

## ***PREVENCIÓN INTEGRAL DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL***

CLAUDIA R. BANDERAS RODRÍGUEZ\*, ARMANDO J. MARTÍNEZ CHACÓN\*\*, TANIA ROMO GONZÁLEZ\*\*\*  
UNIVERSIDAD VERACRUZANA - MÉXICO

*Recibido, noviembre 10 /2009*

*Concepto evaluación, mayo 1/2010*

*Aceptado, junio 28/2010*

### Resumen

El abuso de drogas legales e ilegales entre los jóvenes es un serio problema de salud pública, tanto en el ámbito internacional como en México. Ante este fenómeno se ha recomendado fortalecer las acciones preventivas que promuevan estilos de vida saludables en los jóvenes. Sin embargo, en México existen pocas iniciativas encaminadas a la prevención del consumo de drogas en jóvenes, en particular dirigidas a los universitarios, quienes constituyen uno de los segmentos de la población que se encuentra en mayor riesgo de consumir sustancias nocivas para la salud. El propósito de esta investigación fue desarrollar un taller y evaluar sus efectos preventivos sobre el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes universitarios, a través de proveer herramientas que aumentaran los factores protectores y disminuyeran los factores de riesgo. Dentro de los cambios más significativos producto de la intervención se encontró que el 92.5% de los estudiantes participantes presenta un cambio en todos aquellos aspectos que se relacionan con un cuidado en su salud de manera integral; el 100% de los estudiantes sugiere la presencia o significado de sufrimiento, y el 96.29% sugiere la presencia de metas y sentido de vida. Hubo una disminución de 74.07% en los factores de riesgo, y un aumento en los factores protectores de un 70.37% en los estudiantes después de haber concluido el taller preventivo. La investigación muestra la factibilidad de prevenir el consumo de drogas en estudiantes universitarios a través de inducir el cambio en la apreciación del cuidado de su salud, el sufrimiento y del sentido de vida mediante talleres que aumentan los factores protectores. De esta forma, queda patente que talleres como el ensayado en nuestro estudio ofrecen un apoyo empírico a los programas de intervención primaria.

*Palabras clave:* Taller integral, prevención del consumo de drogas, estudiantes universitarios, factores de riesgo y protección.

## ***INTEGRAL PREVENTION OF ALCOHOL AND DRUG CONSUMPTION ON COLLEGE STUDENTS: A GROUP INTERVENTION PROPOSAL***

### Abstract

The abuse of both legal and illegal drugs among young people has become a serious public health problem, both in the international arena as well as in Mexico. To face this phenomenon, the strengthening of preventive measures that promote healthful life styles among our youth has been recommended. In Mexico, however, few initiatives exist aimed at preventing drug consumption by young people, particularly college students, who make up one of the high-risk segments of the population regarding the use of health-endangering substances. The purpose of this research was to deliver a workshop and evaluate its preventive effects on the abuse of alcohol and other drugs on the part of college students, by means of providing them with tools

---

\* Investigadora del Área de Biología y salud integral, Instituto de Investigaciones Biológicas, claudiabanderas@hotmail.com

\*\* Investigador del Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana. armartinez@uv.mx

\*\*\* Coordinadora del Área de Biología y salud integral, Instituto de Investigaciones Biológicas, tromogonzalez@uv.mx

*Agradecimientos.* Apreciamos los comentarios y sugerencias de todos los que participaron en las diversas etapas de este trabajo. En particular, agradecemos a los Drs. A. Margolin y K. Avants de la Division of Substance Abuse de Yale University School of Medicine por proporcionarnos el material y los DVDs de la terapia 3S, y por creer en nuestro trabajo. A P. Starck de la University of Texas Health Science Center-Houston y el Viktor Frankl Institute of Logotherapy por proporcionarnos la guía para el Test de Significado del Sufrimiento, y a E. Martínez del “Colectivo Aquí y Ahora” de Bogota, Colombia, por proporcionarnos la versión en español del Test de Sentido de Vida. Esta investigación fue financiada en parte por el POA-21299 del Instituto de Investigaciones Biológicas y el proyecto PROMEP 103.5/07/2753 (PTC-262).

for increasing protective factors and reducing risk factors. Among the most significant changes product of this intervention it was found that 92.5% of the participants modified aspects related to holistic health care; 100% of the students reported finding a meaning to suffering, whereas 96.29% confirmed having developed goals and a purpose in life upon conclusion of the workshop. Risk factors diminished by 74%, whereas protective factors increased by 70% at the end of the intervention. This research shows the feasibility of preventing drug abuse among college students by inducing a change in their appraisal of health care, suffering and purpose of life by means of workshops that increase protective factors. Thus, it becomes evident that workshops like the ones tested in our study offer empirical support to primary intervention programs.

*Key Words:* Integral Workshop, drug abuse prevention, college students, protective and risk Factors.

## **PREVENÇÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO GRUPAL**

### Resumo

O abuso de drogas lícitas e ilícitas entre os jovens é um grave problema de saúde pública internacional no México. Para afrontar este fenômeno tem sido recomendado reforçar as medidas preventivas destinadas a promover estilos de vida saudáveis nos jovens. No entanto, no México há poucas iniciativas destinadas a prevenir uso de drogas pelos jovens, sobretudo dirigidas a estudantes universitários, que constituem um dos segmentos da população com maior risco de consumir substâncias nocivas para a saúde. O objetivo deste trabalho foi realizar uma oficina e avaliar seus efeitos de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas entre estudantes universitários, fornecendo ferramentas para aumentar os fatores de proteção e diminuir os de risco. Entre os resultados mais significativos da intervenção constatou-se que 92,5% dos alunos participantes apresentam uma mudança nos aspectos relacionados com o cuidado total da saúde, 100% sugerem a presença ou o sentido do sofrimento, e 96,29% sugerem a presença de metas e propósito de vida. Nos alunos, os fatores de risco diminuiram 74,07% e os de proteção aumentaram 70,37% dos alunos após a conclusão da oficina de prevenção. A pesquisa mostra a viabilidade de prevenção ao uso de drogas entre estudantes universitários induzindo mudanças na avaliação dos cuidados de sua saúde, seu sofrimento e sentido da vida através de oficinas que aumentem os fatores de proteção. Assim, é evidente que as oficinas, como no nosso estudo, fornecem suporte empírico para programas de intervenção primários.

*Palavras-chave:* estudantes universitários, fatores de risco e proteção, oficina integral, prevenção às drogas.

### INTRODUCCIÓN

La manera de abordar el tema de las adicciones no es sencillo, puesto que es una problemática multivariada y compleja (Bradshaw 2000; De León 2004; Velasco 2006). Hay diversas posturas teóricas que han intentado explicar el problema de las adicciones, a partir de las cuales se han implementado nuevos programas preventivos y de tratamiento para producir recuperación y rehabilitación sostenida en el tiempo (Sánchez-Mejorada 2007).

Una de las posturas teóricas que ha demostrado resultados exitosos en el tratamiento de personas adictas es el de la comunidad terapéutica, ya que la problemática de las adicciones requiere de la intervención multidimensional (De León 2004). Este enfoque consiste en la modificación social y psicológica, dirigida hacia la conducta, aspectos cognitivos y emociones, con la intención de producir un cambio en el individuo al rehabilitar y producir recuperación perdurable. Esto debido a que el adicto presenta disfunción social e interpersonal, además de que sus capacidades sociales se merman y tiene conductas compulsivas hasta inducir un patrón auto-destructivo (Avants y Margolin 2004). De ahí que el núcleo del trastorno de adicción es “la persona como ser social y psicológico” por lo que hay amplio interés sobre el modo en que el indi-

viduo se comporta, piensa, interactúa, y de cómo maneja sus emociones y comunicación en su entorno y consigo mismo (De León 2004).

En el área de la prevención del consumo de drogas, la problemática no deja de ser compleja, siendo que a lo largo de muchos años de investigación se han identificado un gran número de factores que influyen la probabilidad de caer en las adicciones (Hawkins et al. 1992). La lista de factores es tan grande, de lo genético a lo educacional y de las relaciones parentales a las políticas nacionales de regulación del consumo, que una simple intervención no puede abarcar todos los factores identificados. Más aún, por la esencia multifactorial del problema adictivo, las intervenciones deben ir dirigidas a incrementar los factores protectores más que atacar los factores de riesgo (Hawkins et al. 1992; Becoña 2002). Por esto, los esfuerzos preventivos deben dirigirse, tal como lo plantea la perspectiva de la comunidad terapéutica a la persona en su totalidad. Es decir, hacia estrategias preventivas integrales que produzcan un cambio desde la profundidad del individuo (conductas o estilo de vida, aspectos cognitivos, emociones, pensamientos, trascendencia o dominio espiritual, etc.) (Becoña 2001a; Becoña 2001b), al combatir el vacío existencial o la falta de sentido y resignificar el sufrimiento y el propósito vital (Martínez 1999).

Estos aspectos son de especial relevancia ya que proveen las herramientas necesarias para resolver y disminuir situaciones de estrés y crisis. A este respecto, se dice que la implicación que tiene este modelo en lo referente a la prevención del consumo de drogas es que por tratarse de un abordaje comprensivo resulta ser más eficaz, y donde existirá una mayor probabilidad de éxito, y al mismo tiempo garantizar que los efectos de dicha acción preventiva se mantenga en el tiempo (Becoña 2001b).

