

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES PARA PREVENIR LA FARMACODEPENDENCIA EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

LUIS FLÓREZ ALARCÓN\*

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Within the context of a five-stage process known as the Precaution Adoption Process (Weinstein, 1988) it was proposed to change six of the drug addiction risk factors, based on a 120 children sampling. These children came from various Engativa Santafé de Bogotá District Schools, aged between 9 and 13. Risk factors were: lack of adequate information, low level of school adaptation, low level of self-esteem, lack of frustration acceptance, assertive skills deficiency and lack of ability to face the group's pressure. The procedure included a pretest, a six hours workshop given in three sessions, and the evaluation of results for each risk factor. It was assumed that at the end of the total program some children would be in a position to modify their knowledge and attitudes as well as their practices as regards one of the risk factors, chosen from the analysis each subject would have made of his/her vulnerability as regards the said factor. From the application of the Kruskal-Wallis test, it was observed that to evaluate the posttest mean score obtained by the subjects that underwent Stages I, II and III (Group A), Stage IV (Group B) and Stage V (Group C), the differences were significant for the following factors: Low self-esteem (9.58), low rate of frustration acceptance (11.25), assertive skills deficiency (89.49) and group's pressure (19.44). The results and implications are analyzed under the Precaution Adoption Process for the prevention of drug addiction in children. *Key words:* Drugs addiction, prevention, children, stages.

La *prevención* de las enfermedades y, con ellas, 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 pretende conservar el rendimiento de los individuos por medio de su rehabilitación (Gossop y Grant, 1990). Cuando se aborda una problemática en la cual intervienen factores de tipo psicológico, social y cultural, es necesario superar el modelo médico e implementar un modelo psicosocial de prevención, que tenga en cuenta, tal como lo señalan los anteriores autores, que el individuo tome decisiones en un

---

\* Proyecto docente de investigación con la participación de Rosana Córdoba, Henry Fernández, Magnolia Martínez, Angela Nocua, Adriana Quitián y Dora Ramos. Este artículo está basado en la ponencia presentada por el autor en el Simposio "Violencia y Adicciones. Prevención y manejo integral. Énfasis en farmacodependencia y alcoholismo", organizado por la Unidad de Extensión y Servicios de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

contexto que de manera permanente le está ofreciendo posibilidades de acción.

La educación para la salud, el fomento de comportamientos saludables, y la alteración de comportamientos de riesgo, constituye una labor fundamental para la realización de una prevención efectiva. Lamentablemente esta labor se ha venido realizando, casi de manera indiscriminada, en ausencia de modelos teóricos subyacentes que le den sustento a las acciones emprendidas y que le confieran mayores probabilidades de éxito en el logro de los objetivos de cambio propuestos. Generalmente se ha supuesto que el suministro de información acerca de los riesgos, y la implementación de talleres educativos sustentados en modelos de tipo cognoscitivo social, como el modelo de creencias acerca de la salud, la teoría de la acción razonada y el modelo de autoeficacia. No obstante, la experiencia demuestra que estos procedimientos redundan principalmente en decisiones de tipo motivacional, conducentes a alteraciones de los conocimientos y de las actitudes, más que en decisiones de tipo volitivo, conducentes al cambio efectivo de las prácticas o de los comportamientos de riesgo (Conner y Norman, 1995).

Los modelos conocidos como cognoscitivos-sociales acerca del cambio en el comportamiento saludable, consideran la probabilidad de este cambio como la resultante de una sumatoria algebraica de diversos valores relacionados con la percepción de la severidad y de la susceptibilidad frente a un riesgo, y de la percepción acerca del valor protector de las precauciones, de sus relaciones costo-beneficio, así como de la percepción sobre la propia eficacia para comprometerse con

el comportamiento protector. Las diferencias entre ellos se relacionan con el mayor o menor énfasis que ponen en alguno de estos factores en particular.

En contraposición a los modelos lineales acerca del cambio en el comportamiento saludable, en la última década se ha dado mayor énfasis a los denominados "modelos de etapas", entre los cuales los más favorecidos por la literatura experimental son el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982), y el proceso de adopción de precauciones (Weinstein, 1988).

En particular, Weinstein considera que las decisiones humanas no son el producto de procesos racionales que puedan ser atomizados a manera de ecuación. A partir de este postulado, propone que el desarrollo del comportamiento autoprotector se presenta en etapas cualitativamente diferentes, que caracterizan un estado particular en la posición de la persona frente al riesgo, y que el tránsito de una etapa a la siguiente supone la superación de una barrera concreta, objetivo al que se debe abocar específicamente la labor de educación para la salud a fin de ser más efectiva.

