación y comunicación con mis padres y familiares	4,25	0,996
30. Me molesta que mis padres se entrometan en mis decisiones y amistades	2,56	1,175
31. Mis relaciones con profesores y/o jefes suelen ser conflictivas.	1,97	1,134
32. Mi desarrollo depende de mí, no de las relaciones que tengo con otros.	3,92	1,025

La media encontrada en la dimensión de relación interpersonal es de 3,39 un nivel normal alto, como se puede observar no hay una diferencias notoria entre las dimensiones, según los resultados un 50 % de los estudiantes consideran que siempre mantienen una buena relación y comunicación con mis padres y familiares, y un 44,4 % no mantiene relaciones conflictivas con los docentes, se considera que se debe reforzar la autonomía ya que 30,6 % de los estudiantes consideran que solo algunas veces su desarrollo depende de sí mismo, y no de las relaciones que tengo con otros

Tabla 18.  
*Dimensión Toma de decisiones*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	Des. Est
33. Prefiero no pensar mucho cuando tengo que tomar decisiones, sino vivir el momento	2,86	1,125
34. Me gusta tomarme el tiempo para reflexionar sobre mis necesidades e intereses.	3,94	0,924
35. En el momento de tomar decisiones evalúan las alternativas considerando las emociones, sentimientos y criterios.	3,86	1,08
36. Las decisiones más importantes de mi vida no han tenido los frutos esperados	3,06	1,04
37. Prefiero organizar mis ideas e identificar posibles consecuencias antes de tomar decisiones.	3,94	0,184

38. No me gusta que los otros me digan lo que debo o no hacer.	3,28	1,111
39. Tomo las decisiones considerando el beneficio propio y de los demás.	3,92	0,77
40. Prefiero que otros tomen las decisiones importantes por mi • para evitarme problemas.	2,08	0,937

La media de la dimensión toma de decisiones es 3,36 que hace referencia aun nivel normal alto, es una habilidad que se considera también se debe de reforzar debido a que según los resultados el 27,8 % expresa que siempre y el 33,3% que casi siempre prefiero no pensar mucho cuando tiene que tomar decisiones, sino vivir el momento.

Tabla 19.  
*Dimensión Solución de Problemas y conflictos*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	DesEst
41. Tengo en cuenta las causas de los problemas para darles solución definitiva.	3,75	0,967
42. Considero que los problemas son obstáculos y no oportunidades.	3,25	1,209
43. Me siento mal pidiendo ayuda porque van a creer que no soy capaz de hacer las cosas.	3,44	1,206
44. Me gusta que otros se ocupen de lo que tengo que hacer y estar tranquilo	2,17	1,207
45. Pienso que la negociación es un elemento fundamental en la solución de conflictos	3,36	1,222
46. Me gusta hacer las cosas por mi• mismo (a) porque como yo nadie las hace.	3,33	1,219
47. Me caracterizo por mi recursividad y flexibilidad en el momento de tomar decisiones.	3,58	0,841
48. Tengo dificultades para crear estrategias y resolver los problemas que se me presentan.	2,83	0,811

La media de esta dimensión es 3,2, lo cual hace referencia que la habilidad de resolución de conflictos presenta un nivel normal bajo y que se debe de reformar con

prioridad, de manera más detallada a un 30,6 % siempre se siente mal pidiendo ayuda porque van a creer que no soy capaz de hacer las cosas. un 66 % acepta de algunas veces tiene dificultades para crear estrategias y resolver los problemas que se me presentan.

Tabla 20.  
*Dimensión Pensamiento creativo*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	Des. Est
49. Pienso que la creatividad permite abrir puertas y ver las cosas desde una perspectiva diferente.	4,28	0,779
50. Prefiero no emprender caminos distintos a los comunes y así no arriesgarme a que no funcione.	3,39	0,064
51. Cuando trabajo en equipo suelo ser de los primeros que ofrecen ideas para solucionar problemas.	3,56	0,843
52. Me esfuerzo por crear proyectos y acciones innovadoras.	3,69	0,96
53. Disfruto transformando ideas o expresiones en historias e imágenes que otros no ven	3,22	0,969
54. Suelen halagarme por la estética con que creo mis trabajos y proyectos.	2,97	0,654
55. Se me facilita relacionar lo que conozco y percibo para desarrollar nuevas ideas.	3,64	0,833
56. No me caracterizo por ser creativo, prefiero realizar otro tipo de tareas.	2,89	1,141

Según los resultados la media de esta dimensión de pensamiento creativo es 3,4 y representa un nivel normal alto, A un 36 % de los encuestados prefiero no emprender caminos distintos a los comunes y así no arriesgarme a que no funcione

Tabla 21.  
*Dimensión Pensamiento crítico*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	Des. Est
57. Suelo analizar la información y las experiencias de manera objetiva	3,75	0,732
58. Prefiero no cuestionar lo que otros me dicen, ni discutir al respecto.	2,83	1,082
59. Me gusta analizar y hacer críticas a la realidad social	3,50	1,082
60. Me intereso por realizar críticas al contenido de la publicidad y la información brindada por los medios de comunicación.	3,25	0,641
61. Suelo hacerme preguntas de todo lo que me rodea, veo y escucho	3,72	1,111
62. Cuando no comprendo algo prefiero dejar así que investigar o preguntar.	3,22	1,196
63. Me baso en argumentos para discutir cuando no estoy de acuerdo con algún asunto.	3,61	0,934
64. No soy bueno participando en clase, en el trabajo y/o en casa, sino que espero a que otros intervengan.	3,76	1,096

La media de esta dimensión de pensamiento crítico es de 3,4 lo que se interpreta en un nivel normal alto, de manera detallada un 36 % expresa que siempre y casi siempre le gusta analizar y hacer críticas a la realidad social, así mismo el 25 % casi siempre y un 41,7 % algunas veces prefiere no cuestionar lo que otros me dicen, ni discutir al respecto.

