

*IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ADOPCIÓN
DE PRECAUCIONES PARA LA PREVENCIÓN
DE LA FARMACODEPENDENCIA EN ESCOLARES:
SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ETAPAS*

LUIS FLÓREZ ALARCÓN *

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES Y VIOLENCIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

This research worked the methodology of the Precautions Adoption Process (PAP) in order to modify three risk substance abuse factors (information about psychoactive substances, assertiveness, and resist group pressure) in school children. An assessment method was designed to permit the classification of the participants' original position about their behavior in each of the risk factors. Workshops were also designed to modify each risk factor according to the PAP procedures for every stage. Therefore, the participants had suitable workshops depending of the stage they were classified at the beginning. The design was experimental. The experimental group had 120 participants and the control group 105 participants. The instruments were: an overall assessment pre-post of each risk factor, and a representative behavior assessment of each risk factor in order to get a stage classification. The results showed that there was not a strict progress stage sequence as the PAP points out. In the experimental group, more subjects reached the final stage although they presented a high perceived vulnerability at the beginning, contrary to the hypothesis. Neither, there were differences between pre and post measures, except for the group pressure variable.

Key words: precaution Adoption Process, substance abuse, school children.

La farmacodependencia se considera como uno de los problemas de índole individual y social más nociva, que no se encuentra limitada a una población específica, ya que se ha extendido a todos los contextos en un amplio rango de características socio-demográficas.

En la actualidad Colombia, como el resto del mundo, sufre del flagelo de la farma-

codependencia que se define según la O.M.S. como "un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco. La farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco de forma continua o periódica a fin de experimentar sus

* Director de la investigación. E-mail: luflorez@latino.net.co. Con la participación de: Esperanza Benavidez, Sandra Cárdenas, Magda Garzón, Paola Landinez, Ma. Fernanda Rocha, Ma. Fernanda Rubio, Magda Ruiz, Bertha Sánchez, Gloria Useche y Patricia Velandia.

efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (Organización Panamericana de la Salud, 1985, p.29).

En el presente trabajo se entiende que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) debe tratarse primordialmente como un problema de salud pública y, en consecuencia, abordarse mediante un enfoque sanitario preventivo; este enfoque implica la realización de acciones de modificación de los factores de riesgo que afectan a toda la población, en particular a la niñez, por haberse demostrado que resulta decisiva la acción que se emprenda en esta etapa del desarrollo de la persona.

La psicología de la salud, entendida como el de campo de aplicación de la ciencia psicológica a la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, y la formulación de políticas sanitarias, dentro de una conceptualización moderna acerca del proceso salud-enfermedad (Godoy, 1999), se relaciona ampliamente con la labor preventiva de la farmacodependencia.

Desde el punto de vista psicológico, la promoción y la prevención tienden a realizarse predominantemente mediante programas comunitarios que tienen como objetivo fomentar y proteger la salud de la población “sana”, a través de la acción educativa, haciendo que la salud alcance el primer lugar en su escala de valores, y erradicando las actitudes, conocimientos y hábitos insanos, promoviendo aquellos nuevos hábitos y prácticas saludables (Caplan, 1993).

La prevención de las enfermedades y de todos los fenómenos que impliquen riesgos para el bienestar ha sido una constante entre los grupos humanos. De acuerdo con sus niveles, la prevención es primaria cuando pretende eliminar los agentes patógenos,

alterar las condiciones del ambiente que propician la aparición del problema o fortalecer el huésped para hacerlo resistente. Es secundaria cuando busca disminuir la prevalencia del fenómeno en un grupo y, es terciaria cuando intenta conservar el rendimiento de los individuos por medio de su rehabilitación (Gossop y Grant, 1990). Así que cualquier nivel de prevención tiene como objetivo último modificar los comportamientos de la población en sentido favorable para la salud, y si bien existe acuerdo sobre la necesidad de cambiar los comportamientos insanos prevalentes, no lo hay sobre cómo debe estructurarse y desarrollarse el proceso de la acción educativa para que sea eficaz en el logro del objetivo que se le ha de asignado (Salleras, 1990).

Respecto del consumo de SPA, se ha venido asumiendo en la última década un mayor compromiso, planes, políticas y estrategias mucho más coherentes, claras y definidas. Su propósito principal es contrarrestar la aparición de este comportamiento mediante la intervención desde todos los ángulos y enfoques, y la modificación de los factores que favorecen o impiden su aparición y/o mantenimiento.

Para este propósito se formuló el Plan Integral de Prevención (PIPES, 1997). El plan interviene directamente en la comunidad educativa implicando en este ámbito al profesorado, los padres y madres y, especialmente a la población más joven, a partir de la idea que la educación es el mejor instrumento de prevención y el marco escolar es el que más posibilidades y potencial ofrece. El objetivo del PIPES es buscar que los escolares tengan estilos de vida más saludables a través de procesos educativos que contribuyan a disminuir los factores de riesgo y a desarrollar factores de protección.

Para prevenir el consumo de SPA se han propuesto otros programas dirigidos a infantes. Entre éstos puede hacerse mención del programa denominado "Drogas Programa de Educación Preventiva en la Escuela", (Padres y Maestros, 1990) el cual describe once estrategias con las cuales se lleva adelante un plan de educación preventiva del consumo de drogas.