El "Proceso de Adopción de Precauciones" (PAP), tal como lo formuló Weinstein en 1988, consta de cinco etapas: I) la percepción del riesgo, de la severidad y de la susceptibilidad, así como del valor de las precauciones, de una manera general. II) El reconocimiento de los anteriores factores para otras personas, en particular las pares o personas del mismo grupo de referencia. III) La percepción de los anteriores factores en sí mismo, es decir, la aceptación de la susceptibilidad personal. IV) La decisión

---

de adoptar la precaución. V) La toma de la precaución.

El PAP se ha implementado en algunas investigaciones docentes antecedentes a la presente en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, como metodología para la prevención de la violencia intrafamiliar (Flórez y Cols., 1998 a) y para la prevención del alto riesgo en el embarazo de adolescentes (Moya y Niebles, 1998). En la presente investigación se propuso aplicar la metodología del PAP para la modificación de seis factores de riesgo de farmacodependencia en niños. La selección de estos factores se hizo luego de una revisión de diversos estudios teóricos y empíricos antecedentes acerca de la problemática de la farmacodependencia. Dada la complejidad de la problemática y la discusión que este tema ha generado, diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales han centrado su atención en identificar cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo en la población infantil y adolescente, para disminuir la vulnerabilidad y favorecer la resistencia al daño.

En relación con el concepto de riesgo, Weinstein (1992, citado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Iberoamericana de la Juventud y el Ministerio de Educación Nacional-Viceministerio de la Juventud, 1995), afirma que "implica la posibilidad de que conductas o situaciones particulares generen daños en el desarrollo, que puedan afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud" (p. 169).

Los factores de riesgo ejes de este trabajo fueron: a) bajo nivel de información en relación con el uso y abuso de las sus-

tancias psicoactivas (SPA); b) bajo nivel de adaptación al entorno escolar; c) baja autoestima; d) baja tolerancia a la frustración; e) déficit en habilidades asertivas, y f) déficit en habilidades para afrontar la presión del grupo.

El problema que se abordó fue: ¿La implementación del Proceso de Adopción de Precauciones puede favorecer el reconocimiento de la propia vulnerabilidad y la modificación de los factores de riesgo asociados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, en estudiantes de escuelas distritales, con edades entre 9 y 13 años?

Las hipótesis propuestas fueron de dos tipos: a) Que las mediciones del factor de riesgo en la evaluación post taller de entrenamiento educativo resultarían significativamente diferentes de las mediciones pretaller, solamente para los sujetos que accedieran a etapas elevadas (IV y V) dentro del PAP para el control de dicho factor. En términos estadísticos esto significa la presencia de diferencias pre-post significativas para los sujetos que alcanzaran dichas etapas únicamente. b) Que los sujetos que llegaran a la Etapa V del PAP, luego del proceso educativo para la modificación de un factor de riesgo específico de farmacodependencia, presentarían cambios superiores en comparación con los sujetos que llegaran a una etapa inferior del PAP. Esto significa, en términos estadísticos, la presencia de diferencias significativas en la evaluación posterior al taller mediante ANOVA para las mediciones del factor de riesgo correspondientes a los sujetos de un Grupo A (los que solamente alcanzan las etapas I, II y III del PAP), los sujetos de un Grupo B (los que solamente llegan a la etapa IV del

PAP) y los sujetos de un Grupo C (los que alcanzan la etapa V del PAP).

## MÉTODO

### *Diseño*

La presente investigación fue de tipo explicativo (Hernández, Fernández y Baptista, 1991); ésto significa que se buscaba superar el nivel exploratorio, para trascender hacia la búsqueda de elementos explicativos de la modificación de los factores de riesgo de farmacodependencia con base en el acceso de los sujetos a una etapa avanzada dentro del PAP. Se utilizó un diseño pre-experimental, pretest-postest, con un sólo grupo de sujetos, en el cual se realizaron dos clases de evaluación: a) Una evaluación del factor de riesgo, antes y después del proceso educativo. b) Una evaluación de la ejecución dentro de cada taller, con el fin de clasificar a cada sujeto en alguna etapa del PAP respecto a cada uno de los factores de riesgo tomados en cuenta.

### *Sujetos*

La muestra estuvo constituida por 120 niños de dos escuelas distritales ubicadas en la localidad de Engativá, en Santafé de Bogotá, de ambos sexos, con un rango de edad entre nueve y trece años, de los grados 4° y 5° de primaria.