Tabla 22.  
*Dimensión Manejo de sentimientos y emociones*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	Des. Est
65. Me cuesta reconocer lo que siento por otras personas.	3,00	1,042
66. En momentos de dificultad reconozco cuando tengo emociones negativas y busco soluciones para superarlas.	3,61	0,951

67. Reconozco fácilmente las emociones y sentimientos de los demás.	3,94	0,86
68. Suelo malinterpretar las expresiones emocionales de otros y reaccionar de forma inadecuada.	2,69	1,238
69. Mi estado de ánimo varía con mucha frecuencia y eso me genera dificultad en las relaciones.	2,58	1,204
70. Me suelen llamar la atención por mi impulsividad.	1,86	0,867
71. Prefiero no mostrar debilidad ante otros	2,69	1,117
72. Cuando siento rabia expreso mis ideas de manera imprudente e incluso agresiva.	2,33	1,242

La media de esta dimensión es de 2,8 el resultado más bajo de todas las dimensiones evaluadas, se interpreta como un nivel inferior lo cual supone una mayor necesidad de fortalecimiento en los estudiantes caracterizados por ser impulsivos, malinterpretar las expresiones emocionales de otros y reaccionar de forma inadecuada y hasta agresiva en situaciones diversas

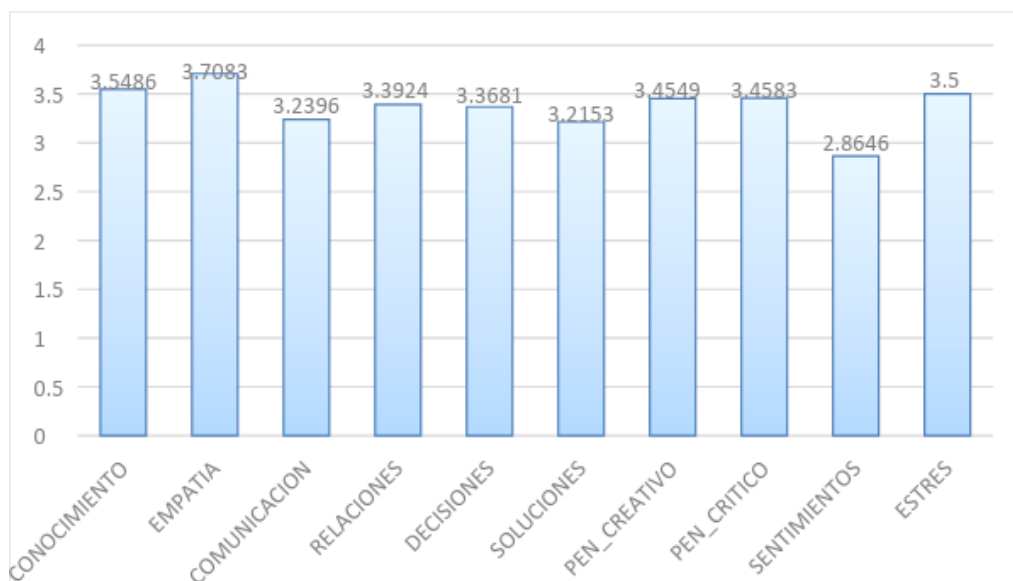
Tabla 23.

*Dimensión Manejo de tensiones y estrés*

Pregunta N°	Descriptivos	
	Media	Des. Est
73. Soy consciente de que el estrés me hace daño y que debe controlarse cuando empieza a interferir con mi desempeño.	3,58	1,079
74. Me estreso fácilmente en situaciones en que tengo poco tiempo para realizar una tarea.	3,19	1,009
75. En situaciones difíciles me siento decepcionado de mí mismo (a), carente de control sobre mi propia vida.	3,08	1,204
76. Cuando me encuentro en situaciones de estrés siento dolores de cabeza o de espalda.	3,33	1,242
77. Cuando me siento presionado busco soluciones rápidas tratando de tomar el control de las situaciones.	3,69	0,98

78. Hago esfuerzos por reducir fuentes de estres cambiando mi estilo de vida	3,42	0,937
79. En momentos difíciles trato de tener pensamientos saludables y positivos.	3,72	1,003
80. En situaciones de estres trato de respirar profundamente hasta sentirme más tranquilo (a).	3,97	1,062

La media de la dimensión de manejo de emociones y estrés es de 3,5, lo cual se interpreta como un nivel alto normal



*Figura 9.* Gráfico de barras sobre la media medida estadística por dimensiones

A partir de esto se puede concluir que las habilidades para la vida en las cuales se enfatizará el desarrollo del programa PrevenSER para su aprendizaje son aquellas que presentaron un nivel normal bajo e inferior las cuales son:

- el manejo de sentimientos y emociones
- la solución de problemas
- la comunicación asertiva

con esta información se diseña un programa de 5 sesiones conformada por 10 talleres en total, con una duración aproximada de 90 a 110 minutos, con una frecuencia de 1 a 2 talleres por semana según la disponibilidad del tiempo de los docentes, actividades extracurriculares o externas.

Tabla 24.  
*Sesiones del programa PrevenSER*

Sesión	Talleres	Contenido (actividades)
Sesión 1. Introducción	Taller 1. ¿Quiénes somos y qué haremos?	- Reconocimiento del grupo y presentación del programa - Exploración de conocimientos previos  “Árbol de problemas sobre consumo de SPA en la adolescencia”
Sesión 2. Conocimiento de sí mismo	Taller 2. “Somos únicos, diferentes, pero al final iguales”	- Armonización del espacio de un cooperación, respeto y confianza - Auto conocimiento  “Mi hoja de vida”
Sesión 3. Manejo de sentimientos y emocióne	Taller 3. Entre emociones y sentimiento ¿Yo como me siento?	- identificar conocimientos sobre las emociones sentimientos y sus diferencias. pensamiento crítico y sentimientos
	Taller 4. “Este soy yo”	- La riqueza de la diversidad Expresión de mis emociones - “Las etiquetas”
	Taller 5. “siente, respira actúa	- Explicación sobre estrategias para manejar situaciones estresantes ¿cómo manejar el estrés?
Sesión 4. Resolución de problemas	Taller 6. ¿Qué tan grande es el problema?	- Identificar un problema, sus causas y consecuencias, resolución de problemas paso a paso - Identificar soluciones creativas para solucionar un problema
	Taller 7. “Pienso decido y actuó”	- Cuestionando el fenómeno del consumo de SPA ¿Porque las personas consumen SPA?

	Taller 8. creencias erróneas de las SPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer los mitos y verdades más comunes sobre las SPA</li> <li>- Identificar soluciones alternativas</li> </ul>
Sesión 5. Comunicación asertiva	Taller 9 “como nos estamos comunicand	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer los problemas de comunicación</li> <li>- identificar los estilos de comunicación (pasivo, agresivo)</li> </ul>
	Taller 10 “Aprendiendo a decir NO”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresar los pensamientos y decisiones de forma correcta</li> <li>- Manejar la presión de grupo de forma asertiva</li> </ul>

La aplicación del programa PrevenSER, se realiza en la tercera fase la cual inicia la primea semana de febrero, en el grado noveno c de la institución educativa Agustina ferro, según el sexo biológico un grupo conformado por 16 mujeres y 20 hombres, en un intervalo de edades de 13 a 18 años, los talleres se aplicaron de acuerdo a la disponibilidad y flexibilidad de horarios de clases, 2 talleres por semana de una duración de 90 aproximadamente a 110 minutos por 6 semanas (ver anexos)

