



## **Centros de Integración Juvenil, A. C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones  
6ta. Generación

Reporte de Investigación Final  
Para concluir el programa Académico de la  
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

---

**Percepción de auto eficacia en adolescentes consumidores de alcohol ante  
la presión social**

**Alumno: Berenice Fragoso Sánchez**

**Asesor: David Bruno Díaz Negrete**

**Ciudad de México, Marzo de 2011.**

## Índice

| <b>Introducción.</b>                | <b>Página</b> |
|-------------------------------------|---------------|
| Justificación                       | 3             |
| <b>Marco Teórico</b>                | <b>5</b>      |
| <b>Metodología</b>                  | <b>18</b>     |
| Definición específica del problema  | 19            |
| Preguntas de investigación          | 19            |
| Objetivo general                    | 19            |
| Objetivos específicos               | 19            |
| Hipótesis                           | 19            |
| Diseño de investigación             | 20            |
| Población                           | 20            |
| Criterios de inclusión              | 20            |
| Criterios de exclusión              | 20            |
| Muestra                             | 20            |
| Variables                           | 21            |
| Definición operacional de variables | 21            |
| Instrumentos de medición            | 22            |
| Procedimiento                       | 23            |
| Análisis                            | 23            |
| Resultados                          | 24            |
| Discusión                           | 26            |
| Ética y confidencialidad            | 30            |
| Conceptos básicos                   | 31            |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>                 | <b>33</b>     |
| <b>ANEXOS</b>                       | <b>35</b>     |

## INTRODUCCIÓN

### Justificación

Sabemos que el consumo de alcohol hoy en día representa un grave problema de salud pública en nuestro país con importantes repercusiones a nivel individual y social. México ocupa uno de los primeros lugares en muertes por cirrosis hepática, accidentes y violencia, que se explica principalmente por un patrón de uso explosivo característico de la población.

Los datos anteriores concuerdan con lo que refleja la ENA 2008. En esta encuesta aparece una tendencia al incremento del número de copas por ocasión en comparación con la ENA realizada en el año 2002.

La ENA 2008, también refleja que si bien las mujeres beben menos que los hombres, en las mujeres adolescentes la distancia entre las mujeres de 12 a 17 y los hombres de 12 a 17, es mucho más pequeña de lo que se observa en los 16 y 45 años.

En cuanto al índice de personas que presenta abuso-dependencia, nuevamente el mayor número de hombres y mujeres; 2.1 de las mujeres entre 12 y 17 años y 1.6 en edad de 18 a 65 lo cual refleja que las mujeres adolescentes están siendo las más afectadas.

Sabemos también que el inicio de consumo de alcohol durante la adolescencia está relacionado con una mayor probabilidad de consumo de drogas ilegales.

Por ello es importante seguir diseñando y adaptando programas dirigidos a la población que aún no consume, que se inicia en el consumo ó que comienza a presentar problemas asociados y a todos aquellos grupos vulnerables como niños en situación de calle, mujeres embarazadas, personas con comorbilidad psiquiátrica, reclusos, y estudiantes que viven en entornos económicos y sociales desfavorables y en los que la escuela lejos de ser un factor protector podría representar un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

El presente estudio tiene su fundamento en la prevención selectiva y se basa en un enfoque en habilidades para la vida. La población objetivo fue adolescentes de nivel medio básico que viven en el Municipio de los Reyes La Paz, Estado de México caracterizado por ser una zona de alto riesgo en cuanto a índices de delincuencia y consumo de drogas.

El estudio tiene como objetivo fundamental incrementar la auto confianza, definida como auto eficacia, en los adolescentes ante la presión social dentro del grupo de pares, en situaciones relacionadas con el consumo de alcohol. Sabemos que la presión social es uno de los principales factores de riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo en los adolescentes, principalmente cuando se encuentran en entornos desfavorables a nivel familiar asociados con un bajo nivel de estudios de los padres o tutores, problemas de comunicación en la familia y/o violencia, entre otros, ya que carecen de modelos que propicien el desarrollo de dichas habilidades, esto aunado a los escasos recursos económicos y oportunidades de entretenimiento y recreación, que limitan a los jóvenes echar mano de alternativas que a su vez pudieran incrementar su nivel de autoestima y autoconfianza.

## Marco Teórico

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

En un informe global publicado, la OMS constata que cerca del 4 por ciento de todas las muertes en el mundo son atribuibles al alcohol, lo que significa más fallecimientos que por el virus del Sida, la violencia o la tuberculosis.

El uso nocivo del alcohol constituye el principal riesgo de muerte para los hombres de entre 15 y 59 años, sobre todo debido a lesiones, violencia y enfermedades cardiovasculares. A nivel global, el 6,2 por ciento de todos los fallecimientos de hombres son atribuibles al alcohol, en comparación con un 1,1 por ciento de las muertes de mujeres (Globovisión, 2011).

La ENA 2008, que por primera vez contiene datos por estado, muestra que el principal problema es el consumo de bebidas alcohólicas en grandes cantidades por ocasión, en el país tanto en el medio rural como en el medio urbano, sin distinción o condición social económica (Journalmex Periodistas De México, 2009).

La dependencia afecta a 4.2 millones de individuos, y se relaciona con 9% de las causas de mortalidad general, sobre todo por accidentes, cirrosis hepática y violencia intrafamiliar (Journalmex Periodistas De México, 2009).

El inicio de consumo de alcohol durante la adolescencia está relacionado con las cifras tan elevadas de depresión y accidentalidad y mortalidad por las lesiones observadas para este grupo de edad (Journalmex Periodistas De México, 2009).

En México el índice de consumo diario de alcohol, son cinco o más copas para los hombres por ocasión de consumo, en una sentada, y cuatro más para las mujeres una vez a la semana, sin embargo hay muchas variaciones estatales, más frecuencias tiende hacia el norte, pero la dependencia tiende a mostrarse más en el centro. Y en cada estado hay diferencias importantes (Journalmex Periodistas De México, 2009).

En cuanto al tipo de bebidas, hay una preferencia marcada por el consumo de cerveza (Journalmex Periodistas De México, 2009).

La Encuesta Nacional de Adicciones, afirmó el legislador Parra Noriega, reveló que el Estado de México se ubica 23.5 arriba de la media nacional en consumo de alcohol, lo que señala la urgencia de que dependencias como la Secretaría de Salud, Educación y Seguridad Pública, trabajen de forma obligada en programas preventivos (El Universal, 2010).

Análisis del Observatorio de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas de la Secretaría Salud, afirma que el estado de México por cada 10 hombres que beben, seis mujeres los hacen (El Universal, 2010).