### *Instrumentos*

Como se señaló antes, en el desarrollo de este trabajo fueron utilizados dos tipos de instrumentos: uno para realizar la medición pretest-postest, y otro para evaluar el criterio de logro de los participantes en relación con cada etapa del PAP. Para

dos de los factores de riesgo, baja autoestima y bajo nivel de asertividad, se contó con pruebas construidas previamente para la población objeto de este trabajo; para los demás factores de riesgo fue necesario diseñar instrumentos que se ajustaran a las características de los sujetos (Los detalles acerca de los instrumentos y la versión de cada uno de ellos se pueden consultar en Flórez y Cols., 1998):

#### 1. Nivel de información sobre SPA

Pretest-postest: cuestionario de selección de respuesta, con dos posibilidades, falso o verdadero. Este instrumento agrupaba las respuestas en tres categorías, con las que se buscaba evaluar el nivel de conocimientos generales que poseían los niños en relación con las sustancias psicoactivas.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa I. *¿Qué tanto sabes de las drogas?* Es un cuestionario de producción de respuesta corta que consta de cinco reactivos que indagan sobre las causas y los efectos del consumo de SPA.

Instrumento para evaluar el logro de las Etapa II y III. Cuestionario *Algo más sobre las drogas*. Está compuesto por nueve reactivos con opción de respuesta Falso o Verdadero, agrupados en dos categorías: reconocimiento del factor de riesgo para otras personas y percepción de la susceptibilidad personal.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa IV. Formato *Reflexionemos*. Es un cuestionario de respuesta de ensayo que permite evaluar actitudes y competencias.

Instrumento para evaluar el logro de la etapa V. Esta evaluación se hizo al finalizar todos los talleres correspondien-

tes a los seis factores de riesgo, mediante el uso del formato el *Tarjetón*, en donde se presentaban seis óvalos, cada uno con el nombre de uno de los factores de riesgo trabajados; el niño escogía cuál de ellos deseaba modificar. La elección del factor de riesgo se acompañaba de un *Contrato Conductual* mediante el cual el niño manifestaba su intención de modificar ese factor de riesgo, pero, adicionalmente a lo expresado en la intención correspondiente a la etapa IV, señalaba de forma expresa los aspectos que deseaba modificar para poder controlar el factor de riesgo, a la manera de un sencillo programa de auto-control. Este instrumento de logro de la etapa V fue el mismo para todos los seis factores de riesgo incluidos.

## 2. Nivel de adaptación al entorno escolar

Pretest-postest. *Dibuja tu escuela*. Es un instrumento en el cual se le pide al niño que realice un dibujo de su escuela y ubique el sitio donde más le gusta permanecer.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa I. Formato *Conozco mi escuela*. En él se deben enunciar cinco partes de la escuela y hacer una descripción física y ambiental según corresponda.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa II. Formato *Construcción Individual*. Consta de dos partes, en la primera los niños deben presentar cinco actitudes que deben tener las personas para relacionarse satisfactoriamente con su entorno y en la segunda, cinco actitudes que pueden entorpecer la adaptación de las personas a un medio.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa III. *Mi escuela y yo*. Es un cuestionario de respuesta abierta que indaga acerca de la vulnerabilidad personal, consta de cinco preguntas.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa IV. Formato *Estudio de caso*. El enunciado le propone al niño expresar, mediante un ejemplo, una solución para tomar la precaución de modificar el factor de riesgo.

## 3. Autoestima

Pretest-postest. *Escala de Autoconcepto Piers Harris*, adaptada por Giraldo, Neira, Prada y Giraldo (1986), para la población colombiana. Este instrumento de autorreporte consta de 80 reactivos, discriminados en 6 subescalas: comportamiento, estatus intelectual y escolar, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, y felicidad y satisfacción.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa I. *¿Qué es la autoestima?* Es un registro personal, consta de tres reactivos de pregunta abierta; el primero indaga sobre el concepto construido por los niños acerca de su autoestima; en los dos restantes los niños deben identificar sus características positivas y negativas.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa II. *Collage*, en él cada niño describe las características positivas y negativas que identifica en los demás.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa III. *Dibujo de la silueta*. Aquí se pide a cada niño que dibuje su silueta y en ella escriba la respuesta a las siguientes preguntas: ¿qué parte de tu cuerpo te gusta más?, ¿qué parte de tu cuerpo admiran más los otros?, ¿qué es lo que más te asusta?, ¿a qué te gustaría dedicarte en la edad adulta?, ¿qué es lo que más te gusta hacer? y ¿qué es lo que más te molesta hacer?

Instrumento para evaluar el logro de la etapa IV. Contrato conductual mediante el cual el niño se compromete a decirse a sí mismo la verdad de lo que sucede, aceptarse como es, concocerse cada vez más para corregir sus errores, identificar sus fortalezas, defender su autoestima, y felicitarse cada vez que hace algo positivo.