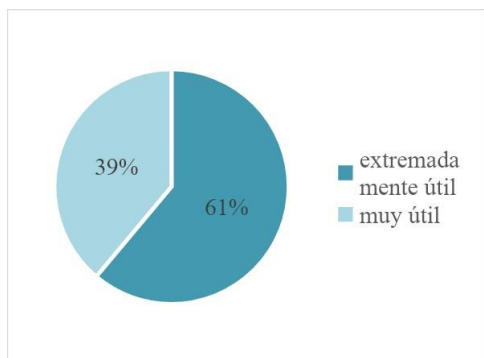
Sesiones	Talleres (ver anexos)	Fecha
Sesion 1. Introducción	- Taller 1. ¿Quiénes somos y qué haremos?	06/Feb/20
Sesion 2. Conocimiento de sí mismo	- Taller 2. “Somos únicos, diferentes, pero al final iguales” -	11/Feb/20
Sesion 3. Manejo de sentimientos y emocióne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller 3.¿Yo como me siento?</li> <li>- Taller 4. “Este soy yo”</li> <li>- Taller 5. “Siente, respira actúa”</li> </ul>	17/Feb/20 20/Feb/20 25/Feb/20
Sesion 4. Resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller 6. “Pienso decido y actuó”</li> <li>- Taller 7. ¿Qué tan grande</li> </ul>	27/Feb/20 04/Mar/20 06/Mar/20

	es el problema? - Taller 8. ¿Qué tan grande es el problema?	
Sesion 5. Comunicación asertiva	- Taller 9 . “como nos estamos comunicando” - Taller 10 “Aprendiendo a decir NO”	10/Mar/20 12/Mar/20

La ilustracion(fotos) y su descripcion paso a paso se encuentra en ANEXOS.

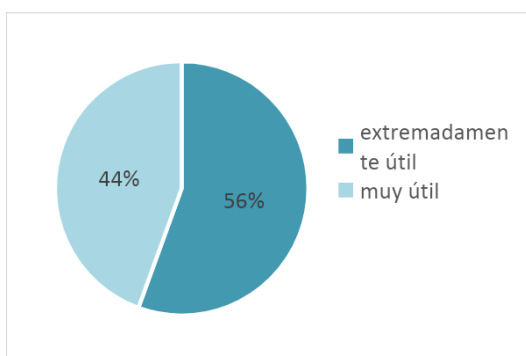
En el transcurso del desarrollo del programa se presentaron algunos inconvenientes con el tiempo debido a que se contaba con un aproximado de 90 minutos para realizar cada taller en los cuales cada uno de los 36 estudiantes a partir de diferentes actividades tendrá su momento para expresar sus ideas, opiniones, sentimientos y percepciones, por lo cual los talleres se alargaban y tuvieron que ser divididos para poder ser trabajados completamente, alargando la implementación por 8 semanas (Febrero-marzo) pero debido a coyunturas sociales el modelo no logro aplicarse a cabalidad, limito la aplicación de la escuela de padres e impidio realizar la evaluación del programa de manera completa por medio del pre test y post test como una forma de identificar los posibles cambios obtenidos en el aprendizaje de las diferentes habilidades para la vida.

Con relación a la evaluación realizada por sesiones por medio de una escala de satisfaccion que responde cada participantes al finalizar las actividades se puede concluir que los estudiantes consideran que la información brindada sobre la habilidad para la vida o las sustancias psicoactivas trabajada en los diferentes talleres ha sido para un 61% (22 estudiantes) extremadamente útil y para el 39% (14 estudiantes) muy útil.



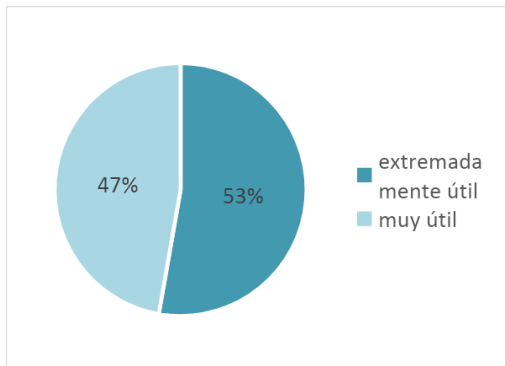
*Figura 9.* Utilidad de la información.

Con relación a la estructura de los talleres estos estaban conformados por una explicación o introducción de la temática una actividad inicial y una principal y una final de socialización, con respecto a la actividad



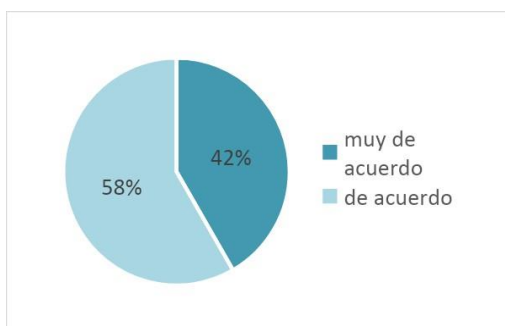
participativa principal realizada en el taller ha sido útil para su aprendizaje un 44% la considera muy útil y un 56% extremadamente útil

*Figura 10.* Utilidad de la actividad principal para aprendizaje



Con relación a la práctica de la habilidad aprendida en este taller en su vida diaria y en la solución de sus problemas un 47% la considera extremadamente útil y un 53 % muy útil,

*Figura 11.* Utilidad de los aprendizajes obtenidos



Con respecto a las expectativas de los participantes un 58% está de acuerdo y un 42 % muy de acuerdo en que sus expectativas fueron satisfechas

*Figura 12.* expectativa de satisfacción

Con relación a los conocimientos/competencias/actitudes que los estudiantes consideran han aprendido y que podrían en práctica en su vida, los estudiantes describieron entre los las comunes:

“las drogas legales e ilegales no quieren decir que unas sean buenas y otras malas”

“podemos resolver problemas de muchas formas y la mejor siempre será una buena comunicación”

“soy única y diferente, pero tengo los mismos derechos que todos”

“si estoy desesperado triste con rabia siempre podre ir con mi familia o sin verdaderos amigos”

“debo controlar mis sentimientos, pero no guardármelos, porque yo soy la única que los siento y puedo hacerlo”

“todos tenemos problemas ya se en el colegio, la casa, con los amigos o en el barrio así que no nos estresemos seamos inteligentes y creativos con soluciones buenas”

A manera de síntesis la evaluación que fue posible realizar no permite evaluar cambios en el consumo de sustancias psicoactiva o en adquisición de las habilidades trabajadas específicamente, pero de acuerdo a la evaluación de las sesiones realizada a los estudiantes y la observación realizada por la orientadora escolar de la institución y la dinámica observada en la evolución de cada taller realizado, se puede decir que:

- La habilidad de comunicación asertiva muestran resultados positivos de acuerdo a los cambios observados en el transcurso de los talleres donde la comunicación entre los estudiantes se tornó más fluida y respetuosa, así como a la hora de expresar sus opiniones lo hacían de una manera más determinada y segura, confiando en que sus compañeros respetarían su opinión
- Se reconoce una mejor comunicación, resolución y aceptación de diferencias.
- Así mismo en la habilidad de manejo de emociones se observa que los estudiantes tiene grandes dificultades en expresar sus sentimientos de tristeza o rabia de una manera adecuada y generalmente acuden al aislamiento, la agresividad y conductas desafiantes ante las cuales los estudiantes a partir de un proceso de análisis, pensamiento crítico una socialización de experiencias propias, logran reconocer lo poco efectivo de estas estrategias para liberar su malestar y lograr sentirse mejor o buscar una solución, ante lo cual identificaron y practicaron estrategias de respiración ,distracción pausa y acción.
- Identificaron nuevas formas de comunicar asertivamente sus emociones después de

lograr identificar, aceptar y comprender por qué realmente se está generando esa emoción y como poder salir de ese estado o situación de la mejor manera.

