



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Documento de fundamentación y estructura de la estrategia formativa a orientadores y docentes para la implementación de la estrategia de Prevención Selectiva del Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria.

Convenio Interadministrativo 479 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social -
Universidad Nacional de Colombia (Grupo de Investigación “Estilo de Vida y Desarrollo
Humano” - Centro de Estudios Sociales – Departamento de Psicología, Facultad de
Ciencias Humanas)

**Taller de Formación: Prevención Selectiva del Consumo Problemático de Alcohol en
Estudiantes de Bachillerato**
Fundamentación y Estructura

Introducción

Consumo de alcohol en Jóvenes

Es evidente que gran parte de los problemas de salud están relacionados con estilos de vida que se adquieren en la infancia y la adolescencia (Vélez-Botero, 2009). Particularmente la adolescencia trae consigo una serie de eventos biológicos y sociales estresantes, cuyo afrontamiento puede facilitar la ingesta de bebidas alcohólicas (Burkey & Stephens, citados por Londoño, 2004); en tanto que las expectativas con respecto al consumo de alcohol suelen ser positivas y existe una creencia generalizada de no poseer otras estrategias para reducir la ansiedad (Londoño, 2004; 2007; Londoño & Valencia, 2008); por lo que el consumo de alcohol se convierte en una estrategia de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986) que le permite al joven relajarse, liberarse de la percepción de responsabilidades y como un reductor por excelencia, del estrés y la ansiedad.

Así pues, el consumo abusivo de alcohol constituye el quinto factor de riesgo con mayor relevancia en la carga de morbilidad y mortalidad en el mundo (Fernández, Nevot & Jané, 2002; Kestelma & cols., 2006; Poblete & Cols, 2010). La legalidad en la comercialización de esta sustancia y el sostenimiento socio-cultural de los parámetros de consumo de la misma han tenido un impacto directo en la difusión del consumo de alcohol en la población adolescente (Espada & Cols., 2003).

En Colombia, cuarto país en el mundo con mayor consumo de alcohol y el mayor consumo en las Américas (Degenhardt, et. al., 2008), el fenómeno del consumo de alcohol hace parte de la cotidianidad; uno de cada cinco jóvenes en edades entre los 18 y 24 años se encuentra en situación de abuso de alcohol, y el inicio de esta práctica tiende a disminuir con el paso del tiempo, ubicándose actualmente entre los 7 y 12 años de edad (Pérez, Scoppetta y Flórez-Alarcón, 2011; Pérez y Scoppetta, 2008; Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

De acuerdo con los estudios realizados por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), la prevalencia de vida de consumo de alcohol alcanza un 50% en escolares de 12 y 13 años, del 62% para los jóvenes en edad escolar (13 a 17 años) y hasta un 92% en el grupo 18 a 19 años (CICAD, 2006). De tal forma, el consumo de alcohol es un comportamiento cuya prevalencia de vida va en escalada entre los hábitos de los jóvenes colombianos a medida que aumenta su edad, sin diferencias significativas debido al género y asociado además a la baja percepción de riesgo atribuido al consumo (CICAD, 2009).

El temprano inicio del consumo de alcohol y su rápida escalada hacia el abuso, facilita el desarrollo de problemáticas en la población juvenil. De tal suerte que el consumo de alcohol abre, para los jóvenes, la puerta al consumo de otras sustancias psicoactivas de mayor impacto (cigarrillo y drogas ilícitas), incrementando así mismo, la probabilidad de incurrir en diversas problemáticas de comportamiento (sexualidad, delincuencia, agresividad, entre otras) (Donovan, 2004).

Factores asociados al consumo de alcohol

El consumo de alcohol es un comportamiento complejo y multicausado (Barnes, Hoffman, Dintcheff, Welte & Farrell, 2005), en el cual se involucran diversas condiciones de reforzamiento que originan y mantienen el consumo (Teselma & Cols, 2006), cuyo conocimiento permite identificar y determinar elementos claves a intervenir para la prevención del consumo (Cicua, Méndez & Muñoz, 2008).

Los factores asociados tanto a la iniciación y mantenimiento (Factores de Riesgo), como al retraso del inicio y la disminución (Factores Protectores) del consumo de alcohol, se presentan en diversas áreas de desarrollo o dimensiones de interacción (Salazar, et. al., 2002; NIDA, 2004). Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), estos factores pueden agruparse como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Factores de protectores y de riesgo asociados al consumo de alcohol

Factores de Riesgo	Dominio	Factores Protectores
Conducta Agresiva	Individual	Autocontrol
Falta de supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Actitud académica
Disponibilidad de Drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Fuente: NIDA (2004)

En un nivel basal, cobran relevancia los factores personales o individuales, referidos específicamente a las características cognitivas, conductuales y emocionales con las cuales el joven se desenvuelve en el día al día y se enfrenta a nuevos retos (Secades & Fernández, 2001). Este conjunto de habilidades y conocimientos denominados “*competencias sociales*” (Mahar & Sullivan, 2002; Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001), hacen alusión a un conocimiento tácito, particular para cada individuo y ajustado a una dimensión social (Torrado, 2000; Velde, 2000; Ryan & Deci, 2001; Tobón, 2004; Goldsmith, 2004).

El adecuado desarrollo y estímulo social de las competencias sociales se traduce en una disposición, un saber hacer, que favorece la adaptación y el ajuste psicológico del individuo, constituyéndose en un factor protector para el logro de metas personales y la percepción de calidad de vida (Arias & Fuertes, 1999; Cavell, 1999; Zaldivar, 2003). Por el contrario, el carente desarrollo de estas competencias representa un factor de riesgo que favorece la aparición y el mantenimiento de comportamientos desadaptativos, estrategias de afrontamiento deficientes y estilos de vida en detrimento de la salud (Moral & Ovejero, 2009; Albarracín & Muñoz, 2008; Cicua, Méndez & Muñoz, 2008).

A nivel familiar, la exposición al consumo de alcohol a edades tempranas y la permisividad con respecto al mismo, es un predictor del futuro abuso de alcohol y drogas en el transcurso de la vida (Van der Vorst, et. al, 2006). Los patrones de crianza (disciplina, afecto, protección, clima, entre otros) usados por los padres también son un factor predisponente para el consumo de alcohol en jóvenes (Camacho, 2005; Pérez & Scoppetta, 2008; Papalia, Wendkos & Feldman, 2001). El núcleo familiar representa una estructura de funcionamiento que le sirve de modelo al joven para su comportamiento; de tal forma que las relaciones familiares representan un factor protector de la salud, pero en caso contrario los jóvenes tienden a buscar refugio y apoyo en conductas que pueden resultar nocivas para su bienestar (Salazar & Arrivillaga, 2004; Cicua, Méndez & Muñoz, 2008).

Las relaciones que establecen los jóvenes con sus pares se convierten en una presión, bien para desarrollar conductas saludables o desadaptativas (Camacho, 2005; Cicua, Méndez & Muñoz, 2008). El grupo de pares es una fuente de afecto, aceptación y entendimiento, un lugar para la experimentación y un escenario que da apoyo para conseguir el desarrollo de una identidad propia y autonomía (Londoño, 2008). Así pues, los jóvenes pueden modificar su

comportamiento, favorable o desfavorablemente, en busca de cumplir las expectativas sociales de integración, vinculación y aceptación (Moral y cols; 2005; Pascual 2002). El consumo de alcohol y otros comportamientos desadaptativos hacen parte de las estrategias que emplean los jóvenes en busca de obtener la aceptación de un grupo social determinado y la integración al mismo (Donovan, 2004; Herrán & Ardila, 2007; Henry, Slater & Oetting, 2005).

La escuela por su parte, como un ámbito educativo por excelencia, constituye un ambiente propicio para el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que permitan la transformación efectiva de estilos de vida, con el objetivo primordial de mejorar la calidad de vida y las condiciones para la enseñanza y el aprendizaje (Polaino-Lorente, 1987; Galvis, Urrutia & Bula, 1997). Así pues, el entorno escolar tiene la responsabilidad de ejecutar propuestas educativas que respondan a la solución de las problemáticas infanto-juveniles, incluido el consumo de alcohol (Cicua, Méndez & Muñoz, 2008), a través de la generación de espacios vitales que permitan el desarrollo y fortalecimiento de competencias sociales y habilidades para la vida, favoreciendo la consecución metas, la autorrealización y, sobre todo, la adopción de estilos de vida saludables favorables para la calidad de vida (Secretaria Distrital de Salud, 2003; Cadavid, 2003; Otálvaro, 2006).

Finalmente, en lo referente la macrosistema, la cultura representa un factor relevante en las creencias que los jóvenes desarrollan a favor o en contra del consumo de alcohol (Camacho, 2005; Cote, 2007). La cultura consumidora, la disponibilidad y fácil acceso al alcohol, el limitado alcance de las políticas con respecto al consumo por parte de los jóvenes, la permisividad social y la asociación publicitaria del consumo de alcohol con el logro del bienestar; son entre otros, elementos presentes de forma constante en el ambiente, que facilitan y predisponen al joven para desarrollar el consumo de alcohol (Espada & Cols, 2003; Pérez & Scopetta, 2008). Así pues, los niveles de restricción frente a este tipo de información (Vega, 1997), así como el control que sobre ella se ejerce desde el ámbito público (Cañal, 2003); son elementos determinantes para impactar en la predicción del consumo de alcohol en los jóvenes (Bulck & Beullens, 2005; Engels, Hermans, van Baaren, Hollenstein & Bot; 2009).

Estrategias de intervención

El comportamiento de consumir alcohol es aprendido socialmente y mantenido por las expectativas positivas que genera su consumo (Marlatt, et. al., 1998; Sobell, 2001); por lo tanto

también es susceptible de ser modificado a través de cambios de estímulos sociales, expectativas con respecto al consumo y motivaciones asociadas (Gantiva & Flórez-Alarcón, 2006).

Habitualmente las intervenciones orientadas a la modificación del consumo de alcohol han abordado en el suministro de información y fomento de autocontrol, dependiendo del nivel de riesgo asociado al consumo (Sobell, 2007). Sin embargo, para lograr el cambio comportamental es indispensable abordar las diversas variables de tipo social, emocional, conductual y cognitivo asociadas al consumo (Casals, Bosch, Cebrià & Massons, 2000; Pérez, 2007).