#### 4. Baja tolerancia a la frustración

Pretest-postest. La prueba consta de 12 reactivos, con tres opciones de respuesta cada uno, que discriminan niveles bajo, medio y alto de tolerancia a la frustración de acuerdo con la falta de control-depresión-desesperanza.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa I. Cuestionario *Mis sentimientos ante la frustración*. Consta de cinco preguntas, en las cuales se describen situaciones cotidianas relacionadas con eventos frustrantes, cada una de ellas con tres opciones de respuesta.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa II. Cuestionario *Evidenciando mis frustraciones*. Consta de cinco enunciados, con dos opciones de respuesta (sí-no), en los cuales se describen situaciones cotidianas que evidencian el factor de riesgo.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa III. Cuestionario *Los Vecinos*. Consta de seis enunciados en los que se describen situaciones cotidianas de un vecindario y se indaga sobre los posibles comportamientos del niño ante eventos frustrantes. Cuestionario *El paseo*: consta de siete enunciados, con dos opciones de respuesta (sí-no), en los que se narran situaciones extremas que permiten identificar la susceptibilidad ante el factor de riesgo.

Instrumento para evaluar el logro de la etapa IV. Contrato conductual mediante el cual el niño se compromete a detectar las situaciones y enfrentar las situaciones que pueden despertar sentimientos como rabia, humillación y tristeza.

#### 5. Asertividad

Pretest-Postest. *Escala de Comportamiento Asertivo para niños (E.C.A.N.)*, adaptada por Ferro, Sierra, Velásquez y Bustamante (1987). Consta de 21 reactivos, con 5 opciones de respuesta cada uno, correspondientes a las conductas asertivas, muy pasiva, parcialmente pasiva, parcialmente agresiva y muy agresiva.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa I. Formato *Identificación de las habilidades asertivas*. En él se describen cinco situaciones que corresponden a cinco habilidades: autoafirmaciones positivas, defender las propias opiniones, expresar emociones, expresar opiniones y defender los propios derechos. Al final de cada enunciado, se solicita a los niños que identifiquen la habilidad a la que se hace alusión en la situación planteada.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa II. Formato *Tarea 1*, consta de dos puntos; en el primero los niños deben identificar las autoafirmaciones positivas que puedan hacer los miembros de su familia y sus amigos. En el segundo punto, deben describir situaciones relacionadas con cuatro de las habilidades asertivas trabajadas.

Instrumentos para evaluar el logro de la Etapa III. Formato *Pensamientos, sentimientos y expresiones*. Se pide que escriba lo que pensaría, sentiría y diría en las situaciones que se le presentan a través de una historia dividida en nueve enun-

ciados. Formato *Tarea 2*, consta de cinco items, a saber: lista de las características positivas propias, identificación de emociones en fotografías extraídas de revistas, lista de derechos y deberes propios, identificación de sentimientos y emociones propios y de las posibles causas de éstos, y descripción de una situación en la que defiendan las opiniones propias.

Instrumento para evaluar el logro de la etapa IV. Contrato conductual en el que cada niño se compromete a expresar adecuadamente sus sentimientos y a recibir adecuadamente los sentimientos de otras personas, así como a defender adecuadamente sus derechos y expresar sus opiniones.

#### 6. Resistencia a la presión de grupo

Pretest-Postest. Prueba de autoinforme. Consta de 10 reactivos, cada uno de ellos con dos opciones de respuesta (sí - no), cuyo valor es 0 ó 1, respectivamente. Cada pregunta tiene un único contenido y una única respuesta.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa I. *Hablemos sobre la Presión de Grupo*. Es un formato que consta de dos preguntas abiertas que sondan sobre el conocimiento que tiene el niño acerca del factor de riesgo. La primera pregunta evalúa cómo interpreta el niño la presión de grupo; la segunda, indaga sobre las consecuencias de esta presión.

Instrumento para evaluar el logro de las Etapas II y III. *Te han presionado, me han presionado*. Este cuestionario consta de dos preguntas abiertas. En la primera, donde se evalúan los logros de la etapa II, se pide al niño que describa dos situaciones en donde hayan presionado a dos de sus amigos. La segunda, donde se evalúan los logros de la etapa III, se pide al niño

que describa dos situaciones en las cuales él fue presionado para hacer cosas en contra de su voluntad.

Instrumento para evaluar el logro de la Etapa IV. *La Carta*. Es un formato en el que aparece un mensaje dirigido a cada niño y en el que un amigo imaginario los presiona para consumir SPA; a continuación aparece un espacio en donde se pide al niño que escriba su respuesta al mensaje recibido.

#### Procedimiento

Para el desarrollo del trabajo se ejecutaron cuatro fases:

Fase 1: A través de la Alcaldía Local de Engativá, se contactaron las directivas y el cuerpo docente de dos escuelas distritales de esta localidad, y se seleccionó la muestra.

