

01968
16
1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

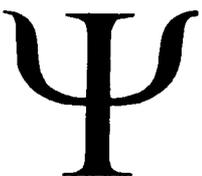
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA RESIDENCIA EN ADICCIONES.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRIA EN PSICOLOGIA PRESENTA MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

COMITE TUTORAL:

- TITULAR: DRA. MA. ELENA MEDINA MORA
- TITULAR: DR. HECTOR E. AYALA VELAZQUEZ †
- TITULAR: MTRA. GUILLERMINA NATERA
- TITULAR: MTRA. CARMEN MILLE
- SUPLENTE: MTRA. MA. ELENA CASTRO SARIÑANA
- SUPLENTE: DRA. SARA GARCIA ZYLBERMAN



MEXICO, D. F.

CON FALLA DE ORIGEN

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

2

A mi madre con todo mi cariño y admiración
A mi padre con todo mi amor y respeto
A mi hermano con mis mejores deseos y cariño
A mi abuela Maria y a mi abuelo José + por todos sus cuidados
A Miguel con amor

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Martha Patricia Salazar
García
FECHA: 31/01/03
FIRMA: [Firma]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A todos mis profesores, especialmente al Dr. Héctor Ayala f., a la Dra. Ma. Elena Medina- Mora, a la Mtra. Leticia Echeverría, gracias por todos sus conocimientos que me han permitido avanzar en mi desarrollo profesional

A la Dra. Amada Ampudia, mi tutora, por su aliento y entusiasmo para la realización de este trabajo.

A Kalina, por su amistad, apoyo y enseñanza. Gracias por haberme orientado en los trámites para mi ingreso a la UNAM, por haber compartido sus conocimientos y habilidades, por dejarme ser parte de su vida y compartir los buenos y malos momentos

A Francisco, por haberme dado alojamiento en su casa al inicio de todo esto, por su amistad y apoyo.

A Ricardo (Richo), por su amistad, orientación y apoyo en mi ingreso a la maestría

A Jennifer, por haberme dado la oportunidad de participar en su proyecto y con ello contribuir a mi formación profesional

A Citlali y Gaby por ser mis compañeras y amigas en este nuevo camino

A todos mis compañeros que con sus comentarios y compañía favorecieron mi crecimiento académico y personal

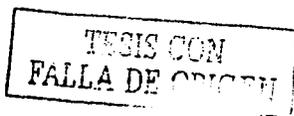
A Laura Cerero, Laura Lima, Alejandro, Miguel Angel, Erika, Bernardo y Roberto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

INDICE

Introducción.....	1
Reporte del Ejercicio de la Experiencia Profesional	
1. Habilidades Profesionales Desarrolladas Durante el Programa de Residencia	
A)Habilidades Desarrolladas en la Investigación Epidemiológica.....	4
B)Habilidades Desarrolladas en la Atención a Personas con Problemas por el Consumo de Sustancias y en la Sensibilización a Otros Profesionales para la Aplicación de Programas Preventivos.....	6
C)Habilidades Desarrolladas en el Diseño de Proyectos de Investigación Aplicados al Campo de las Conductas Adictivas.....	14
Sesión Típica del Ejercicio Profesional	
2. Antecedentes del Programa de Intervención Breve para Adolescentes: Modelo bajo el cual se describe el caso clínico	
A)Panorama Epidemiológico en México del Consumo de Drogas en Adolescentes.....	38
B)La Prevención en las Conductas Adictivas.....	41
C)Las Intervenciones Breves en la Reducción de los Daños Ocasionados por el Consumo de Sustancias.....	45
D)El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Sustancias.....	52
3. Caso Clínico.....	53
Referencias	
Anexos	
Anexo 1. Folletos de Retroalimentación (alcohol, marihuana, inhalables y cocaína)	
Anexo 2. Laminas de Presentación del Programa para Adolescentes	
Anexo 3. Formato del Contrato Terapéutico	
Anexo 4. Gráficas del Consumo en Estudiantes de Educación Media y Media Superior	
Anexo 5. Escala Original de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Alcohol (traducida al español)	
Anexo 6. Escala Original de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Drogas Ilegales (traducida al español)	
Anexo 7. Versión final de la Escala de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Alcohol	
Anexo 8. Versión final de la Escala de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Drogas	
Anexo 9. Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Alcohol y otras Drogas	
Anexo 10. Entrevista de Seguimiento de la Sesión de Inducción al Tratamiento	