Con relación a la percepción de los participantes sobre la importancia de las habilidades para la vida, de manera general los estudiantes perciben la propuesta implementada como muy útil e importante para su desarrollo integral, consideran importante la implementación de estos modelos de entrenamiento de habilidades para la vida que permiten mejorar la convivencia, desarrollar habilidades que permiten afrontar los diferentes factores de riesgo a los que pueden estar vulnerables y así disminuir la posible vinculación con el consumo de sustancias SPA como lo describe Luengo et al. (2002)

Con relación uno de los tres componentes del programa, (información, habilidades para la vida, estrategia participativas) sobre la información relevante de las SPA, se observa que los estudiantes tienen información sobre las diferentes sustancias y los efectos adversos de estas, pero este conocimiento no es verídico y está sujeto a muchos mitos, lo cual se traduce en una baja percepción del riesgo, ante esto, se buscó fomentar un clima de confianza en el que por medio de un diálogo los estudiantes expresaran sus conocimientos acerca de las SPA y poder afrontar estas creencias erróneas con información real y adecuada que impacte y confronte sus ideas, ante lo cual se observó una respuesta positiva, los estudiantes mostraron gran interés y lograron reconocer las posibles causas y consecuencias individuales, familiar, educativa y social del consumo de SPA.

## Recomendaciones

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas la frecuencia de consumo de alcohol por ejemplo es mayor en el grupo más joven (10-13 años) de acuerdo a la caracterización rápida realizada, reducir la frecuencia de consumo en la etapa de adolescencia temprana es fundamental, ya que el consumo en esta etapa es un indicador de una frecuencia de consumo mayor en la adolescencia media, además de estar relacionado con problemas de deserción escolar, poli consumo, violencia y delincuencia juvenil en la adolescencia tardía (Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009). Por lo cual se considera de gran importancia fomentar la implementación del modelo a cabalidad incluyendo su propuesta inicial de prevención universal desde la primaria, ya que el inicio del consumo de SPA se sitúa entre los 13 años (ODC, 2016) al final de la adolescencia temprana como también lo demuestra los resultados de la primera fase, es por ello que reducir el consumo en estadios evolutivos iniciales es prioritario, ya que este no suele reducirse fácilmente una vez iniciado (Becoña, 2007) Como señalaba Oliva (2008, como se citó en Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009) en su estudio sobre la evolución natural del consumo de drogas, la mayoría de estudiantes que no eran consumidores al inicio de la adolescencia temprana pasan a serlo al finalizar esta etapa y en el comienzo de la adolescencia media, comenzando a consumir sin disminuir dicho consumo hasta los 18 años, algo que ya señalaba Kandel en su conocida Teoría de la escalada (Becoña, 1999)

## Conclusiones

El diagnóstico del consumo de sustancias en población escolar es un componente esencial y prioritario de la política pública en Colombia por la utilidad de esta información en el sector educativo para orientar los programas de prevención del consumo y de factores asociados, en el marco de las competencias ciudadanas y de otras acciones institucionales orientadas a la reducción del consumo de drogas.

Los Programa de entrenamiento de habilidades para la vida, es un excelente ejemplo de un programa psicoeducativo de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, diseñado con base en investigación científica y con impacto positivo y significativo demostrado diferentes intervención evaluación rigurosamente en países como España, Perú, Chile y Estados Unidos de las cuales tenemos mucho que aprender, a pesar de que el contexto en el cual fue desarrollado sea muy distinto al nuestro, en Colombia desde 1992 ha trabajado involucrando e incluyendo este modelo, pero aunque si se han implementados programas e innovaciones educativos son muy pocos los evaluado y casi ninguno evaluado rigurosamente (Chaux, 2005) por lo cual no se permite saber realmente cuáles de éstos funcionan o tienen mayor impacto y cuáles son los que más deberían replicarse, por eso necesitamos evaluaciones para poder identificar los que mejor funcionan, al no tener esas evaluaciones, gran parte del esfuerzo y la creatividad que llevan al desarrollo de estos programas puede estarse desperdiciando (Ibid.) por ello uno de los objetivos es poder realizar una evaluación adecuada que permita identificar las aspectos positivos y aquellos por mejorar para fortalecer el diseño e implementación del modelo, la evaluación no se ha podido realizar de la manera completa que se espera por medio del (pre test-post test) ya se

considera importante poder aplicar el modelo a cabalidad, incluyendo la fase de prevención por medio de la escuela de familia (ver anexos)

Según las evaluaciones de las sesiones realizadas por los estudiantes la información presentada en relación a las sustancias psicoactivas como muy útil, la metodología interactiva usada en cada taller como los debates, lluvias de ideas, trabajo en grupos, mapa de decisiones sociodramas como excelentes y muy buenas para el aprendizaje, las habilidades desarrolladas por medio de las diferentes actividades como resolución de conflictos, manejo de emociones y sentimientos y comunicación asertiva son percibidas como muy importantes para ser practicadas en la vida diaria.