Algunas de estas estrategias se centran más en la información y desarrollo de contenidos para realizar prevención en la escuela; otras, en cambio, insisten en la atención a la persona y en la comunicación de sus sentimientos y problemas.

Todas ellas llevan consigo la participación más o menos activa de los niños y las niñas, y reportan algunos logros de mayor o menor duración. Sin embargo, estas estrategias también tienen algunas desventajas debidas a su dificultad de aplicación o a la insistencia desmesurada en un factor de riesgo (ej. falta de información), lo que puede tener efectos no deseados.

En otro programa de prevención, Bennett (1987) plantea la importancia acerca de "La enseñanza de cómo prevenir las drogas" como un programa modelo, y menciona algunos temas y actividades de aprendizaje que deben guiar la elaboración de un plan de estudios que satisfaga las necesidades y prioridades del plantel y que cumpla con el objetivo principal de prevenir el consumo de drogas desde las instituciones escolares.

Cepeda, Pezzano y Racedo (1988) llevaron a cabo un programa educativo en diferentes poblaciones denominado "Prevengamos la Farmacodependencia", dirigido a niños en edad escolar. Este programa busca contribuir al proceso de formación de actitudes adecuadas hacia la salud y la enferme-

dad, mediante la remoción de las situaciones que han generado tradicionalmente actitudes inadecuadas ante estos hechos sociales. Uno de los grupos al cual fue dirigido este programa comprendía niños con edades entre los cuatro y cinco años asistentes a los CAIP (Centro de Atención Integral al Pre- escolar) del ICBF de la ciudad de Barranquilla. El programa consiste en un conjunto de actividades educativas que hacen referencia a los siguientes temas: así me siento yo, mi cuerpo sano, ¿qué pasa cuando me enfermo?, el equipo humano de salud, y el cuidado de la salud.

La *American Health Foundation* reportó los resultados de un programa de educación resistente al abuso de drogas, denominado DARE. El programa se implementó en un colegio de primaria y se fundamentó en un currículo de prevención diseñado para implementarse en los últimos años de educación elemental.

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de que los programas de prevención deben enfatizar aún más específicamente sobre los factores de riesgo, la inclusión de sesiones de animación que apoyen los efectos positivos, y gran atención a la interrelación entre los procesos de desarrollo en adolescentes que usan sustancias, las características individuales y el contexto social.

El programa "Conozca su cuerpo" (Know Your Body, KYB) está también dirigido a la prevención de la farmacodependencia en niños(as); según sus autores (The Know Your Body, 1996), desarrolla un enfoque holístico acerca de la vida saludable que incluye nutrición, estabilidad emocional y prevención del uso de SPA. De esta forma el currículo KYB saludable está integrado con arte, matemáticas, estudio

social y ciencia. El programa usa juegos, simulación y juego de roles para ayudar a los estudiantes a practicar habilidades saludables en el salón de clase. Los maestros enseñan habilidades de vida tales como autoestima, toma de decisiones, establecimiento de metas, comunicación asertiva y manejo del estrés.

En los anteriores estudios se incluyen factores de riesgo de farmacodependencia similares a los que se incluirán en la presente investigación, en la cual se adopta el modelo conocido como Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988). Se trata de un modelo que conceptualiza el cambio como un proceso etapas, y surgió de un análisis acerca de la conducta saludable alternativa a otros análisis cognoscitivos-sociales como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada y la teoría de la acción planeada. Esos modelos cognoscitivos más tradicionales conciben la probabilidad del cambio de conducta como la sumatoria de distintas variables dentro de una ecuación predictiva rectilínea, proceso concebido como variación unidimensional continua, en contraposición a variación por etapas. Una implicación importante de esos modelos es que se traducen en acciones preventivas que no toman en cuenta las posibles diferencias individuales a la hora de introducir tratamientos, ni las modificaciones que van ocurriendo a lo largo del proceso de cambio conductual.

El modelo de Adopción de Precauciones, por el contrario, asume una concepción acerca del cambio que implica tanto un funcionamiento cognoscitivo de alto nivel como una planeación avanzada, en donde el individuo presenta comportamientos nuevos y complejos que no forman parte de su repertorio comporta-

mental. Este modelo sugiere que las personas se comportan de manera cualitativamente diferente en los diversos puntos del proceso de cambio y que las clases de intervención y de información requerida para que las personas se aproximen más a la acción, varía de etapa en etapa. Las transiciones entre etapas pueden conceptualizarse como barreras que deben ser superadas para llegar a la adopción de la acción (Weinstein, 1988).

De acuerdo con lo anterior, las acciones de cambio fundamentadas en una teoría de etapas acerca del comportamiento preventivo, deben presentar cuatro características principales (Weinstein, Rothman & Sutton, 1998):

1. Proponer un sistema de clasificación para definir las etapas, o un grupo de reglas que asignen a cada individuo a un número limitado de categorías, de manera que los miembros de una etapa dada automáticamente comparten atributos que la definen. Así, las etapas de conducta saludable son categorías con pocas diferencias entre las personas en la misma etapa, y con relativamente amplias diferencias entre las personas en etapas diferentes.

