LifeSkills Training (LST)

Fecha de Revisión: Septiembre de 2008

LifeSkills Training (LST) (Capacitación de Destrezas para la Vida) es un programa basado en escuelas que busca prevenir la violencia y el uso de alcohol, tabaco y marihuana, al enfocar en los factores sociales y psicológicos más importantes que promueven el inicio del uso de sustancias y otras conductas riesgosas. LST se basa en los modelos de prevención de influencia social y de mejora de la competencia. Consistente con este marco teórico, LST aborda múltiples factores de riesgo y factores protectores, y enseña destrezas personales y sociales que desarrollan la resiliencia y ayudan a los jóvenes a navegar las tareas del desarrollo, incluyendo las destrezas necesarias para entender y resistir las influencias pro drogas. LST está diseñado para proporcionar información relevante para las transiciones de la vida importantes que los adolescentes enfrentan, usando lenguaje y contenido culturalmente sensible y apropiado para el nivel de desarrollo según la edad. Se usan discusiones facilitadas, actividades estructuradas en grupos pequeños, y escenarios para el juego de roles para estimular la participación y promover la adquisición de destrezas. Se ofrecen programas de LST por separado para la escuela primaria (del tercer al sexto grado), la escuela intermedia (del sexto al noveno grado) y la escuela secundaria (del noveno al doceavo grado); los estudios de investigación y los desenlaces revisados para este resumen involucraron la participación de estudiantes de la escuela intermedia.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Prevención del abuso de sustancias
Desenlaces	1: Uso de sustancias (alcohol, tabaco, inhalantes, marihuana y múltiples drogas) 2: Creencias normativas sobre el uso de sustancias y las destrezas de rechazo del uso de sustancias 3: Violencia y delincuencia
Categorías de desenlaces	Alcohol Crimen/delincuencia Drogas Tabaco Violencia
Edades	13-17 (Adolescencia)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Escuela
Zonas geográficas	Urbanas Sub urbanas Rurales y/o fronterizas
Historia de la implementación	La diseminación en masa de LST comenzó en 1995. Desde entonces, aproximadamente 50,000 maestros, 10,000 escuelas/sitios y 3 millones de estudiantes han participado en el programa. La duración de la implementación varía; algunos sitios han implementado LST por 5 años o más. LST ha sido ampliamente evaluado en más de 30 estudios científicos que involucraron la participación de más de 330 escuelas/sitios y 26,000 estudiantes en entornos sub urbanos, urbanos y rurales. La mayoría de estos estudios fueron realizados por el Dr. Gil Botvin y sus colegas del Weill Medical College de Cornell University. Hasta la fecha, grupos externos de investigación han realizado por lo menos siete estudios de evaluación independientes. LST se ha usado con jóvenes en todos los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes. Fuera de los Estados Unidos, se ha usado en 32 países, incluyendo Australia, Canadá, Croacia, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Alemania, Grecia, Honduras, Hong Kong, Irlanda, Italia, Japón, Kenia, Malasia, México, Nueva Zelanda, Nicaragua, Noruega, Panamá, Portugal, Qatar, Rusia, Arabia Saudita, Suráfrica, Corea del Sur, España, Suecia, Taiwán, Tailandia, Turquía, y Venezuela.
Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí

Adaptaciones	Los materiales del currículo de LST están disponibles en español.
Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Universal