### Lista de referencias

- Amengual, M., Calafat, A. (1997) *Un modelo evaluado de prevención escolar. El programa TÚ DECIDES*. Recuperado de [http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/uploads/MaterialesProgramasEvaluados/TuDecides\\_ModeloEvaluadoPrevEscolar.pdf](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/uploads/MaterialesProgramasEvaluados/TuDecides_ModeloEvaluadoPrevEscolar.pdf)
- Alcaldía municipal de Ocaña. (2102). Plan de Desarrollo 2012 – 2015 Ocaña Confiable y Participativa. Disponible en: [http://ocana-nortedesantander.gov.co/apc-aa-files/38656632356330656332656230383763/ACUERDO\\_PLAN\\_DE\\_DESARROLLO\\_2012\\_2015\\_OCA\\_A\\_PARTICIPATIVA\\_Y\\_CONFIABLE\\_2.pdf](http://ocana-nortedesantander.gov.co/apc-aa-files/38656632356330656332656230383763/ACUERDO_PLAN_DE_DESARROLLO_2012_2015_OCA_A_PARTICIPATIVA_Y_CONFIABLE_2.pdf)
- Arevalo , C. (2015). Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G. (Vol. 5, Núm. 10 ).Recuperado de <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/201/886>
- Becoña, E. ., (1999). Bases teoricas que sustentan los programas de prevencion de drogas en adolescentes . universidad de santiago compostela : Plan nacional sobre drogas . Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>
- Becoña ,E .,(2007) Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas psychological bases of the prevention of drug abuse. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>
- Chaux, E (2005) EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE MONTREAL: LECCIONES PARA COLOMBIA. Revista de Estudios Sociales no. 21. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n21/n21a02.pdf>
- Diaz Posada, L. E., Rosero Burbano, R. F., Melo Sierra, M. P. y Aponte López, D. (2013). Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 181-200.
- Fernández, S., Nebot, M., & Jané, M. M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen la meta-análisis. *Rev. Esp. Salud Publica*, vol.76 no.3. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300002)
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2016). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas. Bogota. doi:[http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016\\_estudio\\_consumo\\_escolares\\_2016.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf)
- Mangrulkar, L .,Whitman,C,V ., Posner.M . (2001) Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, Organización Panamericana de la Salud , División de Promoción y Protección de la Salud. Recuperado de

[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf)

- Maturana, A. (2011). Consumo dealcohol y drogas en adolescentes Alcohol and drug consumption in adolescents. Revista medica clinica los Condes . Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703972>
- Ministerio de Justicia Colombia. (2012). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2011 – Informe final. Bogotá. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio\\_Consumo\\_Escolares.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf).
- Ministerio de Justicia Colombia. (2014). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013 – Informe final. ALVI impresores. Bogotá. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf).
- Ministerio de salud. (2017). Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>
- Ministerio de salud y protección social Colombia. (2013). Plan decenal de salud pública. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>
- MinSalud. (2013). La prevención y la mitigación manos de los jóvenes , Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación de su impacto, para líderes de organizaciones juveniles . Recuperado [https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevencion%20y%20mitigacion%20JOVENES\\_web.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevencion%20y%20mitigacion%20JOVENES_web.pdf)
- MinSalud. (2014). Consumo de sustancias psicoactivas y salud publica en Colombia. Bogota. Obtenido de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Junio/CONSUMO\\_DE\\_SUSTANCIAS\\_PSICOACTIVAS\\_Y\\_SALUD\\_PUUBLICA\\_EN\\_COLOMBIA-1.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Junio/CONSUMO_DE_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS_Y_SALUD_PUUBLICA_EN_COLOMBIA-1.pdf)
- Ministerio de la proteccion social. (2007). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo. Bogotá D.C., Recuperado de [http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica\\_nacional\\_consumo.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf)

- Portela, A., Franca, L., & Goldim, J. (2015). Adolescencia vulnerable : factores bipsicosociales relacionados al uso de drogas. *bioét*, 23 (2): 316-24. Obtenido de [http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es\\_1983-8034-bioet-23-2-0311.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es_1983-8034-bioet-23-2-0311.pdf)
- Villamoral-Jimenez, M; Ovejero-Bernal,A; Sirvent, C; Rodriguez, F. J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Psychosocial Intervention*, 14(189-208). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817557004>
- Losada Salgado, N., & Chica Lasso, M. (2017). Drogas y educación: una revisión bibliográfica. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 67-83. Obtenido de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2262/1700>
- Luengo, M. Romero, E. Gómez ,J. Guerra ,A. Lence , M .(2002). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela :análisis y evaluación de un programa , universidad de Santiago de Compostela .Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPN SD/publicaciones/pdf/preve.pdf>
- Díaz-Alzate, M & Mejía-Zapata, S, I. (2018). Desarrollo de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas: un enfoque crítico al modelo existente. *El Ágora U.S.B.*, 18(1), 204-211. <https://dx.doi.org/10.21500/16578031.3450>
- Ruiz y Chaux (2005) La Formación de Competencias Ciudadanas La Formación de Competencias Ciudadanas,Bogotá D.C. Colombia. Recuperado de <https://laasociacion.files.wordpress.com/2015/11/la-formacion-de-competencias-ciudadanas.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional, (2011) Programa de competencias ciudadanas . brújula . orientación para la institucionalización de la competencias ciudadanas.Bogotá. Recuperado de [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-235147\\_archivo\\_pdf\\_cartilla1.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-235147_archivo_pdf_cartilla1.pdf)
- Ley 1404 de julio 27 de 2010  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=40033](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40033)
- Polo-Gallardo, R; Rebolledo , R; Mendinueta, M; Reniz Acosta, K. (2017). Consumo de drogas y la práctica de actividad física en adolescentes: revisión narrative Vol 19 No. 2. Universidad Simón Bolívar, Colombia. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6226403>

- Sociedad chilena de pediatría (2018). *Consumo de drogas en niños y adolescentes: ¡CHILE AVANZA EN LA PREVENCIÓN!*. Recuperado de <http://www.sochipe.cl/ver2/mihijo/48.pdf>
- Mantilla, L. (2001) Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Recuperado de [http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0175/5\\_FyA\\_HAB\\_pro.pdf](http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0175/5_FyA_HAB_pro.pdf)
- Choque-Larrauri, R., Chirinos-Cáceres, J, L. (2009) Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Rev. salud pública.* 11 (2): 169-181,  
Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Huancavelica.pdf>
- Ramón, J. García-Fernández J, M (2009) Evaluación de los efectos del programa preventivo Saluda según la edad de los participantes. *Salud y Drogas*, Vol. 9 (1) (pp. 93-111). Recuperado de [http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PrevEsp\\_PDF/IE\\_EvaluacionEfectosSaludaEdad\\_Pereira.pdf](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PrevEsp_PDF/IE_EvaluacionEfectosSaludaEdad_Pereira.pdf)
- Duque, L, F., Orduz, F., Sandoval, J., Caicedo B, E., Klevens J. (2007) Lecciones del programa de prevención temprana de la violencia, Medellín, Colombia *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(1). Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/a0cb3132-7e1b-4a16-b806-5a4f50269b2e/Lecciones+del+programa+de+prevencio%CC%81n+temprana+de+l+a+violencia%2C+Medelli%CC%81n%2C+Colombia.pdf?MOD=AJPERES&CVID=lgKXs4G>
- Polit D,F., Hungler B,P. (2000) *Investigación científica en Ciencias de la Salud: principios y métodos.* 6ª. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; pp. 398-401. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15659/18162>