2. Un orden de etapas: hay una naturaleza secuencial que distingue una teoría de etapas de una teoría que simplemente identifica categorías diferentes de individuos, de forma tal que especificar la secuencia de etapas es el inicio hacia la identificación de intervenciones necesarias para ayudar a la gente a cambiar.

3. La presencia de barreras comunes para el cambio que la gente encara en la misma etapa; es decir, la necesidad de que la gente en una etapa dada encare barreras similares y, consecuentemente, puedan ser ayudados por intervenciones similares.

4. La presencia de barreras diferentes para el cambio que la gente encara en etapas diferentes. Así, las clases de intervenciones y de información requeridas en cada etapa varían, de manera que el paso de una etapa a otra ocurre cuando el tratamiento apropiado conlleva a que la barrera que se encuentra entre las dos, haya sido superada.

Las etapas de cambio, según el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), se clasifican de acuerdo con alguno de los siguientes criterios cognoscitivos o conductuales (Weinstein, Rothman & Sutton, 1998): en algún punto inicial, las personas ignoran el problema de salud (etapa 1); cuando aprenden algo sobre el problema, dejan de ser ignorantes, pero no están necesariamente comprometidos con éste (etapa 2); las personas que alcanzan la etapa de toma de decisión (etapa 3), se han comprometido con el punto y están considerando su respuesta. Este proceso de toma de decisión puede dar lugar a uno de dos resultados; si la decisión tomada es no ejecutar ninguna acción, el PAP termina (etapa 4), por el momento. Pero una vez las personas han decidido adoptar la precaución (etapa 5), el próximo paso es iniciar la conducta (etapa 6). Una 7ª etapa indica que la conducta ha sido mantenida en el tiempo.

Esta descripción de los comportamientos en cada etapa corresponden a la metodología del PAP que se propuso en la presente investigación como fundamento para intentar la modificación de tres factores de riesgo de la farmacodependencia en niños, a saber: a) bajo nivel de información en relación con el uso y abuso de las SPA, (INF.) b) déficit en habilidades asertivas (ASERT.) y, c) déficit en habilidades para afrontar la presión de grupo (PdeG).

En un estudio inmediatamente antecedente del presente (Flórez, 1998), se inten-

taron hacer distinciones entre niños clasificados en etapas y se intentó aplicar un programa preventivo diferencial a los diversos subgrupos de niños. Allí se concluyó en la importancia de contar con criterios diferentes para, a) hacer la clasificación de etapas y, b) para hacer la medición de las variables correspondientes a los factores de riesgo. En la investigación actual se propone: a) usar un sistema de clasificación de etapas, a partir de la posición cognoscitiva o conductual de los sujetos respecto de conductas representativas de cada variable o factor de riesgo (INF, ASERT y PdeG), b) comparar las diferencias de cada variable o factor de riesgo entre los subgrupos de sujetos que conforman cada etapa.

Esto supone disponer de: a) un sistema clasificatorio de etapas; b) un sistema evaluativo de variables (factores de riesgo); c) un programa o sistema de intervenciones para la modificación de cada uno de los tres factores de riesgo, con la inclusión de tratamientos diferenciales y adaptados en función de la etapa a la cual se dirigen.

A partir de lo anterior, el problema planteado fue: ¿Cuál es el efecto de un programa para la modificación de tres factores de riesgo de farmacodependencia, en infantes de edad escolar, diseñado y aplicado conforme a un sistema de clasificación de los sujetos en las diversas etapas del PAP?

Las hipótesis propuestas para guiar del análisis de resultados son: a) la medición del postest de información sobre SPA, presión de grupo y asertividad, en el grupo experimental, será significativamente diferente del postest del grupo control; b) se presentarán diferencias significativas en información sobre SPA, presión de grupo, y asertividad, entre los niños clasificados en las diversas etapas del PAP; c) a la modi-

ficación efectiva de información sobre SPA, presión de grupo y asertividad (etapa 6 del PAP) accederá una mayor proporción de sujetos clasificados de entrada en las etapas 3 y 5, que los clasificados en las etapas 1 y 2; d) la menor proporción de acceso a la modificación efectiva de información sobre SPA, presión de grupo y asertividad (acceso a la etapa 6 del PAP) se observará entre los sujetos que presentan de entrada invulnerabilidad percibida (ubicación en la etapa 4); e) se presentarán diferencias significativas en la medición de información sobre SPA, presión de grupo y asertividad entre el pretest y el posttest del grupo experimental.

MÉTODO

Diseño:

La presente investigación es cuasiexperimental en el sentido que se manipula una variable independiente y se evalúa su impacto sobre las variables dependientes, sin asignar los sujetos al azar a los grupos; el

tipo de diseño cuasiexperimental es el de preprueba - posprueba y grupos intactos, uno de ellos experimental y el otro de control (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

El diseño utilizado en esta investigación incluye dos grupos, uno recibe el tratamiento experimental y el otro no (grupo control). Es decir, se hace una manipulación de la variable independiente (talleres): presencia y ausencia.