Según Espada, Rosa y Méndez (2003), los programas de mayor eficacia se caracterizan por tener una corta duración, ser implementados por personas externas a las instituciones educativas y estar fundamentados en un modelo preventivo particular (aprendizaje social o acción razonada) en contraposición a los centrados en la transmisión de información. Los autores identifican como elementos fundamentales de una intervención eficaz: a) la transmisión persuasiva de contenidos, b) el entrenamiento de habilidades y, c) el fomento de toma de decisiones y establecimiento de compromisos personales (Espada, et. al., 2003).

De forma similar, Lemstra y cols (2010), señalan que los programas interactivos tienen una eficacia superior a los programas de transmisión de información, en cuanto a la disminución de la frecuencia en el consumo de alcohol. Así pues, resulta claro que la calidad y efectividad de los programas de prevención del consumo de alcohol deben responder a la directriz de integralidad, incorporando elementos de formación de habilidades que respondan a la naturaleza multifactorial del consumo de alcohol (Espada, et. al. 2003; Lemstra, et. al., 2010).

De acuerdo con la revisión, los programas de prevención del consumo de alcohol en jóvenes requieren del esfuerzo y la responsabilidad compartida para promover cambios tanto a nivel individual, como a nivel grupal, organizacional y comunitario; incluyendo la participación de los adolescentes y jóvenes en todos los niveles, tal como se propone en el marco de los programas de escuela saludable (Flórez-Alarcón, 2005; Restrepo, 2001). En este orden de ideas, un programa eficaz de prevención del consumo de alcohol, debe: a) adecuarse a las características de la población objetivo y su contexto, b) poseer relevancia sociocultural y, c) afectar directamente los factores de protectores o de riesgo que se asocian al consumo de alcohol (Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2006; Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

Estrategia de Formación

Objetivo general

Aportar herramientas teóricas, metodológicas y técnicas que contribuyan a fortalecer la capacidad de las instituciones educativas para la prestación de servicios de atención, evaluación, orientación, consejería y apoyo psicológico a estudiantes con problemas asociados al consumo de alcohol.

Objetivos específicos

1. Fundamentar en la psicología de la motivación humana los principios que deben observarse en las intervenciones de prevención selectiva del consumo problemático de alcohol entre la población escolar.
2. Recopilar e integrar los contenidos y las estrategias metodológicas de la prevención selectiva que se han implementado en el marco de la corriente conocida como intervención breve, con enfoque motivacional y de crecimiento personal (e.gr., CEMA-PEMA en Colombia).
3. Desarrollar un proceso formativo dirigido a orientadores y consejeros en las áreas de educación para la salud y prevención del consumo problemático de alcohol, de acuerdo con la fundamentación y recopilación realizada.

Estructura de la propuesta de formación

La actividad de formación de habilidades para la prevención selectiva del consumo de alcohol que se adelantará con orientadores, coordinadores escolares, docentes y otros funcionarios del medio escolar que pueden encargarse de esta labor en las instituciones escolares. Tendrá un contenido coherente con las orientaciones dadas anteriormente (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Estructura del taller

DÍA	CONTENIDO	TEMA	OBJETIVO	SUBTEMAS
Primero	INAUGURACIÓN	Instalación	Presentación del ejercicio	Presentación de la estrategia
	Integración escolar de las actividades de educación para la salud	Introducción y acuerdos de trabajo	formativo por parte de representantes institucionales	Establecimiento de compromisos Plataforma de acompañamiento virtual
		El consumo de alcohol en jóvenes	Hacer un breve análisis acerca de las formas de prevención que se realizan en el ámbito escolar, sugiriendo cómo incluir a la prevención selectiva en el marco del currículo escolar.	Presentación del panorama de consumo de alcohol en jóvenes, la política nacional asociada y lineamientos nacionales (ruta) para la atención de esta problemática en el ámbito escolar
		Prevenición en la escuela	Orientar al educador en términos de lo que significa realizar una actividad de educación para la salud dirigida a la prevención selectiva en el ámbito escolar	Factores asociados al consumo de alcohol en jóvenes
	Herramientas para la consejería	Aportar a los educadores un conocimiento básico sobre temas de alcohol que deben manejar con solvencia en la intervención, así como sugerirles fuentes de información complementaria para el manejo de este tema y de la metodología adoptada en general.	Educación para la salud en el currículo escolar Sensibilización Entrevista motivacional	
Segundo	PERSPECTIVA DE TIEMPO FUTURO	Fundamentos	Presentar el marco conceptual acerca de la intervención breve de tipo motivacional, que busca el planteamiento de un sentido de vida	La motivación en la prevención del consumo de alcohol en jóvenes
	Intervención breve centrada en el fomento del sentido de vida	Método		Intervención preventiva basada en el sentido de vida
		Evaluación		Estrategias de intervención motivacional centradas en el sentido de vida Evaluación de la perspectiva de tiempo futuro
Tercero	APRENDIZAJE SOCIAL	Fundamentación	Presentar el marco conceptual acerca de la intervención breve de tipo motivacional, que busca modificar los procesos motivacionales específicos relacionados con el consumo de alcohol	Modelo transteórico de cambio para la prevención selectiva del consumo de alcohol
	Estrategia motivacional de Prevención Selectiva	Metodología de prevención selectiva		Estrategia motivacional para la moderación del consumo de alcohol
		Evaluación		Evaluación de los procesos psicológicos subyacentes al consumo problemático de alcohol
Cuarto	PLANEACIÓN Y FINALIZACIÓN	Proyecto de intervención	Formular planes de acción institucionales	Lineamientos del plan de acción Formulación y socialización de planes de acción
	Formulación de planes de acción	Aclaración de dudas y cierre del taller	Síntesis y conclusiones	Evaluación del taller Clausura y entrega de certificados

A) Prevención en la escuela

El objetivo de esta sección es hacer un breve análisis acerca de las formas de prevención que se realizan en el ámbito escolar, justificando la prevención selectiva, indicando cómo se puede complementar con la prevención universal y con la prevención indicada, y sugiriendo cómo incluir a la prevención selectiva en el marco del currículo escolar. Se justificara la orientación teórica y metodológica adoptada.

En esta primera parte del taller se hará un análisis dirigido a todo el sector directivo del medio escolar público (rectores, coordinadores académicos y orientadores) con el fin de discriminar las necesidades diferenciales de prevención que se requieren implementar en el medio escolar. Se buscará justificar la prevención universal, especialmente la centrada en el fomento de la competencia social, diferenciándola de otras formas de prevención, la selectiva y la indicada, dirigidas específicamente a la evitación de problemáticas concretas que afectan a grupos particulares que se encuentran en riesgo, para los cuales se recomienda la prevención selectiva, o a grupos que ya han empezado a mostrar niveles significativos del problema, para los cuales se recomienda la prevención indicada. Aquí se procurará ilustrar ampliamente con diversos programas de prevención, que se aplican nacional e internacionalmente en el medio escolar, las características diferenciales de estos programas.

Un objetivo central es que el estamento directivo de los planteles públicos comprenda la importancia de impulsar en su medio los programas de prevención universal (ej. Programas de competencia social y programas de habilidades para la vida), pero también los programas de prevención selectiva, como el que se va a sugerir para hacer frente al riesgo del consumo excesivo de alcohol al que se enfrentan los estudiantes al final del ciclo escolar de secundaria. Igualmente, se busca que se empiece a analizar la posible participación de los agentes naturales del medio (ej. Docentes y orientadores) en la implementación de estos procedimientos, y que se anticipe cuál puede ser la participación de agentes externos al medio (ej. Funcionarios del sector salud) en la complementación requerida para esta implementación. Se hará especial énfasis en el papel protagónico que está llamado a desempeñar el sector de orientadoras(es) en la implementación de las estrategias de prevención selectiva.

B) Estructura básica de una intervención en educación para la salud

El objetivo de esta sección es orientar al interventor en términos de lo que significa realizar una actividad de educación para la salud dirigida a la prevención selectiva en el ámbito escolar.

La educación para la salud se ha conceptualizado tradicionalmente como un objetivo que compete a agentes externos al medio escolar, y no como un propósito que atañe al propio Proyecto Educativo Institucional y, prioritariamente, a los mismos agentes encargados de las labores educativas (tanto funcionarios directivos como docentes y orientadores). Con el fin de corregir este sesgo que tanto perjudica el alcance de las actividades de educación para la salud que se realizan en el medio escolar, se someterá a análisis amplio este concepto, relacionando la educación para la salud con el fomento del bienestar subjetivo y de la calidad de vida, evitando su asociación exclusiva con la ausencia de enfermedad.

C) Perspectiva de tiempo futuro: Intervención breve centrada en el fomento de la motivación y del sentido de vida

El objetivo de esta sección es presentar el marco conceptual acerca de la intervención breve de tipo motivacional, que busca el planteamiento de un sentido de vida, conceptualizado como Perspectiva de Tiempo Futuro.

Uno de los ejes principales que han orientado la prevención selectiva del consumo de sustancias psicoactivas en el medio escolar ha estado orientado por el énfasis en el sentido de vida (Palfai & Weafer, 2006), el cual se toma en la presente propuestas como concepto homólogo al de “perspectiva de tiempo futuro”. El comportamiento humano está influido tanto por los aprendizajes previos como por las expectativas futuras, y en esta relación las conductas presentes se constituyen en herramientas para el logro de un fin o la satisfacción de necesidades específicas (Martínez, 2004; Martínez, 2006; Díaz, 2006).

La representación cognitiva presente de las expectativas futuras y metas personales son motivadores y reguladores de la conducta, que implican la elaboración activa del individuo (Bandura, 1989; Díaz, 2006), a través de una orientación hacia el autodesarrollo, subsistencia y el establecimiento de contactos sociales (Nuttin, 1985). De tal suerte que el

poder motivacional de los proyectos futuro se combina con las expectativas de autoeficacia del individuo (Bandura, 2001).