## Anexos

### Anexo 1: Programa de prevención y mitigación del consumo de SPA

Página web : <https://slynrincon.wixsite.com/programaprevenser>



#### Objetivo general

Prevenir y mitigar el consumo de sustancias psicoactivas desde el entrenamiento de habilidades para la vida y competencias ciudadanas por medio de técnicas interactivas de aprendizaje buscando así un impacto positivo en las relaciones interpersonales en el contexto educativas, familiar y social, así como intrapersonal

#### Objetivos específicos

- Brindar información adecuada y necesaria sobre las sustancias psicoactivas (SPA) para prevenir y disminuir su consumo



Taller 7. “Pienso decido y actuó”							x	
Taller 8. creencias erróneas de las SPA							x	
Sesión 5. Comunicación asertiva Taller 9 “como nos estamos comunicando”							x	
Taller 10 “Aprendiendo a decir NO”							x	

### **Anexo 3: Sesiones del programa PrevenSER**

#### **Sesión 1. Introducción PrevenSER**

##### **Taller ¿Quiénes somos y qué haremos?**

##### ***Objetivos:***

- Dar a conocer la propuesta PrevenSER
- Explicitar que son las habilidades para la vida según la OMS y como se justifica su acción en la prevención de consumo de SPA
- Conocer la opinión por medio de la retroalimentación hacia el proyecto de parte de los estudiantes.

##### ***Metodología***

*Momento inicialreconocimiento del grupo y presentación del programa*

*Momento principal: Exploración de conocimientos “Árbol de problemas sobre consumo de SPA en la adolescencia”*

Cada estudiante tendrá post it y lápices con los cuales según sus conocimientos identificarán las causas/consecuencias del consumo de sustancias. En el tablero de clases estará pegado el dibujo de un árbol, en el troco del árbol está escrito el problema

denominado “consumo de sustancias psicoactivas”, en la parte de las raíces se identificarán las posibles causas de este problema y en las ramas y hojas las consecuencias

*Momento final: “Buscando soluciones”*

Los estudiantes en parejas buscaran posibles formas de dar soluciones a este problema, las cuales en grupo se socializan, buscando identificar si estas soluciones ¿son para prevenir o mitigar el problema?, ¿son viables estas soluciones?, ¿se han implementado y si es así, han o no servido para mitigar el problema?

## **Sesión 2: Conocimiento de sí mismo**

### **Taller “Somos únicos, diferentes, pero al final iguales”**

#### ***Objetivos:***

- Fomentar el autoconocimiento
- Fortalecer la autoestima
- Aceptar y resaltar la diferencia

#### ***Metodología***

*Momento inicial: armonización del espacio de cooperación, respeto y confianza*

*Momento Principal: Describirnos y darnos a conocer “Mi Hoja de vida”*

Cada estudiante en un rectángulo de papel se le pide que completen algunas frases respecto de sí mismos.

Me llamo...

Soy una persona...

Lo que me gusta de mí es...

Soy bueno (a) para...

Lo que puedo cambiar de mí es...

Una frase positiva que me puedo decir es...

Quiero ser...

Sé que puedo...

*Momento final: Socialización*

Luego cada uno leerá en voz alta mientras va uniendo todas las hojas de vida hasta que todos hayan socializado el ejercicio y que hayan creado algo parecido a un collage

### **Sesión 3. Manejo de sentimientos y emociones**

#### **Taller Entre emociones y sentimiento ¿Yo como me siento?**

##### ***Objetivos:***

- Identificar nuestro estado de ánimo actual.
- Identificar diferentes estados de ánimo que comúnmente son incluidos en bienestar y malestar subjetivos.
- Relacionar diferentes situaciones y actitudes respecto al consumo de SPA con nuestro bienestar y malestar.

##### ***Metodología***

*Momento inicial: identificando mis conocimientos sobre las emociones*

Actividad: lluvia de ideas sobre “las emociones, los sentimientos y sus diferencias”

*Momento principal: pensamiento crítico y sentimientos*

Actividad “Debate ¿Pueden algunos sentimientos promover el consumo de drogas, como por ejemplo el alcohol?”. señala que tomar alcohol u otra droga NO ayuda a expresar

nuestros sentimientos; que puede ser peligroso y que es sólo una solución temporal: pues una vez que pasa el efecto, el sentimiento sigue presente y tenemos que enfrentarnos a él. La conclusión es “cuando una persona no expresa sus sentimientos, comienza a sentirse aislada de los demás y de sí mismo. Por eso, entender los propios sentimientos y expresarlos de una manera realista y honesta es muy importante.”

*Momento final: La línea entre el Bien o mal*

Cada participante tendrá una ficha donde haya cuadro de dos celdas vacíos, uno que dice Me Hace Sentir Bien y otro Me Hace Sentir Mal. Durante unos minutos, se pensará en todo aquello que produce bienestar relacionados con diferentes emociones (alegría, orgullo, etc.); también, por el contrario, en todo aquello que produce malestar relacionado con emociones de culpa, vergüenza, tristeza, etc.,

**Taller de expresión de pensamientos “Este soy yo”**

*Objetivos:*

- fortalecer sentimientos positivos a través del reforzamiento grupal.
- Expresar las emociones y sentimientos de manera asertiva.
- Reforzar positivamente a otras personas de manera verbal y física.
- Desarrollar la verbalización de reforzamiento positivo hacia otros.

*Metodología*

*Momento inicial: la diversidad es una riqueza*

Presenta a tu compañero: Actividad los participantes se ubican en un círculo y se forman parejas según este sentados, se dan 5 minutos para que las parejas conversen y se cuenten aquello que consideran más importante para definirse como persona y luego cada

participante será el encargado de presentar al grupo a su compañero describiéndolo según lo que la conversación y lo que cada uno conoce de su compañero

*Momento principal: Expresando mis emociones “las etiquetas”*

Entre todo el grupo se propondrán y elaborarán unas etiquetas en hojas de papel con verbos de reforzamiento positivo como: Halágame, Abrázame, Sonríeme, Háblame, Anímame, Piropéame, descríbeme, inspírame, aconséjame, cálmame, apóyame etc., Los participantes formarán un círculo mirando hacia afuera del mismo y a cada uno se le colocarán con cinta adhesiva en la espalda las etiquetas, cuando se les avise tendrán que comenzar a caminar y cuando se encuentren con un compañero le miraran la etiqueta que éste tiene y actuarán según lo descrito allí.

Actividad final: reflexión y plenaria

Se procederá a reflexionar sobre la actividad realizada y de posibles interrogantes como: ¿Cómo me he sentido al elogiar a otras personas?, ¿Cómo me he sentido cuando me abrazan?, ¿Me ha costado elogiar a otras personas?, ¿Qué he aprendido con la dinámica?, entre otros

### **Taller “siente, respira y actúa”**

#### ***Objetivos***

- Identificar las situaciones que me causan malestar o estrés
- Aprender formas de manejar situaciones que me molestan

*Momento inicial: explicación sobre estrategias para manejar situaciones estresantes*

*Momento principal: ¿cómo manejar el estrés?*

En grupos pequeños, cada uno leerá y explicará a sus compañeros una de las estrategias para enfrentar el estrés.