Las comparaciones entre los grupos de sujetos que se ubicaban en las diversas etapas de una misma variable, se hizo siguiendo el diseño de comparaciones cruzadas (*Cross-sectional Comparison*), propuesto por Weinstein, Rothman & Sutton (1998) para este tipo de situaciones. De acuerdo con este diseño, se comparan los puntajes obtenidos en cada una de las tres variables por los sujetos que se ubican en las diversas etapas; es decir, se toman como un subgrupo a los sujetos ubicados en cada etapa. Un esquema que puede facilitar la comprensión de este aspecto del diseño se ilustra en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Conformación de subgrupos de acuerdo con las etapas del PAP en las que se ubican los sujetos

INFORMACIÓN		ASERTIVIDAD		PRESIÓN DE GRUPO	
n1	N	n1	N	n1	N
n2		n2		n2	
n3		n3		n3	
n4		n4		n4	
n5		n5		n5	
n6		n6		n6	

En el esquema del Cuadro 1, cada celda representa el subgrupo conformado por los n sujetos ubicados en cada etapa. El análisis de comparaciones cruzadas se hace entre esos subgrupos, por separado para cada variable (INF, ASERT, y PdeG) en los N sujetos. Las comparaciones pre-post se hacen, también por separado en cada variable, para el total de los N sujetos.

Por consiguiente, las evaluaciones requeridas son dobles: a) una para hacer la clasificación de los sujetos en alguna etapa del PAP; ésta se hace mediante la ubicación de los sujetos en un comportamiento específico que se propone como representativo de cada variable; b) otra para evaluar globalmente cada variable, o factor de riesgo, antes y después de la intervención, mediante la aplicación de una prueba que evalúa dicho constructo.

Este aspecto de la evaluación diferencial requerida por el diseño utilizado es clave, y su importancia se resaltó en una aplicación anterior del modelo (Flórez, 1998).

Participantes:

Se escogieron para la muestra niños de dos escuelas distritales ubicadas en Bogotá, del Centro educativo Distrital Prado Pinzón (grupo experimental) y del Centro Educativo Distrital Eduardo Carranza (grupo control).

En el Centro Educativo Distrital Prado Pinzón se trabajó con 120 niños de ambos sexos, matriculados en 4º y 5º grados de básica primaria. En el Centro Educativo Distrital Eduardo Carranza se trabajó con 105 niños de ambos sexos, matriculados en los grados 4º y 5º de educación básica primaria. En ambos, el rango de edad estuvo entre los 8 y 13 años.

Instrumentos:

En este trabajo se utilizaron dos instrumentos: uno de evaluación de etapas y otro de evaluación de la variable constituida por cada factor de riesgo.

Clasificación de etapas: En cuanto a los instrumentos de evaluación para determinar las etapas del PAP en las que se ubicaban los sujetos, se tomaron comportamientos representativos de la información sobre SPA, de la presión de grupo, y de la asertividad.

Se tomó un primer comportamiento representativo de cada variable (R1) para evaluar las etapas al inicio (antes del taller), otro (R2) para evaluar las etapas en el intermedio, y otro (R3) para evaluar las etapas al final.

Los comportamientos que se tomaron para representar la conducta de INF fueron: a) leer acerca de las SPA (R1); b) preguntar sobre las SPA (R2) y, c) buscar información sobre las SPA (R3).

Los comportamientos que se tomaron para representar la conducta de ASERT fueron: a) pedir ayuda cuando lo necesita (R1); b) manifestar libremente los sentimientos en la situación apropiada (R2); y, c) expresarse con claridad y sin agresividad cuando se está en desacuerdo con alguien (R3).

Los comportamientos que se tomaron para representar la conducta de PdeG fueron: a) rechazar las ofertas del grupo cuando las considera inapropiadas (R1); b) asumir la responsabilidad por lo que se hace, independientemente de lo que piensen los demás (R2); y, c) analizar las propuestas de los compañeros antes de aceptarlas o rechazarlas (R3).

De esta forma se evaluó si los sujetos habían cambiado de etapa del PAP en R2 con respecto a R1, y en R3 con respecto a R2.

Cada uno de los instrumentos de evaluación de los comportamientos representativos estaba conformado por seis ítems, con un ítem correspondiente a cada una de las seis etapas del modelo PAP.

Los contenidos de los ítems correspondientes a cada etapa se elaboraron de conformidad con la propuesta del PAP (Weinstein, Lyon, Sandman y Cuite, 1998), y eran del siguiente tipo: a) en la etapa 1, el sujeto no sabe de la importancia de X (X= cualquier comportamiento representativo de un factor de riesgo); b) en la etapa 2, el sujeto no piensa en practicar X (no se involucra ni manifiesta interés, a pesar de reconocer la importancia); c) en la etapa 3, el sujeto piensa en practicar X, pero aún no se ha decidido a hacerlo (ausencia de toma de decisiones); d) en la etapa 4, el sujeto decide no practicar X (alta invulnerabilidad percibida o alto sesgo optimista no-realista); e) en la etapa 5, el sujeto decide practicar X pero aún no empieza (ausencia de autocontrol para la práctica de X); y, f) y en la etapa 6, el sujeto practica X (fase de acción real).