Desenlaces

Desenlace 1: Uso de sustancias (alcohol, tabaco, inhalantes, marihuana y múltiples drogas)	
Descripción de medidas	El uso de sustancias (alcohol, cigarrillos, inhalantes y marihuana) se midió usando preguntas auto administradas extraídas del cuestionario de LST. Se preguntó a los estudiantes sobre la frecuencia y cantidad del uso de sustancias. El consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana durante la vida se midieron con preguntas sobre si el encuestado había usado sustancias alguna vez (sí o no). La frecuencia del consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana se midió en una escala con respuestas que van de b "nunca" a "más de una vez por día". La cantidad de cigarrillos fumados se midió en una escala con respuestas que van de "nunca" a "más de un paquete por día", y la cantidad de alcohol usado se midió en una escala con respuestas que van de "no bebo" hasta "más de 6 bebidas" por ocasión. La frecuencia de emborracharse se midió en una escala con respuestas que van de "no bebo" hasta "más de una vez por día". Además, se construyó una escala o índice de inicio del uso de sustancias combinando tres preguntas dicótomas sobre el uso de tabaco, alcohol y marihuana. Se preguntó a los estudiantes si alguna vez habían "fumado un cigarrillo", "bebido un trago de alcohol", o "fumado marihuana". Las respuestas se codificaron como 0 para no y 1 para sí, y luego se sumaron. Para cada conjunto de datos, las respuestas se corrigieron para fines e consistencia, de manera que si un individuo respondió "sí" en algún punto en el tiempo, la respuesta subsiguiente a la misma pregunta también se codificó como "sí".
Hallazgos clave	En un estudio, se asignaron escuelas intermedias a una de tres condiciones: LST con talleres de capacitación anual ofrecida por el proveedor y consultas regulares, LST con capacitación por video y sin consulta, o un grupo de control que recibió la atención de rutina. Se recolectaron datos de seguimiento 6 años después de la intervención. Este estudio halló una disminución significativa en el consumo de cigarrillos, uso de alcohol (embriaguez), y uso de múltiples drogas (uso concurrente de tabaco, alcohol y marihuana) durante el seguimiento para los dos grupos de estudiantes que recibieron la intervención LST (todos con valores $p < .05$). Los efectos más marcados de la intervención se observaron entre los estudiantes que fueron expuestos a al menos 60% del programa LST (operacionalmente definidos como la "muestra de fidelidad"). Durante el seguimiento, la muestra de fidelidad de LST tuvo índices significativamente más bajos que los grupos de control en casi todas las medidas de uso de tabaco, alcohol, marihuana y drogas múltiples (todos los valores $p < .05$). En otro estudio, estudiantes de intermedia que recibieron LST fueron comparados con un grupo de control de estudiantes que recibieron un programa que normalmente se implementaba en las escuelas de la ciudad de New York. Los resultados durante la prueba de salida y el seguimiento hecho después de 1 año indicaron que los estudiantes que recibieron LST reportaron menos consumo de cigarrillos, menos uso de alcohol, menos uso de inhalantes, y menos uso de múltiples drogas en comparación con aquellos estudiantes en el grupo de control (con valores de p que varían desde $< .001$ hasta $< .05$). El grupo que recibió LST tuvo una proporción 50% menor de bebedores compulsivos que el grupo de control, en las evaluaciones realizadas durante el seguimiento hecho tanto al año como a los 2 años ($p < .05$ y $p < .01$, respectivamente). Además, en una sub muestra de jóvenes en riesgo de inicio del uso de sustancias (participantes con bajas calificaciones escolares y con amigos que usan sustancias), se halló que aquellos que recibieron LST fumaban menos ($p < .01$), bebían menos ($p < .01$), usaban inhalantes menos ($p < .05$), y usaban múltiples drogas menos ($p < .01$) que grupos de control similarmente pareados que no recibieron la intervención. En un tercer estudio, estudiantes del séptimo grado que recibieron LST tuvieron una tasasignificativamente más lenta de aumento en el inicio del uso de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana) desde la prueba de entrada hasta la prueba de salida y hasta el seguimiento hecho al año, que estudiantes en una condición de control de contacto mínimo ($p < .01$). Cinco años y medio después de la fecha inicial de referencia (es decir, cuando los participantes estaban en el doceavo grado), comparados con los grupos de control, los participantes en LST reportaron calificaciones significativamente menores en el índice general de inicio del uso de sustancias ($p < .01$), así como también un menor inicio en el uso de cigarrillos ($p < .05$) y un menor inicio en el uso de marihuana ($p < .05$). Cuando se examinó el crecimiento a lo largo del tiempo en la sub muestra de más alto riesgo, el grupo de LST tuvo aumentos más lentos en las tasas de frecuencia del uso de marihuana ($p < .01$) y en el uso mensual y avanzado de múltiples drogas (todos los valores $p < .01$) que el grupo de control.

Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.9 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Creencias normativas sobre el uso de sustancias y las destrezas de rechazo del uso de sustancias	
Descripción de medidas	Las creencias normativas sobre el uso de sustancias y las destrezas de rechazo del uso de sustancias se evaluaron usando preguntas auto administradas extraídas del cuestionario de *LifeSkills Training*. Para las creencias normativas, se preguntó a los estudiantes sobre su percepción de la prevalencia del uso de drogas entre compañeros y adultos, con preguntas independientes para sustancias específicas (cigarrillos, cerveza/vino, marihuana, cocaína u otras drogas "fuertes", e inhalantes). Las respuestas se dieron en una escala de 5 puntos que iba de 1 (ninguno) a 5 (todos o casi todos). Para las destrezas de rechazo, se usaron 10 preguntas del cuestionario. Cinco preguntas adaptadas del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Gambrill- Richey Assertion Inventory) midieron las intenciones de rechazo; se preguntó a los estudiantes cuáles eran las probabilidades de que dijeran "no" si alguien les pidiera probar una sustancia en particular (tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, y cocaína u otras drogas). Otras cinco preguntas evaluaron la probabilidad que los estudiantes anticipaban en el uso de varias estrategias de rechazo (por ejemplo, "decirles que no ahora", "cambiar el tema", "inventarse una excusa e irse"). Para las 10 preguntas, las respuestas se dieron en una escala de Likert de 5 puntos que varió de 1 (definitivamente lo haría) a 5 (definitivamente no lo haría).
Hallazgos clave	En un estudio, estudiantes de la escuela intermedia que recibieron LST fueron comparados con un grupo de control de estudiantes que recibieron un programa que normalmente se implementaba en las escuelas de la ciudad de New York. Durante la prueba de salida hecha a los 3 meses, los participantes en LST reportaron expectativas normativas más bajas que los estudiantes de control de que sus compañeros fumaran o bebieran (ambos con $p < .05$) y de que los adultos fumaran ($p < .05$), bebieran ($p < .05$), usaran cocaína o drogas fuertes ($p < .01$) y usaran inhalantes ($p < .05$). De manera similar, durante el seguimiento hecho después de 1 año, los participantes en LST reportaron expectativas normativas más bajas que los estudiantes de control de que sus compañeros fumaran ($p < .001$) y bebieran ($p < .01$) y de que los adultos fumaran ($p < .01$) y bebieran ($p < .05$). Los participantes en LST también obtuvieron calificaciones más altas que los estudiantes de control en las destrezas de rechazo de las drogas durante el seguimiento hecho después de 1 año ($p < .05$). Durante el seguimiento hecho después de 2 años se observaron efectos significativos sobre las expectativas de que los compañeros bebieran, donde los participantes en LST reportaron expectativas normativas más bajas que los estudiantes de grupos de control ($p < .05$). Otro estudio halló que la tasa de disminución en las destrezas de rechazo de las drogas fue significativamente más lenta desde la prueba de entrada hasta la prueba de salida y hasta el seguimiento hecho después de 1 año, para los estudiantes del séptimo grado que recibieron el programa LST que para los estudiantes en una condición de control de contacto mínimo ($p < .01$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 2, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.9 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Violencia y delincuencia	
Descripción de medidas	Las conductas violentas y delincuentes se evaluaron usando 20 preguntas auto administradas extraídas del Cuestionario de *LifeSkills Training*. Las preguntas relacionadas con la agresión verbal y física se adaptaron de Elliott, Huizinga, and Menard. La agresión verbal se midió usando 7 preguntas que pedían que los estudiantes indicaran el número de veces en el mes pasado en que cometieron actos tales como insultar, gritar, decir groserías, o reprender a alguien. La agresión física leve se midió usando 3 preguntas que pedían que los estudiantes indicaran el número de veces en el mes pasado en que habían empujado, hecho una zancadilla, o golpeado a alguien. Las preguntas relacionadas con las peleas y las conductas delictivas se adaptaron de Hawkins y asociados. La participación en peleas se midió usando 4

	preguntas que pedían que los estudiantes indicaran el número de veces en el año pasado en que demostraron conductas tales como buscar una pelea con alguien o golpear a alguien con la intención de lesionarlo gravemente. La delincuencia se midió usando 6 preguntas que pedían que los estudiantes indicaran el número de veces en el año pasado en que cometieron actos tales como destruir propiedad ajena, lanzar objetos a personas o carros, o robar en tiendas.
Hallazgos clave	Los resultados de un estudio realizado entre estudiantes de intermedia demostraron reducciones significativas en la violencia y la delincuencia durante el seguimiento hecho a los 3 meses para los participantes en LST, comparados con el grupo de control de estudiantes que recibieron un currículo estándar de educación para la salud (todos los valores para $p < .05$). Se hallaron efectos más pronunciados para aquellos estudiantes que recibieron al menos la mitad del programa LST. Estos efectos incluyeron una disminución en la agresión verbal ($p < .01$), en la agresión física ($p < .01$), en las peleas ($p < .001$), y en la delincuencia ($p < .05$).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 4
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	4.0 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	13 - 17 (Adolescencia)	52% Masculino 48% Femenino	91% Blancos 2% Asiáticos 2% Afro americanos 2% Hispanos o Latinos 2% Raza/Origen étnico no especificado 1% Indígenas americanos o nativos de Alaska
Estudio 2	13 - 17 (Adolescencia)	53% Femenino 47% Masculino	61% Afro americanos 22% Hispanos o Latinos 6% Asiáticos 6% Blancos 5% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 3	13-17 (Adolescencia)	52% Masculino 48% Femenino	97% Blancos 3% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 4	13-17 (Adolescencia)	51% Masculino 49% Femenino	39% Afro americanos 33% Hispanos o Latinos 10% Raza/Origen étnico no especificado 10% Blancos 6% Asiáticos 2% Indígenas americanos o nativos de Alaska