Sin embargo, ni la elaboración de programas e intervenciones preventivas, ni la evaluación de los mismos han sido dirigidas hacia la multidimensionalidad de la persona como estrategia de protección. Esto se muestra claramente en el trabajo de revisión desarrollado por Faggiano y Vigna-Taglianti (2008), en donde se analizan los programas, intervenciones y políticas que han sido efectivos en la prevención primaria del uso de tabaco, el abuso de alcohol y drogas ilegales. Dentro de los resultados destaca lo reportado en la prevención escolar, en donde se plantea que las escuelas son los escenarios más apropiados para la prevención del uso del drogas. Esto se debe a que cuatro de cinco fumadores comienzan el consumo antes de ser adultos; las escuelas ofrecen el más sistemático y eficiente sistema para llegar a gran número de jóvenes cada año, y las escuelas pueden adoptar y reforzar un gran espectro de políticas educativas encaminadas a la prevención del consumo de drogas (Faggiano y Vigna-Taglianti 2008). Es decir, la mayoría de los programas preventivos del consumo de drogas son escolares. Asimismo, en esta misma revisión se destaca que las intervenciones escolares más exitosas fueron aquéllas que combinaron la competencia social con la influencia social y los programas enfocados en el desarrollo de habilidades para el manejo de emociones y en la toma de decisiones (Faggiano y Vigna-Taglianti 2008).

Todo lo anterior muestra que la ciencia preventiva es relativamente joven, siendo esto particularmente cierto en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, en México, son pocos las intervenciones preventivas del consumo de alcohol y otras drogas. Más aún, los programas preventivos están orientados al tratamiento (intervención secundaria y terciaria), cuando la adicción ya se ha instalado en el individuo (Castro et al. 2002; INEPAR et al. 2000).

Algunas de las intervenciones grupales orientadas al tratamiento en Latinoamérica con un enfoque integral son:

i) Modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas de la Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado de Arica. En este modelo se aborda el problema adictivo desde una perspectiva psicoterapéutica de la Biología de la Cognición y del Amar,

y el objetivo principal en la comunidad terapéutica es el cambio integral del estilo de vida del residente, el cual incluye la abstinencia de sustancias ilegales, la eliminación de actividades antisociales, la orientación en la búsqueda de empleo y la instauración de valores y actitudes pro-sociales. Esto es, se orienta a que los usuarios logren mayor dominio y conocimiento de su mundo afectivo, se promueve el desarrollo de habilidades y competencias sociales con el fin de reinsertarse adecuadamente en su entorno, y se fortalece en los residentes y familiares factores protectores (Romero-Romero et al. 2008).

ii) Programa ITTACA de intervención transteórica de apoyo al cambio de adicciones, el cual consiste en un proceso realizado intencionalmente por una persona para sustituir conductas menos saludables a otras más saludables de forma progresiva hasta que el problema no existe. Este modelo transteórico del cambio de conductas adictivas se articula tridimensionalmente integrando estadios, procesos, y niveles de cambio, fundamentando lo que algunos autores denominan meta paradigma de la recuperación de las conductas adictivas, y que es progresivamente asumido por un amplio grupo de autores y clínicos dedicados al estudio y tratamiento de las adicciones (Díaz-Salabert, Liébana-Molina, Luque-García 2001).

Sin embargo, la estrategia de intervención secundaria y terciaria no se aconseja, ya que el uso de drogas no sólo genera los problemas propios de la adicción, sino que trae consigo un gran número de problemas sociales y de salud (i.e. accidentes de tráfico, accidentes en el trabajo, violencia y abuso infantil, entre otros). En este sentido, las intervenciones deben ser dirigidas a reducir el primer consumo y a prevenir la transición del uso experimental a la adicción (Faggiano y Vigna-Taglianti 2008).

Por otro lado, las pocas estrategias de intervención a nivel primario son talleres o programas preventivos que tienen como enfoque primordial abordar aspectos teóricos (modelo racional o informativo), enfoque que ha probado no ser tan eficaz (Faggiano y Vigna-Taglianti 2008). Moral y Ovejero (2005, pp. 101,102) comentan “Prevenir es concienciar, no imponer o meramente institucionalizar ciertas medidas de actuación, de manera que ha de ser un acto de mediación más que de imposición. Mediante la prevención-intervención se debe formar, lo cual no se agota en labores informativas, ya que informar no supone necesariamente prevenir, sino que más bien ha de optarse por modelos competenciales y de entrenamiento en habilidades básicas”. En un programa preventivo óptimo se deberán incorporar esfuerzos en el diseño e implementación de acciones de carácter comprensivo que respondan a la multidimensionalidad de la problemática asociada al consumo de drogas (Moral y Ovejero 2005), tales como

el cuidado de la salud de forma integral (De León 2004), cambios en las actitudes hacia el consumo, resistencia a la presión de grupo, entrenamiento en competencias básicas y optimizadores de recursos personales (Moral y Ovejero 2005).

Hasta ahora se ha mostrado cómo los programas preventivos, en particular en México, son pocos, y los existentes no abordan el problema del consumo de drogas y trastorno adictivo desde la multidimensionalidad o integridad del individuo. Además, hay programas preventivos en México basados en “ocurrencias”, los cuales carecen de base teórica para comprender el escenario del consumo de drogas (Velasco 2008). Sin embargo, para la prevención no sólo hace falta definir los modelos eficaces, es también esencial tomar en cuenta la edad de inicio en la prevención.

A este respecto se ha demostrado que los períodos de mayor riesgo en los que inicia el consumo de cualquier droga, ocurre durante la transición de la vida del niño al período juvenil, o adolescencia (NIDA 2004). Aunque no sólo la adolescencia que comprende la edad de los 13 a 18 años es una etapa de riesgo. Existe una etapa de transición considerada como la postergación de la adolescencia que también es considerada como una etapa vulnerable al consumo y abuso de alcohol y otras drogas (Becona 2002), la cual, se denomina como la adultez emergente, y se sitúa entre los 18 y 25 años, edad en la que muchos jóvenes son universitarios. La adultez emergente es considerada de alto riesgo ya que es la faceta en que el joven abandona el hogar paterno e inicia lo que será su formación profesional. En esta etapa los jóvenes experimentan nuevas situaciones generadoras de estrés, lo cual puede ser un desencadenante de conductas asociadas al consumo de drogas (NIDA 2004) durante su paso por la universidad.

Ejemplo de la vulnerabilidad de esta etapa lo encontramos en las universidades norteamericanas, en donde desde hace un par de años se ha venido ampliando un fenómeno denominado *binge alcoholism*. Las encuestas nacionales señalan que cuatro de cinco estudiantes consumen alcohol, y el 50% de los consumidores se involucra en episodios de exceso (NACAAA, 2002). El Departamento de Salud y Servicios Humanos (USDHHS) también ha identificado el *binge alcoholism* como el mayor problema de salud pública que enfrentan actualmente los jóvenes universitarios en la sociedad norteamericana, debido a que no sólo afecta a los estudiantes que sufren de alta intoxicación, sino también a la comunidad universitaria, e incluso a los individuos que han elegido no beber y que son abstemios (NACAAA, 2002). Además, las estadísticas señalan que 1.400 estudiantes alcoholizados entre 18 y 24 años de edad, fallecen cada año por accidentes automovilísticos y

11 % suele ocasionar daño a la propiedad privada (Hingson, et al. 2002). Asimismo, más de 600.000 estudiantes entre el mismo intervalo de edad, son víctimas de asalto por otros jóvenes que se encontraban en estado de intoxicación. Lo mismo ocurre con el abuso sexual o violaciones, pues más de 70.000 estudiantes suelen ser víctimas de estudiantes con algún grado de intoxicación por droga o alcohol. Además cerca del 25% de los estudiantes alcohólicos tiene consecuencias académicas negativas al inicio del año escolar, lo cual ocasiona reducción en los promedios de calificaciones (Engs et al. 1996; Presley et al. 1996a; Presley et al. 1996b; Wechsler, et al. 2002).

Este fenómeno de consumo de drogas es similar en México, y aunque desafortunadamente no contamos aún con investigaciones epidemiológicas dirigidas hacia los jóvenes en los campus universitarios que indiquen el nivel de dicha problemática, existen algunos datos que muestran el riesgo durante esta etapa de transición. Por ejemplo, a través de la realización de encuestas en dos universidades privadas de la Ciudad de México, se muestra en un periodo de dos años el incremento de consumo de alcohol y otras drogas en esta población. Así, el consumo de marihuana aumentó en un 45%; el consumo de tranquilizantes, en un 1.09%; la cocaína, en 1.94%; el consumo de hachís, en 1.1%; los antidepresivos, en 4.25%, y por último, el consumo de anfetaminas aumentó en 0.2%. Por lo tanto, las drogas con porcentajes totales de consumo más alto son marihuana en primer lugar, los tranquilizantes en segundo lugar y en tercero la cocaína. Este fenómeno se explica por el mayor acceso de los estudiantes a estas sustancias nocivas (Pulido et al. 2003).