Para el diseño de los instrumentos de evaluación de las etapas para cada comportamiento representativo de los factores de riesgo INF, ASERT y PdeG se realizaron tres reuniones a las cuales asistieron las diez estudiantes de psicología participantes de la investigación, el director de la misma, la psicopedagoga y los profesores del Centro Educativo Distrital "Prado Pinzón".

Inicialmente, se elaboró, de común acuerdo, un formato de evaluación estándar para todos los factores de riesgo, diseñado de forma didáctica, y, posteriormente, se perfeccionaron dichos instrumentos.

La validación por consensuación se realizó mediante el diligenciamiento de cada instrumento por parte de las alumnas inves-

tigadoras que no habían trabajado el factor de riesgo evaluado, quienes debían consignar a qué etapa correspondía cada uno de los enunciados, así como corregir errores ortográficos y de redacción. Se validaron así los instrumentos hasta que se alcanzó el 100% de acuerdo entre las investigadoras.

Cada instrumento de evaluación estaba compuesto por los datos de identificación, una breve introducción mediante la narración de una historia que permite al niño contextualizarse con la situación, una pregunta conducente a la clasificación de etapas, y seis alternativas de respuesta, correspondientes a las seis etapas, en orden determinado al azar.

Este formato de evaluación fue elegido por cuanto plantea una secuencia de etapas consistente con el PAP, permite al niño identificar su comportamiento actual a partir de una sola pregunta, parte de una situación que permite contextualizar al niño, y posibilita plasmar las respuestas en una hoja, de manera que la evaluación quede como producto permanente, lo cual favorece la calificación objetiva por parte de los observadores.

El pilotaje de los instrumentos de evaluación de etapas se hizo en el Colegio San José de Calasanz, con una duración promedio de 50 minutos, y fue realizado a un total de 43 niños de los grados cuarto y quinto de primaria de esta institución educativa.

Para la obtención de los resultados en el pilotaje, la hoja de respuestas de cada sujeto fue calificada independientemente por tres jueces. Se calificó como representativa en cada alternativa a la etapa en la cual concordaban 2 de los 3 jueces, y se consideró como válido el instrumento de evaluación cuando ese acuerdo se presentaba, como mínimo, para el 80% de los sujetos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el pilotaje, se eligió el instrumento de clasificación de etapas cuyos resultados mostraban la mayor dispersión, para cada factor de riesgo, obteniéndose así los instrumentos R1, R2 y R3 ya descritos antes para las variables INF, ASERT, y PdeG.

Las versiones gráficas originales de los instrumentos usados para evaluar los comportamientos representativos que se eligieron para R1, R2 y R3 pueden consultarse en Flórez y Cols. (2000).

Evaluación de las variables: En cuanto a la medición de las tres variables (INF, ASERT, y PdeG), la cual se hizo antes (pre) y después (post) de los talleres, tanto en el grupo experimental como en el de control, se utilizaron instrumentos construidos y validados previamente (Flórez, 1998).

La INF se evaluó mediante un cuestionario de 10 ítems, con respuestas de verdadero o falso. La ASERT se evaluó mediante la Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (ECAN). La PdeG se evaluó, igualmente, mediante un cuestionario de 10 ítems con respuestas de verdadero o falso (Flórez y Cols., 2000).

De todas formas, se hizo a posteriori un análisis de la validez y de la confiabilidad de estas escalas; los resultados se presentan más adelante.

Procedimiento:

En la investigación se trabajó en cuatro momentos: diseño de los instrumentos de evaluación, diseño de los talleres, ejecución de los talleres, análisis de resultados.

Para el diseño de los instrumentos de evaluación de las etapas para cada comportamiento representativo de los factores de riesgo se hicieron las reuniones y se siguió el procedimiento que se describió en detalle antes.

En el diseño de talleres para los factores de riesgo se tuvieron en cuenta las características de cada grupo de sujetos para la aplicación de un tratamiento diferencial según la etapa de inicio en la que se ubicaban, y se consideraron los procesos psicológicos, específicos para cada etapa a ser tratados durante los talleres. Antes de cada sesión las talleristas hacían un juego de roles para la aplicación de procedimientos, con la supervisión del autor de este artículo.

Para la ejecución de los talleres cada grupo fue manejado por dos talleristas previamente entrenadas. Además, las talleristas llevaron un registro de observaciones para cada sesión, en las que evaluaban cualitativamente la participación de los sujetos, la comprensión de los temas tratados, el manejo de grupo, y la participación de los docentes en el proceso.

Con el fin de observar la progresión de los sujetos en las etapas, se aplicaron los otros tres instrumentos de la clasificación de etapas antes del inicio (R1), en la tercera sesión (R2), y en la sexta sesión de cada taller (R3).

El detalle de los talleres implementados puede consultarse en Flórez y Cols. (2000).

RESULTADOS

El procesamiento de los datos permite analizar los instrumentos de clasificación de etapas y los instrumentos de evaluación de INF, ASERT, y PdeG.