- **Tiempo Fuera:** Aléjate de la situación que te está provocando estrés. Repite para ti mismo palabras que te ayuden a no pensar más en la situación: por ejemplo “ya basta”, “no pienses en eso”, “alto”.

- **Distrae tu pensamiento:** Ante pensamientos o sentimientos desagradables, piensa en otra cosa. Puedes centrar tu atención en elementos del ambiente, verbalizándolos, siendo lo más detallista posible

- **Menciónate frases positivas:** Repite para ti mismo cosas positivas que te ayuden a contrarrestar el estrés. Por ejemplo: “Tengo que respirar profundamente para tranquilizarme” “Yo puedo manejarlo mucho mejor”

- **Realiza actividades agradables:** Pueden ser actividades personales, recreativas, formativas o que te ayuden a fomentar las relaciones sociales. Por ejemplo: patinar, leer, ir al cine, hacer manualidades...

- **Busca lo positivo:** Rescata las cosas positivas que te hayan ocurrido durante el día. Por ejemplo: un beso inesperado, lo rico que comiste, la pequeña caminata que pudiste hacer, la persona que conociste...

Paso 1. Inspira profundamente contando hasta cuatro.

Paso 2. Retén el aire mientras cuentas hasta cuatro.

Paso 3. Expira al tiempo que cuentas hasta cuatro.

Paso 4. Repite el ejercicio cinco veces más

Actividad “Reconozco lo que me estresa”

Cada estudiante hace una lista de las situaciones que les preocupen o les causan estrés, una vez que tienen definidas las situaciones, las clasifican de acuerdo al grado de estrés que les provocan; por ejemplo, del 3 al 1, donde 3 es demasiado estresante, 2 es muy estresante y 1 es estresante.

#### *Momento final*

Luego que identifiquen las causas que provocan estas situaciones y que describan lo que pueden hacer para disminuirlo de acuerdo a las recomendaciones y voluntariamente lo socializan con sus compañeros

### **Sesión 4: Resolución de problemas**

#### **Taller “Pienso, decido y actuó”**

##### *Objetivos*

- Desarrollar Pensamiento crítico ante las SPA
- Dar a Conocer cómo funciona realmente la sustancia psicoactiva en SNC y sus consecuencias adversas a corto, media y largo plazo

##### *Metodología*

*Momento inicial: cuestionando el fenómeno del consumo de SPA*

Actividad: Phillips 6 ¿Porque las personas consumen SPA?

En grupos de 6 cada una tendrá una SPA, correspondiente a ella realizaran un cuadro comparativo del porqué consideran las personas consumen ya sea tabaco, alcohol o marihuana y porque no consumen, luego se unirán de acuerdo a la SPA en la que trabajaron y entregaran sus cuadros a otro grupo y así mismo recibirán otros cuadros a partir de los

cuales estructuran un nuevo cuadro comparativo grupal que será expuesto en grupo ante los demás compañeros, luego se discute en grupo si las SPA realmente cumple las razones por lo que las personas la consumen.

*Momento final: Sociodrama*

Dos grupos de estudiante presentan dos casos con diferentes situaciones, uno debe decidir consumir mostrando así los posibles resultados y otro caso en el que, por medio de un pensamiento crítico, la toma de decisiones se aleja de esta situación

Luego se realiza una socialización

**Taller ¿qué tan grande es este problema?**

***Objetivos***

- Lograr identificar un problema, sus causas y consecuencias
- Identificar las diferentes soluciones para solucionar un problema

***Metodología***

*Momento inicial: introducción de la temática*

*Momento principal: ¿qué tan grande es este problema?*

Se les pide a los estudiantes que piensen en un problema que tengan o que hayan tenido recientemente y lo describan en una hoja y que, siguiendo los pasos descritos, intenten resolverlo, proponiendo las siguientes preguntas:

¿Cuál es el problema?

¿Por qué sucedió?

¿Cómo puedo solucionarlo?

¿Cuál es la solución que más conviene o me favoreció?

¿Cómo puedo o pude resolverlo?

¿Qué resultado tuve o creo que tendré?

*Momento final: reflexión y socialización*

Voluntariamente los estudiantes expresarán él lo descrito en la hoja de papel y los demás estudiantes darán su opinión acerca de la solución que te tuvo al problema. Luego en grupos de 4 cada uno aleatoriamente se le asignara uno de los casos los cuales deberán dramatizar.

### **Taller “creencias erróneas de las SPA”**

#### ***Objetivos***

- Reconozcas los mitos y verdades mas comunes sobre las SPA
- Identificar soluciones alternativas del consumo de SPA

#### ***metodología***

*Momento inicial: presentación de la temática*

Que son las creencias erróneas, la desinformación y el pensamiento crítico

*Momento principal*

Actividad 1. Juzgado de creencias

se hará la representación de un juzgado donde las personas que estén de acuerdo a la premisa la defenderán y quienes no la refutaran

*Momento final*

### **Sesión 5 comunicación efectiva y asertiva**

#### **Taller “como nos estamos comunicando”**

**Objetivos**

- Favorecer canales de comunicación afectiva
- Permitir que identifiquen cuál es su más predominante estilo de comunicación (pasivo, agresivo)

**Metodología***Momento inicial “comunicación familiar “*

Actividad: reflexionar las siguientes preguntas

¿Hay temas de los que no se puede hablar en tu familia?

¿Sabes por qué no se puede hablar de esos temas?

¿Hablan de lo que les molesta?

¿Hablan de sus sentimientos?

¿Qué podrías hacer para mejorar la comunicación con tu familia?

Luego voluntariamente algunos estudiantes compartirán lo que escribieron

Ejercicio de mantenimiento: se propone que lleven a cabo la respuesta a la última pregunta, y en la siguiente sesión pregúntales si la comunicación se ha mantenido, ha mejorado o se ha hecho más difícil.