INTRODUCCIÓN

En años recientes las instituciones de salud le han dado a la psicología un papel importante como parte de las estrategias encaminadas a la solución de problemas relacionados con la salud, la educación, las comunidades y los ambientes. El desarrollo económico, social, y político de un país necesita de la intervención de diferentes disciplinas, para diseñar alternativas que resuelvan estos problemas, lo que hace indispensable la participación de la Psicología (Holtzman, 1993; Rodríguez & Rojas, 1993; citados por Rodríguez & Rojas, 1998)

Los últimos estudios epidemiológicos y psicosociales (ENA, 1998) muestran un aumento en los problemas emocionales, cognitivos y conductuales en México. Estos problemas se encuentran relacionados con problemas económicos, desintegración familiar, falta de oportunidades en materia de educación, pobreza, entre otros. Además la presencia de estos problemas genera un fuerte gasto económico para el país. De esta forma la atención a la salud se convierte en uno de los retos y oportunidades importantes

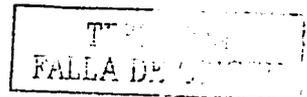
Lo anterior señala como una prioridad, el cambio en las instituciones que abordan problemas sociales y de salud, requiriendo de la formación de profesionales en diferentes áreas que favorezcan el análisis, detección y atención de esta problemática, así como el incremento en el número y variedad de los temas de investigación que interesan a la Psicología (Rodríguez & Rojas, 1998)

Actualmente, la investigación en Psicología aplicada al campo de la salud abarca la promoción de la salud, la prevención, rehabilitación y cuidado de las personas con diferentes problemas, a través de la utilización de diversas aproximaciones (individuales, grupales y comunitarias), además de una variedad de enfoques teóricos y metodológicos (Rodríguez & Rojas, 1998). En especial, en nuestro país uno de los problemas que requiere especial atención es el consumo de sustancias psicoactivas, ya que éste constituye un problema de salud debido a las consecuencias que implica tales como problemas laborales, familiares, accidentes, problemas económicos y de salud. Por lo que los organismos de salud deben incidir sobre este fenómeno de manera oportuna y eficaz.

En consecuencia, las instituciones encargadas de la formación de los profesionales que laboran en el campo de las conductas adictivas, deben procurar el diseño de programas que permitan a estos individuos capacitarse, con el propósito de que adquieran las herramientas y habilidades necesarias para su desempeño laboral en el área. Por esta razón, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría, El Consejo Nacional Contra las Adicciones y el Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha dado a la tarea de implementar un programa de posgrado, dirigido a todos aquellos profesionales del campo de la salud que se encuentren interesados en formarse en el estudio de las conductas adictivas. El objetivo de este programa es formar psicólogos en el área de adicciones, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema.

Para el logro de lo anterior, el alumno cursa un tronco común de materias metodológicas y es insertado a un programa de residencia, a fin de que adquiera competencias profesionales en la comprensión y atención de personas que presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias. El perfil profesional del egresado se define por una persona capacitada en (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2002):

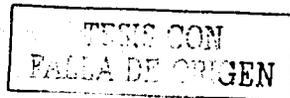
- 1) Investigación epidemiológica y psicosocial empleada en la descripción de las conductas adictivas
- 2) Desarrollo de programas preventivos en el nivel individual y comunitario
- 3) Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas



- 4) Aplicación de programas de intervención para rehabilitar a personas adictas
- 5) Desarrollo de programas de sensibilización y capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención
- 6) El diseño de proyectos de investigación aplicados al campo de las conductas adictivas

El objetivo de este trabajo es presentar una descripción de las habilidades desarrolladas por el alumno, para el logro del perfil profesional establecido a partir de:

- 1) La descripción de las actividades realizadas y habilidades adquiridas durante los cuatro semestres que conforman la maestría con residencia en adicciones.
- 2) Analizar el trabajo realizado en la atención de un caso clínico de población adolescente. Como parte de este segmento, se explican los antecedentes que justifican y sustentan el programa bajo el cual se atendió el caso clínico y, posteriormente se describen cada una de las sesiones realizadas con el usuario.



**REPORTE DEL EJERCICIO DE LA EXPERIENCIA
PROFESIONAL**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. HABILIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS DURANTE EL PROGRAMA DE RESIDENCIA

A) Habilidades Desarrolladas en la Investigación Epidemiológica.