En cuanto al consumo de alcohol, los datos sugieren que el patrón de consumo es muy semejante al reportado para el consumo de drogas. En ambos casos se encuentra un incremento notable en el consumo al salir del bachillerato y entrar a la universidad (Pulido et al. 2002). Por ejemplo, Villatoro et al. (1999) reportaron que en secundaria y bachillerato la prevalencia de consumo de alcohol fue ligeramente superior a 30% y en lo reportado por Pulido et al. (2002) la prevalencia en los universitarios fue de 68.15%, lo que indica que hay un aumento en el consumo del más del doble. Es decir, el riesgo al alcoholismo y drogadicción incrementa conforme avanza la escolaridad hasta llegar a la universidad (Villatoro et al. 2005; Díaz et al. 2002). Asimismo, de estos 68.15% de estudiantes que consumieron alcohol el mes previo al estudio, el 18% consumió hasta llegar a la intoxicación. La relación entre consumo e intoxicación sugiere que para una cantidad importante de sujetos los eventos de consumo son sumamente intensos e involucran grandes cantidades de alcohol (Pulido et al. 2002).

En otro estudio, Mora-Ríos y Natera (2001) reportan que en la población universitaria estudiada, el 52% de la población presenta un consumo moderado de alcohol menor a cinco copas por ocasión de consumo. El 31% de los jóvenes, principalmente varones, presenta un consumo de cinco copas o más por ocasión. La proporción fue de tres hombres por una mujer con consumo alto. Tan sólo el 17% de los estudiantes no consume ningún tipo de bebida alcohólica. De ésta muestra, el 26% mencionó tener problemas asociados al consumo, principalmente los hombres (17.9%) en comparación con 8.2% de las mujeres que reportaron estos problemas. De los problemas señalados, los más importantes fueron con las relaciones interpersonales con la policía y la salud física, seguidos por los accidentes, en los que, como era de esperarse, los hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres (Mora-Ríos y Natera 2001).

Toda esta información del contexto mexicano universitario muestra que es indispensable diseñar programas y talleres preventivos del consumo de drogas dirigidos a este sector poblacional. Por lo anterior, el objetivo de la investigación fue implementar y evaluar el efecto de una intervención (curso-taller) preventiva integral en un grupo de estudiantes universitarios. Dentro de los objetivos específicos planteados en esta investigación se encuentran la búsqueda de sentido de vida, la resignificación del sentido de sufrimiento, el nivel de salud y bienestar y la presencia de factores protectores. Para ello, se elaboró un curso-taller preventivo, el cual forma parte de las experiencias educativas de elección libre dentro del Modelo Educativo Integral Flexible (MEIF) de la Universidad Veracruzana. En este se utilizaron herramientas y metodologías respaldadas por diversas corrientes teóricas (White y Epston 1993; Macy 1998; Martínez 2001; Avants y Margolin 2004), que aunque no han sido probadas en la prevención del consumo de drogas, se pretende incidir con ellas en la totalidad del individuo que curse la experiencia educativa, al reforzar en los alumnos los factores protectores que abarcan todos aquellos aspectos psicosociales de la personalidad del individuo en su integralidad. Esto con la finalidad de que el universitario asuma conciencia, cuidado de su salud y contextualice los factores de riesgo que propician conductas de consumo de alguna sustancia psicotrópica.

## MÉTODO

### *Diseño*

El presente estudio es cuasi-experimental “antes-después”.

### *Muestra*

La selección de la muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios que cumplieron con los siguientes criterios: a) estar inscritos o ser pasantes de una carrera en la Universidad Veracruzana; b) tener entre 19 y 30 años de edad (rango de edad que se considera como la etapa de la adultez emergente) y c) completar la experiencia educativa o cumplir con el 80% de asistencia al taller. Con esto se obtuvo un registro máximo de 30 participantes, debido a que la eficacia de las intervenciones grupales disminuye si se aumenta el número de participantes. De los 30 participantes, sólo 27 concluyeron la experiencia educativa, donde veintiuno fueron mujeres y seis hombres. Asimismo, en este estudio no se incluyó un grupo control para comparar los resultados entre los grupos, debido a que al tratarse de una experiencia educativa que es ofertada dentro del área de elección libre, dificulta la inclusión otro grupo de estudiantes. En este sentido, el tener un grupo control implicaría estudiantes asistiendo a otra experiencia educativa, en la cual no se trabajen los aspectos preventivos diseñados en este trabajo, situación que no es viable hasta este momento. Sin embargo, el diseño antes-después nos permite obtener datos que evalúan el efecto de la intervención, aunque los resultados no sean generalizables a toda la población estudiantil de esta universidad.

### *Instrumentos de medición*

1. Cuestionario Salud y Bienestar (Wellness Inventory). El cuestionario fue elaborado por Travis y Ryan (1999). Se trata de una relación de 296 preguntas divididas en 12 secciones o sub-escalas. Cada sección evalúa distintos aspectos de la persona, entre los cuales se encuentran la auto-responsabilidad y amor (S1), respiración (S2), sensación (S3), comida (S4), movimiento (S5), sentimiento (S6), pensamiento (S7), jugar/trabajar (S8), comunicación (S9), sexo (S10), encontrar significado (S11) y trascendencia (S12). Las propiedades psicométricas de esta prueba fueron evaluadas a través del método de Palombi (1992). La consistencia interna del Cuestionario de Salud y Bienestar fue determinada con base al cálculo del coeficiente de correlación alpha de Cronbach, resultando ser 0.93 (Palombi 1992).

2. La prueba sobre el Sentido de Vida (Purpose-In Life, PIL) es un instrumento diseñado por Crumbaugh y Maholick (1981) para evaluar la actitud del individuo frente a la vida, en particular la magnitud del vacío existencial. La PIL cuenta con 20 reactivos, los cuales se puntúan de 1 a 7, se suman los valores y se dividen entre el número de reactivos con lo cual se obtiene una media. Esto da un mínimo de 20 hasta un máximo de 140 puntos. La confiabilidad del instrumento se analizó por el método de las dos mitades (Crumbaugh y Maholick 1981) obteniéndose

un coeficiente de correlación de Pearson ( $r= 0.81$ ,  $n=225$ ,  $P<0.05$ ). Para interpretar los puntajes del PIL se debe tomar en cuenta lo siguiente: la tabla de intervalo de valores que van desde el 92 hasta el 112 (que representa el intervalo desde la mediana de la población clínica hasta la mediana de la no clínica), y representa una situación de indefinición (Crumbaugh y Maholick 1981). Por esto, las puntuaciones de 113 o más sugieren la presencia de metas y de sentido de vida, mientras que el rango 91 o menos, indican ausencia de metas, ausencia de sentido de vida o vacío existencial.

3. La prueba de significado del sufrimiento. El instrumento diseñado por Starck (1985), mide la capacidad que tienen los individuos para encontrar significado al sufrimiento en aquellas experiencias inevitables de dolor a las que se tendrán que enfrentar en alguna etapa de su vida. Es un cuestionario de auto-aplicación, dividido en partes: (1) sección que cuenta con 20 reactivos y usa un rango de evaluación del 1 a 7, en el que el número uno indica que el individuo “nunca” ha sentido o que no cree en la afirmación contenida en este reactivo. El número dos indica “rara vez”, así hasta llegar al número 7, que indica “constantemente”; (2) sección que consiste de 17 reactivos adicionales que el individuo también debe responder, aunque en este estudio se utilizaron solamente los reactivos de la parte I. La confiabilidad del instrumento es de  $r=0.81$  (con un Alpha de Cronbach de 49). Una vez completado las respuestas, se integró la sumatoria de todos los reactivos y fueron divididos por el total de reactivos.

4. La prueba Drug Use Screening Inventory (DUSI) diseñada originalmente por Tarter (1991) pero modificada por Díaz-Negrete et al (2006). La prueba cuenta con 135 reactivos y se caracteriza por tener preguntas binomiales “sí” y “no”. Las puntuaciones se obtienen de la suma de las respuestas afirmativas y negativas. A mayor número de respuestas afirmativas, mayores son los factores de riesgo a los que el individuo se enfrenta. Por el contrario, a mayor número de respuestas negativas, mayores son los factores protectores y, por tanto, existe una disminución en el riesgo de involucrarse en el consumo de drogas. La confiabilidad del instrumento fue determinado usando el coeficiente de correlación alfa de Cronbach, dando un resultado de  $r= 0.97$  y una varianza explicada de 83%.

### Procedimiento

El taller preventivo incluyó 15 sesiones, las cuales se llevaron a cabo con estudiantes de la Universidad Veracruzana, quienes se encontraban cursando el semestre fe-

brero-agosto de 2008 inscritos en el programa de Modelo Educativo Integral y Flexible (MEIF) de la Universidad Veracruzana.

Los cuatro cuestionarios fueron aplicados al inicio del taller durante el primer día de clases. Posterior a ello, se dio inicio a la actividades del taller integral preventivo del consumo de drogas, el cual se impartió un día a la semana entre las 10:00 a las 14:00 hrs, en un jardín en las instalaciones de la Universidad Veracruzana. El taller tuvo una duración de seis meses, periodo durante el cual se trabajó con los estudiantes realizando diversas dinámicas diseñadas para promover la interacción colectiva. Los ejercicios consistieron en distintas metodologías en donde se le ofreció al estudiante la oportunidad de llevar a cabo una introspección y conocimiento personal. Entre éstas se usaron ejercicios de ecología profunda (Macy 1998), técnicas de respiración y meditación, ejercicios corporales como son el Chi-kung (Chia y Li 2001) y algunos ejercicios de bioenergética (Lowen 1975). También se realizó terapia narrativa (White y Epston 1993), para la generación de historias alternativas y fomentar de ésta manera el diálogo grupal y sentido de comunidad, aunado a ejercicios de visualización y meditación guiada, con elementos de la *Terapia del Esquema del Yo Espiritual (3-S, por sus siglas en inglés)* en donde se trabajó con el modelo cognitivo-conductual y algunos elementos de la filosofía budista (Avants y Margolin 2004). Todo esto, con la finalidad de fortalecer los factores de protección y disminuir los factores de riesgo hacia el consumo de alcohol o droga<sup>1</sup>. Al finalizar el taller, se volvieron a aplicar los tres cuestionarios para medir el impacto y el efecto del taller.