De acuerdo con las Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por Entidad Federativa (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006), se calcula que alrededor de 11.3% ha consumido bebidas con alcohol en el Estado de México. El consumo de alcohol es mayor en los hombres (16.3%) en comparación con las mujeres (6.2%)

En el Estado de México se entrevistó a 816 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, los cuales representan 3,004,812 adolescentes. De éstos, 55.8% son hombres y 44.2% mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

En relación al consumo de alcohol en la población de adolescentes de 10 a 19 años, la encuesta permite estimar que 22.7% ha ingerido bebidas que contienen alcohol. La prevalencia de esta conducta de riesgo en los adolescentes del Estado de México es mayor a la reportada en el país (17.7%). Al comparar los porcentajes del consumo de alcohol de al menos alguna vez en la vida según sexo de los adolescentes, se identifica que en el caso de los hombres, este es mayor porcentaje (26.8%) que el reportado por las mujeres (17.5%). Se encontró que 38.2% de los adolescentes de 15 a 19 años y 8.4% de los adolescentes de 10 a 14 años dijo haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

En el Estado de México, el único estudio previo en población escolares la encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior que se realizó en 1991. En lo que respecta al consumo de alcohol, el 53.6% del total de la población estudiantil había consumido alcohol alguna vez en la vida y por sexo el 58.9% de los hombres y el 47.9% de las mujeres(ENA 2008).

Acorde a las respuestas de los jóvenes mexiquenses en la Encuesta Nacional de Salud en el Estado de México, de aquellos que reconocieron ingerir alcohol, tenemos que la mayoría de la población juvenil comienza su consumo a partir del rango de 15 a 17 años de edad (54.1%), siendo la edad promedio de inicio de consumo los 16.6años (Consejo Coordinador De Seguridad Pública Del Municipio De La Paz, 2010).

Por otro lado, de acuerdo con datos de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), es alarmante la edad en el inicio de consumo, ya que el rango que iba de los 12 años ha bajado a los 8 ó 9, al ser, en el estado de México, la mariguana y el alcohol las drogas de inicio, aunque la cocaína y heroína son las de más impacto (El Universal, 2010).

Estudios de la Secretaría de Salud marcan que en la zona urbana mexiquense hay 3.5 millones de personas que padecen alcoholismo y el patrón de los jóvenes entre 16 y 24 años que consumían más de nueve copas por ocasión ha cambiado, pues actualmente se les considera consumidores explosivos (El Universal, 2010).

A su vez, la entidad mexiquense, junto con Jalisco, son los estados que más producen bebidas alcohólicas adulteradas, y en los últimos años se ha incrementado 10% más el consumo de alcohol, lamentó Parra Noriega (El Universal, 2010).

Con base en los resultados de la Encuesta de la Juventud en el Estado de México, se puede concluir que los jóvenes se reúnen con mayor frecuencia a ingerir alcohol en casas: en primer lugar “las de sus amigos” (27.6% de representatividad), o bien en propias (26.2%). Lo anterior es seguido por consumos en sitios destinados a tal fin (“antros, discos, o bares”), que obtuvo 24.4% de las menciones (Consejo Coordinador De Seguridad Pública Del Municipio De La Paz, 2010).

El consumo nocivo de alcohol, entendido como un uso excesivo hasta el punto de causar daños a la salud, también conlleva consecuencias sociales negativas, como son la violencia, el abandono o negligencia hacia los hijos y la abstención laboral (Globovisión, 2011).

En el estado de México no hay centros de internación que traten y curen padecimientos más avanzados y que no sólo orienten a los pacientes sino a la familia, porque los datos muestran que el 60 % de las personas que consumen alguna droga y son internadas, no reciben el apoyo y comprensión necesarias por parte de sus familiares, indicó el legislador (El Universal, 2010).

El alcohol es la enfermedad que más rezago tiene para la atención de todas las enfermedades mentales y una proporción importante no está yendo a tratamiento (Journalmex Periodistas De México, 2009).

## CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen

como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida. Destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de éstos últimos. De particular importancia es el hecho de que las personas que *no* son dependientes de alcohol pueden parar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol (OMS; 2001).

Por ello, la identificación de bebedores según diversos tipos y grados de consumo de riesgo puede ser de gran importancia para reducir todos los daños asociados (OMS; 2001).

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE PREVENCIÓN

La prevención de adicciones es el conjunto de acciones dirigidas a evitar el consumo de drogas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias, excluidos los casos de atención médica (OEA,2008).

Las actividades preventivas que en el diseño metodológico de sus acciones parten de un determinado marco teórico, tienen la posibilidad de actuar con base en el conocimiento de los factores sobre los cuales intervienen para disminuir o potenciar su efecto en función de las necesidades definidas por sus objetivos (OEA, 2008).

El enfoque de riesgo/protección plantea que el control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de diferentes sectores, disciplinas y las personas implicadas; además, que los factores de protección interactúan sobre los factores de riesgo modulándolos en su relación de probabilidad respecto al consumo de drogas, ejerciendo por tanto, una función protectora. Desde esta perspectiva, se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Por factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (OEA, 2008).



Otra de las contribuciones es la definición de algunos principios metodológicos que incrementan la probabilidad de eficacia de un programa preventivo (OEA, 2008). A continuación se presentan algunos de ellos:

- Comunicar a la población objetivo factores apropiados de riesgo y de protección sobre el consumo de sustancias tóxicas:

a) La población objetivo puede ser definida por edad, sexo, etnia, locación, geografía (vecindario, pueblo, región) y por institución (escuela o lugar de trabajo).

b) Para evaluar los niveles de riesgo, protección y consumo de sustancias de la población objetivo, tomar en cuenta que: los factores de riesgo incrementan la posibilidad de consumo y los factores de protección lo inhiben en presencia del riesgo. Los factores de riesgo y protección pueden ser agrupados según el propósito de la investigación.

c) Atender, dentro de una población definida, todos los niveles de riesgo, con énfasis en los factores importantes de riesgo y protección, sustancias psicoactivas, individuos y grupos vulnerables.

- Usar enfoques que han demostrado ser efectivos para la Prevención del consumo de Drogas

a) Reducir la disponibilidad de drogas ilegales, alcohol y tabaco a menores de edad. Las leyes, políticas y programas pueden ayudar a lograrlo.

b) Reforzar las habilidades y técnicas de rechazo, utilizando técnicas interactivas enfocadas al pensamiento crítico, la comunicación y la competencia social.

c) Reducir el riesgo y mejorar la protección en las familias, reforzando las habilidades en sus miembros para fijar reglas, aclarando expectativas y dudas, propiciando la comunicación constante, el apoyo social y modelando, monitoreando el comportamiento positivo.

d) Reforzar los lazos sociales, cuidando las relaciones de amistad con personas y familias que están en contra del consumo de sustancias, así como con grupos de compañeros de escuela, programas con maestros, contextos religiosos y espirituales y estructuración de las actividades recreativas.

e) Asegurarse de que las intervenciones preventivas sean las apropiadas para la población a la que están dirigidas, incluyendo programas y políticas aceptadas por la comunidad, que satisfagan sus necesidades y respondan a sus motivaciones y cultura.

- Proporcionar intervención preventiva temprana, en fases y transiciones importantes

- a) La intervención para prevenir el abuso de drogas es más efectiva cuando se proporciona en las fases tempranas del desarrollo y las transiciones de la vida.

- b) Para asegurar que las habilidades, normas expectativas y conductas aprendidas con anterioridad se fortalezcan con el tiempo, es necesario repetir las exposiciones con mensajes antidrogas.

- Intervenir en escenarios y campos de acción Apropriados

- a) Llevar a cabo las acciones preventivas en escenarios y campos de acción que pueden influir más sobre los factores de riesgo y protección del abuso de drogas, como: el hogar, instalaciones sociales, escuelas, grupos de amigos, lugares de trabajo, instalaciones recreativas, religiosas, espirituales y las comunidades.