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

Estudio 1

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. Journal of the American Medical Association, 273(14), 1106-1112. PubMed

Estudio 2

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: Posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. Prevention Science, 2(1), 1-13. PubMed

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Preventing binge drinking during early adolescence: One- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. Psychology of Addictive Behaviors, 15(4), 360-365.

Griffin, K. W., Botvin, G. J., Nichols, T. R., & Doyle, M. M. (2003). Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. Preventive Medicine, 36(1), 1-7.

Estudio 3

Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. Drug and Alcohol Dependence, 96(1-2), 57-68.

Trudeau, L., Spoth, R., Lillehoj, C., Redmond, C., & Wickrama, K. A. S. (2003). Effects of a preventive intervention on adolescent substance use initiation, expectancies, and refusal intentions. Prevention Science, 4(2), 109-122.

Estudio 4

Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Nichols, T. R. (2006). Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. Prevention Science, 7(4), 403-408.

Materiales Suplementarios

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical findings and future directions. Journal of Primary Prevention, 25(2), 211- 232.

Epstein, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Baker, E., & Botvin, E. M. (1997). Reliability of social and personal competence measures for adolescents. Psychological Reports, 81(2), 449-450.

LifeSkills Training: Quality of Research Overview and Summary.

Macaulay, A. P., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2002). Initial internal reliability and descriptive statistics for a brief assessment tool for the Life Skills Training drug-abuse prevention program. Psychological Reports, 91(2), 459-462.

Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 160(9), 876-882.

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de Calidad de la Investigación

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos / índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Uso de sustancias (alcohol, tabaco, inhalantes, marihuana y múltiples drogas)	4.0	4.0	3.8	3.9	4.0	4.0	**3.9**
2: Creencias normativas sobre el uso de sustancias y las destrezas de rechazo del uso de sustancias	4.0	4.0	3.7	3.9	4.0	4.0	**3.9**
3: Violencia y delincuencia	4.0	4.0	3.8	4.0	4.0	4.0	**4.0**

Fortalezas del Estudio

Las medidas de los desenlaces tienen indicadores de confiabilidad y validez excelentes y están apoyadas por investigaciones independientes. Los investigadores consideraron y tomaron en cuenta las variables de confusión por medio del uso de un diseño de asignación aleatoria por bloque y recolecciones estandarizadas de datos, y estableciendo una equivalencia inicial de referencia entre los grupos. Se usaron técnicas sofisticadas para tomar en cuenta estadísticamente el índice de abandono y la falta de datos. Se hicieron esfuerzos significativos para medir la fidelidad de la intervención, y los índices de adherencia fueron altos en algunos estudios. Los análisis de datos fueron apropiados para los diseños del estudio y los tipos de datos recolectados y apoyan las hipótesis hechas sobre las relaciones causales.

Debilidades del Estudio

Los índices abandono y de adherencia a la fidelidad representaron una leve preocupación en algunos estudios.

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Botvin, G. J. (1999). LifeSkills Training level one: Grades 3/4 student guide. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (1999). LifeSkills Training level two: Grades 4/5 student guide. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (1999). LifeSkills Training level two: Grades 4/5 teacher's manual. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (1999). LifeSkills Training level three: Grades 5/6 teacher's manual. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (1999). LifeSkills Training level three: Grades 5/6 student guide. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2000). LifeSkills Training teacher's manual 2. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2002). LifeSkills trainer's manual for TOT participants. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). LifeSkills Training level one: Grades 3/4 teacher's manual. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). LifeSkills Training student guide 1. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). LifeSkills Training student guide 2. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). LifeSkills Training student guide 3. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). LifeSkills Training teacher's manual 1. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). LifeSkills Training teacher's manual 3. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2004). Middle school 101: Skills for success [CD-ROM]. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2006). LifeSkills Training high school student guide. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2006). LifeSkills Training high school teacher's manual. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2006). LifeSkills Training parent program leader's guide. White Plains, NY: Princeton Health Press.