### Análisis de los datos

Para determinar los efectos integrales del taller preventivo, se evaluaron los puntajes de los cuestionarios aplicados antes y después de las sesiones del taller.

Así se compararon los tres cuestionarios para evaluar los posibles efectos resultado de la intervención. La comparación se hizo utilizando la prueba *t*-para muestras pareadas para datos no independientes y medidos repetidamente en los sujetos de estudio (Zar 1999). Además, antes de aplicar la prueba estadística se verificó que las variables de respuesta cumplieran con el supuesto de normalidad y homogeneidad de varianzas. Por otra parte, también se obtuvieron las correlaciones de Pearson, con la finalidad de relacionar las variables de respuesta de los

<sup>1</sup> Producto de este taller se elaboró un manual que puede ser consultado en el siguiente sitio web <http://www.uv.mx/iib/Academicos/Tania.html>, aunque se advierte que el material está protegido bajo la categoría de derechos de autor y su replicación requiere autorización y entrenamiento por parte de los autores.

cuestionarios y así evaluar asociación de acuerdo a las características de cada sección.

## RESULTADOS

### *Datos sociodemográficos*

La edad promedio de los alumnos participantes fue de 24 años. 21 individuos fueron mujeres, y seis hombres. 25 individuos reportaron ser solteros, una casada y otra en condición de unión libre. Sólo dos estudiantes (mujeres) declararon tener hijos. En cuanto a la creencia religiosa, 22 manifestaron ser católicos (17 mujeres y cinco hombres); una se consideró cristiana, tres mujeres creen en Dios, y un hombre se consideró ateo. Además, 14 de los participantes se encontraban cursando la carrera de Químico Farmacéutico Biólogo (mujeres), cinco la carrera de Sistemas Computacionales (hombres), cinco más la carrera de Enfermería (mujeres), uno la carrera de Sociología (hombre), otro más la carrera de Negocios Internacionales (mujer) y un estudiante de la carrera de Contaduría (mujer).

### *Análisis global de la intervención por instrumento*

Para evaluar los efectos preventivos del Taller Integral se compararon los cuatro cuestionarios aplicados a los estudiantes antes y después de la intervención. Las pruebas aplicadas a los estudiantes mostraron variación en los valores de respuesta. El resultado del cuestionario de salud y bienestar indicó diferencias significativas en los índices promedio antes y después de impartir el taller a los alumnos ( $t = -7.934$ ,  $p < 0.001$ , véase figura. 1a), lo que indica que la intervención sí tuvo el efecto esperado. Para el caso de las pruebas sobre el significado del sufrimiento y sentido de vida se obtuvieron valores promedio bajos de respuesta antes de aplicar el taller y como efecto de las dinámicas grupales incremento en los dos tipos de pruebas ( $t = -2.653$ ,  $p < 0.001$  y  $t = -2.521$ ,  $p < 0.001$ , véase figuras 1b y 1c respectivamente). Esto muestra que hubo una resignificación del sufrimiento y un aumento en el sentido de vida los cuales sirven como factores protectores. En contraste, el cuestionario sobre factores de riesgo indicó un índice promedio alto antes de iniciar el taller y disminuyó significativamente al aplicar el mismo ( $t = 3.141$ ,  $p < 0.001$ , véase figura 1d), indicando un cambio en los factores de riesgos una vez realizada la intervención. En contraste, el resultado de la prueba de factores de protección mostró un índice promedio bajo antes de la intervención en la población de estudio, mismo que aumento una vez terminado el taller ( $t = -3.138$ ,  $p < 0.001$ , véase figura 1e), denotando una mayor protección en los sujetos una vez concluida la intervención.

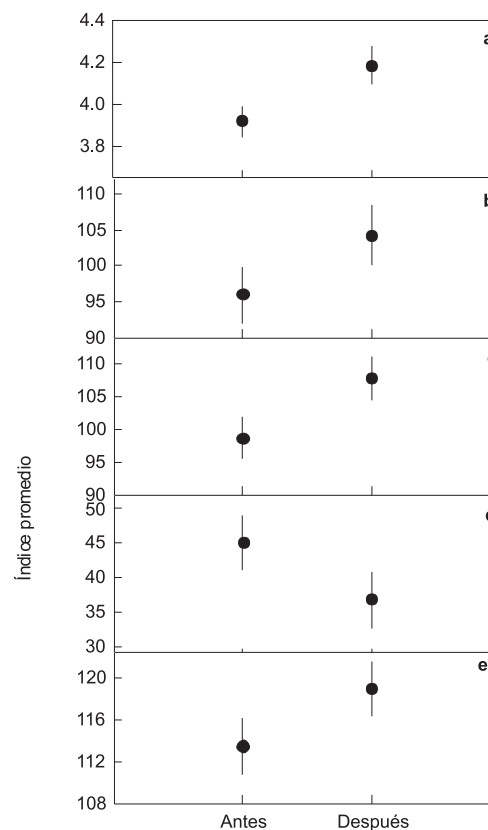


Figura 1. Índices promedio ( $\pm EE$ ) antes (A) y después (D) correspondientes a Salud y Bienestar (a), Significado del Sufrimiento y Sentido de Vida (b), factores de riesgo (c), factores de protección (d).

Al evaluar por separado los resultados del cuestionario de salud y bienestar en sus 12 secciones, éstas presentaron amplias diferencias entre el índice promedio antes y después de la aplicación del taller. A excepción de la sección S1 que no indicó diferencias significativas ( $t = -0.697$ ,  $p > 0.05$ ), lo cual pudiera estar indicando que la auto responsabilidad y amor no es afectado después de la intervención. Asimismo, es importante destacar que dentro de las secciones que presentaron variaciones estadísticamente significativas, no todas son afectadas con el taller con la misma magnitud. Por ejemplo, se encuentran aquellas secciones (S2 y S5, respiración y movimiento, respectivamente), en las que los valores promedio de respuesta estuvieron por debajo de un valor de índice de dos y posterior a la impartición del taller se obtuvieron valores promedio más altos ( $t = -6.065$ ,  $p < 0.001$  para S2 y  $t = -3.937$ ,  $p < 0.001$  para S5), y cercanos a un índice de tres. Este alto índice se esperaba ya que durante el taller se trabaja con diversas dinámicas tanto la respiración como el movimiento. Otras secciones del mismo cuestionario (S3,

S4, S8 y S12, sensación comida, jugar/trabajar y trascendencia, respectivamente), mostraron valores intermedios que no superaron el 2.5 de índice de respuesta previo a la asistencia al taller. Posterior al desarrollo de las actividades, los valores promedios difirieron significativamente respecto a los índices previos (S3  $t = -5.340$ ,  $p < 0.001$ ; S4  $t = -3.693$ ,  $p < 0.001$ ; S8  $t = -3.352$ ,  $p < 0.001$ ; S12  $t = -4.131$ ,  $p < 0.001$ ). Finalmente, las secciones S6, S7, S9, S10 y S11 (sentimiento, pensamiento, sexo, comunicación y encontrar significado, respectivamente) mostraron valores promedio superiores al 2.5 antes de aplicar el taller a los alumnos, y al término de la intervención estos fueron significativamente superiores y cercanos al índice de tres para cada sección (S6  $t = -2.974$ ,  $p < 0.001$ ; S7  $t = -3.277$ ,  $p < 0.001$ ; S9  $t = -3.273$ ,  $p < 0.001$ ; S10  $t = 3.595$ ,  $p < 0.001$ , S11  $t = -3.140$ ,  $P < 0.001$ , véase figura 2).

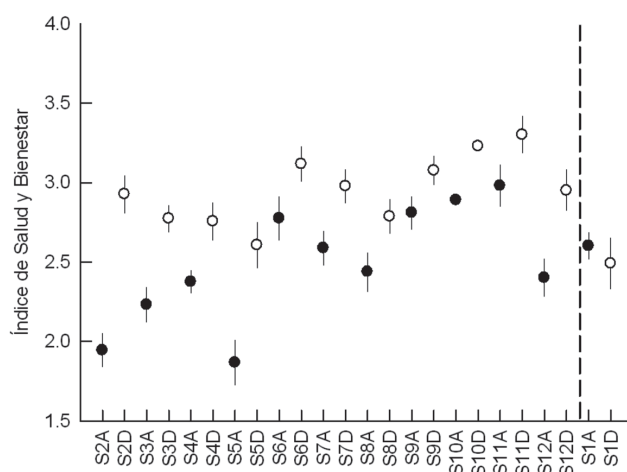


Figura 2. Valores promedio ( $\pm$  EE) de los índices correspondientes a las secciones del cuestionario de salud y bienestar antes (A  $\cdot$ ) y después (D  $\circ$ ) de la aplicación del taller.

#### Análisis de la intervención por sujeto de estudio

Tal como se muestra en la sección del análisis global de la intervención, hubo variaciones significativas antes y después del taller integral, aunque, para determinar si la variación global positiva persiste en los individuos, se realizó un estudio del efecto del taller en cada uno de los participantes por instrumento.