- Manejar efectivamente los programas

- a) Asegurar que las políticas para establecer y operar los programas y mensajes dirigidos a diferentes partes de la comunidad, sean consistentes, de la cobertura deseada, sólidas, compatibles, y apropiadas.

- b) Proporcionar entrenamiento permanente a los equipos técnicos y de voluntarios, para asegurar que los programas de prevención y los mensajes sean aplicados continuamente como fueron propuestos.

- c) Monitorear y evaluar los programas, debe ser parte regular en la operación, para verificar si los objetivos y metas son alcanzados o bien hacer ajustes que corrijan desviaciones o incrementen su efectividad.

Al desarrollar programas preventivos en el contexto escolar mexicano también es posible considerar algunos principios que propone el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) de Estados Unidos, con el objetivo de ayudar a los padres, educadores, y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del abuso de drogas en niños y adolescentes(OEA,2008):

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

- b) Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo a fin de tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las

siguientes habilidades: auto-control, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura.

c) Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, auto-eficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes anti-drogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

Por su parte, el enfoque de habilidades para la vida propone que es necesario desarrollar destrezas que permitan que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (OEA, 2008). Identifica como habilidades para la vida:

- Habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía).
- Habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación).
- Habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control).

Los resultados de evaluación de estos programas, muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y prevenir el ajuste social positivo (OEA, 2008).

En el año 2004 se publicó un estudio que se llevó a cabo con adolescentes estudiantes de Nuevo León de educación media básica, ambos sexos que cursaban el primer año, todos ellos ubicados en una etapa de adquisición pre contemplación respecto al consumo de alcohol y tabaco. El objetivo del estudio fue comparar la autoestima y asertividad entre grupo control y grupo experimental antes y después. Para el grupo experimental se desarrolló y aplicó un manual educativo con un enfoque en habilidades para la vida, cuyos contenidos temáticos se relacionaban con las variables de medición: la autoestima, asertividad, tipos de respuesta ante la presión, como resistir a la presión de grupos. etc, y también incluía información sobre consecuencias asociadas al consumo del alcohol y tabaco. Y en el caso del grupo control se les proporcionó un tríptico informativo con datos sobre consecuencias relacionada al consumo de alcohol y tabaco únicamente. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas entre grupo control y experimental en cuanto a la asertividad siendo la media del grupo experimental, significativamente mayor que en el grupo control. Algo interesante fue que antes del estudio los sujetos presentaban niveles bajos de autoestima y asertividad y aún cando no consumir ni alcohol ni tabaco se pudo conjeturar la influencia condicional que tiene el bajo nivel de asertividad ya que puede hacer

que el sujeto sea más vulnerable a otros factores, es decir, se vuelve más susceptible a la influencia de los amigos, lo cual en esta población específica es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Esparza Almanza, S.E y Pillon, S. C; 2004).

Debido a que el objeto de estudio son las poblaciones más que los individuos, las intervenciones se orientan a mejorar las condiciones que promueven los factores de protección, disminuyen los factores de riesgo entre los grandes grupos de población. La evolución de los modelos de prevención tuvo expresión en la propuesta de Laevel y Clark, quienes en 1966 sugirieron un modelo que dividía la prevención en tres niveles (primaria, secundaria y terciaria). Pero a partir de 1994, con base a la clasificación operacional desarrollada por Gordon (1987), el Instituto de Medicina de los Estados Unidos incorporó este nuevo marco teórico para la prevención en un intento por sistematizar el entendimiento de la prevención de las enfermedades. La propuesta tuvo impacto en los modelos que atienden diversos problemas de salud, entre ellos el consumo de sustancias. La característica más importante del nuevo modelo fue la división de la atención en tres segmentos que forman un continuo entre la prevención, el tratamiento y el mantenimiento. Así las intervenciones se clasificaron en: universales, selectivas e indicadas (OEA,2008).

Las intervenciones de prevención universal comprenden a toda la población (nacional, estatal, local, vecindario, escuela, etc.), con mensajes y programas orientados a prevenir o retardar el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas. Incluyen a todos los subgrupos de la población general como adolescentes, niños, mujeres y personas de la tercera edad. Esta categoría de intervención supone que toda la población comparte un riesgo general del mismo grado, aunque éste pueda variar de una persona a otra. Una de las características de la prevención universal es que se aplica a grandes grupos de población, sin que se realice un tamizaje previo (OEA, 2008).

La prevención universal en la escuela como parte del modelo preventivo debe desplegarse en los planteles a través de los contenidos curriculares y en la información que se difunda entre la comunidad escolar (OEA, 2008).

Las intervenciones de la prevención selectiva se dirigen a subconjuntos de personas en riesgo de desarrollar abuso de sustancias en virtud de su filiación a un segmento particular de la población, por ejemplo, hijos de alcohólicos, estudiantes que abandonan la escuela o estudiantes que reprueban, niños con hermanos consumidores o que viven en sitios en donde existe la prevalencia y disponibilidad en el consumo de sustancias, entre otros riesgos (OEA,2008).

Este tipo de intervención requiere de instrumentos de tamizaje o el uso de criterios de agrupación, que permitan identificar los atributos de los sujetos en quienes se llevará a cabo la intervención (OEA, 2008).

En la prevención selectiva escolar se considerará la necesidad de sensibilizar y actualizar a los docentes en la identificación de los factores de riesgo y de protección; y desarrollar proyectos de atención dirigido a niños y adolescentes en situación de riesgo y sus familias derivando para atención especializada a quienes lo requieran (OEA,2008).

La prevención indicada está diseñada para prevenir la instauración del abuso de sustancias en los individuos que no cumplen los criterios diagnósticos para dependencia a sustancias, pero que muestran ya efectos tempranos asociados con el uso experimental, por ejemplo reprobación o problemas familiares, o que ya se encuentran consumiendo alcohol u otras drogas puente. La misión de la prevención indicada es identificar a las personas que exhiben signos tempranos de abuso de sustancias y otros problemas de conducta y dirigirse a ellas con acciones especiales (OEA, 2008).

Los individuos pueden ser referidos a estos programas por los padres, los profesores, los consejeros de la escuela, los trabajadores sociales, los amigos o el sistema judicial (OEA, 2008).

La prevención indicada requiere capacitación especializada a docentes con el perfil adecuado para intensificar el apoyo a través de la protección y en caso necesario, de la canalización a tratamiento (OEA,2008).