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, durante su paso por la maestría los alumnos son insertados a un programa de residencia. Este programa tiene el objetivo de desarrollar en los estudiantes competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio, este programa requiere un mínimo de 1600 hrs. de práctica supervisada durante dos años. Los estudiantes se integran en cada semestre a diferentes proyectos de investigación desarrollados en las instituciones participantes en la maestría. Durante su integración a los proyectos de investigación los estudiantes conocen los antecedentes teóricos y metodológicos de la investigación, y también participan en una serie de seminarios teóricos

Sin embargo, es importante mencionar que el programa de residencia gira principalmente alrededor del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, y los diferentes proyectos derivados de este mismo programa

Programa de Residencia:

Durante el primer semestre, los alumnos se incorporan a un proyecto de investigación en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, institución que participa en la impartición del programa de maestría

En mi caso el proyecto al que fui insertada durante el primer semestre, fue al Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), a cargo del Dr Arturo Ortiz

La primera de las actividades en este proyecto consistió en la lectura acerca de los antecedentes que justificaron la creación de este sistema. De esta manera, se logró conocer que el Consejo Nacional Contra las Adicciones, solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría la creación de un Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), el cual empezó a funcionar en 1986. Este sistema fue puesto en marcha con el propósito de estimar el problema del consumo de sustancias, y sus tendencias en la ciudad de México. Para la obtención de sus datos, el SRID realiza dos evaluaciones anuales en los meses de junio y noviembre. Estos datos se reúnen a través de la aplicación de una hoja de registro nombrada Informe Individual sobre uso Indevido de Drogas, el cual lo llenan los usuarios de drogas ilícitas a su ingreso en instituciones de servicios sanitarios y de justicia penal de la ciudad de México (Ortiz, Romano & Soriano, 1989)

Los objetivos del SRID son obtener información sobre el consumo de drogas y sus tendencias; identificar grupos vulnerables que están en riesgo actual o potencial de involucrarse en el uso de drogas e identificar los factores que los ponen en riesgo; la identificación temprana para detectar sustancias de abuso y obtener información que pueda servir para el desarrollo de estrategias de intervención preventiva asociadas

El SRID solo se plantea como un sistema para el registro de drogas y no para el consumo de alcohol y tabaco, dado que estas sustancias son legales y esto permite hacer una estimación de cómo se comportan dentro de la población a través de indicadores como, las tasas de morbi/mortalidad, etc. Además de que estas tienen un comportamiento endémico es decir su dinámica es estable a lo largo del tiempo, no presentan cambios drásticos en sus patrones de consumo, lo que encarecería la implementación de un programa de este tipo para detectar casos relacionados con el consumo de estas sustancias. Mientras que en el caso de las drogas, al ser ilegales no se cuenta con un registro que nos permita conocer de forma más certera cómo se comporta su consumo en la población.

SESIÓN CON
FALLA DE ORDEN

Lo anterior permitió obtener un panorama inicial de cómo funciona el SRID, lo que a su vez promovió la asignación de tareas a realizar dentro del proyecto.

La segunda de las actividades en el sistema fue trabajar en la codificación y captura de cédulas del mes de noviembre de 1998 y junio de 1999. Para realizar esta tarea el coordinador del proyecto proporcionó una lista de las variables que se investigan con el sistema con su código correspondiente, así como una lista de los nombres más comunes de las drogas. A partir de estos datos se elabora un reporte de resultados titulado "Tendencias en el Área Metropolitana".

Con relación a esto último se tuvo la oportunidad de acudir a las oficinas centrales de Centros de Integración Juvenil, con el propósito de apoyar en el llenado de cédulas de los casos captados por los centros ubicados en las diferentes delegaciones, pues en estos lugares no se llenan las cédulas al momento de que llegan los casos, ya que en estas instituciones cuentan con formas diferentes para recoger información sobre los mismos, por lo que una vez que se envían los expedientes de estos casos a las oficinas centrales de CIJ, el personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, rescata la información de los expedientes para su posterior captura.

Una tercera tarea, fue participar en la redacción de las conclusiones de un artículo que había sido elaborado por el encargado del proyecto y algunos colaboradores del sistema, así como elaborar un resumen de este mismo artículo para enviarlo a la página de Internet del CONADIC. El artículo se elaboró con base en los datos registrados en el SRID.