Fase 2: Diseño de los talleres para la modificación de los factores de riesgo. Para esto se tuvieron en cuenta las características de desarrollo cognoscitivo de los participantes para facilitar el logro de los objetivos. Estos mismos criterios se consideraron para la selección y elaboración tanto de los instrumentos pretest-postest como de los formatos para evaluar el logro de las etapas del PAP en cada factor de riesgo. El contenido de cada taller puede consultarse en Flórez y Cols. (1998).

Fase 3: Ejecución de los talleres. Cada taller correspondiente a un factor de riesgo tuvo una duración de seis horas, distribuidas en tres sesiones de dos horas cada una; en la primera sesión se aplicó el pretest para evaluar el estado del factor de riesgo. La aplicación del postest del factor de riesgo se hizo un mes después de haber finalizado el taller correspondiente.

Fase 4: Análisis de resultados.

## RESULTADOS

El procesamiento de datos que se efectuó para comprobar las hipótesis de trabajo planteadas estuvo dirigido a establecer: a) Las diferencias pre-post de la medición de cada factor de riesgo, mediante el uso de la prueba t de student para muestras correlacionadas, discriminadas por grupos según la etapa alcanzada por los sujetos dentro del PAP. Este análisis permite llegar a conclusiones acerca del cambio observado en un factor de riesgo, en función de la etapa alcanzada dentro del PAP. b) Las diferencias entre los grupos en la medición post de cada factor de riesgo, mediante ANOVA a través del estadístico de Kruskal-Wallis. Este análisis permite establecer la significación de las diferencias entre los valores promedios observados en el factor de riesgo para los diversos grupos conformados según la etapa del PAP alcanzada al final del entrenamiento, de la siguiente forma: Grupo A, sujetos que alcanzaron máximo la etapa III; Grupo B, sujetos que alcanzaron máximo la etapa IV; Grupo C, sujetos que alcanzaron la etapa V.

### *Diferencias Pre - Post:*

Como se puede apreciar en la Tabla 1, con algunas pocas excepciones los valores t de student no permiten verificar la hipótesis en la mayoría de los casos. Esto significa que, aunque los talleres surtieron algún efecto para modificar las habilidades de control sobre los factores de riesgo, por lo general esos cambios no fueron significativos. Los resultados también pusieron en evidencia que la mayoría de los sujetos, en cada factor, se ubicaron en la Etapa IV del PAP, que corresponde a la

decisión de adoptar la precaución, a excepción de un factor de riesgo, bajo nivel de información, en el cual el mayor porcentaje de niños se ubicaron en la Etapa III, que corresponde al reconocimiento de la susceptibilidad personal.

Asimismo, los datos permitieron observar que los factores de riesgo frente a los cuales los niños se sienten más vulnerables son la presión de grupo (32,5%) y la baja autoestima (28,2%), en tanto que los factores de riesgo frente a los cuales los niños se sienten menos vulnerables son el bajo nivel de información en relación con el uso y abuso de sustancias psicoactivas (6,4%) y el bajo nivel de adaptación al entorno escolar (6,4%).

### *Diferencias entre los grupos en la evaluación post:*

Para determinar si el impacto de los talleres medido a través del postest tenía resultados diferenciales para los tres grupos en que se dividió la muestra de acuerdo con la etapa alcanzada (etapas I a III, etapa IV y etapa V), se aplicó la prueba Kruskal-Wallis. Como se puede apreciar en la Tabla 2, los resultados de este análisis permitieron aceptar la hipótesis de trabajo para cuatro de los factores de riesgo: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, déficit en habilidades asertivas y presión de grupo. Esto significa que, aunque el cambio en el control del factor de riesgo por lo general fue pequeño, tal como se desprende del análisis efectuado en el punto 1, sí se dio un cambio significativamente mayor entre los sujetos que alcanzaron una etapa más avanzada en el PAP para cuatro factores de riesgo.

De tal manera, se puede establecer que en este estudio los presupuestos del

TABLA 1

Valores t de student para las diferencias pre-post en cada factor de riesgo, correspondientes a los promedios de los n sujetos que alcanzaron alguna etapa del PAP para dicho factor.

Etapa	Inform.	Adapt.	Autoes.	Frustr.	Aserti.	Presión
I	—	-1.30	-2.33*	2.74*	—	-1.44
II	-3.74*	-1.03	-0.94	0.21	-2.00*	-1.17
III	-2.71*	-1.68	-1.51	2.04*	-1.65	-0.98
IV	-1.48	-1.22	-3.29	0.34	-1.00	-0.98
V	-1.08	-0.89	-0.19	2.40*	0.55	-1.18

Inform.: Información sobre SPA. Adapt.: Adaptación al medio escolar. Autoest: Autoestima. Frustr.: Baja tolerancia a la frustración. Aserti.: Asertividad. Presión: Resistencia a la presión de grupo.