Es así que el desglose general de los puntajes en crudo para cada una de las variables administradas en cada uno los estudiantes, define cambios al concluir la intervención. Del análisis del Cuestionario Salud y Bienestar, se obtuvo que del total de la muestra estudiada, el 92%

de los estudiantes que participaron en el taller presentó un aumento en los puntajes de las 12 secciones que contiene este cuestionario, y el resto de los sujetos tuvo un decremento en el puntaje evaluado (véase figura 3). Los mismos cambios se observan aun si se analizan las 12 secciones por separado, puesto que los porcentajes se encuentran entre el 53 y 89%. Resalta lo observado en las secciones 2 (respiración), 3 (sensación), 5 (movimiento) y 10 (sexo), en donde 75% o más de los estudiantes muestra un cambio después del Taller Integral. Además, en la S2 el 22% de los sujetos mostraron variaciones de entre 1.5 a 3.0 o más al término del taller. Esta variación también se presentó en S3 con el 14 % de los individuos así como en S5 para el 18.5 % de los estudiantes.

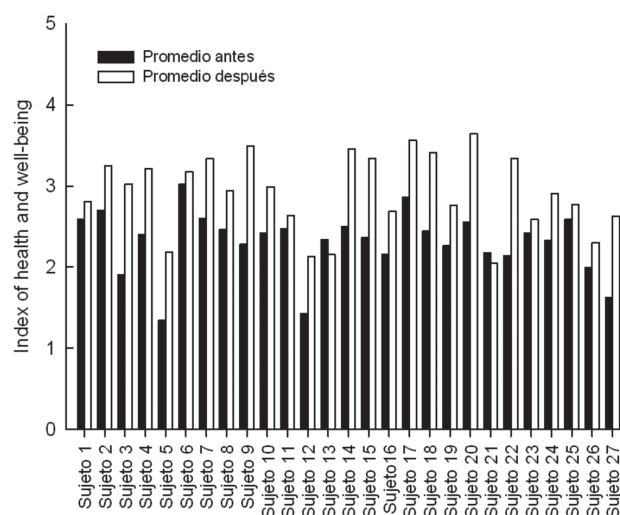
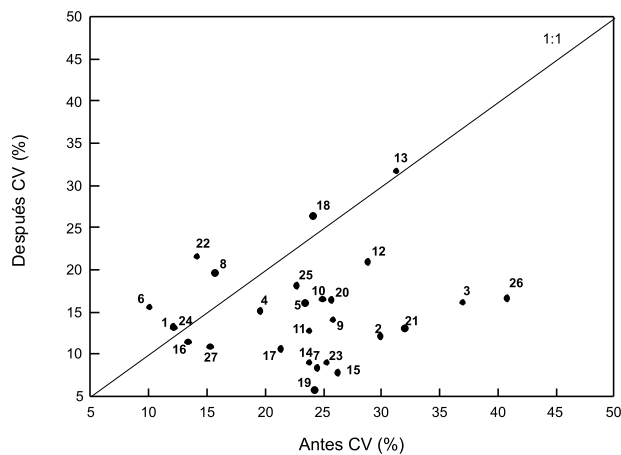


Figura 3. Variación promedio individual en Salud y Bienestar en los sujetos de estudio antes (A) y después (D) del taller preventivo.

Asimismo, este efecto del taller también es observable al comparar los coeficientes de variación, en donde se observan diferencias para cada estudiante en sus respuestas antes y después del taller. Por ejemplo, un 22% de la muestra poblacional no mostró o manifestó el cambio esperado después de haber cursado el taller (sujetos que están por arriba de la diagonal 1:1) (véase figura 4). En cambio el resto de los estudiantes mostró una disminución en sus coeficientes de variación (CV) de respuestas a las 11 secciones del Cuestionario de Salud y Bienestar. Por esto, el menor CV observado después de la intervención se debe a que hubo mayor homogeneidad en las respuestas de los estudiantes. Asimismo, sólo un bajo número de alumnos mantiene mayor dispersión en sus puntajes de respuesta.





**Figura 4.** Relación bivariada entre el coeficiente de variación de cada estudiante (CV) estimado antes y después de haber cursado el taller preventivo.

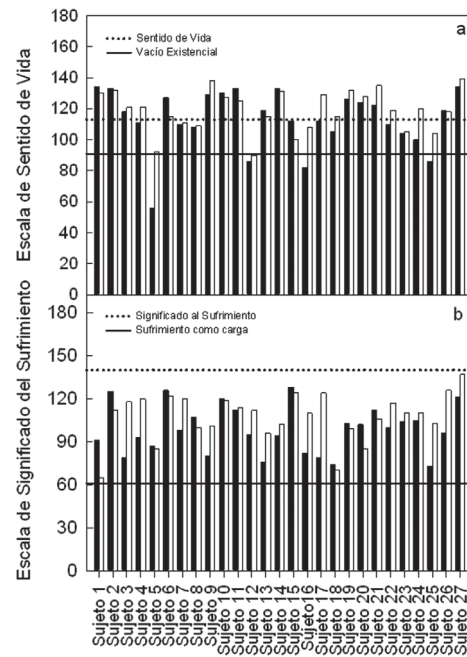
Con el instrumento Significado del sufrimiento y sentido de vida, el 100% de los estudiantes indicó la presencia o significado de sufrimiento y el 70% sugirió la presencia de metas y sentido de vida después de la intervención colectiva. Estas dos escalas tuvieron aumento en los puntajes en la mayoría de los estudiantes (véase figura 5). Aunque en el caso de la escala de Sentido de Vida, el 26% de los estudiantes se situó en un intervalo categorizado como de indefinición de acuerdo con los puntajes del 92 al 110. Lo anterior indica que los sujetos se encontraban en una etapa de búsqueda de sentido de vida y metas, y sólo el 4% se situó en la categoría de vacío existencial. Además de los cuatro sujetos que presentaban vacío existencial al inicio de taller, sólo al final de la intervención el sujeto 12 permaneció sin cambio.

Con respecto al Test Drug Use Screening Inventory, los factores de riesgo disminuyeron en un 74% y los factores protectores aumentaron en un 70.4% en los estudiantes después de concluido el taller (véase figura 6). Cabe señalar lo sucedido con ocho estudiantes (2, 3, 7, 12, 17, 19, 21 y 27, es decir, el 30%) quienes disminuyeron sus factores de riesgo en un 50% o más. En particular los sujetos 17 y 19 disminuyeron su riesgo de 40 a 10 y 44 a 15 respectivamente (véase figura 6).

#### Correlación entre variables

Una vez determinado el efecto positivo de la intervención en la prevención del consumo de drogas con cada uno de los instrumentos, se procedió a analizar la intensidad de asociación alcanzado sobre las variables evaluadas en el taller integral (véase tabla 1). Esto se hizo ya que la eficacia tanto del tratamiento de las adicciones como de la prevención del consumo de drogas y alcohol, se debe a la multidimensionalidad de aspectos que se trabajan con

la intervención en el individuo (Nakken, 1998; Bradshaw 2000; Becoña 2002; De León 2004; Velasco 2006).



**Figura 5.** Variación promedio individual en la Escala de Sentido de Vida y Significado del sufrimiento en los sujetos de estudio antes y después del taller preventivo.

De esta forma, los análisis correlativos para las secciones o sub-escalas del cuestionario Salud y Bienestar, indicaron asociación positiva en ocho casos. En particular, la sub-escala S1A que refiere a la auto-responsabilidad y amor se correlacionó positivamente con las secciones S6D (sentimiento), S9D (comunicación), S12D (trascendencia) y PD (factores de protección) (véase tabla 1), mientras que con la variable RD (riesgo) la asociación fue negativa.

La sub-escala S3A (sensación) también mostró asociación con la sección S7D (pensamiento), S8D (jugar/trabajar) y S11D (encontrar significado), cuyos valores fueron superiores a una  $r = 0.50$ . En el caso de la sub-escala S6A (sentimiento), se correlacionó con S7D (pensamiento), S11D (encontrar significado), S12D (trascendencia) y con el Test Sentido de Vida (PIL D) el cual presentó un coeficiente de asociación superior al 0.60.

La variable S7A (pensamiento), presentó asociación con las sub-escalas S8D (jugar/trabajar) y S11D (encontrar significado) con valores de correlación superior al 0.50. En cuanto a las correlaciones entre el cuestionario de Salud y Bienestar *Vs.* las sub-escalas comunicación y sexo, se obtuvo que la sección S9A (comunicación) está correlacionada positivamente con S3D (sensación), S6D (sentimiento), S8D (jugar/trabajar) y S11D (encontrar significado).

Tabla 1

Correlaciones de Pearson entre las variables, integradas por las secciones de los distintos cuestionarios aplicados antes (A) y después (D) de la intervención del taller preventivo. Los valores en negritas indican coeficientes estadísticamente significativos con una  $P < 0.05$ .