Seminarios:

Además de la incorporación del alumno en algún proyecto de investigación, este también participa y asiste a diferentes seminarios a lo largo de los semestres. Estos seminarios tienen el propósito de incrementar su conocimiento y habilidades acerca de diferentes aspectos relacionados con el campo.

De esta forma, en el primer semestre de la residencia, se impartieron al alumno once seminarios. Los temas centrales fueron conceptos básicos, investigación epidemiológica e investigación psicosocial. A continuación se mencionan cada uno de estos seminarios con su objetivo correspondiente.

- 1) **Análisis Experimental de la Conducta:** Profesor Miro Cesar Carrascosa V. Objetivo: Durante este seminario, se analizaron los principios de la conducta, y su repercusión en el diseño de intervenciones terapéuticas a diferentes problemas en escenarios sociales diversos.
- 2) **Conceptos básicos:** Profesora Dra. Ma. Elena Medina Mora. Objetivo: Se identificaron los efectos de las drogas y aquellos conceptos básicos para la interpretación de la situación actual de las adicciones en México.
- 3) **Teorías etiológicas:** Profesores Dr. Carlos Cruz, Dr. Hector Ayala, Dr. Luis Berruecos, Mtra. Guillermina Natera. Objetivo: Se identificó y analizó las diferentes teorías que dan explicación a las adicciones.
- 4) **Neurobiología del alcohol y otras drogas:** Profesor Dr. Marco Polo Peña Corona y maestros invitados. Objetivo: Se identificaron los procesos neurobiológicos del alcohol y otras drogas.
- 5) **Dependencia fisiológica:** Profesora Dra. Sara Cruz. Objetivo: Se conocieron las acciones farmacológicas de las sustancias psicoactivas y se aclararon las definiciones de dependencia psicológica y física.
- 6) **Modelos de investigación en problemas emergentes:** Profesores Dr. Arturo Ortiz, Lic. Eva Ma. Rodríguez, Lic. Jorge Galván, Rafael Gutiérrez y Mtra. Patricia Cravioto. Objetivo: Se conoció como se han abordado temas emergentes en poblaciones de difícil acceso.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

7) **Diseños epidemiológicos:** Profesor: Dr. Guilherme L.G. Borges. Objetivo: Se trabajó en la identificación de algunos diseños de modelos epidemiológicos que se usan para abordar las adicciones, y sabrá en que momentos se emplean cada uno de estos.

8) **Modelos de investigación para abordar problemas sociales y adicciones:** Profesores: Dra. Luciana Ramos, Mtra. Guillermina Natera, Mtra. Jazmin Mora y Dra. Martha P. Romero. Objetivo: Se conocieron algunos modelos cualitativos que se han empleado para realizar trabajo en el terreno de las adicciones y saber de casos específicos en los que se han empleado.

9) **Modelo epidemiológico aplicado a la investigación:** Profesores: Dra. Ma. Elena Medina Mora, Mtro. Jorge A. Villatoro, Luis Solís R., Mtra. Patricia Cravioto. Objetivo: Se identificaron algunos de los principales conceptos que se manejan dentro de la epidemiología para abordar el trabajo en relación con las adicciones.

10) **Aspectos de política nacional e internacional de la droga:** Profesores Mtra Haydee Rosovsky, Mtra. Camen Millé, Lic. Celia del Toro. Objetivo: Se conocieron cuales son los aspectos que se relacionan con las adicciones en cuanto a legislaciones, se analizaron los programas nacionales establecidos para la atención de las adicciones.

11) **Ética y adicciones:** Profesora Mtra Haydee Rosovsky. Objetivo: Se analizaron las implicaciones éticas del trabajo en adicciones.

Conclusiones:

La principal aportación de haber realizado la residencia en el Instituto Nacional de Psiquiatría, fue el conocimiento de lo que en materia de investigación sobre adicciones se estaba llevando a cabo en México y las distintas formas en que se puede abordar el tema. Así como aquellos puntos en los que todavía falta investigar, para tener mejores estrategias al momento de abordar los diferentes aspectos relacionados con el campo.

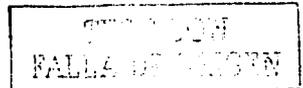
En particular, el participar en el SRID favoreció el conocimiento sobre:

1. Los mecanismos de vigilancia epidemiológica que en este momento están operando en el país.
2. Los aspectos y variables que hay que tomar en cuenta para poner en marcha uno de estos mecanismos.
3. El tipo de investigaciones que se pueden proponer para explicar el contexto del consumo y no solo quedarse con la ocurrencia del problema.
4. Las tendencias del consumo de las diferentes sustancias que se estudian.
5. La identificación de los nombres comerciales y comunes de las diferentes drogas.
6. El tipo de análisis estadístico que se puede realizar con los datos que arroja un sistema de registro como el SRID.