\*Valor de t significativo al 0.05.

TABLA 2

Valores Kruskal-Wallis observados para la diferencia de las medias de los puntajes posttest obtenidos por los sujetos que accedieron máximo a la etapa III del PAP (Grupo A), los que accedieron máximo a la etapa IV (Grupo B), y los que accedieron a la etapa V (Grupo C) en cada factor de riesgo

FACTOR DE RIESGO	H
Bajo nivel de información	0.17
Bajo nivel de adaptación al entorno escolar	0.48
Baja autoestima	9.85*
Baja tolerancia a la frustración	11.25*
Déficit en habilidades asertivas	89.49*
Manejo de la presión de grupo	19.44*

H: estadístico que en la prueba Kruskal-Wallis permite evaluar la significación de las diferencias entre las medias

\*Valor de H significativo al 0.05

PAP se cumplieron en tanto que se halló una diferencia significativa entre los puntajes posttest de los niños que alcanzaron la etapa V y los puntajes posttest de los niños que se ubicaron en etapas anteriores. Así, se puede afirmar que el hecho de haber asumido las pautas de autocontrol para modificar un factor de riesgo (Etapa V) produjo un cambio que se reflejó en las medidas posttest.

## DISCUSION

El objetivo de la prevención es modificar los factores de riesgo que propician el surgimiento de un determinado problema; para ello debe basarse sobre acciones eficaces que garanticen la adopción de las precauciones requeridas, sobre todo si los objetivos conllevan amplios cambios de conducta como es la situación de preven-

ción de la farmacodependencia. En esta investigación se asumió una perspectiva acerca de la prevención que enfatizó el desarrollo de habilidades personales que contribuyen a disminuir la probabilidad de ser vulnerable frente a algunos de los factores de riesgo de la farmacodependencia. En este sentido, se buscaba evaluar el grado en que el Proceso de Adopción de Precauciones, (PAP) proporciona un soporte teórico adecuado para entender el comportamiento humano y, en particular, el relacionado con la adquisición de conductas saludables. A la noción de PAP se articuló la de autocontrol, entendido éste como la habilidad que permite a los individuos construir y modificar repertorios conductuales promotores de bienestar. Los temas trabajados en los talleres educativos se escogieron a partir de la revisión de los factores de riesgo de farmacodependencia a los cuales se podrían ver expuestos los niños en edad escolar.

Los resultados obtenidos plantean una doble situación: de una parte fueron muy pocas las ganancias que se observaron en la modificación de cada uno de los factores de riesgo como resultado de la implementación de los talleres; de otro, la ejecución de los sujetos en la evaluación posterior a los talleres permite apreciar diferencias significativas en favor de los sujetos que accedieron a etapas más avanzadas dentro del PAP, especialmente a las etapas IV y V, para los siguientes factores: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, déficit en habilidades asertivas y déficit en habilidades para resistir la presión del grupo.

El primero de los anteriores resultados constituye un cuestionamiento directo a la capacidad de los talleres diseñados co-

mo medio para favorecer el cambio de los comportamientos de riesgo. El segundo significa que un sujeto que se ubica en una etapa avanzada dentro del PAP efectivamente posee un mejor desempeño actual o habilidad para contrarrestar el comportamiento de riesgo. No obstante, la segunda conclusión estaría mejor apuntalada si se hubieran obtenido diferencias significativas entre las evaluaciones pre y las evaluaciones post taller, pues su ausencia hace pensar que las diferencias entre los tres grupos de sujetos (Grupo A: los que alcanzaron solamente las etapas I, II y III del PAP; Grupo B, los que alcanzaron máximo la etapa IV, y Grupo C, los que alcanzaron la etapa V) podrían haber existido desde antes; lamentablemente no se cuenta con una clasificación pretaller de las etapas en las que se ubicaban los sujetos respecto de cada factor de riesgo para poder descartar esta explicación alternativa.

Los objetivos centrales de un modelo de etapas, como sustento para la realización de una acción educativa para la prevención, son dos: a) Clasificar a los sujetos antes de la implementación de la acción educativa. b) Programar las acciones de educación para la salud en correspondencia con los requerimientos característicos o barreras que se deben superar para avanzar hacia la siguiente etapa en la adopción de la precaución. Al no haberse realizado la clasificación objetiva de la etapa en que se ubicaban los sujetos antes del proceso educativo, la metodología adoptada en la presente investigación resulta insuficiente para arribar a conclusiones más decisivas acerca de las hipótesis propuestas.