Para el análisis de los instrumentos de evaluación se averiguó la confiabilidad y la validez. La confiabilidad se obtuvo con el método Kuder- Richardson. Además, se aplicó el análisis de correlación de Pearson, con el fin de determinar algún tipo de correlación entre las variables.

Para el factor de riesgo INF, el coeficiente de confiabilidad obtenido fue 0,32. En cuanto a la escala de ASERT, presentó un coeficiente de confiabilidad de 0,72. En el factor de riesgo PdeG, el coeficiente de confiabilidad fue 0,54. No se presentaron correlaciones altas entre las variables de estudio, lo cual evidencia que cada uno de los instrumentos de evaluación medía constructos diferentes. De otra parte, la asociación más importantes que se observó se dió en el sentido esperado: directo entre el grado de información y la capacidad de resistir la presión de grupo.

Para el análisis de las diferencias entre los subgrupos de sujetos clasificados en las diversas etapas del PAP, se realizó un Anova de una vía. En la tabla 1 se presentan los resultados del Anova para los tres factores de riesgo; estos datos corresponden a los

puntajes pretest obtenidos por *todos* los sujetos, tanto del grupo experimental como del grupo de control.

De acuerdo con lo descrito en la tabla 1, es posible afirmar que no existen diferencias significativas en los puntajes pretest con relación a la clasificación inicial de etapas, para los factores de riesgo información y asertividad. Sin embargo, sí existen diferencias significativas con relación a la clasificación de etapas inicial para el factor de riesgo presión de grupo.

Para determinar la evolución del pretest al postest en la medición de los factores de riesgo se empleó la prueba t- student en la que se realizó comparación de medias entre las mediciones pretest y postest de los tres factores de riesgo, como se puede apreciar en la tabla 2. En el factor de riesgo denominado "nivel de información" no se pre-

Tabla 1. ANOVA de una vía para evaluar las diferencias entre los sujetos clasificados en las diversas etapas del PAP a partir de la evaluación inicial (R1) de cada uno de los comportamientos representativos de los factores de riesgo.

VARIABLE	ETAPA																	
	1			2			3			4			5			6		
	N	M	D.S.	N	M	D.S.	N	M	D.S.	N	M	D.S.	N	M	D.S.	N	M	D.S.
Información	8	7,00	2,82	10	6,70	1,05	15	6,73	1,38	31	7,09	1,66	52	7,26	1,44	109	7,15	1,47
	F = 0,461 (P = 0,805)																	
Asertividad	17	43,41	14,00	5	43,20	11,07	13	42,30	8,39	14	39,64	11,52	32	41,43	9,05	142	38,76	8,53
		1	0	0	7	0		4	2		6							
F = 1,37 (P = 0,23)																		
Presión de grupo	13	7,15	2,11	1			45	6,68	2,05	45	7,00	2,05	35	6,82	2,06	83	7,72	1,57
	F = 2,30 (P = 0,04)																	

N: número de casos, M: Media, D.S.: Desviación Estándar.

sentan diferencias significativas, lo cual indica que todos los sujetos tienen un nivel de información sobre el uso y el abuso de sustancias psicoactivas similar tanto en el pretest como en el postest. Las comparaciones de medias entre el postest del grupo experimental y el grupo control, indican que no hay diferencias significativas en ninguna de las medidas entre los sujetos.

Para el factor de riesgo "asertividad", los resultados permiten afirmar que no existen diferencias significativas entre los dos grupos para los puntajes del pretest, lo que implica homogeneidad en las muestras. Igualmente, se observa que no existen diferencias significativas entre los dos grupos para los puntajes del postest.

En el factor de riesgo "presión de grupo" no se observaron diferencias en las medias de la evaluación pretest y postest en los dos grupos, lo cual indica que los dos grupos se encontraban en un alto nivel de resistencia a la presión de grupo.

Para el grupo experimental, se encontró un alto nivel de significancia en la evaluación de las diferencias pre-post. Para el grupo control, se encontró que en el factor de

riesgo PdeG también existe una diferencia significativa al comparar la medición pre con la post.

En cuanto a la evolución de las etapas, tal como se describe en la Tabla 3, es posible afirmar que, para la variable INF, la mayor proporción de ascenso se observa en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapa 4 para ambos grupos (Experimental y Control), con una proporción de 0,40 y 0,36 respectivamente, y la menor proporción de ascenso se observa en los sujetos que clasificaron al inicio en Etapas 1 y 2 para ambos grupos, con una proporción de 0,20 y 0,28 respectivamente.

Con relación a la variable ASERT, en el Grupo Experimental se encontró que la mayor proporción de ascenso está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapa 4 ($p = 1$), y la menor proporción está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapas 3 y 5 ($p = 0,76$). En el Grupo Control, la mayor proporción de ascenso está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapas 3 y 5 ($p = 0,75$), y la menor proporción está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapa 4 ($p = 0,55$).

Tabla 2. Comparación de medias entre las mediciones pretest y postest de los tres factores de riesgo.