	S1D	S2D	S3D	S4D	S5D	S6D	S7D	S8D	S9D	S10D	S11D	S12D	Su D	PIL D	R D	PD
S1A	0.47	0.45	0.47	0.41	0.28	0.60	0.40	0.24	0.51	0.43	0.32	0.52	0.22	0.27	-0.50	0.50
S2A	0.07	-0.01	0.09	0.28	0.03	0.29	0.37	0.41	0.29	0.26	0.42	-0.03	-0.25	0.33	-0.30	0.29
S3A	0.21	0.05	0.49	0.31	0.07	0.38	0.50	0.52	0.44	0.30	0.57	0.30	-0.09	0.33	-0.18	0.18
S4A	0.09	0.34	0.44	0.48	0.32	0.36	0.34	0.47	0.44	0.23	0.29	0.18	0.18	-0.05	-0.26	0.26
S5A	-0.26	-0.07	0.04	-0.03	0.06	0.15	0.13	0.23	-0.01	0.03	0.34	0.02	-0.05	0.08	0.08	-0.08
S6A	0.29	0.12	0.36	0.31	0.04	0.59	0.53	0.43	0.49	0.31	0.56	0.50	-0.05	0.61	-0.31	0.31
S7A	0.09	-0.09	0.29	0.29	-0.00	0.52	0.40	0.54	0.46	0.18	0.51	0.26	0.04	0.40	-0.16	0.16
S8A	-0.06	-0.01	0.23	0.12	0.21	0.23	0.31	0.58	0.35	0.15	0.48	0.18	0.14	0.25	0.03	-0.03
S9A	0.35	0.24	0.53	0.45	0.28	0.58	0.49	0.53	0.65	0.35	0.50	0.45	0.23	0.40	-0.28	0.28
S10A	0.46	0.40	0.61	0.62	0.52	0.64	0.76	0.79	0.80	0.70	0.67	0.38	0.27	0.60	-0.45	0.45
S11A	0.36	0.08	0.45	0.38	0.02	0.54	0.45	0.46	0.46	0.13	0.66	0.41	-0.02	0.54	-0.22	0.22
S12A	0.16	-0.25	0.18	-0.06	-0.20	0.45	0.20	0.02	0.17	-0.08	0.34	0.41	0.21	0.20	0.05	-0.05
Su A	0.24	0.06	0.15	0.16	0.30	0.32	0.20	0.18	0.31	0.12	0.26	0.38	0.38	0.09	-0.10	0.10
PIL A	0.40	0.19	0.30	0.40	0.13	0.59	0.54	0.42	0.58	0.37	0.46	0.34	0.08	0.80	-0.30	0.30
R A	-0.43	-0.58	-0.40	-0.53	-0.32	-0.58	-0.69	-0.61	-0.67	-0.65	-0.54	-0.46	-0.06	-0.25	0.80	-0.80
P A	0.43	0.58	0.40	0.53	0.32	0.58	0.69	0.61	0.67	0.65	0.54	0.46	0.06	0.25	-0.80	0.80

En lo referente a la escala S10A (sexo), ésta se correlacionó positivamente con las escalas S3D (sensación), S4D (comida), S5D (movimiento), S6D (sentimiento), S7D (pensamiento), S8D (jugar/trabajar), S9D (comunicación) y S11D (encontrar significado) y sus valores de coeficientes fueron superiores al  $r = 0.60$  excepto con la S5D. Lo anterior pone énfasis en la importancia de la sexualidad para la salud integral y bienestar de una persona, ya que las variaciones en lo sexual afectan a la persona en su totalidad. Al respecto se ha definido que el abuso de drogas puede promover las conductas de promiscuidad sexual y trastornos sexuales, lo cual lleva a contraer enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos de salud pública.

En los instrumentos de Significado de Sufrimiento y Sentido de Vida, sólo el de Sentido de Vida mostró correlaciones.

El cuestionario DUSI, también presentó correlaciones con otras escalas. Así, en lo referente a factores de riesgo (RA), esta escala se correlaciona negativamente con las sub-escalas S2D (respiración), S4D (comida), S6D (sentimiento), S7D (pensamiento), S8D (jugar/trabajar), S9D (comunicación), S10D (sexo) y S11D (encontrar significado). Además, la correlación observada entre RA con RD mostró un alto coeficiente de  $r = 0.80$  y en el caso de RA con PD la asociación fue negativa de  $r = -0.80$  esto hace evidente que el no trabajar los factores de riesgo en

los estudiantes promueve más riesgo, mientras que su incorporación ofrece más protección. Este mismo efecto se observó con los factores protectores, ya que la subescala PA influye sobre RD ( $r = -0.80$ ) y PD ( $r = 0.80$ ), es decir sobre el riesgo y la protección.

## DISCUSIÓN

Desde la perspectiva de la comunidad terapéutica y la visión integral de las adicciones, el éxito en la prevención del consumo de drogas requiere que se trabaje con la persona como ser social y psicológico (Bradshaw 2000; De León 2004; Velasco 2006). Es decir, la visión integral y compleja de las adicciones se centra en el individuo y en la problemática que le circunda, ya que existen ciertas áreas o factores biológicos individuales que predisponen el uso y abuso. Asimismo, existen elementos que pueden promover o prevenir el uso y abuso de sustancias, y que se les ha denominado factores de riesgo y de protección (Clayton 1992). En este sentido la intervención se dirigió a fomentar en los sujetos de estudio una disminución en los factores de riesgo y acrecentar la actividad de elementos de protección (Becoña 2002), lo que suponemos mantendrá un estado de salud y bienestar en la persona.

En el grupo analizado en este trabajo, la mayoría de los estudiantes fueron mujeres. Esto es de notar, ya que la intervención no fue diseñada sólo para la población feme-

nina; por el contrario, el taller forma parte de las experiencias educativas de elección libre que oferta la universidad a todas las carreras. Una explicación a este fenómeno, es que en general las mujeres son más conscientes de su estado de salud y por tanto buscan opciones para mejorarla (García-Lanzuela 2007). Además, las mujeres presentan una mayor percepción del riesgo que implica el consumo de drogas a diferencia de los hombres (Kumate 2003).

Respecto a los resultados obtenidos producto de la intervención, el taller tuvo el efecto preventivo positivo esperado sobre los estudiantes, ya que todos los participantes disminuyeron sus factores de riesgo y aumentaron los de protección al finalizar el taller integral (véase figuras 1d y 1e). Esto no sólo se expresa por los resultados obtenidos en la prueba DUSI, sino también por las respuestas en el resto de cuestionarios, los cuales indican que los estudiantes lograron un crecimiento personal aunado a un cambio de actitud en relación al cuidado de su salud y de su bienestar emocional (véase figura 2). Estos cambios podrían permitirles usar estrategias positivas para afrontar el estrés y las situaciones difíciles propias de la transición de la etapa de la adultez emergente. Esto es de relevancia, ya que se plantea que en la población mexicana, los factores de riesgo relacionados al consumo de drogas son: trastornos depresivos, la carencia de estrategias de evitación del estrés, la baja percepción del riesgo, la exposición a estresantes escolares (bajas calificaciones, problemas con los maestros, fracasos académicos), la pertenencia a redes disfuncionales, baja adherencia escolar, la evitación o el afrontamiento hetero-dirigido de conflictos (baja tolerancia a la frustración, y control de impulsos) y baja autoestima (Bautista et al. 2007). Asimismo, Moral y Ovejero (2005) proponen que los programas preventivos deben incluir programas de habilidades generales de índole cognitivo conductual, comunicaciones e interpersonales, de manejo de situaciones generadores de ansiedad y labores de educación para la salud que se centren en tareas de sensibilización bien diseñadas, que redunden en reformular actitudes, entrenar habilidades, ofertar alternativas, preparar para la resistencia a la persuasión, potenciar en la comunidad hábitos saludables y promover el pensamiento crítico.

El taller también propició en los estudiantes una búsqueda de sentido de vida (véase figura 1b) y una resignificación a su sufrimiento (véase figura 1c), elementos que son esenciales en la prevención. A este respecto, Martínez (1999) sostiene que una tarea preventiva efectiva engloba la información preventiva adecuada, el desarrollo integral humano y la educación en la libertad, la responsabilidad y el sentido de vida, por lo que los participantes del taller integral preventivo tendrán menos probabilidad de invo-

lucrarse en conductas de alto riesgo, como son el consumo de alcohol y otras drogas.

Por otro lado, el análisis por sujeto del Cuestionario Salud y Bienestar muestra diferencias en los puntajes de las 12 secciones que contiene este cuestionario, resaltando el aumento observado en las secciones 2 (respiración), 3 (sensación), 5 (movimiento) y 10 (sexo). Esto es de amplia importancia, puesto que las personas adictas presentan una pérdida en su capacidad para sentir placer (anhedonia) (De León 2004). Trabajar los aspectos como el dominio corporal, respiración, sensaciones y el movimiento, genera en los estudiantes la protección de todos aquellos riesgos asociados a la falta de conciencia en todas estas áreas.

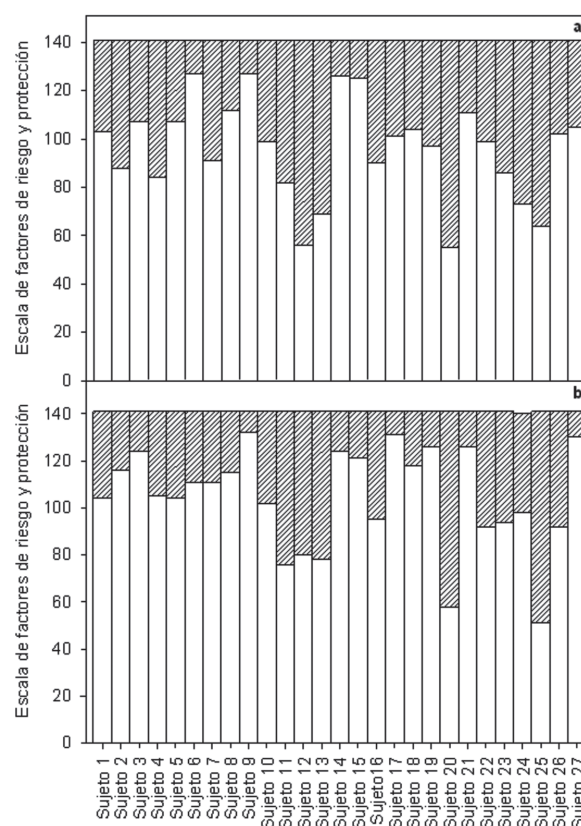


Figura. 6. Variación individual en los factores de Riesgo y Protección en los sujetos de estudio antes (A) y después (D) del taller preventivo.