La insuficiencia metodológica se corregirá no sólo con la evaluación pre-

eliminar de las etapas en futuras investigaciones, sino con el análisis más detenido de la correspondencia entre las acciones educativas propuestas y los requerimientos del PAP. Esta última afirmación se hace en razón de que la mayor parte de cambios significativos del pretest al post-test se observaron en relación con los requerimientos de las primeras etapas del PAP, los cuales son fundamentalmente requerimientos de instrucción o conocimiento en torno a los riesgos y a las precauciones, lo que lleva a pensar que los talleres diseñados tuvieron más correspondencia con un modelo lineal como el de creencias en salud, que con el modelo PAP de etapas. Para guiar en el futuro la mejor realización de la evaluación preliminar de cada riesgo, y la programación de tareas que faciliten la superación de las barreras entre una etapa y la siguiente, así como la asignación de los sujetos a grupos más apropiados para su ubicación frente al riesgo, se propone el diagrama de la Figura 1. Dicho diagrama corresponde a una propuesta posterior del modelo PAP (Weinstein, 1988), la cual contempla siete etapas y no cinco como la propuesta inicial de Weinstein.

“X” en la Figura 1 podría ser una desadaptación escolar (ej. “no ir a clases por estar aburrido en la escuela”) como factor de riesgo de farmacodependencia, o cualquier otro comportamiento de riesgo. Un niño que NO conoce acerca del peligro respecto del consumo de drogas en que se coloca al estar fallando a la escuela se encontraría en la etapa 1, y la intervención más apropiada sería la información amplia e ilustrada acerca de dicho peligro.

Cuando el niño sí conoce acerca del peligro, la pregunta apropiada sería si está

o no practicando la prevención, es decir, si asiste regularmente a la escuela. Si ya lo está haciendo, se encontraría en la etapa 6, de acción, y la intervención requerida sería para el mantenimiento de esa acción; se podrían programar intervenciones de autorreforzamiento que reafirmen este comportamiento. Si no la está practicando, puede haber diferentes razones:

1. Una razón puede ser que no se interese en prevenir los peligros incorporados en su comportamiento de inasistencia a la escuela; en este caso se ubica en la etapa 2. El requerimiento para superar la etapa es de mayor claridad sobre estos peligros, de los riesgos que implica, de la susceptibilidad de los niños como él frente a dichos riesgos, de datos que apoyen el valor de la asistencia a la escuela, y de los beneficios de la asistencia a la escuela para niños como él.

2. Otra razón puede ser que sí le interese asistir a la escuela como un medio de prevenir el riesgo de farmacodependencia, pero que se encuentre indeciso acerca de hacerlo o no; en este caso se ubica en la etapa 3. El niño presenta dudas sobre la necesidad propia de adoptar la precaución; puede no dudar del beneficio de esa precaución, pero tampoco logra una plena identificación de *sí mismo* frente a los riesgos. El requerimiento para superar la etapa es suministrarle una especie de “espejo” que le refleje su propia situación.

3. Otra razón puede ser que el niño conozca el valor de la asistencia a la escuela como medio para prevenir la farmacodependencia, pero que ya haya tomado la decisión de NO asistir por no considerarse afectado por el peligro; en este

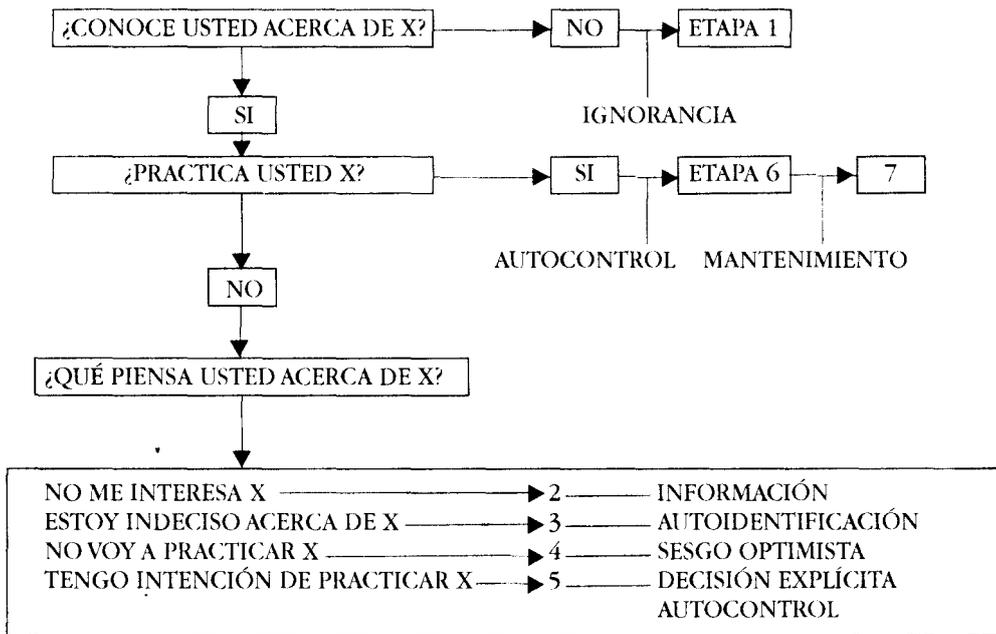


Figura 1. Esquema para la toma de decisiones de acuerdo con el Proceso de Adopción de Precauciones.