Así, la proyección futura representa un elemento motivacional para el cambio comportamental (Lewin, 1942; Maslow, 1979; Nurmi, 1991), puesto que implica una perspectiva temporal de la orientación al futuro, debido a que las metas y objetivos que se propone el individuo, al igual que las necesidades, tienen una función dinamizadora de su comportamiento (Domínguez, 2007).

La perspectiva de tiempo futuro (en adelante PTF), se refiere entonces a la conceptualización presente de la metas y a la orientación temporal que motiva, guía e influencia las acciones que emprende un individuo para lograrlas (Henson, Carey, Carey & Maisto, 2006; Stouthard & Peetsma, 1999). Así mismo, incluye la longitud de tiempo en el que un individuo fija sus metas (Lessing, 1972); el compromiso con las mismas y la evaluación objetiva de costos para realizarlas (De Volder y Lens, 1982).

La PTF involucra entonces un elemento cognitivo representado en la disposición individual para esperar las consecuencias a largo plazo de una conducta y, un aspecto dinámico, plasmado en la capacidad para atribuir una alta valencia a las metas en el futuro (De Volder y Lens, 1982). Estos elementos se concretan en tres dimensiones, a saber: a) la extensión, referida a la distancia del futuro en la perspectiva (Platt, Eisenman y Degross, 1969; Lens, 1998; Vázquez, Rapetti y Lacroze, 2006); b) la densidad, en cuanto al número de eventos o tareas que hacen parte del futuro en los dominios de vida del individuo (Platt, Eisenman y Degross, 1969; Vazquez, Rapetti y Lacroze, 2006) y; c) la direccionalidad, como el sentido de avanzar al futuro (Platt, Eisenman y Degross, 1969).

Particularmente en la adolescencia, existe una predisposición a experimentar sensaciones nuevas que pueden constituirse en factores de riesgo o protectores para la salud de los individuos (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003); paralelamente, el futuro adquiere una aproximación más realista, relacionada con las expectativas familiares y sociales que presionan la toma de decisiones (Meriño, 1993). De tal suerte que la PTF se constituye como una habilidad para conectar la educación que se está recibiendo con los objetivos y ambiciones futuras (Nurmi, 1991; Castillos, Balager & Duda, 2001), asociándose de forma significativa con las conductas en salud (Zimbardo y Boyd, 1999).

Al relacionar el pasado con el presente y con el futuro, el adolescente busca el sentido que tiene su existencia en el tiempo (Montenegro, 2008; Knobel, 1993; Rodríguez, 2005), dando paso al camino hacia la adultez (Rappoport, 1972, citado por Merino, 1993). Este desarrollo le permite al joven esbozar un conjunto de objetivos en diferentes esferas de significación, que requieren la elaboración de estrategias encaminadas a emprender acciones en el presente, que contribuyan al logro de metas futuras (Domínguez, 2007).

La delimitación de un sentido de vida en la adolescencia, implica la determinación de deseos futuros y, con ello la formulación de metas a corto, mediano y largo plazo para alcanzarlos (Lens, 1998). Estos planteamientos conducen a la construcción de una PTF, que se constituye, como representación tácita del sentido de vida, en un factor protector de la salud a lo largo de la vida, en tanto involucra además el afrontamiento positivo ante las dificultades (Rodríguez, 2005; Omar, 2005).

Este planteamiento se refuerza con los resultados de diversos estudios, los cuales demuestran la existencia de asociaciones positivas entre la PTF y altos niveles de motivación (De Volders y Lens, 1982), resiliencia y resistencia a factores de riesgo (Omar, 2005; Kerpelman y Mosher, 2004), rendimiento escolar (Omar, 2005); con diferencias atribuibles al género (Greence & Weatley, 1992), el nivel socioeconómico (Nurmi, 1991) y la pertenencia a grupos étnicos minoritarios (Omar, 2005).

Teniendo en cuenta el amplio impacto de la PTF en la salud integral de los jóvenes, así como su relación con una alta valencia de las metas que establecen los escolares, y considerando además que para esto la motivación juega un papel importante tanto en el establecimiento como en la puesta en marcha de estrategias conducentes a su logro final, la escuela se constituye en un espacio idóneo para fomentar la estructuración y puesta en marcha de proyectos personales de vida (Vásquez, 2008; Montengero, 2008).

Desde este marco la propuesta de Montenegro (2008), representa una estrategia integral para fortalecer la PTF, puesto que aborda aspectos coyunturales de esta habilidad, tales como la percepción que tienen los escolares acerca de las acciones presentes y de su influencia en la obtención futura de las metas propuestas, la identificación y aumento de las metas proyectadas, el reconocimiento de los recursos personales y del entorno (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Estructura del currículo de fortalecimiento de la PTF

SESION	OBJETIVO	PROCESOS PSICOLOGICOS
1. PRESENTACION	a) Brindar información a los asistentes sobre el taller b) Motivar a los asistentes para participar en la sesión c) Evaluar el estado de la PTF d) Informar sobre la importancia del reconocimiento de oportunidades futuras	Información Atención, Motivación Evaluación Aprendizaje, Memoria, Lenguaje, Expectativas
2. LO QUE TENGO Y LO QUE QUIERO	a) Motivar a los asistentes para participar en la sesión b) Propiciar la identificación de oportunidades y opciones de proyección hacia el futuro c) Favorecer la formación de actitudes positivas frente al futuro	Atención, Motivación Expectativas de reforzamiento-resultado
3. ¿QUIERES TRIUNFAR?	a) Motivar a los asistentes para participar en la sesión b) Facilitar la elaboración de un concepto propio e individual acerca del éxito y fracaso futuro	Atención, Motivación Controlabilidad percibida
4. ¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!	a) Motivar a los asistentes para participar en la sesión b) Apoyar la identificación de las creencias, modelos y sistemas de soporte social implicados en la consecución de las metas futuras	Atención, Motivación Normas subjetivas
5. ¡NUNCA PARA ATRÁS!	a) Motivar a los asistentes para participar en la sesión b) Identificar los costos y beneficios de los planes futuros c) Propiciar la formulación de metas futuras	Atención, Motivación Balance decisional Planificación del autocontrol
6. MIRANDO HACIA ADELANTE	a) Motivar a los asistentes para participar en la sesión b) Brindar herramientas para identificar las estrategias e implementar los recursos personales, que permitan la superación de obstáculos en el logro de metas futuras c) Evaluar el estado de la PTF	Atención, Motivación Planificación del autocontrol Evaluación

Esta propuesta curricular parte de un enfoque cognitivo-conductual y se fundamenta metodológicamente en la Dimensión Psicológica de la Promoción y Prevención en Salud (DPPPS), la cual propone la transición a través de siete etapas que inicia con el incumplimiento sistemático de una conducta (probabilidad de ejecución cercana a cero) y culmina con el cumplimiento sistemático de la conducta (probabilidad de ejecución cercana a uno). De tal suerte que entre la primera y la última etapa se presentan una serie de barreras de tipo cognitivo o conductual que deben ser superadas por la persona gracias a la aplicación de determinados procesos psicológicos para cada etapa específica (Flórez, 2007) (Ver Figura 1).

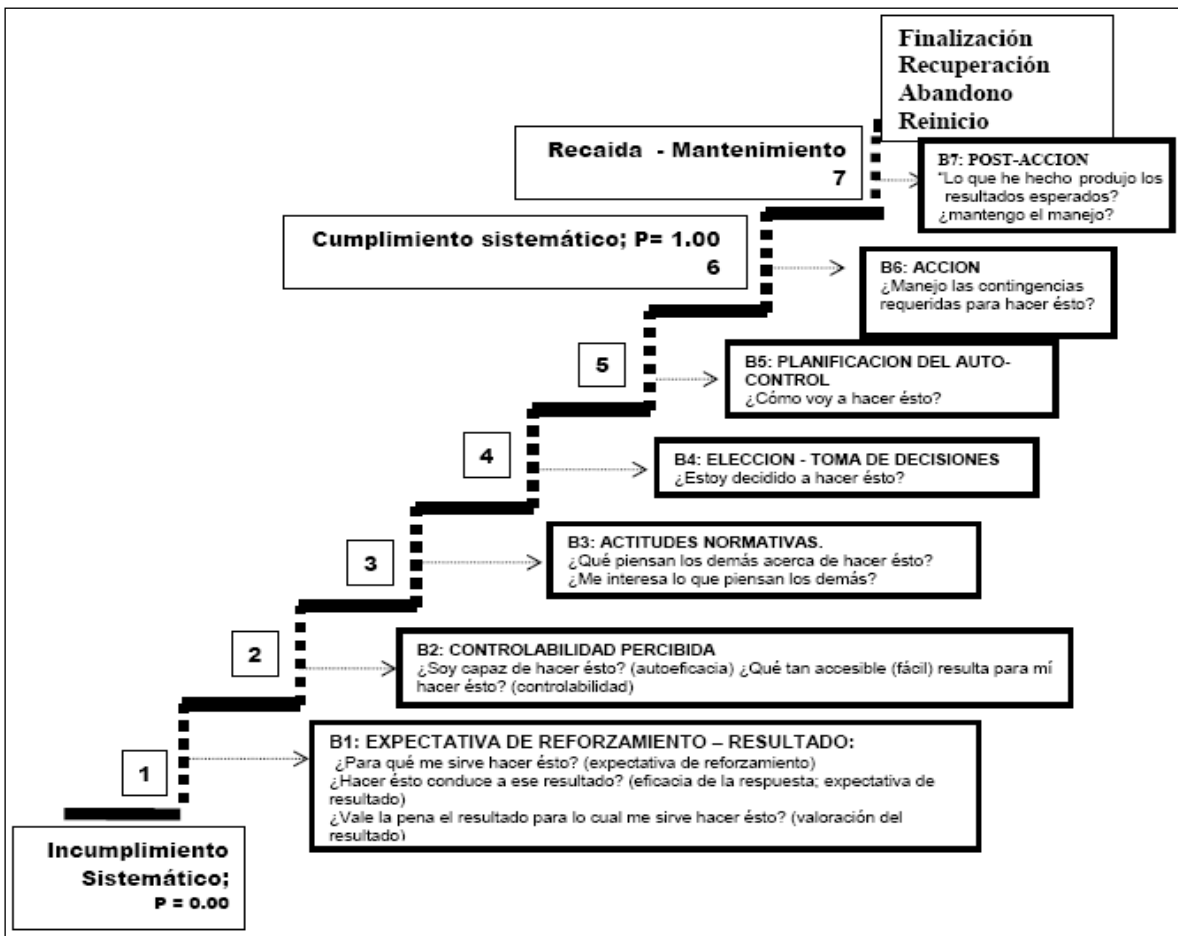


Figura 1. "Escalera Cognitivo Conductual" representación de la DPPPS (Flórez, 2007)