En este mismo sentido, destaca lo observado en los análisis correlativos para las secciones o sub-escalas del cuestionario Salud y Bienestar, pues es el trabajo integral o multidimensional en el individuo, lo que previene el consumo de drogas. Por ejemplo, la sub-escala S1A que refiere a la auto-responsabilidad y amor que se correlacionó positivamente con las secciones S6D (sentimiento),

S9D (comunicación), S12D (trascendencia) y PD (factores de protección) (véase tabla 1), mientras que con la variable RD (riesgo) la asociación fue negativa. Esto plantea que el manejo de los sentimientos, la comunicación y la trascendencia que pueda llegar a tener una persona, dependen del grado de responsabilidad y amor que tiene consigo misma, con los que le rodean y con la vida en general, lo cual además disminuye los factores de riesgo y aumenta los factores de protección hacia el consumo de drogas. Por ejemplo, al aumentar la habilidad de comunicación y expresión del individuo, consigo mismo y con los demás, tienen una influencia directa sobre cómo interpretar sus vivencias, sensaciones, emociones y sentimientos, así como en su quehacer cotidiano, aspecto que impacta en la forma de obtener significado en su vida.

La sub-escala S3A (sensación) mostró asociación con la sección S7D (pensamiento), S8D (jugar/trabajar) y S11D (encontrar significado). De ahí que el pensamiento, el juego-trabajo (considerado como valor de creación por la logoterapia) y el encontrar significado están proporcionalmente ligadas con la sensación que presenta el individuo. Este aspecto es de amplia importancia para la prevención, ya que diversos autores plantean que la adicción y el consumo de drogas ocurre por una auto-desconexión del individuo y aislamiento con la comunidad y su ambiente, ámbitos en los cuales las sensaciones definen la predisposición al alcoholismo o drogadicción (Nakken 1998; De León, 2004). Esto debido a que los comportamientos adictivos, las emociones extremas, el pensamiento repetitivo, aburrimiento-enajenación y la falta de sentido, gatilla y recrudece el círculo vicioso que acompaña tanto al consumo y abuso de drogas como su consecuente adicción. Además, se conoce que los adictos presentan una visión negativa acerca de sí mismos, por ejemplo, se perciben como un individuo egoísta, demoníaco, impulsivo, irresponsable, manipulador y carente de misericordia, lo que conlleva a carecer de autoestima y presentar estados melancólicos y/o depresivos que son activados por el esquema del adicto (Martínez 1999; Avants y Margolin, 2004; De León 2004). Esto mismo se recrudece con las asociaciones que presenta la sub-escala S6A (sentimiento), con S7D (pensamiento), S11D (encontrar significado), S12D (trascendencia) y con el Test Sentido de Vida (PIL D), por lo que si se interviene sobre áreas que permiten el cambio en la persona, en particular en aspectos asociadas con sus sentimientos y emociones en un nivel de mayor profundidad, este cambio se reflejará en las sub-escalas del significado de la vida y trascendencia, es decir, fortaleciendo el sentido de vida en los individuos. Asimismo, en estas asociaciones se muestra que la relación entre el sentido de vida y la salud no es unidireccional, es

decir, no sólo altos valores en aspectos como sentimiento, pensamiento, comunicación (entre otros aspectos de la salud), lo promueven, sino que también el sentido de vida contribuye a una buena salud, ya que el tener un propósito vital mejora la comunicación al proveer de sentimientos y pensamientos positivos en los individuos (*feedback* positivo protector). Es decir, es la integración de aspectos lo que generará finalmente una protección o un riesgo al consumo de drogas en los estudiantes.

Aquí radica la importancia de incorporar sistemas integrales y multidimensionales a la prevención del consumo de drogas, ya que los distintos niveles trabajados por el taller (salud y bienestar, significado del sufrimiento, sentido de vida), se integran y potencializan causando un efecto protector sobre el individuo; así, aspectos como manejo de la respiración, mejor alimentación, el saber expresar apropiadamente las emociones y sentimientos. Aunado con encontrar sentido al juego y al trabajo, mejorar la comunicación, mejorar sus aspectos de intimidad y sexualidad, conlleva a que los estudiantes estén más protegidos y asuman mayor honestidad consigo mismos y con el grupo y, por ende, con la comunidad donde se desenvuelven. Por lo tanto, los participantes tienen mayor consciencia de sí mismos y su entorno, encontrando más significado en sus vidas como adultos emergentes en transición y en búsqueda de una identidad propia.

Esto se podría explicar como una espiral, en donde la fuerza protectora primero circula de afuera hacia dentro y después en sentido contrario. Esta homología indica, que los elementos externos de la persona como las sensaciones, pensamientos y sentimientos rotan hacia lo más interno hasta llegar a la obtención del sentido de vida, de lo cual deriva el regreso, donde se parte del sentido de vida hasta la comunicación promoviendo así un estilo de vida saludable (véase figura 7).

A pesar de todos estos resultados positivos, hubo algunos participantes que no mostraron cambios. Por ejemplo, en el caso del cuestionario de salud y bienestar dos participantes (13 y 21) no tuvieron un efecto positivo (véase figura 3). Una manera de interpretar el bajo puntaje es que al inicio los estudiantes tienden a evaluarse más alto de lo que corresponde, esto probablemente por el desconocimiento de este tipo de preguntas introspectivas. Más aún, una vez concluido el taller, los estudiantes mostraron un cambio de actitud y aumento de la capacidad de auto-observarse. Esto último se registró en los ensayos finales entregados por los alumnos, así como en las grabaciones tomadas durante la experiencia educativa. Por ejemplo, el sujeto 22 en su ensayo final expuso mayor apertura, sinceridad e introspección, denotando un incremento en la toma de consciencia de la respiración, y su entorno.

Además de que logró identificar como se generan los pensamientos repetitivos y/o compulsivos que le ocasionan tristeza, apatía, depresión y los mecanismos de negación como el dormir demasiado, evitando así confrontar la realidad. Asimismo, al concluir el taller preventivo, mostró ser más tolerante hacia sí mismo y expresó lo siguiente “En lo personal el taller me dio las armas y me enseñó los caminos que me faltaban por conocer para poder lograr una vida más plena en un nivel espiritual, individual y con la naturaleza”. En otro párrafo añadió: “Por otro lado, me he vuelto más expresivo y sincero con mis pensamientos y sentimientos”. Por lo que, de acuerdo a lo reportado por este estudiante, el riesgo que él mismo asocia a su salud, es lo que él llamó “estados o humor depresivo” que lo paralizan o lo dejan en un estado de apatía y que han sido reportados como factores que ponen en riesgo la salud integral.

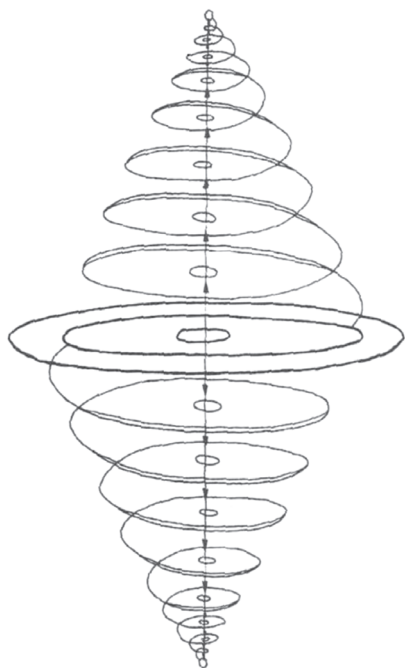


Figura 7. Espiral protector del consumo de drogas.

Otra explicación del efecto nulo o negativo en el caso del sujeto 13, es que éste resultó ser un individuo con resistencia a participar en varias de las actividades que se relacionaban con la corporalidad, así como las visualizaciones guiadas, meditación y la terapia 3-S, lo cual limitó su aprovechamiento integral.

Otro caso en donde no se registró un efecto positivo, fue el caso del sujeto 12 en la escala de Sentido de Vida, ya que al final de la intervención continuó con un estado de vacío existencial (véase figura 5). Esto puede asociarse

a un período de depresión que cursaba el sujeto aun antes de iniciada la intervención, lo que explica el bajo puntaje en esta escala. Al respecto, Elmore y Chambers (1967) al estar realizando la validación del Test de Sentido de Vida, encontraron que esta prueba se correlaciona negativamente con el Inventario de Personalidad Multifactorial de Minesota (MMPI) en sus escalas de D (depresión), Hy (histeria) (Palombi 1992); es decir, una persona con depresión presenta un estado de vacío existencial por el mismo síndrome. No obstante, el individuo redujo su riesgo al consumo de drogas, pues pasó de un puntaje en el cuestionario DUSI de 85 a 61 y presentó cambios en las escalas del cuestionario de salud y bienestar.