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante. Para este enfoque la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, resulta de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible modificar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición. Por otro lado la teoría del condicionamiento clásico ó Pavloviano, es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones. De acuerdo con éste paradigma, un reflejo incondicionado ocurre al momento de consumir drogas y las respuestas incondicionadas son las que se experimentan durante la ingesta de de la droga (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

De acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la respuesta condicionada a la droga aumenta, lo que hace que el apetito por la sustancia permanezcan después de la abstinencia. Con frecuencia la RI se asocia de una manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes al momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto, adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a respuestas condicionadas. Las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo de consumir. Por ejemplo se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia. Un estímulo condicionado que es fácil de identificar en los usuarios de drogas es el ambiente donde se consumen, como pueden ser las señales condicionadas asociadas a la presencia de un amigo o grupo de amigos con los que se consume o bien, estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico para reducir el consumo de sustancias adictivas, las cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales, como el condicionamiento aversivo, sensibilización cubierta ó la extinción de la conducta como es el caso de la terapia de exposición a señales(Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

El condicionamiento operante o condicionamiento instrumental es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas se aprenden por éste medio, cambian en función de sus consecuencias, como pueden ser una consecuencia agradable (reforzador) o evitar un consecuencia aversiva (castigo). De esta manera la clase de conductas que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

El contrato terapéutico es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

De acuerdo con Beck (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007), la mayor parte de los problemas psicológicos y conductuales se derivan de procesos disfuncionales de pensamiento que frecuentemente preceden a las emociones, pero ocurren tan rápido que no los percibimos, Los errores más comunes en la construcción de pensamientos, que a su vez llevan a problemas conductuales, como el abuso de drogas son:

- Centrarse en detalles negativos, excluyendo los aspectos positivos de cada situación.
- Poseer un pensamiento polarizado, esto es enfocarse en los extremos de la situación.
- Generalizar excesivamente a partir de incidentes particulares.
- Suponer que se conoce lo que los demás piensan.
- Esperar desastres por el simple hecho de escuchar una situación adversa.
- Sentir responsabilidad sobre el estado de ánimo de los otros.
- Culparse por lo que sucede a nuestro alrededor.

La reestructuración cognitiva supone que el cambio de los patrones de pensamiento relacionados con el consumo, llevará a los usuarios de drogas a adoptar conductas más adaptativas. La reestructuración cognitiva se enfoca en la modificación del papel que tiene la sustancia para la persona. El cambio de conducta implica que el usuario identifique los pensamientos relacionados con su consumo y con el deseo por la sustancia. Una vez que la persona ha logrado dicha identificación, tiene más elementos para enfrentar su consumo con el apoyo de las estrategias de reestructuración que aprenda durante el tratamiento (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

Otro elemento relevante para la teoría cognitiva es la atribución, entendida como la explicación que cada persona da a su comportamiento. La atribución puede ser interna (por ejemplo cuando el usuario justifica el consumo por su propia debilidad ante la sustancia), externa (si culpa a los demás por su consumo), específica (cuando cree que el consumo se debe a alguna situación especial), Global (si la causa es más general) , estable (si el usuario piensa que la causa del consumo está presente de manera permanente) o Negativa (si el usuario está convencido de que no puede abandonar el consumo). Esta última posee especial importancia cuando deriva de una recaída, porque significa que el usuario tiene un sentimiento de incapacidad y una actitud pesimista, que aumenta la probabilidad de continuar el consumo (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

La teoría cognitiva-social (TCS) toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condicionamiento clásico, así como contingencias de reforzamiento relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

Para este enfoque, el comportamiento humano es principalmente aprendido. Los mismos procesos cognitivos que intervienen en la adquisición de hábitos pueden ser empleados para cambiarlos a través de la enseñanza de conductas más adaptativas debido a que la conducta está primordialmente determinada por factores ambientales y contextuales (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

La teoría cognitivo social de Bandura estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia toma en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

El simple hecho de observar a un modelo, nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina modelado y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él, son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

Los factores que pueden afectar el modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica cubierta de las respuestas de los modelos(Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa del resultado y la auto eficacia. Mediante la expectativa del resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes. El auto eficacia del consumidor está relacionado con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la auto eficacia son resultado de experiencias concretas de consumo (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

Se encontraron pocas investigaciones relacionadas con la medición de auto eficacia. Un estudio descriptivo importante es el que se llevó a cabo en el 2008 la Dra. Kalina Martínez, en el cual se retomaron datos de 4 adolescentes de una población rural de Aguascalientes, consumidores de alcohol, que concluyeron con un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. El objetivo de estudió fue describir el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon y se midió el nivel de auto eficacia entre otras variables que explican el modelo. Los resultados mostraron un incremento en el nivel de auto eficacia a los seis meses en los 4 sujetos en situaciones en las que puntuaron como alto riesgo y disminuyó el patrón de consumo en todos ellos. Los resultados son coherentes con estudios previos y reafirman la importancia del estudio de estas variables para la planeación de



programas de intervención para los adolescentes que abusan de las bebidas alcohólicas (Gaspar Solís C. J, Martínez Martínez, K. I, 2008).

## ADOLESCENCIA Y GRUPO DE PARES COMO FACTOR DE RIESGO

La investigación muestra que el inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia ó juventud, periodo de transición caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como de diferenciación de los adultos (Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

El acelerado desarrollo físico y psicológico que viven los adolescentes impacta de manera significativa la percepción que tienen de sí mismos, y su relación con los demás, así como la que tiene su familia de ellos y la sociedad en general que les reclama nuevas maneras de sentir, pensar y actuar (González Núñez, etal;1998).

La adolescencia es un periodo marcado por una vida emocional mucho más intensa y amplia, surgen dudas existenciales como ¿quién soy?, ¿A dónde voy? etc. En esta etapa existe un incremento en la actividad, la agresión, disminución de la dependencia de los padres e incremento en su interacción social. Empiezan a dudar de los juicios de los padres y muchos jóvenes se relación con personas que éstos desapruaban lo que de alguna manera le permite independizarse y diferenciarse de sus progenitores, pero si no tiene las habilidades sociales adecuadas esto los ponen en riesgo de conductas problemáticas y/o antisociales, tales intentos de independencia le permite al adolescente investigar lo que anteriormente había aceptado de ellos sin cuestionar y empieza a tomar decisiones basadas en su propia experiencia.

El grupo de pares se convierten en el proveedor de las necesitadas sensaciones de aceptación, lealtad y pertenencia y al cual como ya se menciona, los jóvenes, le depositan una gran carga afectiva, adquiriendo también el significado de que con los pares se identifican en sus carencias, necesidades y conflictos. Esto es de singular importancia como riesgo para el inicio de conductas como consumo de drogas si el adolescente se involucra con consumidores de drogas.

En el año 2005 se publicó un estudio con un grupo de 98 adolescentes mexicanos entre 15 y 20 años de edad pertenecen a bandas juveniles del área metropolitana de la ciudad de Monterrey. El objetivo de este estudio fue conocer las etapas de adquisición al uso de alcohol en que se ubican los adolescentes que pertenecen a esas bandas y conocer el efecto del factor de riesgo relaciones con amigos que presentan conductas problemáticas en el consumo de bebidas alcohólicas. Los resultados muestran que en cuanto al factor de riesgo relaciones con amigos que muestran conductas problemáticas mostró un efecto significativo para el consumo de alcohol en adolescentes que pertenecen a estas bandas. Por otro lado los hallazgos indican que la relación con amigos es un indicador clave para el avance en las etapas de adquisición del consumo de alcohol (Guzmán Facundo F.R , Alonso Castillo M. M; 2005).

## Metodología

### Definición específica del problema

Determinar si un curso taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social; y si existen diferencias entre el taller y la plática.

### Preguntas de investigación

¿El taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar la auto eficacia ante la presión social en adolescentes bebedores de una escuela secundaria del Municipio de Los Reyes La Paz, Estado de México?

¿El taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar la auto eficacia ante la presión social en adolescentes bebedores de una escuela secundaria del Municipio de Los Reyes La Paz, Estado de México al mes de haber concluido el tratamiento?