Momento final: role playing “estilos de comunicación y contextos de consumo”

Los estudiantes formaran grupos de tres, cada uno tendrá una situación específica en la que tendrán que identificar qué tipo de comunicación se ha utilizado y como cambiarla para hacera más asertiva (Agresivo-pasivo-assertivo)

Pareja de novios

- Ya tenemos 3 meses de novios demuéstrame tu amor, para poder seguir juntos tengo que saber si me amas
- No creo estar lista, me da miedo, pero te demostrar que te amo

#### Grupo de amigos

- Todos los mejores viene a la fiesta y todos los que vengan deben fumar y tomar
- Yo no quiero hacerlo, no me gusta y no creo que lo necesite para divertirme, pero tampoco quiero ser el aburrido, voy a ir

#### Mama a hijo

- Todo lo haces mal, cuando aprenderás, porque no eres como el hijo de la vecina
- Te quedas en silencio llorar y sientes tanta rabia por ser comparado

#### Amigo a amigo

- Harol tu novia se besó ayer en una fiesta con camilo y él está hablando de eso en la cafetería
- Harol llega y sin preguntar golpea a camilo e insulta a su novia

#### Hermana a hermano

- Hermana me puse tu blusa y si querer la manche, después tela repongo
- Te llenas de rabia y le hablas mal, ese día te pones su blusa favorita y haces lo mismo

#### Conocidos y yo

- Quieres probar algo nuevo que llego que es muy popular, y ya todos lo hacen o te da miedo
- Si, muéstrame tengo curiosidad

#### Mama a hijo

- Perdiste la evaluación, siempre mal en el colegio, me tienes cansada, échale ganas al colegio es por tu bien, te quitare el celular por tres días
- No te parece justo, gritas y le reclamas por lo que dice y te niegas a darle el celular

#### Novios

- Juan ya no siento lo mismo, es mejor que nos demos un tiempo
- De seguro tiene otro, yo sabía no me interesa saber nada mas de vos, la insulta se va y se queda tomando con unos amigos

## **Taller “Aprendiendo a decir NO”**

### ***Objetivos***

- Expresar los pensamientos y decisiones de forma correcta
- Manejar la presión de grupo de forma asertiva

### ***Metodología***

*Momento inicial: Presentación de la temática*

*Momento principal: “Expresando experiencias”*

Se procede a explicar brevemente que significa ser pasivo, agresivo y asertivo.

Cada estudiante expresará momentos en que aceptaron una situación poco conveniente por no decir NO. Algunos voluntarios participarán realizando una actividad teatral respecto a la presión individual o de grupo a una persona para que consuma drogas. Se procederá a modelar la actividad por parte del resto del grupo a través de los siguientes pasos conductuales:

- Analizar si la situación presentada es perjudicial o poco agradable y si requirió de una respuesta negativa
- Decir a la otra persona que te niegas a acceder a la situación explicando tus razones.
- Utilizar expresión verbal correcta: Expresión amable, respetuosa, directa, sin rodeos, mensajes en “yo”, mensajes breves y claros.
- Utilizar expresión no verbal correcta

Luego se hace un análisis y compilación de las experiencias, para que finalmente realizar unas conclusiones finales

*Momento final: yo puedo crear y aportar en la prevención*

Se procede a la elaboración de piezas publicitarias con mensajes de prevención de consumo de sustancias psicoactivas.

## **Escuela de familia**

### **Objetivo**

Promover en los padres y madres la adquisición de las Habilidades para Vivir para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la familia y como apoyo a la formación y desarrollo integral de sus hijos e hijas.

### *Sesión 1 El autoconocimiento de las personas en su rol parental*

Objetivo: Favorecer en los padres y madres el proceso de autoconocimiento como persona y el reconocimiento de su rol parental, para la construcción de estilos saludables de convivencia familiar

### *Sesión 2 reglas y convivencia familias*

Objetivos: que cada uno reconozcan su rol dentro de la familia y como este interactúa con sus otros roles sociales, la importancia de las reglas y una convivencia sana

### *Sesión 3 La familia expresa sus emociones*

Objetivos: Promover en las madres y los padres el reconocimiento de sus sentimientos y las formas de reaccionar ante situaciones de la convivencia diaria familiar, para favorecer su expresión en forma asertiva.

**Anexo 4: Evaluación de contenido del programa**

Valor	Respuestas		
5	Totalmente de acuerdo	Excelente	Extremadamente útil
4	De acuerdo	Bueno	Muy útil
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Regular	Algo útil
2	En desacuerdo	Malo	No muy útil
1	Totalmente en desacuerdo	Muy malo	Para nada útil

Evaluación de contenido del programa PrevenSER					
Preguntas para docentes	5	4	3	2	1
¿Considera pertinente implementar programas escolares de prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas?					
Los programas de prevención basados solo en la trasmisión de información sobre la problemática, no ha demostrado resultados positivos, pero aquellos que usan una metodología participativa y un entrenamiento en habilidades han demostrado resultados alentadores, ¿considera que la propuesta del programa PrevenSER basado en el entrenamiento en habilidades para la vida, información relevante sobre las SPA y una metodología participativa es adecuada pueda lograr una prevención eficaz?					
¿Cómo considera el tiempo asignado a las presentaciones de los temas y desarrollo del taller de un aproximado de 90 minutos?					
Las técnicas usadas son basadas en la búsqueda de un aprendizaje significativo, iniciando desde el reconocimiento de los conocimientos previos sobre la habilidad y usando técnicas como debates, sociodramas, trabajo en grupos, lluvias de ideas, ¿considera que la estrategia usada es la más adecuada?					

Evaluación de sesiones del programa PrevenSER					
Preguntas para estudiantes	5	4	3	2	1
¿Considera que la información brindada sobre la habilidad para la vida o las sustancias psicoactivas trabaja hoy ha sido útil?					
¿Considera que la actividad participativa principal realizada en el taller ha sido útil para su aprendizaje?					
¿Cuán importante será la práctica de esta habilidad aprendida en este taller en su vida diaria?					
¿Mis expectativas fueron satisfechas?					
Enumere tres conocimientos/competencias/actitudes que haya aprendido, que podrá en práctica en su vida					
Recomendaciones					

### Vita

Acá se incluye una breve biografía del autor de la tesis.

desde hace varios años por la Organización Mundial de la Salud y validada en Colombia por Fe y Alegría, cuyos principales objetivos son contribuir a la promoción del

desarrollo personal y social, la protección de los derechos humanos y la prevención de problemas psicosociales y de salud.

En su sentido más amplio, esta iniciativa busca además la promoción del desarrollo humano. Las habilidades psicosociales que los niños aprenden les facilitan una expresión más completa y gratificante de su personalidad, y a hacer un mejor uso de los recursos internos y externos con que cuentan. En reconocimiento al potencial de esta iniciativa para contribuir al desarrollo humano integral, en 1999 el Programa de Salud de la Familia y Población de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Washington, decidió dar prioridad a la difusión de Habilidades para la Vida en los países de la Región. La educación en Habilidades para la Vida no trata sólo de fortalecer la capacidad de la gente joven para enfrentar dificultades, sino que fomenta y estimula el desarrollo de valores y cualidades positivas. Esencialmente Habilidades para la Vida tiene que ver con las relaciones, con nosotros mismos, con las demás personas y con el mundo que nos rodea. Esta propuesta educativa busca formar mujeres y hombres críticos, solidarios, autónomos, respetuosos, tolerantes, conscientes de la realidad que los rodea y comprometidos con su transformación.