→ Etapas; — Barreras

caso se ubica en la etapa 4. Se trata, por lo general, de una situación bastante compleja determinada especialmente por el fenómeno que se conoce como "Sesgo Optimista No-Realista" (Weinstein y Klein, 1996), originado en motivaciones de los sujetos para proteger su auto-estima, proyectar una imagen social positiva, o reducir el estrés apelando a estrategias centradas en la emoción, que en este caso no son adaptativas pues implican la negación de una situación objetiva que se debe abordar como tal, si se quiere disminuir el riesgo. El requerimiento para superar la etapa implica una mayor exploración de las cogniciones del sujeto acerca de su entorno vital, incluyendo las propias vivencias en la escuela. Muy posiblemente aparecerán distorsiones cognoscitivas que explican la

renuencia del niño a la práctica del comportamiento protector, y será esa una de las situaciones que justifiquen la realización tanto de una evaluación como de una intervención más específicas y, probablemente, individualizadas.

4. Otra razón puede ser que el niño manifieste su *intención* de asistir a la escuela como un medio de prevenir la drogadicción, pero no tenga claridad acerca del momento en que pasará a la fase de acción; en este caso se ubica en la etapa 5. Se trata de una situación en la que la persona está muy cercana a la acción; de hecho algunos modelos acerca del cambio del comportamiento saludable, más tradicionales que el Proceso de Adopción de Precauciones (ej. la Teoría de la Acción Razonada) consideran a la *intención* co-

mo un factor necesario para pasar a la fase de la acción. Flórez (1997) propone que el requerimiento esencial para la superación de esta etapa es la elaboración de sencillos pero explícitos compromisos por parte de la persona, acompañados de formas de ayuda externa que conduzcan al autocontrol del comportamiento.

La puesta en práctica de acciones correspondientes a esta sucesión de etapas, tal como lo indican en principio los resultados de la presente investigación, puede facilitar una mejor y más efectiva modificación de diversos factores de riesgo de farmacodependencia en niños de edad escolar, y conducir a que las acciones educativas en salud les permitan trascender la fase motivacional, caracterizada por cambios de conocimientos y de actitudes, hacia la fase volitiva, caracterizada por cambios objetivos en el comportamiento.

#### REFERENCIAS

- Conner, M. & Norman, P. (1995) The role of social cognition in health behaviours. En: M. Conner & P. Norman (Eds.) *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press, 1-22.
- Ferro, J.; Sierra, L.; Velásquez, L. & Bustamante, P. (1987). Aplicación de terapia comportamental con juego para el entrenamiento de conductas asertivas a un grupo de niños con conductas agresivas. *Tesis de grado profesional no publicada*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Flórez, L. (1997). Evaluación de un programa de autocontrol para la promoción de la salud con población adulta. *Psicología Conductual*. 5: 313-344.
- Flórez, L.; Córdoba, R.; Fernández, H.; Martínez, M.; Nocua, A.; Quitián, A. & Ramos, D. (1998). Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños en edad escolar. *Investigación Docente*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Flórez, L.; Jiménez, M.C. & Morales, M.T. (1998a). Diseño e implementación de un programa para la prevención del maltrato infantil, dirigido a estudiantes de básica primaria de una concentración rural. *Investigación Docente No Publicada*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Iberoamericana de Juventud y Ministerio de Educación Nacional, Viceministerio de la Juventud. (1995). *Encuentro internacional sobre salud adolescente*. Santafé de Bogotá.
- Giraldo, O.; Neira, N.; Prada, M. & Giraldo, M. (1986). Adaptación y validación de la escala de autoconcepto para niños Piers Harris. *Tesis de Grado profesional No Publicada*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Gossop, M., & Grant, M. (1990). *Prevención y control del abuso de drogas*. Madrid: OMS.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Moya, M.S. & Niebles, G.A. (1998). Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes. *Tesis de Grado profesional No Publicada*, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288.
- Weinstein, N. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*. 4: 355-385.

- Weinstein, N. (1998). *Aproximaciones comportamentales a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: Conductas saludables, gente saludable*. Santafé de Bogotá: Curso-Taller, SaludPsi, Febrero 13 y 14.
- Weinstein, N. & Klein, W.M. (1996). Unrealistic optimism: Present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15: 1-6.