¿Existen diferencias entre la plática y el taller para incrementar la auto eficacia ante la presión social en adolescentes bebedores de una escuela secundaria del Municipio de la Paz, Estado de México?

¿Existen diferencias entre la plática y el taller para incrementar la auto eficacia ante la presión social en adolescentes bebedores de alcohol de una escuela secundaria del Municipio de los Reyes la Paz, Estado de México al mes de haber concluido cada tratamiento?

### Objetivo general

Determinar si un taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social. Esto con el propósito de contribuir al conocimiento de tecnologías para la atención de las adicciones.

### Objetivos específicos

Determinar si el taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social.

Determinar si existen diferencias entre el taller y la plática para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social.

Determinar si existen diferencias entre el taller y la plática para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social al mes de haber concluido el tratamiento.

### Hipótesis

HO: El taller de habilidades sociales no es eficaz para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la **presión social**.

H1: El taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social.

---

HO: El taller de habilidades sociales no es eficaz para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la **presión social** al mes de haber concluido el tratamiento.

H1: El taller de habilidades sociales es eficaz para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social al mes de haber concluido el tratamiento.

---

HO: No existen diferencias entre el taller y la plática para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social.

H1: Si existen diferencias entre el taller y la plática para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social.

---

HO: No existen diferencias entre el taller y la plática para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social al mes de haber concluido cada tratamiento.

H1: Si existen diferencias entre el taller y la plática para incrementar la auto eficacia en adolescentes bebedores ante la presión social al mes de haber concluido cada tratamiento.

---

## Diseño de Investigación

### **Experimental**

longitudinal y prospectivo, con medidas repetidas y grupo de comparación equivalente.

#### Población

Adolescentes entre 11 y 16 años, alumnos de de una escuela secundaria del Municipio de Los Reyes la Paz, Estado de México del turno matutino que reporten consumo de alcohol con riesgo ó consumo perjudicial a través del AUDIT.

#### Criterios de inclusión

- Que sean alumnos del turno matutino de la escuela secundaria seleccionada.
- Que se encuentren en un rango de edad 12 y 16 años
- Consumidores de alcohol que presenten consumo de riesgo ó consumo perjudicial de acuerdo con la Prueba para identificar Trastornos por el consumo de Alcohol (AUDIT).

#### Criterios de exclusión para la plática

- Que el alumno no desee participar

#### Criterios de exclusión para el taller

- Que el alumno no desee participar
- Que el alumno tenga más de una inasistencia al taller

#### Muestra

Intencional, No probabilística de 107 sujetos asignados aleatoriamente a las dos condiciones de estudio 59 para participar en un taller de habilidades sociales y 48 para participar en una única sesión informativa sobre consumo de alcohol (Tabla1).

TABLA. 1 Características de la población por género

|                | Mujeres | Hombres | Edad Promedio | Promedio AUDIT | N  |
|----------------|---------|---------|---------------|----------------|----|
| Gpo.1 Taller   | 24      | 35      | 12.9          | 6.1            | 59 |
| Gpo. 2 Plática | 24      | 24      | 13            | 6              | 48 |

### Variables

VI. Tipo de intervención

VD. Auto eficacia.

### Definición Operacional de las Variables

Auto eficacia: Juicios que una persona hace sobre sus capacidades, para organizar y ejecutar cursos de acción esperados (Bandura, 1977,1986).

Auto eficacia de resistencia: Juicios sobre la propia capacidad para evitar el uso de drogas. (Bandura, 1977,1986).

## **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

### **Prueba para Identificar Trastornos por el consumo de Alcohol (AUDIT)**

Este instrumento fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening que ayuda al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

El instrumento se desarrolló a través de un estudio transnacional que permitió seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening para la detección temprana de personas con problemas de alcohol y este estudio comparativo de campo se validó con cerca de 2000 pacientes reclutados de diversos recursos sanitarios en 6 países: Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América. El sesenta y cuatro por ciento eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol.

En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80 (OMS; 2001).

De acuerdo con la OMS el AUDIT debería aplicarse en grupos de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol como varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos.

### **Cuestionario Breve de Confianza Situacional**

El Cuestionario de Confianza Situacional tiene el objetivo de medir el concepto de auto eficacia, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo (Ruíz Torres, G etal; 2007).

Su adaptación para población mexicana estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997c), quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. En seguida fue piloteado con 5 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres. Para su adaptación a población adolescente se aplicó el instrumento a una muestra de 150 jóvenes usuarios de alcohol y otras drogas entre los 14 y 19 años de edad. La adaptación del instrumento incluyó tres fases; la primer fase (piloteo) se refiere a la aplicación del instrumento de confianza situacional versión breve a 50 adolescentes, la cual tenía como objetivo analizar el contenido de los reactivos, no se efectuó ningún cambio a los mismos. La segunda fase incluyó la aplicación del instrumento a 100 adolescentes con las mismas características de la muestra

anterior, donde se obtuvo la consistencia interna del instrumento que fue de 0.977 (Ruíz Torres, G etal; 2007).

## Procedimiento

### A) Etapa selección

- 1- Se aplicó la Prueba para Identificar Trastornos por el consumo de Alcohol (AUDIT) a la población total de la escuela secundaria seleccionada.
2. Se identificó a alumnos consumidores de alcohol que presentaron consumo de riesgo y consumo perjudicial y se les invitó a participar en el estudio.
- 3- Los alumnos que aceptaron participar fueron asignados en forma aleatoria al grupo control y al grupo experimental.

### B) Etapa de medición pre

-Aplicación el Cuestionario Breve de Confianza Situacional al grupo experimental y al grupo control.

### C) Etapa de tratamiento

Se dividió al grupo control y experimental respectivamente en subgrupos de 6 a 10 alumnos para la impartición del taller ó plática. La duración total de cada taller fue de 4 sesiones diarias de 60 min y las pláticas fueron impartidas en 1 sola sesión de 60 min.

### D) Etapa de medición post

-Se aplicó nuevamente el Cuestionario de Confianza Situacional al grupo experimental y al grupo control.

### E) Etapa de seguimiento

-Se dio seguimiento al mes y a los 3 meses y en cada seguimiento se aplicó nuevamente el Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

## Análisis

Prueba t de Student para muestras relacionadas con mediciones pre y post para cada grupo (taller y plática).

## RESULTADOS

En el caso del taller, la comparación entre pre y post registró una disminución en el nivel de autoconfianza (15.14%), mientras que en el pre y mes se registró una disminución mayor (27.88%) (Tabla 2).

TABLA 2. NIVEL DE AUTOCONFIANZA EN EL TALLER

|                 | MEDIA |
|-----------------|-------|
| Par 1 PRES PRE  | 77.32 |
| PRES POST       | 62.20 |
| Par 2 PRES PRE  | 78.38 |
| PRES MES        | 50.50 |
| Par 3 PRES POST | 61.23 |
| PRES MES        | 53.77 |

En el caso de los participantes en el Taller, los resultados de la presión social indican diferencias estadísticamente significativas, al compararse las mediciones de preprueba con las de postprueba ( $t= 2.381$ ,  $gl=49$ ,  $p=0.21$ ), así como los resultados postprueba y al mes ( $t=.000$ ,  $gl=47$ ,  $p=0.21$ )(Tabla 3).