Variable	Pretest				Post-test			
	G. Experimental		G. Control		G. Experimental		G. Control	
	M	D.S.	M	D.S.	M	D.S.	M	D.S.
Información	7,22	1,60	7,01	1,44	7,28	1,60	7,16	1,56
Asertividad	39,86	9,65	40,10	9,40	40,92	11,97	41,04	11,36
Presión de grupo	7,16	1,98	7,23	1,85	7,90	1,98	7,98	2,06

Nota. Los valores t de student en las comparaciones pre-post solamente fueron significativas para presión de grupo, en el experimental y en el control.

Finalmente, para la variable PdeG, en el Grupo Experimental se encontró que la mayor proporción de ascenso está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapas 3 y 5 ($p = 0,67$), y la menor proporción está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapas 1 y 2 ($p = 0,50$). En el Grupo Control, la mayor proporción de ascenso está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapas 1 y 2 ($p = 0,90$), y la menor proporción está en los sujetos que clasificaron inicialmente en Etapas 3 y 5 ($p = 0,72$).

DISCUSIÓN

Teniendo como sustento teórico el modelo de adopción de precauciones (Weinstein, 1988), se realizó la presente investiga-

ción cuya perspectiva enfatiza en la prevención como el medio para desarrollar habilidades personales que contribuyen a disminuir algunos de los factores de riesgo de la farmacodependencia.

Es importante recalcar que para el desarrollo de este estudio, se tuvieron en cuenta las sugerencias de los autores del modelo en cuanto a la extensión a 7 etapas, dar tratamientos diferentes a los grupos de sujetos según la etapa en la que se ubicaban, y definir con mayor precisión las barreras que deben superar los sujetos para pasar de una etapa a la siguiente (Weinstein, Rothman y Sutton, 1998; Weinstein, Lyon, Sandman y Cuite, 1998).

A partir de los resultados obtenidos a través de la implementación de los talleres y su respectivo análisis estadístico que com-

Tabla 3. Proporción de ascenso de los sujetos dentro de las etapas del PAP según lo observado en la evaluación de los comportamientos de riesgo representativos de cada factor.

Variable	Grupo	Etapa inicial		Etapa final 6	Proporción
		Etapa	N	N	
Información	Experimental	1-2	10	2	0,20
		3-5	37	12	0,32
		4	20	8	0,40
	Control	1-2	7	2	0,28
		3-5	30	8	0,27
		4	11	4	0,36
Asertividad	Experimental	1-2	12	10	0,83
		3-5	13	10	0,76
		4	5	5	1
	Control	1-2	10	7	0,70
		3-5	32	24	0,75
		4	9	5	0,55
Presión de grupo	Experimental	1-2	4	2	0,50
		3-5	43	29	0,67
		4	23	13	0,56
	Control	1-2	10	9	0,90
		3-5	33	24	0,72
		4	21	17	0,81

paraban las dos evaluaciones pretest (grupo experimental vs grupo control), es posible confirmar que las muestras seleccionadas son homogéneas a nivel cognitivo-conductual respecto a los tres factores de riesgo trabajados, ya que no mostraron diferencias significativas en los puntajes, lo cual permitió contar con una base uniforme para la aplicación del tratamiento en el grupo experimental, de forma que los cambios que se pudieran observar al final del proceso se debieran a la intervención efectuada.

Sin embargo, de acuerdo al análisis estadístico se evidenció que en relación con la primera hipótesis, no es posible afirmar que existen diferencias significativas en los puntajes de INF, ASERT o PdeG en función de la clasificación de etapas de los factores de riesgo información y asertividad, lo cual evidencia que el sistema de clasificación no refleja diferencias en el constructo. No obstante, en el factor de riesgo PdeG, la probabilidad de azar permite afirmar que existen diferencias significativas en el pretest, en función de la clasificación inicial de etapas.

En cuanto a la clasificación de etapas, en los factores de riesgo INF y PdeG, la proporción de sujetos que clasificó inicialmente en etapas 3 y 5 y que llegó a etapa 6 es mayor que la proporción de sujetos que comenzó en etapas 1 y 2 y llegó a etapa 6, lo que permite confirmar la segunda hipótesis, ya que era más fácil para los sujetos superar 1 ó 2 barreras que realizar todo el proceso, pasando por el conocimiento, la motivación para el compromiso, la percepción de la propia vulnerabilidad y la alteración del balance decisional. Sin embargo, en el factor de riesgo ASERT no es posible confirmar dicha hipótesis debido a que es mayor el número de sujetos que pasó de etapa 1 y 2 a etapa 6, que la cantidad de

niños que de etapa 3 y 5 avanzaron a etapa 6, lo cual puede estar relacionado con una efectividad parcial en el tratamiento, encaminado a superar las barreras de conocimiento y motivación para el compromiso.

Respecto a la tercera hipótesis, no se puede afirmar que la menor proporción de acceso a la modificación efectiva del factor de riesgo (etapa 6) se presentó entre los sujetos con invulnerabilidad percibida (etapa 4), en la evaluación de comportamientos representativos de todos los factores.

Vale la pena aclarar que las diferencias presentadas entre las proporciones de sujetos que llegaron a etapa 6, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, son mínimas, lo cual puede reflejar algunas deficiencias en el sistema de clasificación de etapas.