Las barreras propuestas por la DPPPS son: a) expectativas de reforzamiento-resultado (B1), sugiere la necesidad de hacer una anticipación de los beneficios que pueden obtenerse con la ejecución de determinada conducta; b) controlabilidad percibida o autoeficacia (B2), apunta a la capacidad que la persona cree poseer para controlar su conducta y a la responsabilidad asumida por la persona en la ejecución de un comportamiento determinado; c) actitudes normativas (B3), hace referencia a la presión social percibida por la persona y que le lleva a actuar de determinada forma o a ejecutar o no determinada conducta; d) toma de decisiones (B4), es decir, el balance entre costos y beneficios que conllevan la ejecución de determinada conducta que debe hacer el sujeto antes de tomar una decisión; e) planificación del autocontrol (B5), se refiere a la planeación y ejecución de habilidades específicas relacionadas con el comportamiento que se pretende adquirir o extinguir para lograr el cambio; f) manejo de las contingencias requeridas en el autocontrol (B6), hace

alusión a la ejecución de la acción propiamente dicha, suponiendo el manejo efectivo de las contingencias situacionales requeridas por la acción y; g) atribuciones cognitivas en la post-acción (B7), referentes a las atribuciones que la persona realiza acerca de los resultados obtenidos al practicar la conducta, y de las causas de esos resultados, causas que pueden atribuirse por la persona a la conducta (lo cual favorece la consolidación de su ejecución) o a otros factores aleatorios (lo cual debilita la probabilidad futura de ejecución de la conducta) (Flórez-Alarcón, 2007).

D) Aprendizaje Social: Intervención breve centrada en la modificación de los procesos motivacionales específicos que favorecen el exceso alcohólico

El objetivo de esta sección es presentar el marco conceptual acerca de la intervención breve de tipo motivacional, que busca modificar los procesos motivacionales específicos relacionados con el consumo de alcohol (CEMA-PEMA).

El otro eje principal sobre el que se han estructurado los programas de prevención selectiva del consumo de sustancias psicoactivas, es el denominado genéricamente como “intervención motivacional”. Una ilustración de esta modalidad la constituye el Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA) (Flórez-Alarcón, 2003), que es una estrategia de prevención selectiva de corte motivacional (Wahab, 2005) fundamentado en el uso de los procesos que propone el Modelo Transteórico de Cambio (MTT) (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2007); este programa pretende orientar al individuo hacia el cambio de alguna conducta que le cause perjuicio a su salud, en búsqueda de un comportamiento benéfico para sí mismo.

Se trata de una estrategia de intervención breve que busca promover el autocambio en grupos de jóvenes escolares que se encuentran en riesgo de incurrir en abuso de consumo de bebidas alcohólicas, mediante la aplicación de estrategias diseñadas conforme a los principios del aprendizaje social (Marlatt, et al., 1998; Monti, et al, 1999; Murphy, et al., 2001; Borsari & Carey, 2005; Cote, 2007). Dichas estrategias han sido centrales en las aplicaciones preventivas orientadas a jóvenes que requieren acciones de prevención selectiva e indicada, ya que se ubican en zonas de riesgo pero sin presentar aún problemáticas de dependencia alcohólica (Sobell & Sobell, 2005; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Jaimes & Richart, 2008).

El fin último del programa es desencadenar el compromiso de cambio (Wahab, 2005), contemplando como supuesto principal que los individuos cuentan con las habilidades necesarias para transformar en acción esa disposición al cambio (Gantiva, Gómez, & Flórez-Alarcón, 2004; Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998a; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998a). Como estrategia motivacional, el componente esencial de la intervención es la toma de decisiones; de tal suerte que los individuos deben elegir sus metas de cambio (generalmente de moderación y no de abstinencia), así como realizar sus propios planes para el logro de esas metas. Para lograrlo, se les empodera con el conocimiento acerca del estado personalizado de los factores relevantes en el consumo, tales como las situaciones asociadas al consumo y la confianza en sí mismo para hacer frente a esas situaciones (Flórez-Alarcón, 2007).

Aunque CEMA-PEMA adopta del MTT los conceptos referentes a los procesos de cambio, no sigue puntualmente las ideas sobre etapas de cambio que propone el MTT, sino que se ajusta más a las ideas acerca de la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud (DPPPS). La adopción de los conceptos sobre los procesos de cambio le permite al programa hacer una caracterización basada en el proceso motivacional acerca de las dinámicas que se incorporan para el logro de los objetivos específicos que se proponen en cada sesión. La incorporación de los conceptos cognitivos acerca de las barreras que se deben superar para avanzar en el proceso motivacional, le permite al programa especificar los objetivos sucesivos que conducen hacia la acción, conforme a la propuesta metodológica de la DPPPS (Flórez, 2007).

El programa también adopta las ideas del MTT acerca de las variables independiente y dependiente. En el MTT, la variable dependiente es justamente la disponibilidad al cambio, evaluada a través de las etapas motivacionales; los procesos de cambio, por otra parte, constituyen la variable independiente. La disponibilidad al cambio hace referencia a la manifestación de la intención de cambiar un comportamiento; es decir, la motivación para moderar el consumo de alcohol (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, et al., 2008).

Las etapas de cambio, cuya presencia no se considera sustancial en CEMA-PEMA, se refieren a la evolución ascendente de la disponibilidad al cambio a través del tiempo (Flórez, 2007). Estas etapas son: No-contemplación: no hay propósito de cambio; b) pre-

contemplación: no hay intención de cambio en los próximos 6 meses; c) contemplación: propósito de cambio en los próximos 6 meses; d) preparación: intención de cambio en el próximo mes; e) acción: realización de la conducta por menos de 6 meses; f) mantenimiento: realización de la moderación por más de 6 meses, con tentaciones de recaída y; g) terminación: mantenimiento de la conducta de moderación sin tentaciones de recaída (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2007a,b; Flórez-Alarcón, et al, 2008).

La transición entre etapas es facilitada por algunos procesos de cambio, cuyo mayor o menor uso está asociado a la realización de conductas saludables, para el caso particular: el consumo de alcohol. Estos procesos son producto de la comparación de diferentes sistemas terapéuticos y se dividen en: a) procesos experienciales, referidos a actividades cognitivas y afectivas que pueden incrementar la disposición de la persona a tomar una decisión de cambio y, b) procesos conductuales, que son actividades conductuales que operan para incrementar la probabilidad de que la persona lleve a cabo la intención de cambio, una vez que ha tomado la decisión (Prochaska & Prochaska, 1993; Flórez-Alarcón, 2005; Flórez-Alarcón, et al, 2008).

Entre los procesos experienciales, los autores del MTT incluyen: a) concienciación: actividades que propenden por el incremento de la conciencia acerca de los riesgos derivados de la realización de un comportamiento y los beneficios que tiene para la persona su modificación; b) alivio por dramatización: son actividades de vivencia emocional intensa acerca de los riesgos y de sus consecuencias para la misma persona y para los demás; c) autoreevaluación: valoración que la persona realiza acerca de las consecuencias que para sí misma y para los demás tiene su acción problema; d) liberación social: uso de normas o de regulaciones sociales que inhiben o aumentan la disposición de la gente a realizar un determinado comportamiento; e) reevaluación social: evaluación e interpretación que la persona realiza acerca de las normas y regulaciones sociales que facilitan la realización de un determinado comportamiento; f) autoliberación: manifestación de intenciones de cambio, expresadas en decisiones de la persona (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2005; 2007; Flórez, 2007).

Por su parte, los procesos conductuales formulados por el MTT se refieren a: a) control de estímulos: manejo que la persona hace para modificar situaciones sociales y

medioambientales que la conducen a realizar comportamientos no deseados; b) manejo de contingencias: manejo que hace la persona de las consecuencias derivadas de un comportamiento, mediante la aplicación consciente de contingencias coherentes con su comportamiento; c) contracondicionamiento: realización de actividades que llevan a modificar la valencia de un determinado comportamiento; y, d) búsqueda de soporte social: aumento de la percepción que tiene la persona acerca de las fuentes sociales disponibles que le apoyan para realizar la modificación de un comportamiento, y los cambios en la valoración de dichas fuentes (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2005; 2007; Flórez, 2007).

De acuerdo con Prochaska, Norcross y DiClemente (1994), existe una asociación sucesiva entre etapas y la transición entre ellas es mediada por los procesos de cambio, de tal forma que en las primeras etapas (precontemplación y contemplación) se debe privilegiar el uso de los procesos experienciales; mientras que en las etapas avanzadas (preparación, acción, y mantenimiento) se deben abordar los procesos conductuales (Ver Figura 2). De esta manera, la propuesta del MTT indica que para el caso de la modificación del consumo de alcohol, el uso de los procesos de cambio aumenta a medida que se avanza de etapa para aproximarse a la acción (Flórez-Alarcón, 2005; Flórez-Alarcón, et al, 2008).