TABLA 3. PRUEBA t DE MEDIAS RELACIONADAS EN GRUPO TALLER

|                         | T     | Gl | significancia (bilateral) |
|-------------------------|-------|----|---------------------------|
| Presión Social Pre-Post | 2.381 | 49 | .021                      |
| Presión social Post-Mes | 3.822 | 47 | .000                      |
| Presión Social Post-Mes | 1.11  | 42 | .273                      |



En el caso de la plática, la comparación entre pre y post registró una disminución en el nivel de autoconfianza (4.1%), mientras que en el pre y mes se registró una disminución mayor (11.58%) (Tabla 4).

TABLA 4. NIVEL DE AUTOCONFIANZA EN LA PLÁTICA

|                 | MEDIA |
|-----------------|-------|
| Par 1 PRES PRE  | 71.78 |
| PRES POST       | 67.57 |
| Par 2 PRES PRE  | 69.71 |
| PRES MES        | 58.13 |
| Par 3 PRES POST | 71.15 |
| PRES MES        | 72.00 |

En el caso de los participantes en la Plática, los resultados de la presión social no indican diferencias estadísticamente significativas, al compararse las mediciones de preprueba con las de postprueba ( $t = .609$ ,  $gl = 36$ ,  $p = 0.546$ ), preprueba y mes ( $t = 1.282$ ,  $gl = 30$ ,  $p = .209$ ) y finalmente postprueba y mes ( $t = -.156$ ,  $gl = 25$ ,  $p = 0.877$ ) (Tabla 5).

TABLA 5. PRUEBA t DE MEDIAS RELACIONADAS EN GRUPO PLÁTICA

|                         | T     | GI | significancia (bilateral) |
|-------------------------|-------|----|---------------------------|
| Presión social Pre-Post | .609  | 36 | .546                      |
| Presión social Pre-Mes  | 1.282 | 30 | .209                      |
| Presión social Post-Mes | -.156 | 25 | .877                      |

## DISCUSIÓN

En relación a los resultados obtenidos un primer supuesto sería que la intervención registró un efecto de sensibilización y que los muchachos mayormente expuestos a la intervención preventiva desarrollan una mayor concientización de los riesgos y complejidad de las situaciones a las que se enfrentan y se perciben, consecuentemente, menos preparados para enfrentarlas.

Al respecto la recomendación sería ajustar los contenidos del taller dedicando más tiempo al ensayo de las habilidades y al modelado de las estrategias dando oportunidad a que se presenten situaciones en las que los sujetos puedan aplicarlas, es decir, el taller podría llevarse a cabo una vez a la semana.

Un segundo supuesto sería que en las mediciones posteriores, principalmente en las del Taller, se esté registrando una actitud negativista propia de los adolescentes, en particular considerando que el tamizaje efectuado para captar a la población de estudio pudo haber influido negativamente en ellos.

En tercer lugar sería importante mencionar que los contenidos del taller podrían no estar lo suficientemente relacionados con la variable de medición, este caso, auto eficacia de resistencia ante el consumo de alcohol ó que el instrumento no es adecuado para hacer mediciones del componente de auto eficacia.

En relación al taller cabe mencionar que no todas las sesiones del están directamente relacionadas con el componente de presión social aunque se sabe que el entrenamiento en solución de problemas y el manejo del estrés pueden influir en dicho componente.

Una consideración en relación al instrumento de medición es que su eficacia ha sido comprobada en el ámbito clínico en donde el instrumento se aplica en forma directa y no en una modalidad auto aplicable. Creo que sería importante desarrollar un instrumento que mida autoconfianza, y que compruebe su eficacia en el ámbito de la investigación ya que durante la aplicación varios de los sujetos reportaron dudas al momento de contestar, esto a pesar de que las instrucciones fueron dadas en más de una ocasión.

Finalmente, siempre es posible que el programa esté teniendo efectos contrarios a los esperados.

Sabemos que en un escenario “natural” tan complejo como las escuelas intervienen factores diversos asociados con los propios maestros, los compañeros o las situaciones que viven los alumnos dentro y fuera de la escuela así como los cambios emocionales propios de los adolescentes, por lo cual considero que la autoconfianza percibida respecto al uso de alcohol no tiene un comportamiento lineal y que dada la limitante de la medición empleada el proceso de cambio podría implicar efectos aparentemente paradójicos.

Lo anterior indica que es importante considerar con reserva los hallazgos obtenidos de este estudio, es decir no pueden considerarse definitivos.

Por otro lado se sugiere en estudios posteriores, indagar tal vez por medio de métodos cualitativos, qué factores están relacionados con el consumo en el particular contexto social y cultural de los jóvenes con quienes se hizo el estudio con la finalidad de efectuar intervenciones más eficaces.

En relación a la planeación de un proyecto de intervención preventiva podría hacer las siguientes recomendaciones en base a la experiencia:

-Es importante llevar a cabo un **piloteo** antes de cualquier intervención preventiva de preferencia en una escuela distinta a la escuela en donde se impartirá la intervención, pero con características similares, esto con la finalidad de ajustar los contenidos, el lenguaje y los tiempos acorde con la población objetivo.

-Es importante que antes de iniciar cualquier intervención preventiva se tome en cuenta el **calendario escolar** (días festivos, vacaciones, fechas de exámenes, ceremonias, receso, etc.). No solo para llevar a cabo la intervención, también deberán considerarse las fechas en las que se llevarán a cabo los seguimientos.

**-Recursos económicos (traslado y materiales).** Es importante considerar la cercanía de la escuela o institución en la que se llevará a cabo la intervención ya que el traslado puede resultar costoso. Es necesario también estimar las cantidad de instrumentos de medición o tamizajes que se aplicarán por alumno tomando en cuenta los seguimientos si es que los hay.

**-Recursos humanos.** Se recomienda que un estudio como este se lleve a cabo con al menos dos personas capacitadas en el tema, puede ser que ambas impartan el taller, de manera tal que uno solo no de dos sesiones consecutivas, esto para evitar el aburrimiento de los alumnos al ver a una sola persona y para controlar la variable cansancio del instructor que considero puede influir de una forma negativa en los resultados del estudio. También podría ser importante que ambos instructores dieran sesiones diferentes en cada uno de los talleres, y que cada uno impartiera la misma cantidad de sesiones, esto conlleva a la ventaja de que ambos instructores deberán estar lo suficientemente capacitados para dar cualquier sesión por si alguno de ellos no puede debido a alguna eventualidad y por otro lado se podría pensar que las características individuales de el instructor no están influyendo en forma positiva o negativa en el estudio. Por otro lado considero importante que ambos instructores estén presentes en todas las sesiones para que los alumnos se familiaricen con ambos durante el proceso y además alguno de ellos puede fungir como asistente en actividades como: convocar a los alumnos, pasar lista, cambio de diapositivas, verificar materiales, etc.

**-Permiso de las autoridades escolares** para trabajar con los alumnos y para ocupar un espacio dentro de la escuela y verificar que éste cuente con las condiciones adecuadas para la intervención (capacidad del aula, computadora, cañón, sillas e iluminación adecuada). Esto de preferencia deberá estipularse en un oficio firmado por las autoridades escolares.