En relación con la comparación de puntajes pretest- postest en el grupo control para los factores de riesgo INF y ASERT, se observa la permanencia de los datos a través del tiempo, hecho esperado ya que estos sujetos no fueron sometidos a tratamiento. Sin embargo, en el grupo experimental, al que sí se aplicó en tratamiento, la comparación entre pretest y postest muestra muchas similitudes con el grupo control, lo cual sugiere deficiencias en la intervención. En PdeG se observaron diferencias significativas entre los puntajes pretest y postest, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, lo cual impide atribuir las diferencias al tratamiento.

De acuerdo con los resultados de la comparación entre los puntajes postest de los dos grupos, se puede argumentar que en ninguno de los factores de riesgo se presentaron diferencias significativas, lo cual indica que no hubo efectividad aparente en el tratamiento aplicado.

Se puede concluir, de acuerdo con los objetivos propuestos en el presente estudio, como eran diseñar un sistema categórico basado en las etapas del PAP con el fin de aplicarlo a la evaluación de los factores de riesgo representativos de la farmacodependencia e implementar procesos de modificación de los riesgos adecuados a las diversas etapas, que se logró en tanto que se elaboraron esquemas evaluativos para cada uno de los comportamientos representativos de tales factores de riesgo. No obstante, al tener en cuenta los resultados obtenidos, se observa que el sistema de clasificación propuesto para evaluar la etapa de PAP en la que se encontraban los sujetos no es suficientemente apropiado, bien sea porque los comportamientos elegidos no representaban adecuadamente el constructo, porque los instrumentos de evaluación no son homólogos (R1 no evalúa necesariamente lo mismo que R2 o que R3), o porque el diseño de los instrumentos no era el más adecuado, puesto que se prestaba para confusiones entre las alternativas de respuesta.

Igualmente, los resultados pueden deberse a que el grupo experimental y el grupo control, a pesar de ser poblaciones homogéneas, se desenvuelven en un ambiente escolar con normas disciplinarias diferentes, por lo cual valdría la pena, para estudios posteriores, que el grupo control esté conformado por escolares del mismo centro educativo con el fin de estandarizar aún más la población.

Sin embargo, los resultados obtenidos también pueden deberse a fallas en el tratamiento utilizado en cuanto a su diseño o aplicación, por lo cual sería necesario reconsiderar el número de sesiones para cada taller, ya que probablemente el hecho de haber realizado los talleres en seis sesiones

hizo que los niños perdieran interés sobre el tema tratado y no permitió que el 100% de los sujetos avanzara adecuadamente en las etapas del PAP y que se ocasionara reversibilidad en los niños.

Es también importante mencionar que el hecho de realizar actividades lúdicas en el grupo de la etapa 6 del PAP provocó desmotivación y desinterés en los niños que estaban en otras etapas.

Por lo anterior, se sugiere para próximas investigaciones el rediseño de los instrumentos de evaluación de etapas o la clasificación a través de comportamientos observables, la reestructuración de los talleres con el fin de que se realicen en un máximo de 4 sesiones, y la conformación del grupo experimental y grupo control con población de un mismo centro educativo, todo esto con el único fin de controlar algunas variables y facilitar la consecución eficaz de futuros proyectos fundamentados en el P.A.P.

REFERENCIAS

- Bennett, W. (1987). *Cómo Actuar: Escuela sin drogas*. Estados Unidos: Secretaría de Educación.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Cepeda, J., Pezzano, G., & Racedo, M. (1988). *Prevenimos la Farmacodependencia: Programas Educativos Escolares*. Barranquilla: Uninorte.
- Flórez, L. (1998). *Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar*. Acta Colombiana de Psicología; 1,7 – 20.
- Flórez, L.; Benavides, E.; Cárdenas, S.; Garzón, M.; Landinez, P.; Rocha, M. F.; Rubio, M. F.; Ruiz, M.; Sánchez, B.; Useche, G. & Velandia, P. (2000). Implementación del proceso de adopción de precauciones para la prevención de la farmacodependencia en

- infantes en edad escolar: sistema de clasificación de etapas. Investigación Docente, Unidad de Investigaciones, Facultad de Psicología. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En: M. A. Simón (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S.L., 39-76.
- Gossop, M & Grant, M (1990). *Prevención y control del abuso de drogas*. Madrid: O.M.S.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1991) *Metodología de la investigación*. México: McGraw- Hill.
- Organización Panamericana de Salud (1985). *Nociones básicas de toxicología*. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud.
- Padres y Maestros (1990). *Drogas: Programa de Evaluación Preventiva en la Escuela*. Bogotá.
- PIPES (1997). *Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES)*. <http://www.fad.es.com>.
- Salleras, L (1990). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ed. Díaz de Santos S.A. 13-28.
- The Know Your Body Program (1996). <http://www.pbs/prevention/body/html>.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. & Sutton, S.R. (1998). *Stage Theories of Health Behavior: Conceptual and Methodological Issues*. *Health Psychology*, 17(3), 290-299.
- Weinstein, N.D., Lyon, J.E., Sandman, P.M. & Cuite, C.L. (1998). Experimental Evidence for Stages of Health Behavior Change; The Precaution Adoption Process Model Applied to Home Radon Testing. *Health Psychology* 17 (5), 445-453.