Botvin, G. J. (2008). LifeSkills: Stress management techniques [CD]. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2005). LifeSkills Training overview [CD-ROM]. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2007). LifeSkills Training fidelity checklists. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2007). LifeSkills Training outcome instruments. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2008). LifeSkills: Smoking and biofeedback [DVD]. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2008). LifeSkills Training: Elementary and middle school training materials. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2008). LifeSkills Training: High school training materials. White Plains, NY: Princeton Health Press.

National Health Promotion Associates. (2008). LifeSkills Training: Training of trainers materials. White Plains, NY: Author.

Sitio Web del programa, http://www.lifeskillstraining.com.

Artículos de investigación para el modelo de capacitación de capacitadores/ayuda técnica.

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección Plan de Diseminación.

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	4.0	4.0	**4.0**

Fortalezas de la Diseminación

Los materiales de implementación son claros, concisos, prácticos y enfocados efectivamente a múltiples grupos etarios. Se ofrecen capacitación básica inicial, capacitación de refuerzo, y talleres de capacitar los capacitadores para apoyar la implementación. La capacitación puede impartirse en el sitio o en talleres abiertos por todo el país. Hay disponible asistencia técnica personalizada. A fin de apoyar la garantía de la calidad, se ofrece un proceso completo de certificación para capacitadores y una gama de herramientas de desenlaces y de la fidelidad, breves y fáciles de usar.

Debilidades de la Diseminación

Los revisores no identificaron ninguna debilidad.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Conjunto de currículo por grado	$175-$275 dependiendo del grado	Sí
Guías estudiantiles adicionales	$40 - $60 por 10 dependiendo del grado	No
CD-ROM del programa de educación primaria (disponible para algunos grados)	$45.95 cada uno	No
DVD sobre fumar y la biorretroalimentación	$20 cada uno	Sí (sólo para el programa de escuela intermedia)
CD de audio sobre técnicas para el control del estrés	$10 cada uno	Sí (sólo para el programa de escuela intermedia)
Taller en el sitio de 1 día de duración	$200 por participante para hasta 20 participantes, más gastos de viaje	No
Taller en el sitio de 2 días de duración	$250 por participante para hasta 20 participantes, más gastos de viaje	No

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Capacitaciones fuera del sitio y en línea	$235 por participante	No
Consulta en el sitio de 1 día de duración	$1,000 para hasta 20 participantes, más gastos de viaje	No
Consulta en el sitio de ½ día de duración	$500 para hasta 20 participantes, más gastos de viaje	No
Consulta por teléfono y en línea	$75 por hora	No
Consulta por correo electrónico	Gratis	No
Instrumentos de prueba de entrada y salida	Gratis	No
Listas de verificación de la fidelidad	Gratis	No

Información Adicional

Se puede acceder a recursos adicionales gratuitos en http://www.lifeskillstraining.com. Los recursos incluyen el Libro de Trabajo de Planificación de LST (LST Planning Workbook), apoyo para la redacción de solicitudes de subvenciones y ejemplos del currículo.

Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar la Calidad de la Investigación.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 437-446.

Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A., & Botvin, E. M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. Addictive Behaviors, 15(1), 47-63. PubMed

Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M., & Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. Health Psychology, 11(5), 290-299. PubMed

Botvin, G. J., Epstein, J. A., Baker, E., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 6(1), 5-20.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C., & Epstein, J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Longterm follow-up data from a randomized control trial of a school population. Addictive Behaviors, 25(5), 769-774. PubMed

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 12, 1-17.

Fraguela, J. A., Martin, A. L., & Trinanes, E. R. (2003). Drug abuse prevention in the school: Four-year follow-up of a programme. Psychology in Spain, 7, 29-38.

Griffin, K. W., Botvin, G. J., & Nichols, T. R. (2004). Long-term follow-up effects of a school-based drug abuse prevention program on adolescent risky driving. Prevention Science, 5(3), 207-212. PubMed

Griffin, K. W., Botvin, G. J., & Nichols, T. R. (2006). Effects of a school-based drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behavior in young adulthood. Prevention Science, 7(1), 103-112. PubMed

Spoth, R., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 160(9), 876–882. PubMed

Información de Contactos

Craig Zettle
(914) 421-2525
czettle@nhpamail.com

Para información sobre la investigación:

Gilbert J. Botvin, Ph.D.
(646) 962-8056
gjbotvin@med.cornell.edu

Para más información, visite:

- **http://www.lifeskillstraining.com**

Considere estas Preguntas a Formular (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=109 el 25 de enero de 2012.