**-Avisar a los padres de familia** que se impartirá una intervención preventiva, los horarios y el tiempo de duración total de la intervención, esto con las consideraciones éticas que se mencionan en el apartado correspondiente. Es recomendable aprovechar las juntas de padres para dar este aviso.

**-En cuanto al tiempo** deberá considerarse que las sesiones no pueden durar más de una hora ya que los adolescentes se aburren fácilmente. También se deberá tomar en cuenta el tiempo que se requiere antes de iniciar la sesión para convocar a los alumnos y pasar lista, esto puede llevarse entre 15 y 20 min. Por otro lado es indispensable tomar en cuenta el tiempo disponible para elaborar listas de asistencia, listas de los alumnos que participan en cada taller para las autoridades escolares y listas de control de los instrumentos aplicados por alumno en los seguimientos los seguimientos, mismas que deberán actualizarse en forma constante.

**-En cuanto a los criterios de inclusión** de la intervención preventiva, el hecho de considerar como casos válidos a aquellos que asistan a la totalidad de las sesiones pudieran no ser conveniente ya que es importante tomar en cuenta que los alumnos pueden faltar a la escuela, los maestros, no les permiten salir, etc. Por lo que la muestra quedaría aún más reducida si tomamos en cuenta a aquellos alumnos que no quisieron participar, están suspendidos, se cambiaron de escuela o alguna otra eventualidad.

-Es importante considerar que habrá **alumnos que no hayan sido seleccionados** y que quieran entrar a las sesiones ó bien aquellos que quieran entrar nuevamente. Al respecto será indispensable que si hay dos tipos de intervención ej. Plática y taller no entren a una intervención distinta a la que ya han acudido ya que se tendría que anular al sujeto en estudio debido a que las mediciones no darían cuenta de la influencia real que tuvo una intervención u otra. Por otro lado también se deberá considerar con reserva el hecho de que puedan asistir ó no a una intervención a la que ya acudieron previamente, ya que podría también alterar los datos de las calificaciones en las pruebas por tener más frescos los conocimientos o habilidades adquiridas. Si bien es cierto que estos alumnos pueden facilitar la dinámica de grupo también la pueden alterar en forma negativa impidiendo que los demás participen ó transmitiendo su aburrimiento atribuible a su aprendizaje previo. Sin embargo en el caso de una investigación controlada el hecho de permitir la entrada a los alumnos nuevamente podría representar más obstáculos que ventajas. Sin embargo en el ámbito clínico podría ser útil ya que pueden servir como modelos de las conductas adecuadas a los demás integrantes.

-Es importante considerar que en este tipo de intervenciones pueden funcionar adecuadamente grupos de mínimo 6 alumnos y máximo de 8. Menos de 6 podría resultar poco enriquecedor y más de 8 podría afectar al reducir la atención que el instructor brinda a cada uno de los alumnos para facilitar su proceso de aprendizaje, además de que podría dificultar el manejo de la dinámica grupal.

## Ética y Confidencialidad

En el caso de los alumnos se guardó la confidencialidad de los datos aportados en los test que se aplicaron y de información vertida por ellos en los talleres y pláticas impartidos. También se respetó el no querer participar ó concluir con el tratamiento una vez iniciado (plática ó taller). En el caso de los alumnos que no habían sido seleccionados para alguno de los dos tratamientos y tuvieron interés en participar se les dio oportunidad de entrar sin la condición de que fueran consumidores de alcohol.

Por otro lado se atendió a las dudas generadas fuera del tratamiento relacionadas o no con el mismo. Se les brindó asesoría breve y en caso necesario se canalizó a un centro de atención especializado dependiendo el caso.

Respecto a las consideraciones éticas en la escuela, se informó a directivos y profesores sobre los objetivos del estudio, el tiempo de duración de las sesiones, la frecuencia y la duración del estudio, además del tiempo requerido para la aplicación de pre, post, seguimiento al mes y a los tres meses. También se les informó sobre la confidencialidad de los datos por alumno y de la importancia de la misma y finalmente se acordó con los directivos que al finalizar el estudio se entregaría un resumen de los resultados obtenidos en forma general.

En lo que respecta a los padres se les comunicó en la junta de firma de boletas previó al inicio del tratamiento que se impartiría un taller y una plática, esto se llevo a cabo protegiendo la confidencialidad de los alumnos en cuanto a la forma de selección y a los objetivos específicos de la intervención. Se despejaron dudas en relación al tratamiento y a problemáticas no relacionadas con el objetivo del estudio y en algunos casos también se otorgó intervención breve.

## CONCEPTOS BÁSICOS

**El consumo de riesgo:** Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias diversas para el bebedor o para los demás (OMS; 2001).

**El consumo perjudicial:** Se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol (OMS; 2001).

**La dependencia:** Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (OMS; 2001).

**Auto eficacia:** Juicios que una persona hace sobre sus capacidades, para organizar y ejecutar cursos de acción esperados (Bandura,1977,1986; en: Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

**Auto eficacia de resistencia:** Juicios sobre la propia capacidad para evitar el uso de drogas (Bandura, 1977,1986; en: Echeverría San Vicente, L, etal; 2007).

**Prevención.** La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo (ONDCP, 2000; y CSAP, 1993; en OEA, 2008).

**Habilidades para la vida.** Las habilidades para la vida son capacidades y recursos personales, interpersonales, cognitivos, emocionales y físicos que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades para la vida individuales se pueden citar las estrategias para la toma de decisiones y la solución de problemas, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para manejar las emociones y el estrés (OMS, 1999; en OEA, 2008).

**Entrenamiento en habilidades para la vida:** Constituye uno de los componentes principales en programas efectivos de prevención, especialmente entre los de educación sobre drogas. Generalmente tales programas incluyen asertividad general (mostrar desacuerdo, hacer peticiones, habilidades de confrontación), asertividad específicamente orientada a los iguales y asertividad para resistir la

presión de éstos hacia el uso de drogas, así como otras habilidades más generales como establecimiento de metas, auto-refuerzo, toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento (OEA,2008).

**Factor de riesgo.** Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992; en OEA, 2008).

**Factor de protección.** Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992; OEA, 2008)

**Prevención Universal:** Las intervenciones de prevención universal comprenden a toda la población (nacional, estatal, local, vecindario, escuela, etc.), con mensajes y programas orientados a prevenir o retardar el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas. Incluyen a todos los subgrupos de la población general como adolescentes, niños, mujeres y personas de la tercera edad. Esta categoría de intervención supone que toda la población comparte un riesgo general del mismo grado, aunque éste pueda variar de una persona a otra. Una de las características de la prevención universal es que se aplica a grandes grupos de población, sin que se realice un tamizaje previo (OEA, 2008).

**Prevención selectiva:** Las intervenciones de la prevención selectiva se dirigen a subconjuntos de personas en riesgo de desarrollar abuso de sustancias en virtud de su filiación a un segmento particular de la población, por ejemplo, hijos de alcohólicos, estudiantes que abandonan la escuela o estudiantes que reprueban, niños con hermanos consumidores o que viven en sitios en donde existe la prevalencia y disponibilidad en el consumo de sustancias, entre otros riesgos. Este tipo de intervención requiere de instrumentos de tamizaje o el uso de criterios de agrupación, que permitan identificar los atributos de los sujetos en quienes se llevará a cabo la intervención (OEA, 2008).