B) Habilidades Desarrolladas en la Atención a Personas con Problemas por el Abuso de Sustancias y en la Sensibilización a Otros Profesionales para la Aplicación de Programas Preventivos.

Durante el segundo, tercero y cuarto semestre el alumno rota su residencia en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, en este espacio se capacita al estudiante en programas de prevención, para el desarrollo de habilidades terapéuticas que le permitan implementar una intervención. Los alumnos están en contacto con un supervisor, iniciando con la observación, juego de roles, hasta lograr llevar un caso bajo supervisión.

En consecuencia, durante estos semestres me incorpore en tres programas de intervención: 1) Programa de Auto-Cambio Dingido para Bebedores Problema, 2) Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas en México, y 3) Programa de Auto-Control Dingido para Fumadores. Así como al Proyecto de Diseminación del Modelo de Bebedores Problema en el IMSS.



Enseguida se describe lo realizado en los tres programas de intervención. Primero, se presentan las características generales de los programas y en segundo lugar, se mencionan las actividades realizadas en cada uno de estos programas, para finalizar con una serie de comentarios o conclusiones sobre la participación en estos proyectos.

En relación con estos programas, es importante mencionar que estos tienen sus antecedentes en los planteamientos propuestos por las Intervenciones Breves, la Teoría del Aprendizaje Social, el Modelo de Prevención de Recaidas y la Entrevista Motivacional

Las características generales de estos programas se resumen de la siguiente manera: a) modelos cognoscitivos- conductuales de intervención breve, b) se apoyan de una serie de tareas relacionadas con el proceso de cambio, c) se ofrecen en una modalidad de consulta externa, y d) son de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y los manuales de auto-ayuda. Los usuarios establecen las metas de tratamiento (se cuenta con asesoría del terapeuta).

Programa de Residencia:

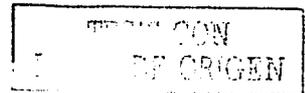
"Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema".

El programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema desarrollado en Canadá (Sobell & Sobell, 1993) y aplicado, evaluado y adaptado para México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995), consiste en un programa de prevención secundaria o indicada dirigido a personas que comienzan a presentar problemas con su consumo de alcohol, con el objetivo de facilitar un proceso de aprendizaje hacia la moderación o abstinencia sin esperar llegar hasta la dependencia severa al alcohol y la rehabilitación. Este es un programa motivacional para bebedores problema que no tienen una dependencia física y quieren modificar su consumo

Componentes del modelo:

- 1) La participación del usuario en la planeación del tratamiento.
- 2) Consideración de las interacciones que establece el usuario con el entorno que pueden ser determinantes para el logro de resultados exitosos
- 3) Empleo de los recursos del usuario en el desarrollo de las metas del tratamiento, para la adquisición de habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales.
- 4) Monitoreo del progreso del cambio
- 5) Incremento de la motivación para el cambio. La motivación se entiende como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente.
- 6) Prevención de recaídas. Este componente supone la identificación de situaciones de alto riesgo de recaída, el entrenamiento para enfrentar las recaídas y enseñar al usuario su manejo como una oportunidad para el aprendizaje
- 7) Terminación del tratamiento con base en el principio de moldeamiento. Este principio supone terminar gradualmente el tratamiento, bajo el criterio de la ejecución como un resultado de la interacción entre terapeuta y usuario

Sesiones de tratamiento: Este programa se compone por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento. Además cuando el usuario finaliza su programa, se planean contactos de seguimiento, con el objetivo de vigilar su avance en el logro de su meta. A continuación se describe brevemente cada una de estas sesiones.