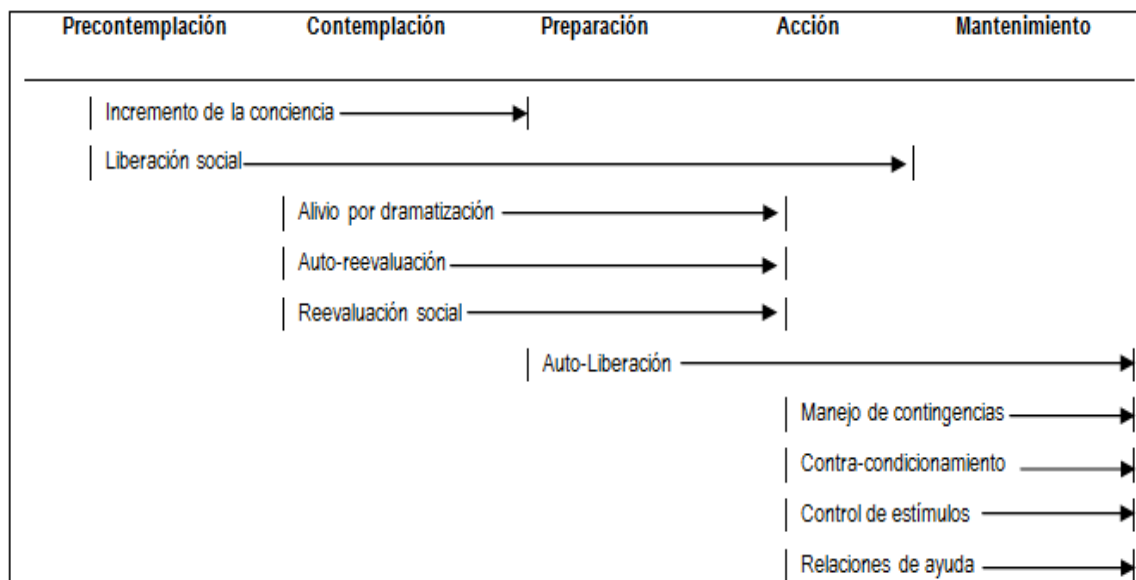


Figura 2. Asociación entre las etapas y los procesos del MTT (Flórez-Alarcón, 2007)

Adicionalmente, el MTT contempla una serie de variables intermedias, entre las cuales se encuentran: a) el balance decisional que hace referencia a la valoración de los pros y los contras del comportamiento problema, donde se espera que a medida que se avance en etapas disminuyan los pros y aumenten los contra y; b) la autoeficacia, como la capacidad que percibe el individuo para abandonar la conducta nociva, por lo que se espera que, a medida que se avance hacia las últimas etapas, la confianza se incremente y las tentaciones desaparezcan (Prochaska & Prochaska, 1993).

Partiendo de lo anterior y teniendo como población objetivo a personas que no conciben su consumo como un problema, por lo que no creen que necesiten cambiar su conducta, en el diseño e implementación del CEMA-PEMA, la etapa tenida en cuenta como punto de partida es la de precontemplación, y es a partir de esta óptica que se evalúan la disponibilidad al cambio, los procesos de cambio y las variables intermedias (Flórez-Alarcón, 2007).

Teniendo en cuenta este fundamento, el PEMA busca propiciar en los individuos la superación de las barreras propuestas por la DPPPS, mediante la implementación de dinámicas para fomentar los procesos de corte motivacional que propone el MTT (Flórez-Alarcón, 2005; Flórez-Alarcón, 2007; Flórez, 2007) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Estructura de CEMA-PEMA

SESION	OBJETIVO	PROCESOS PSICOLOGICOS	DINAMICA
1. PRESENTACION	a) Presentación de tallerista y contextualización del taller b) Evaluación basal de: datos generales, consumo, etapas, CAGE y procesos c) Integración	a) Motivación; expectativa y reforzamiento resultado b) Evaluación c) Facilitación social	a) Presentación personal del tallerista; de concienciación b) Aplicación de pruebas CEMA, AUDIT y procesos
2. INFORMACION	a) Evaluación b) Análisis dinámico de información acerca del alcohol y sus efectos	a) Evaluación b) Expectativas de reforzamiento-resultado; controlabilidad percibida	a) Aplicación de escalas de abuso y disponibilidad al cambio del CEMA b) concienciación; alivio; autoreevaluación
3. EL CAMINO DEL ALCOHOL	a) Descripción del contexto psicosocial y cultural conducente al abuso b) Análisis del contexto psicosocial y cultural conducente al abuso c) Evaluación: Balance decisional; estado del consumo en los últimos 7 días. Receptividad del taller d) Facilitar reconocimiento de una experiencia personal o familiar con el alcohol	a) Actitudes normativas b) Evaluación	a) Alivio por dramatización b) Liberación social; reevaluación social c) Aplicar escalas del CEMA acerca de pros y contras del consumo; d) Reevaluación social
4. RIESGOS Y CONSECUENCIAS	a) Reconocer riesgos y consecuencias del abuso personal	a) Sesgo optimista no realista	a) Auto-reevaluación; reevaluación social

SESION	OBJETIVO	PROCESOS PSICOLOGICOS	DINAMICA
CIAS	del consumo b) Evaluación c) Evaluación d) Movilizar sentimientos relacionados con los riesgos de consumir alcohol	b) Controlabilidad percibida	b) Información de retorno de resultados de pruebas de abuso y disponibilidad al cambio c) Aplicación de las escalas de autoeficacia y de tentaciones d) Alivio por dramatización
5. BALANCE DECISIONAL	a) Evaluación b) Análisis de motivaciones usuales que justifican el consumo c) Aprender proceso de solución de problemas d) Evaluación	a) Autoeficacia; toma de decisiones b) Planificación del autocontrol d) Toma de decisiones	a) Información de retorno de pruebas de balance decisional, autoeficacia y tentaciones, aplicadas antes al grupo c) Auto-reevaluación d) Aplicación de formato de compromiso: Autoliberación
6. COMPROMISO DE CAMBIO	a) Evaluación b) Evaluación post c) Compromiso final: reelaboración y anticipación de su autocontrol d) Evaluación cualitativa del taller	a) Toma de decisiones; planificación del control b) Evaluación	a) Información de retorno acerca de los compromisos: autoliberación b) Aplicación de pruebas CEMA (datos de consumo y etapas), procesos, y consumo en la última semana c) Segunda aplicación de formato de compromiso: autoliberación d) Retroalimentación sobre utilidad del taller

E) Evaluación de los procesos psicológicos subyacentes al consumo problemático de alcohol

El objetivo de esta sección es capacitar a los educadores en la evaluación de tamiz y de los procesos básicos que se van a afectar mediante la intervención, siguiendo el esquema de la DPPPS: Procesos de autocontrol (los procesos que se evalúan en las pruebas A y B de procesos de PTF y CEMA-PEMA), expectativas de reforzamiento y de resultado (AEQ), Autoeficacia (tentaciones-autoeficacia), y de balances decisionales (costos-beneficios).

La prueba de tamizaje del consumo de alcohol (Flórez-Alarcón, 2003), es un cuestionario que indaga en primera instancia por datos sociodemográficos (ítem 1 a 4). La sección que indaga por el consumo como tal está conformada por 13 ítems, distribuidos en las siguientes categorías de información:

- a) Frecuencia habitual del consumo (ítem 5), clasificada en cuatro categorías: “Baja” (consumo igual a 1 o menos veces al mes), “Intermedia” (consumo de más de una vez al mes, menos de una vez por semana), “Fuerte” (consumo de una o más veces por semana) y “Diaria” (consumo todos los días);
- b) Frecuencia de consumo en la última semana (ítem 11);
- c) Cantidad o intensidad habitual del consumo (ítem 6), evaluado por medio del número de unidades consumidas por ocasión, en tres niveles: “Baja” (menos de 4

unidades por ocasión), “Límite” (4 a 5 unidades por ocasión), “Excesiva” (más de 5 unidades por ocasión);

- d) Cantidad de consumo en la última semana (ítem 12);
- e) Intención de cambio: Evalúa si la persona ha sentido previamente la necesidad de introducir una moderación en su consumo en alguna ocasión anterior (ítem 7), o si la persona siente la necesidad de reducir ese consumo en la actualidad (ítem 8), que en caso de ser positiva dirige a la indagación de la estimación subjetiva acerca de la seriedad de la decisión (ítem 9); lo cual proporciona una clara aproximación a la evaluación de la intención de cambio, adecuada para realizar análisis discriminante en función de que exista o no exista dicha intencionalidad (Flórez-Alarcón, 2003);
- f) Etapa motivacional: Para clasificar al participante en alguna de las etapas del MTT se indaga por el plazo temporal en el que se propone introducir las disminuciones en el consumo, en el caso de que esa su intención (ítem 10), permitiendo ubicar a las personas en etapa de precontemplación (planeación de disminución en un lapso superior a 6 meses), etapa de contemplación (planeación de disminución en un lapso inferior a 6 meses), y en etapa de preparación (planeación de disminución en el próximo mes) y;
- g) Riesgo de dependencia (ítems 13, 14, 15 y 16), se evalúa mediante el cuestionario CAGE, el cual examina 4 aspectos del consumo que caracterizan el riesgo potencial de dependencia (“C”, necesidad experimentada por la persona de disminuir el consumo; “A”, malestar experimentado por la persona cuando recibe críticas de otros debido a su consumo excesivo; “G”, culpa experimentada por la persona como consecuencia de los daños inducidos por el consumo excesivo; “E”, necesidad imperiosa de ingerir alcohol en horas de la mañana) (Chan, 1994). En las más recientes aplicaciones de CEMA se ha sustituido el CAGE por el AUDIT, prueba que incluye los cuatro ítems del CAGE y otros seis más. Esta sustitución se hace para darle más posibilidades de comparación a los resultados que se obtengan con los resultados observados en la mayoría de estudios nacionales recientes, en los cuales se ha incluido el AUDIT.

El Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA) es una batería de pruebas dirigida a evaluar los principales constructos del MTT en su aplicación a la modificación del consumo abusivo de alcohol. Los cuestionarios que conforman la prueba definitiva del CEMA, de acuerdo con la revisión hecha por Flórez-Alarcón (2003), a saber:

- a) Procesos de cambio: Esta prueba está conformada por 33 ítems, agrupados en 8 factores representativos de los procesos de cambio propuestos por el MTT: automanejo de contingencias (ítems 2, 3, 8, 10, 11, 13, 18, 20, 21), auto liberación (ítems 5, 24, 29, 30, 31), concienciación (ítems 14, 19, 22, 23, 28), control de estímulos sociales (ítems 6, 17, 26), alivio por vivencia emocional (ítems 4, 9, 25), contra-condicionamiento (ítems 12, 32), control de la presión social (ítems 1, 16, 27) y elaboración de balances (ítems 7, 15, 33). Cada uno de estos factores se califica mediante el puntaje relativo en cada escala (División del puntaje total por el número de ítems). Cabe mencionar que ésta prueba es el resultado de la reducción de la prueba original, la cual contenía 50 ítems (Flórez-Alarcón, 2005), guardando una correlación significativa con la prueba original ($r=0,7$) (Flórez-Alarcón, 2003) y se presenta en versiones pre y post.
- b) Expectativas: Para evaluar las expectativas asociadas al consumo de alcohol, se emplea un cuestionario compuesto por 51 ítems evaluados en escala dicotómica (falso-verdadero), agrupados en ocho sub-escalas; a saber: a) El alcohol como facilitador de la interacción (ítems: 45, 11, 30, 13, 7, 17, 40, 29, 44), b) Expresividad verbal (ítems: 20, 34, 16, 38, 4), c) Desinhibición (ítems: 42, 35, 51, 49, 36), d) Incremento de la sexualidad (ítems: 26, 25, 14, 31, 3, 18, 19, 43, 27), e) Reducción de la tensión psicológica (21, 50, 28, 48, 8, 2), f) Reducción de la tensión física (ítems: 46, 15, 24, 47), g) Agresividad y sentimientos de poder (ítems: 9, 12, 22, 23, 33, 6, 5, 37, 10, 41) y, h) Cambios psicofisiológicos (Ítems: 39, 1, 32) (Camacho, 2005).
- c) Balance Decisional: Esta prueba está dividida en 2 partes, cada una de las cuales contiene 8 ítems. La primera parte del cuestionario está referido a los pros que el individuo atribuye al consumo de alcohol, esta subescala cuenta con un coeficiente de confiabilidad Alpha de 0,92. La segunda parte del cuestionario hace referencia a los contras del consumo de alcohol, presentando un índice de confiabilidad de 0,93 (Flórez-Alarcón, 2003).

- d) Tentaciones: Este cuestionario está compuesto por 20 ítems tipo likert con una calificación mínima de 1 y una calificación máxima de 5, para una puntuación total que puede oscilar entre 5 y 100. Este cuestionario buscar indagar acerca de la probabilidad de consumir alcohol cuando la persona se encuentra ante una situación determinada, presentando una confiabilidad de 0.93 (Flórez-Alarcón, 2003).
- e) Autoeficacia: De manera similar al cuestionario de tentaciones, en este cuestionario se averigua por la confianza de la persona en que no consumirá alcohol, aun cuando se vea expuesta a una situación asociada al consumo. El cuestionario está conformado por 20 ítems tipo likert, con una calificación que va de 1 a 5 para una puntuación total mínima de 5 y máxima de 100. Este cuestionario presenta una confiabilidad de 0.97 (Flórez-Alarcón, 2003).

Tabla 8. Instrumentos constitutivos de CEMA y características psicométricas

Cuestionario	Subescalas	No de ítems	Rango de calificaciones	Confiabilidad (alpha)
Procesos de cambio	6	27	27 – 135	0.96
Balance Decisional	2	16	16 – 80	0.92-0.93
Tentaciones	No tiene	20	20 – 100	0.93
Autoeficacia	No tiene	20	20 – 100	0.97
Expectativas	7	51	0% – 100%	0.93

F) Habilidades básicas de consejería en prevención selectiva

El objetivo de esta sección es capacitar a los educadores en el uso de procedimientos de intervención para hacer una prevención selectiva coherente con un enfoque motivacional y de sentido de vida. Se incluirán intervenciones de entrevista motivacional, y de reestructuración cognitiva mediante el uso del diálogo socrático.

Tanto en la implementación del componente de PTF como en el componente de Intervención Motivacional se aplicarán procedimientos de entrevista motivacional, de diálogo socrático, y de autocontrol. En la sección anterior se analizó lo referente al autocontrol. La presente sección se dedica a hacer una breve descripción de los procedimientos de entrevista motivacional y de diálogo socrático.

Desarrollo de la propuesta de formación

Convocatoria

Se espera contar con el apoyo de las Alcaldías y Secretarías de Educación de cada entidad territorial, municipio o ciudad; para para organizar entre los y las orientadores escolares la convocatoria a este taller, así como para definir el grupo de participantes de acuerdo con las necesidades y requerimientos que dichas entidades consideren esenciales.

Directrices

Durante el taller de formación se propenderá por el desarrollo de competencias en orientadores y consejeros, en torno a tres ejes:

1. Teórico: Reconocimiento de la motivación como elemento fundamental para la prevención de comportamientos problemáticos en población escolar y la estructuración de estrategias de intervención breves eficientes.
2. Metodológico: Apropiación de dos estrategias motivacionales de intervención breve para la prevención del abuso alcohólico:
 - a) Perspectiva de tiempo futuro: referida a la intervención acerca de la conceptualización presente de la metas y a la orientación temporal que motiva, guía e influencia las acciones que emprende un individuo para lograrlas (Henson, Carey, Carey & Maisto, 2006) (Ver Apéndice 1).
 - b) PEMA: Estrategia motivacional breve de prevención selectiva que busca promover el autocambio en grupos de personas con problemas de abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en jóvenes, susceptibles de beneficiarse con intervenciones motivacionales ya que no presentan problemas de dependencia (Sobell & Sobell, 2005; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Jaimes & Richart, 2008) (Ver Apéndice 2).
3. Técnico: Formación para el uso de herramientas para evaluar el impacto de las intervenciones preventivas, en cada uno de los procesos abordados; así como para fortalecer las habilidades necesarias para el desarrollo intervenciones breves de corte motivacional.

Metodología de trabajo y productos propios

En busca de fomentar el desarrollo de competencias en cada uno de los ejes mencionados anteriormente, se desarrollarán actividades de presentación teórico-conceptual y metodológica para brindar a los asistentes la información básica pertinente a cada uno de los contenidos. Cada una de dichas presentaciones estará acompañada de ejercicios prácticos de análisis crítico y constructivo.

En el caso de los contenidos abordados para el fomento de competencias teóricas, se desarrollaran actividades de discusión frente a la temática particular, para aclarar dudas y establecer acuerdos conceptuales. Para propiciar la formación de competencias metodológicas y técnicas, se realizaran trabajos grupales de revisión y análisis de las herramientas presentadas, con el fin de identificar los elementos constitutivos de las mismas y formular alternativas de adaptación y mejoramiento en función de los contextos particulares de implementación.

De acuerdo con esta dinámica de trabajo, la siguiente tabla presenta una descripción sucinta de las actividades a realizar y los desarrollos previstos.

Tabla 9. Desarrollos proyectados para el taller

Eje de Competencias	Actividades de Fomento	Desarrollos Obtenidos
Teórico	Presentación conceptual acerca del papel de la motivación en la prevención	Conversatorio Caracterización del problema de consumo de alcohol en jóvenes e identificación de necesidades en materia de prevención, a la luz de la teoría abordada
	Caracterización de la intervención motivacional breve	
Metodológico	Presentación de la estrategia de prevención centrada en el fomento del sentido de vida (Taller PTF) <ul style="list-style-type: none">• Fundamentos• Características de la estrategia• Estructura de la intervención	Trabajo de grupo: Revisión crítica de la estrategia y formulación de alternativas (dinámicas) para su desarrollo, en función de características particulares de la población objetivo
	Presentación de la estrategia de prevención selectiva del consumo de alcohol (CEMA-PEMA) <ul style="list-style-type: none">• Fundamentos• Características de la estrategia• Estructura de la intervención	
Técnico	Presentación de herramientas de evaluación <ul style="list-style-type: none">• Características de los instrumentos• Uso de bases de datos pre-diseñadas para la sistematización	Revisión de las bases de datos y la información que las mismas arrojan

Eje de Competencias	Actividades de Fomento	Desarrollos Obtenidos
	y valoración de la información	
	Presentación de la estructura básica de un plan de acción para el desarrollo de acción de prevención en el entorno escolar	Formulación de planes de acción institucionales a corto y mediano plazo

Acompañamiento y Seguimiento

En la cuarta sesión del taller, los asistentes formularán un plan de intervención a realizar en el corto plazo (una vez finalizado el taller) en sus instituciones para poner en práctica alguna de las metodologías aportadas. Este plan será socializado y revisado durante la misma sesión, estableciendo un compromiso para su desarrollo.

Para brindar apoyo a la ejecución del plan de intervención formulado, se agrupará a los asistentes en no más de 5 de grupos, cada uno de los cuales recibirá acompañamiento en el desarrollo de su plan de intervención, por parte del equipo tutor conformado por el equipo profesional de la Universidad Nacional. Este acompañamiento se realizará de forma virtual en un lapso no mayor a 2 meses con el fin de identificar los avances, posibles dificultades y logros, evaluar el ejercicio realizado, la experiencia construida y las proyecciones futuras de integrar al entorno escolar de las estrategias de intervención motivacional breve.