**Prevención indicada:** La prevención indicada está diseñada para prevenir la instauración del abuso de sustancias en los individuos que no cumplen los criterios diagnósticos para dependencia a sustancias, pero que muestran ya efectos tempranos asociados con el uso experimental, por ejemplo reprobación o problemas familiares, o que ya se encuentran consumiendo alcohol u otras drogas puente. Las aproximaciones de la prevención indicada se dirigen también a personas que pueden o no usar sustancias, pero que exhiben factores de riesgo que incrementan notablemente sus posibilidades para desarrollar un problema de abuso de drogas (OEA, 2008).



## BIBLIOGRAFÍA

Consejo Coordinador De Seguridad Pública Del Municipio De La Paz (2010). Encuesta De La Juventud en el Estado De México. Consultado en: <http://www.consejodeseguridadlapaz.blogspot.com/>

Echeverría San Vicente, L, etal. (2007). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Gobierno Federal. México.

El Universal (2010). *Niños de 8 años ya fuman marihuana en Edomex. Estudios de la Secretaría de Salud marcan que en la zona urbana mexiquense hay 3.5 millones de personas que padecen alcoholismo*. Consultado en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/677341.html>

Esparza Almanza, S.E y Pillon, S. C (2004). *Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media*. Rev Latino-am Enfermagem março-abril; 12(número especial):324-32. Consultado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/doaj/v12nspea05.pdf>.

Gaspar Solís C. J, Martínez Martínez, K. I (2008). *Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol*. Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguas Calientes, mayo-agosto, Número 41 (47-52). Consultado en: <http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista41/Articulo%207.pdf>

Globovisión (2011). *OMS: Consumo excesivo alcohol mata a 2,5 millones personas año*. Consultado en: <http://www.globovision.com/news.php?nid=177708>

González Núñez, Romero Aguirre, Tavera (1998). *Teoría y Técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. Ed. Trillas.

Guzmán Facundo F.R , Alonso Castillo M. M (2005). *Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos*. Revista Electronica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ed. port.) v.1 n.2. Consultado en : [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762005000200003&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762005000200003&script=sci_arttext)

Hernández Sampieri R, et al. (2006). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill, México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por Entidad Federativa (ENSANUTEF), Estado de México*. Consultado en: <http://insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>.

Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados por entidad Federativa. Estado de México*. Consultado en: <http://www.conadic.gob.mx/>

Journalmex Periodistas De México (2009). *V Encuesta Nacional De Adicciones. Entre el 2002 y el 2008 disminuyó el consumo de tabaco*. Consultado en: <http://journalmex.wordpress.com/2009/10/16/v-encuesta-nacional-de-adicciones/>

Organización de los Estados Americanos (2008). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar*; Washington, D.C. Consultado en: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/publicaciones/2006/doc%20lineamientos.PDF>

Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias (2001) . *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. P 39*. Consultado en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)

Pardo Merino. A y Ruíz Díaz, M.A (2002). *SPSS 11 Guía para el análisis de datos*. Mc Graw Hill, España.

Pollis Denis , F y Humbert Bernardette, P (2003). *Investigación Científica en ciencias de la salud*. Mc Graw Hill, México.

Ruíz Torres, G et al (2007). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Gobierno Federal. México, D.F.

# ANEXOS

## CARTA DESCRIPTIVA TALLER DE HABILIDADES SOCIALES

| SESION | TEMA                            | SUBTEMAS  | OBJETIVOS   |
|--------|---------------------------------|---|---|
| 1      | ALCOHOL                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué es el alcohol?</li> <li>-Consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de alcohol.</li> <li>-Etapas de la adicción.</li> <li>-¿Cómo evitar el consumo de alcohol?</li> <li>-¿Cómo moderar el consumo de alcohol?</li> <li>-Factores de protección del consumo de alcohol.</li> <li>-Mitos y realidades acerca del consumo de alcohol.</li> </ul>  | Sensibilizar a los adolescentes en relación a los daños que ocasiona el abuso de alcohol en las diferentes áreas de su vida, que aprendan a ubicar en qué etapa se encuentran en relación al consumo y brindar algunos tips para evitar ó moderar su consumo de alcohol.  |
| 2      | SOLUCIÓN DE PROBLEMAS           | <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué es un problema?</li> <li>-¿Cómo solucionar un problema?</li> <li>-Etapas de solución de problemas</li> <li>-Aprendiendo a solucionar problemas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio 1. Caso Patricia</li> <li>• Ejercicio 2. Caso Guillermo</li> </ul> </li> </ul>   | Que los adolescentes aprendan a solucionar problemas relacionados con su conducta de beber.   |
| 3      | HABILIDADES SOCIALES DE RECHAZO | <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué es una habilidad social?</li> <li>-¿Cuáles son mis derechos ante una situación social?</li> <li>-Aprendiendo a rehusarme al consume. <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo me pueden presionar para que consuma alcohol?</li> <li>• Estrategias decir “NO” al consumo de alcohol.</li> <li>• Ejercicio: Juego de roles</li> </ul> </li> </ul>   | Que los alumnos aprendan a rechazar el consumo de alcohol cuando no deseen consumir.  |
| 4      | CONTROL DEL ESTRÉS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>-¿Qué es el estrés y cómo me afecta?</li> <li>-Fases del estrés</li> <li>-Aprendiendo a reconocer mi respuesta de estrés <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio 1.Caso María</li> <li>• Ejercicio 2.Mi respuesta de estrés.</li> </ul> </li> <li>-Aprendiendo a controlar el estrés <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo puedo controlar el estrés a través de la mente?</li> <li>• ¿Cómo controlar el estrés a través de la respiración?</li> </ul> </li> </ul> | Que los adolescentes tomen consciencia de que el estrés puede ser un factor de riesgo para el consumo de alcohol, que logren identificar las etapas del estrés y aprendan a controlarlo en una fase temprana cuestionando los pensamientos negativos automáticos y a través de ejercicios de respiración diafragmática. |

Tabla II

## TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
- (0) Nunca
  - (1) 1 o menos veces al mes
  - (2) 2 ó 4 veces al mes
  - (3) 2 ó 3 veces a la semana
  - (4) 4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
- (0) 1 ó 2
  - (1) 3 ó 4
  - (2) 5 ó 6
  - (3) 7 a 9
  - (4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- (0) Nunca
  - (1) Menos de 1 vez al mes
  - (2) Mensualmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
- (0) No
  - (2) Sí, pero no en el curso del último año
  - (4) Sí, en el último año.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?
- (0) No
  - (2) Sí, pero no en el curso del último año
  - (4) Sí, en el último año.
- Puntuación: Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.
- Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

## Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagínate que estas en estas en este momento en cada una de estas situaciones e indica en la escala que tan seguro te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si "DEFINITIVAMENTE CONSUMIRÍA" ante esa situación ó 100% si "DEFINITIVAMENTE NO CONSUMIRÍA" en esa situación.

### 1. EMOCIONES DESAGRADABLES

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 2. MALESTAR FÍSICO

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 3. EMOCIONES AGRADABLES

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 4. NECESIDAD FÍSICA

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 5. CONFLICTO CON OTROS

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 6. PRESIÓN SOCIAL

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%

### 8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS

\*  
 \_\_\_\_\_  
 0% 100%