En el cuestionario DUSI de factores de riesgo y protección también hubo algunos participantes sin un efecto positivo producto de la intervención. Por ejemplo, en el 14% de los sujetos resultó claro que sus puntajes se deben a la renuencia por parte de estos estudiantes a participar en varias de las actividades y por su falta de interés (apatía) a integrarse en grupos pequeños donde incluso resultaba difícil para el resto de sus compañeros lograr un trabajo de cohesión grupal. Asimismo, presentaban consecutivamente impuntualidad, por lo que el aprovechamiento de varias de las actividades realizadas a temprana hora fue deficiente. Además, en el caso de los sujetos 11, 25 y 26, fueron estudiantes que admitieron estar consumiendo alcohol durante todo el semestre que duró este taller preventivo, lo que se reflejó en el Inventario.

De ahí que estudiantes que no realizaron todos los ejercicios durante el taller, no se encuentran igualmente protegidos. Pues resulta crucial que se trabaje de forma integral en todos los aspectos tanto psicológicos como sociales, para eliminar así conductas de riesgo como son la apatía y falta de motivación, rasgos que presentaron los estudiantes arriba señalados y que no presentaron cambios en el inventario DUSI.

Desconocemos si el taller funciona con estudiantes que se encuentran en alguna etapa de abuso del consumo de alcohol o drogas, puesto que la experiencia educativa no logró reducir los factores de riesgo en tres sujetos. Se piensa que este tipo de población requiere de otro tipo de intervenciones o tratamiento para lograr disminuir el consumo de alcohol, ya que cuando se ha iniciado el consumo de alcohol, y más aún cuando se incursiona en el abuso, las estrategias deben dirigirse hacia un tipo de intervención diferente al empleado en este taller. Por ejemplo, una prevención secundaria, en donde el enfoque de la intervención sea motivacional. En este tipo de enfoque la persona tiene la elección de cambiar sus conductas, en este caso, elegir seguir bebiendo o parar el consumo, permitiendo de esta manera que la persona se involucre acti-

vamente en su recuperación, y al mismo tiempo adquiriera la responsabilidad para lograr dicho cambio. Por lo tanto, este taller es primordialmente preventivo para aquella población universitaria que aún no se inicia y/o adentra en el consumo de alguna droga.

#### REFERENCIAS

- Avants, K., Y Margolin, A. (2004). Development of Spiritual Self Schema (3-S) Therapy for the Treatment of Addictive and HIV Risk Behavior: A Convergence of Cognitive and Buddhist Psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(3): 253-289.
- Bautista, E., Páez, J., Veytia, A., Sánchez, A., Y Pacheco, I. (2007). La Institución particular y sus estudiantes de nuevo ingreso a bachillerato: exploración del consumo de alcohol y drogas psicoactivas. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 4:217-228.
- Becoña, I. (2001a). *Bases Teóricas que sustentan los programas Preventivos de Drogas*. España: Ministerio del Interior.
- Becoña, I. (2001b). Modelos Teóricos para la Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 40:78-83.
- Becoña, I. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Bradshaw, J. (2000). *La Familia*. USA: Editorial Selector.
- Castro, M.E., Llanes, J., y Carreño, A. (2002). *Material Preventivo Construye tu Vida sin Adicciones: Una Evaluación en cinco Grupos Trabajados por el Centro de Integración Juvenil, Gustavo A. Madero Oriente*. México: CONADIC.
- Chia, M., Li, J. (2001). *La Estructura Interna del Tai Chi*. España: Editorial Sirio, S.A.
- Clayton, J. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En: M. Glantz, y R. Pickens (Eds.), vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crumbaugh, J., y Maholick, L. (1981). *Manual de Instrucciones del Test de Sentido de Vida*. USA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- De León, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones. Teoría, Modelo y Método*. New York: Springer Publishing Company.
- Díaz, D., Arrellanes, J., y Martínez, J. (2002). *Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León*. En: J. Villatoro, y M.E. Medina-Mora (Eds.), observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas: Las encuestas con estudiantes: Una población protegida en constante riesgo (pp. 133-136). México: Conadic.
- Díaz-Negrete, D., González-Sánchez, J., Y García-Aurrecochea, V. (2006). Adaptación del Drug-Use Screening Inventory para su aplicación en adolescentes mexicanos. *Adicciones*, 18(2):197-210.
- Díaz-Salabert, J., Liébana-Molina, C., y Luque-García F. (2001). *Programa I.T.T.A.C.A.: Intervención Transteórica de Apoyo al Cambio en las Adicciones*. Málaga: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- Elmore, T., & Chambers, E. (1967). *Anomie, Existential neurosis, and personality: Relevance for counseling*. En *Proceedings of the 75<sup>th</sup> annual convention* (pp. 431-342). American Psychol. Assn.
- Engs, R.C., Diebold, B.A., Y Hansen, D.J. (1996). The drinking patterns and problems of a national sample of college students, 1994. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41(3):13-33.
- Faggiano, F., & Vigna-Taglianti, F. (2008). Drugs, illicit – Primary Prevention Strategies. En *International Encyclopedia of Public Health, First Edition* (vol. 2, pp. 249-265).
- García Lanzuela, Y., Matute Bravo, S., Tifner, S., Gallizo Llorens, M.E., Y Gil-Lacruz M. (2007). Sedentarismo y Percepción de la Salud: Diferencias de Género en una Muestra Aragonesa. *Rev. int. med. cienc. act. ffs. deporte*, 7(28): 344-358.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105.
- Hingson, R.W., Heeren, T., Zakocs, R.C., Kopstein, A., Y Wechsler, H. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2):136-144.
- INEPAR, CHIMALLI-DIF-UNICEF A.C. (2000). *Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para menores Adolescentes y sus Familias*. México: DIF/UNICEF.
- J. Sánchez-Mejorada, entrevista personal, 22 de febrero de 2007.
- Kumate, R.J. (2003). *Percepción de riesgo y consumo de drogas en los jóvenes mexicanos*. México: Patronato Nacional de Centro de integración juvenil AC.
- Lowen, A. (1975). *Bioenergética*. México, DF: Editorial Diana.
- Macy, J. (1998). *Coming Back to Life*. USA: New Society Publishers.
- Martínez, E. (1999). *Acción y elección*. Colombia: Editorial Colectivo Aquí y Ahora.
- Martínez, E. (2001). *Logoterapia. Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones*. Bogota: Editorial Colectivo Aquí y Ahora.
- Mora-Ríos, J., Y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo del alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 43(2):89-96.
- Moral, M.V., Ovejero, A. (2005). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*, 14:100-118.
- Nakken, C. (1998). *The Addictive Personality*. USA: Editorial First Harper & Row Edition Published.
- National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism (NACAAA). (2002). *A call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges*. USA: NACAAA.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2004). *Preventing Drug use among Children and Adolescents: A Research-Base Guide for Parents, Educators and Community Leaders*. Maryland: NIDA.
- Palombi, B. (1992). Psychometric Properties of Wellness Instrument. *Journal of Counseling Development*, 71(2): 221-225.
- Presley, C.A., Meilman, P.W., y Cashin, J.R. (1996a). *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Use, Consequences, and Perceptions of the Campus Environment*, (vol. 4, 1992-1994). USA: Southern Illinois University.
- Presley, C.A., Meilman, P.W., Cashin, J.R., Lyster, R. (1996b). *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Use, Consequences, and Perceptions of the Campus Environment*, (vol. 3, 1991-1993). USA: Southern Illinois University.
- Pulido, M.A, Arras, M., Beauroyre, Y., Cano, L., Coss, P., Romo, D., Vázquez, J. Y Villafuerte, D. (2002). Consumo de drogas y alcohol en estudiantes de licenciatura de dos universidades particulares de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 10(2):33-41.
- Pulido, M.A, Tovilla, A., Lanzagorta, N., Espinoza, V., Y Mendivil, C. (2003). Consumo de drogas y alcohol en estudiantes de dos universidades privadas en la ciudad de México: Resultados de la encuesta 2002. *Psicología Iberoamericana*, 11(3):190-197.
- Romero-Romero, J.C., Cuadra-Peralta, A., Cousins-Hurtubia, R., y Santibáñez-Silva, A. (2008). Límite. *Revista de Filosofía y Psicología*, 3(18):109-133.
- Starck, P. (1985). *Meaning in Suffering Test*. USA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Travis, J., y Ryan, S. (1999). *Libro Completo de Salud y Bienestar*. Madrid: Gaia ediciones.
- Tarter, R. Y Hegedus, A.M. (1991). The Drug Use Screening Inventory: Its application in the evaluation and treatment of alcohol and drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15:65-75.
- Velasco, R. (2006). *Las Adicciones: manual para maestros y padres*. México: Editorial Trillas.
- Velasco, R. *Los retos actuales en la prevención del consumo de drogas*. (Presentación Microsoft PowerPoint) [CD ROM]. Xalapa, Ver.: 2008, octubre 30.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E, Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, S., Parra, J., Y Néquiz, G. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 22(2): 18-30.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M., Bautista, N., Buenabad, A., Y Bermúdez, P. (2005). La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1): 39-53.
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T.F., Y Lee, H.P. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from four Harvard School of Public Health study surveys, 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50(5):203-217.
- White, M., y Epstein, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Zar, J.H. (1999). *Biostatistical Analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.