REFERENCIAS

- Aalto M, Pekuri P, Seppa K. (2001). Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs. *Addiction*. 2001 Feb;96(2):305-11. PubMed PMID: 11182876. Epub 2001/02/22. eng.
- Albarracín, M. & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Revista Liberabit*, 14: 49-61.
- Arias, B. & Fuertes, J. (1999). Competencia social y solución de problemas sociales en niños de educación infantil: un estudio observacional. *Mente y conducta en situación educativa. Revista Electrónica del Departamento de Psicología*; 1(1), 1-40. Recuperado de: <http://www.uva.es/psicologia/revista.htm>
- Ayala, H.E.; Cárdenas, G.; Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H.E.; Echeverría, L.; Sobell, M.B.; & Sobell, L.C. (1998b). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*; 6(1), 71-93.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: Un manual para la utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Griffith, E., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *El Alcohol: Un Producto De Consumo No Ordinario. Investigación y Políticas Públicas*. 2da ed. Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/El_alcohol-producto_de_consumo_no_ordinario.pdf
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Transtornos Debidos al Consumo de Alcohol*. 2da ed. Geneva, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Barnes, G.; Hoffman, J.; Dintcheff, B.; Welte J. & Farrell, M. (2005). Adolescent's time use: Effects on substance use, delinquency and sexual activity. *Journal of Youth and Adolescence*; 36 (5), 697-710.
- Barry, K.L. (1999). *TIP 34: Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse: Treatment Improvement Protocol (TIP)*. Series 34. U.S. Department Of Health And Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993 Mar;88(3):315-35. PubMed PMID: 8461850. Epub 1993/03/01. eng.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*; 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bulck, J. V. D. & Beullens, K. (2005). Television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol & Alcoholism*; 40 (3), 249-253.
- Buning, E., Corgulho, M., Melcop, A.G., O'Hare, P. & Peyraube, R. (2000). *Alcohol y Reducción del Daño. Un Enfoque Innovador Para Países En Transición. Uruguay, Junta Nacional de Drogas de la República Oriental del Uruguay*. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/publicaciones/docs/libro_icahe--alcohol_reduccion.pdf
- Cadavid, G. (2003). *Estrategia Escuelas Saludables*. Recuperado de: <http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/escuelas.php>

- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*; 8(1), 91-120.
- Casals, R.; Bosch, J.; Cebrià, A. & Massons, J. (2000). *La entrevista motivacional*. Recuperado de: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/ponenciasIII.html
- Cavell, T. (1999) Social adjustment, social performance, and social skills: A tri-component model of social competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (2), 111-122.
- CICAD (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. Perú: Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito.
- CICAD (2009). *Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009*. Recuperado de: http://www.comunidadandina.org/public/Estudio_drogas.pdf
- Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4, (11), 115-134.
- Comunidad Andina de Naciones (2012). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Colombia. CAN.
- Consejo Nacional de Educación Superior (CESU). *Acuerdo 003 de 1995. Por el cual se establecen las políticas de Bienestar Universitario*.
- Consortion for Capacity Building & Integrated Substance Abuse *Programa de Entrenamiento TreatNet*. UNODC.
- Cote, M. (2007). Manejo del Trastorno por Dependencia al Alcohol: Conceptos Generales. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*; 3(2). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_cote_manejo_del_trastorno_por_dependencia_al_alcohol.pdf
- Cox, W.M., Schippers, G.M., Klinger, E., Skutle, A., Stuchlikova, L, Man, F., King, A.L., y Inderhaug, R. (2002). Motivational structure and alcohol use of university students across four nations. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 280- 285.
- Degenhardt, L.; Chiu, W. T.; Sampson, N.; Kessler, R. C.; Anthony, J. C.; Angermeyer, M.; Bruffaerts, R.; Girolamo, G.; Gureje, O.; Huang, Y.; Karam, A.; Kostyuchenko, S.; Lepine, J. P.; Medina Mora, M. E.; Neumark, Y.; Ormel, J. H.; Pinto-Meza, A.; Posada-Villa, J.; Stein, D. J.; Takeshima, T. & Wells, J. E. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5 (7), 1053-1067. Recuperado de: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0050141-L.pdf
- Donovan, J. (2004) Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of Adolescent Health*; 35.
- Engels, R.; Hermans, R.; van Baaren, R.; Hollenstein, T. & Bot, S. M. (2009). Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. *Alcohol & Alcoholism*; 1–6.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. & Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*; 3 (2), 61-81.
- Fernández, S., Nevot, M. & Jané, M. (2002). Evaluación de la Efectividad de los Programas Escolares de Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Cannabis: ¿Qué Nos Dicen Los Meta-Análisis?. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 175-187.
- Flórez – Alarcón, L. (2003). Cuestionario de Etapas integrado a un programa (CEMA- PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: Evaluación de Etapas y de variables intermediarias. *Acta Colombiana de Psicología*; 9, 83-104.
- Flórez – Alarcón, L. (2005). Evaluación de los Procesos de Cambio Propuestos por el Modelo Transteórico, en Estudiantes de Secundaria y Universitarios Consumidores de Alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*; 13, 47 – 78.

- Flórez-Alarcón L, Gantiva-Diaz CA. (2009). Terapias Motivacionales Breves: Diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*;12(1):13-26.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá: Ed. Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L. (2009). Pactos por la vida. Saber Vivir/Saber Beber (Documento no publicado). Documento de Trabajo, Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano. Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L., Fandiño, S., Vélez, H., Fandiño, A. y Cuellar, D. (2009). *Problemática del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas al interior de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá – Informe Final*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L.; Vélez, H.; Jaimes, M. & Richart, M. (2008). Diagnóstico sobre el consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes de secundaria del departamento de Casanare (Colombia) y recomendaciones para la prevención selectiva e indicada del consumo excesivo. *Boletín Electrónico de Salud Escolar, TIPICA*; 4(1). Recuperado de: http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N1/vol4n1_Florez_consumo_alcohol_calidad_de_vida_jovenes.pdf
- Galvis, V., Urrutia, J.M. & Bula, G. (1997). *Propuesta de Escuela Saludable para Colombia*. Recuperado de: http://200.13.212.131/juventudes/PROPUESTAUNICA/ESCUELA_SALUDABLE/
- Gantiva, C. & Flórez-Alarcón, L. (2006). Evaluación del Impacto de un Programa de Entrevista Motivacional en Formato Grupal e Individual para Consumidores Abusivos de Alcohol. *Boletín Electrónico de Salud Escolar, TIPICA*, 2(2). Recuperado de: [http://www.tipica.org/pdf/gantiva_Flórez_evaluación_programa_de_entrevista_motivacional.pdf](http://www.tipica.org/pdf/gantiva_Fl%C3%B3rez_evaluaci%C3%B3n_programa_de_entrevista_motivacional.pdf)
- Gantiva, C.A.; Gómez, C. & Flórez-Alarcón, L. (2004). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo del alcohol. En Medina, N. (comp.) (2004). Segundo Encuentro de salud integral y sustancias psicoactivas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 107-131.
- Goldsmith, D. (2004). *Communicating Social Support*. Cambridge University Press.
- Gual, A. (Ed.) (2002). *Monografía Alcohol*. Valencia, Martin Impresores S. L. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/alcohol.pdf>
- Henry, K., Slater, M., y Oetting, E. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of Changes in Risk Taking, Perceived Harm and Friends' Alcohol Use. *Journal. Stud. Alcohol*; 66 (2).
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2003). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
- Henson, J., Carey M., Carey, K. & Maisto, S. (2006). *Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication*. *Journal of behavioral medicine*, vol. 29, No. 2.
- Herrán, O. & Ardila, M. (2007). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el consumo de alcohol (AEQ-III) en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Revista Médica de Chile*, 135: 488-495.
- Johnson, T.J. (2002). College students' self-reported reasons for why drinking games end. *Addictive Behaviors*, 27; 145-153.

- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 (2):Cd004148. PubMed PMID: 17443541. Epub 2007/04/20. eng.
- Kerpelman, J. y Mosher, L. (2004). Rural African American adolescents future
- Kestelman, N., Pasarell, N., Figuero, M., Diaz, E. & Abraham, M. (2006). La Adicción Al Alcohol se ha Constituido en Un Problema de Salud Pública. *Experiencias En La Prevención y Control del Consumo de Alcohol*, 22-25.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 18 (1), 84-96.
- Londoño, C. (2004). *Construcción de un modelo cognitivo social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Londoño, C. (2007). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (2). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_Londono_modelo_cognitivo_social_integrado_prevencion.pdf
- Londoño, C., Valencia, C. (2008). Asertividad, Resistencia a la Presión de Grupo y Consumo de Alcohol en Universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*; 11 (1): 155-162.
- Londoño, C.; García, W.; Valencia, C. & Vinaccia, S. (2006). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*; 2, 241-249.
- Londoño, C.; Valencia, S.C. & Vinaccia, S. (2006). El papel de psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*; 16(2), 199-205.
- Mahar, S. & Sullivan, L. (2002). *Social competencies: An integrated approach to linking student learning and wellbeing*. Victoria: Social Competencies Unit, Victorian Department of Education and Training.
- Mangrulkar, L., Whitman, Ch.V. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://www.adolesc.org/pdf/habes.pdf>
- Marlatt, G.A.; Baer, J.S.; Kivlahan, D.R.; Dimeff, L.A.; Larimer, M.E.; Quigley, L.A.; Somers, J.M.; & Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 66(4), 604-615.
- Miller, W.R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. TIP 35. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 37, 129–140.
- Ministerio de la Protección Social & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011). *Manual para la Detección e Intervención Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas de Salud Mental en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes*. Bogotá, MPS & UNODC.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto: Resumen Ejecutivo*. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf>
- Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes y UNODC (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá,

- Guadalupe S.A. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Informacioneinvestigacion/Estudios.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.*
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacentes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final.* Bogotá D.C: Guadalupe.
- Montenegro, L. (2008). *Diseño De Un Currículo Para La Promoción De La Perspectiva De Tiempo Futuro, Basado En La Dimensión Psicológica De La Promoción Y La Prevención (Dppps), Dirigido A Jóvenes De Noveno A Once Grado De Bogotá D.C.* Trabajo de Grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
- Moral, M. & Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 41 (3), 533-553.
- Moral, M.; Rodríguez, F. & Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*; 17(2): 105-120.
- NIDA- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes.* Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas.* Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/neurociencia-libro.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol.* Italia, OMS. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalstrategyes.pdf
- Otálvaro, G.J. (2006). La Salud Escolar en Bogotá, en la Perspectiva de la Política Social 2004 - 2008. *Boletín Electrónico de Salud Escolar.* 2(1). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/la_salud_escolar_en_bogota.pdf
- Palfai, T.P., McNally, A.M., y Roy, M. (2012). Volition and alcohol-risk reduction: The role of action orientation in the reduction of alcohol related harm among college student drinkers. *Addictive Behaviors*; 27, 309-317.
- Papalia, D.; Wendkos, S. & Feldman, R. (2001). *Desarrollo Humano.* Octava edición. México: Mc Graw Hill.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14 (1), 123-129.
- Pérez, A. & Scopetta, O. (2008). Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: Un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamentos y dos municipios pequeños. *Corporación Nuevos Rumbos.* Colombia.
- Pérez, A. (2007). Consumo de Alcohol y otras Drogas: Recuperación Natural y sus Mecanismos de cambio. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*; 3 (2). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/N2V3_PEREZ_recuperacion_natural_alcohol.pdf
- Pérez, A.; Scopetta, O. & Flórez-Alarcón, L. (2011). Age at Onset of Alcohol Consumption and Risk of Problematic Alcohol and Psychoactive Substance Use in Adulthood in the General Population in Colombia. *Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1 (1): 19–24.
- Platt, J., Eisenman, R., Degross, E. (1969). Birth order and sex differences in future time perspective. *Development Psychology. Vol 1, No. 1, 70.*
- Poblete, F., Zuzulich, M., Gysling, K., Barros, X., Barticevic, N. & Ferreira, E. (2010). Contribuyendo al Diseño e Implementación de una Estrategia Nacional de Alcohol: Bases Para la Formación de Una Política de Prevención del Consumo de Alcohol En El Ámbito Educativo. *Construyendo el Bicentenario.*

- Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder, pgs. 55-80.
- Presidencia de la República de Colombia (2010). Decreto 120 de 2010. Bogotá.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Brugué, M.C. & Gossop, M. (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, pp. 85-135.
- Prochaska, J.O.; Norcross, J.C.; & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books, pp. 19-69.
- Restrepo, H.E (2001). Conceptos y definiciones. En: H.E. Restrepo & H. Málaga (Eds.) *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, pgs. 24-32.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness And Human Potentials: A Review Of Research On Hedonic And Eudaimonic Well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Salazar, A., Valencia, J., Verhelst, P., Martínez, X., Arcila, A., Escobar, L. O., y otros. (2002). *Factores de riesgo y tipos de consumo de alcohol de los estudiantes de la Facultad de medicina de la Universidad de Manizales*. Universidad de Manizales.
- Salazar, I. & Arrivillaga, M. (2004). El Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*; 13, 74-89.
- Secades, R. & Fernández, J. (2001). *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo*. España
- Secretaria Distrital de Salud (2003). *Estrategia escuela saludable*. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/planesyprogramasensalud/escuelasaludable.html>
- Sobell, L. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. En: H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pp.67-80.
- Sobell, M.B. & Sobell, L. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*; 19(3), 199-210.
- Sobell, M.B. (2007). Serendipia y ciencia: Reflexiones de una carrera. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pp. 273-280.
- Tobón, S. (2004). *Formación Básica en Competencias*. Bogotá: Ecoe ediciones.
- Torrado M. C. (2000). *Competencias y Proyectos Pedagógicos: Educar para el desarrollo de las competencias*: Santa Fe de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.
- Van der Vorst, H.; Engels, R.; Meeus, W.; Dekovic, M. & Vermulst, A. (2006). Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 20 (2): 107-116.
- Vásquez, F. (2008). *Trabajo de Grado: Aplicación Y Evaluación De Un Taller Para Promover La Perspectiva De Tiempo Futuro En Estudiantes De Grado Décimo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Velde, C. (2000). *An alternative conception of competence: Implications for vocational education and practice*. Australia: University of Technology Sydney.
- Vélez Botero, H. (2009). Programa "TIPICA-S" de promoción de la salud escolar. En: Tromboli, A.; Fantin, J. C.; Raggi, S.; Fridman, P.; Grande, E. & Bertran, G. *El Padecimiento Mental. Entre la Salud y la Enfermedad*. Argentina: Asociación Argentina de Salud Mental, 613 – 616.
- Wahab, S. (2005). Motivational Interviewing and Social Work Practice. *Journal of Social Work*; 5(1), 45–60.
- World Health Organization. (2011). *Global Status Report On Alcohol And Health*. Suiza, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
- Zaldívar, D. (2003). *Competencia y habilidades sociales*. Recuperado de: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6080>

Zimbardo, P.G. y Boyd, J.N. (1999). *Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. Journal of Personality and Social Psychology*. New York: First Press.

APENDICES

Apéndice 1: Estrategia de fomento de la Perspectiva de Tiempo Futuro (PTF)

Teniendo en cuenta el amplio impacto de la PTF en la salud integral de los jóvenes, así como su relación con una alta valencia de las metas que establecen los escolares, y considerando además que para esto la motivación juega un papel importante tanto en el establecimiento como en la puesta en marcha de estrategias conducentes a su logro final; la escuela se constituye como un espacio idóneo para fomentar la estructuración y puesta en marcha de proyectos personales de vida (Vásquez, 2008; Montengero, 2008).

Desde este marco la propuesta de Montenegro (2008), representa una estrategia integral para fortalecer la PTF, puesto que aborda aspectos coyunturales de esta habilidad tales como la percepción que de las acciones presentes y de su influencia en la obtención futura de las metas propuestas, la identificación y aumento de las metas proyectadas, el reconocimiento de los recursos personales y del entorno que poseen los escolares. A continuación la estructura del currículo de fortalecimiento de la PTF.

Taller	Objetivo	No de sesiones	Proceso psicológico
¿Y que hay para mi? Taller para el fortalecimiento de la densidad de la PTF y el estado de planificación de metas, mediante la identificación de oportunidades futuras en el ámbito profesional u ocupacional	Lograr que el 80% de los estudiantes participantes al taller, identifiquen las oportunidades u opciones futuras de planificación de metas, en el ámbito profesional u ocupacional, siempre que necesiten orientación acerca de las aspiraciones profesionales u ocupacionales de su futuro temprano.	8	
¿Y que es el éxito? Taller para el fortalecimiento de la valencia positiva, frente a las oportunidades futuras, mediante la elaboración de un concepto propio e individual de éxito y fracaso.	Lograr que al finalizar este taller, el 80% de los estudiantes participantes elaboren un concepto propio e individual acerca del éxito y fracaso futuro, y puedan formar actitudes positivas frente a éste, en todas las situaciones que piensen en la consecución de sus metas.	8	Atención Evaluación PRE- post Aprendizaje cognoscitivo Modelamiento Expectativas de reforzamiento-resultado
¡Gracias por tu colaboración! Taller para el fortalecimiento de la atribución causal de logros, mediante el análisis de los diversos sistemas de soporte que contribuyen a la consecución de las metas y el éxito futuro.	Lograr que el 80% de los estudiantes participantes, al finalizar el taller, identifiquen y analicen que los modelos positivos adultos y los diversos sistemas de soporte contribuyen a la consecución de las metas y el éxito futuro, en todas las situaciones que piensen en la orientación y el logro de sus metas.	8	Auto eficacia Percepción de controlabilidad Actitudes Normativas Balance decisional Planificación Autocontrol
¡No me rindo! Fortalecimiento de la PTF, mediante la adquisición de herramientas de identificación de estrategias e implementación de recursos personales que faciliten la superación de obstáculos y el logro de metas.	Lograr que al finalizar el taller, el 80% de los estudiantes participantes adquieran herramientas para identificar las estrategias e implementar los recursos personales, que permiten la superación de obstáculos y logro de metas, en todas las situaciones que piensan en la consecución del éxito futuro.	8	

Apéndice 2: Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA)

El Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA) (Flórez-Alarcón, 2003) es una estrategia de prevención selectiva de corte motivacional (Wahab, 2005) fundamentado en el uso de los procesos que propone el Modelo Transteórico de Cambio (MTT) (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2007), que pretende orientar al individuo hacia el cambio de alguna conducta que le cause perjuicio a su salud, en búsqueda de un comportamiento benéfico para sí mismo.

El fin último del programa es desencadenar el compromiso de cambio (Wahab, 2005), contemplando como supuesto principal que los individuos cuentan con las habilidades necesarias para transformar esa disposición al cambio en acción (Gantiva, Gómez, & Flórez-Alarcón, 2004; Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998a; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998b). En este sentido el componente esencial de la intervención es la toma de decisiones; de tal suerte que los individuos están en capacidad de elegir sus metas de cambio (generalmente de moderación y no de abstinencia), así como de hacer sus propios planes para el logro de esas metas; teniendo como base el conocimiento de factores relevantes en el consumo, tales como las situaciones asociadas al consumo y la confianza en sí mismo para hacer frente a esas situaciones (Flórez-Alarcón, 2007). A continuación se presenta la estructura de PEMA.

SESION	OBJETIVO	PROCESOS PSICOLOGICOS
1. PRESENTACIÓN	a) Presentación de tallerista y contextualización del taller b) Evaluación basal de: datos generales, consumo, etapas, CAGE y procesos c) Integración	a) Motivación; expectativa de reforzamiento y de resultado b) Evaluación c) Facilitación social
2. INFORMACION	a) Evaluación b) Análisis dinámico de información acerca del alcohol y sus efectos	a) Evaluación b) Expectativas de reforzamiento-resultado; controlabilidad percibida
3. EL CAMINO DEL ALCOHOL	a) Descripción del contexto psicosocial y cultural conducente al abuso b) Análisis del contexto psicosocial y cultural conducente al abuso c) Evaluación: Balance decisional; estado del consumo d) Facilitar reconocimiento de una experiencia personal o familiar con el alcohol	a) Actitudes normativas b) Evaluación
4. RIESGOS Y CONSECUENCIAS	a) Reconocer riesgos y consecuencias del abuso personal del consumo b) Evaluación c) Evaluación d) Movilizar sentimientos relacionados con los riesgos de consumir alcohol	a) Sesgo optimista no realista b) Controlabilidad percibida
5. BALANCE DECISIONAL	a) Evaluación b) Análisis de motivaciones usuales que justifican el consumo c) Aprender proceso de solución de problemas d) Evaluación	a) Autoeficacia; toma de decisiones b) Planificación del autocontrol d) Toma de decisiones
6. COMPROMISO DE CAMBIO	a) Evaluación b) Evaluación post c) Compromiso final: reelaboración y anticipación de su autocontrol d) Evaluación cualitativa del taller	a) Toma de decisiones; planificación del control b) Evaluación