- a) **Admisión:** Se trabaja en la identificación de la disposición de la persona para el cambio, y se detecta si el usuario es candidato para el programa de tratamiento
- b) **Evaluación:** Se obtiene más información sobre la historia y patrón de consumo, las principales situaciones de consumo, y la auto-eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo
- c) **Primera sesión:** Balance decisional. El usuario valora los pros y los contras de cambiar su consumo y de continuar con el mismo de forma excesiva, identifica sus razones de cambio, y establece una primera meta de consumo (abstinencia o moderación)
- d) **Segunda sesión:** Situaciones de riesgo y recaídas. El usuario identifica los factores precipitantes de su consumo, las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo de sus tres principales situaciones de riesgo, y se analiza la meta de la recuperación como una meta a largo plazo
- e) **Tercera sesión:** El usuario desarrolla estrategias que le permitan afrontar las situaciones de riesgo para el consumo. Elabora planes de acción para la ejecución de las estrategias de afrontamiento
- f) **Cuarta sesión:** Nuevo establecimiento de metas. Se identifican las situaciones de riesgo para el futuro y los planes de acción para las mismas. Se realiza un resumen del tratamiento. Se programa el primer seguimiento

El programa contempla la posibilidad de sesiones adicionales cuando el terapeuta y el usuario determinan que no se ha logrado la meta de tratamiento

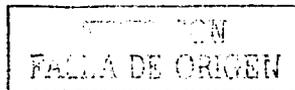
Actividades realizadas por el alumno en el programa de bebedores problema durante la residencia:

- Asistencia al curso de capacitación en el modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.
- Atención de personas identificadas como bebedores problema, tanto en el Centro de Servicios Psicológicos como en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cabe mencionar que el programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema se aplicó principalmente en las clínicas del IMSS debido al convenio que se estableció con la institución, el cual buscó capacitar a los médicos familiares y otros profesionales de la salud en la detección y atención de este grupo de la población.
- Debido a lo anterior se realizaron supervisiones semanales en la Clínica Gineco-Obstétrica y el Hospital General de Zona 27. En estos lugares se trabajó con los médicos, Rosa Ma. Vizcarra, Arturo Vázquez y Enrique Méndez. Se atendieron a 3 usuarios de alcohol detectados por los doctores, quienes eran trabajadores del Seguro Social.
- Por otra parte, se dio atención a 4 usuarios de alcohol en el Centro de Servicios Psicológicos bajo la supervisión de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente y el Lic. Miguel Ángel Medina.

"Un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas en México".

Actualmente ante el creciente problema del consumo de sustancias entre los adolescentes en México, se desarrolla y evalúa un programa de prevención para adolescentes escolares que inician el consumo de alcohol y drogas ilegales (marihuana, cocaína, inhalables) (Martínez & Ayala, 2000). Este programa se caracteriza por ser una estrategia de prevención breve indicada para adolescentes escolares teniendo como antecedentes el modelo propuesto en Canadá, denominado "Tratamiento Breve para Jóvenes", por Curtis Breslin, Kathy Sdao-Jarvis, Elisabeth Tupker y Shelly Pearlman (1999).

El programa de atención para Adolescentes es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen drogas, alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través de un programa de intervención breve motivacional basado en la teoría del aprendizaje social, así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de autorregulación para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en el consumo.

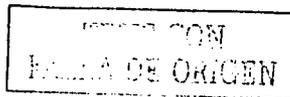


El programa incluye seis etapas básicas para su desarrollo, las cuales se describen a continuación:

- 1) **DETECCIÓN DE CASOS.** Promoción del programa de intervención breve para adolescentes a través de póster, trípticos, pláticas informativas, contacto con el personal de la escuela para la identificación de posibles casos.
- 2) **ADMISIÓN.** Evaluación de los criterios de inclusión al programa.
- 3) **EVALUACIÓN.** Evaluación del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo.
- 4) **INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO.** Promover la disposición de los adolescentes, identificados como consumidores, a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de algunas estrategias de la Entrevista Motivacional y la Inducción de Roles
- 5) **TRATAMIENTO** El programa consta de 4 reuniones con el adolescente de forma individual, de 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos, y estos objetivos se trabajan a través de folletos diseñados para cada reunión.
- 6) **SEGUIMIENTO** Evaluación del cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses. Al mes y a los tres meses de concluido el programa se evalúa a los usuarios que concluyeron con la intervención a través del AUTO-REPORTE sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas. A los seis meses se evalúa por última ocasión a través del AUTO-REPORTE y el REPORTE DE SEGUIMIENTO de los colaterales, así como la aplicación de los cuestionarios de situaciones de consumo CONFIANZA SITUACIONAL Y ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

Actividades realizadas por el alumno en el programa para adolescentes durante la residencia:

- a) Revisión de artículos durante reuniones semanales (seminario)
- b) Entrenamiento en el programa de prevención para adolescentes
- c) Participación en el diseño de material didáctico para impartir talleres a maestros, padres de familia y alumnos
- d) Participación en la aplicación de talleres a padres de familia, alumnos y maestros, con el tema "Consumo de drogas en los Adolescentes" (Conalep 24 en la delegación Iztapalapa, el CCH Naucalpan y la Escuela Secundaria No. 21 para Trabajadores)
- e) Aplicación del taller "Estrategias para la Toma de Decisiones" dirigido a los estudiantes que no cumplieron los requisitos para entrar al programa de tratamiento por presentar un consumo experimental, pero que fueron sorprendidos bebiendo en las instalaciones del CCH Naucalpan
- f) Participación en el diseño de una intervención encaminada a incrementar la disposición de los adolescentes para ingresar al programa de prevención
- g) Adaptación y validación de la Escala de Estados de Disposición al Cambio (SOCRATES, Miller, 1996) en adolescentes usuarios de alcohol y drogas
- h) Participación en el levantamiento de información para la adaptación del inventario de Situaciones de Consumo de Drogas en Adolescentes
- i) Participación en la detección de casos en el CCH Naucalpan en coordinación con el Departamento de Orientación Vocacional y el Departamento Jurídico de dicha institución, en la secundaria Ludmila Yabkova No. 229 en coordinación con alumnos de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Educación y en la Preparatoria 9 en coordinación con el Departamento de Servicios Médicos
- j) Aplicación del programa de tratamiento para adolescentes con estudiantes del CCH Naucalpan que cumplieron los requisitos para recibir el programa, y con usuarios del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología en la UNAM



- k) Participación como ponente en el Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta, con los temas: "Evaluación de una sesión de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de drogas" y "Adaptación de la escala The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)", los días 5 al 8 de octubre de 2000 en Xalapa, Ver.
- l) Participación como ponente en el IX Congreso Mexicano de Psicología, con el tema "Adaptación de la escala The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)", efectuado del 5 al 7 de febrero del 2001 en la Unidad de Congresos del Centro Medido Siglo XXI, México, D.F.
- m) Participación como ponente en el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, con el tema "Inducción al Tratamiento en Adolescentes que Inician el Consumo de Drogas", efectuado del 19 al 21 de julio de 2001 en la "Casa de las Diligencias" de la Universidad Autónoma del Edo. de México.

Cabe resaltar que mi principal tarea en este proyecto, fue el diseño de la sesión de inducción al tratamiento la cual tiene el objetivo de aumentar o reforzar la disposición para cambiar y entrar a tratamiento en los adolescentes, misma que será descrita en el siguiente segmento, donde se presenta las habilidades adquiridas para el desarrollo de un proyecto de investigación aplicado al campo de las conductas activas, el cual se plantea como parte de las competencias a desarrollar durante el programa de residencia.

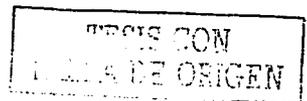
"Programa de Auto-Control Dirigido para Fumadores".

Con base en el "Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema" (Ayala et al 1995), se desarrollo el Programa de Auto-Control Dirigido para Fumadores (Lira, 2002) el cual consiste en un programa de tratamiento dirigido a personas que presentan problemas con su consumo de tabaco con el objetivo principal de ayudar al usuario a desarrollar una estrategia general de solución de problemas que le permita enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta. El programa atiende a fumadores con una dependencia leve o moderada.

En este programa se consideran los mismos componentes de los programas anteriores, y el orden y número de las sesiones son similares al Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Sin embargo, las sesiones se adaptan en sus contenidos para hablar acerca del consumo de tabaco.

Actividades realizadas por el alumno en el programa para fumadores durante la residencia:

- a) Búsqueda y revisión de bibliografía
- b) Asistencia al curso de capacitación para la aplicación del programa.
- c) Participación en el seminario sobre intervenciones para la cesación del hábito de fumar coordinado por la Mtra. Jennifer Lira Mandujano, encargada del programa para fumadores.
- d) Participación en el diseño de la base de datos de los usuarios atendidos en el programa.
- e) Atención de usuarios de tabaco en el Centro de Servicios Psicológicos y en la clínica Gineco-Tlatelolco. La persona atendida en la clínica del IMSS solicitó por su propia cuenta su ingreso al programa, en un inicio se le canalizó a la Facultad de Psicología, sin embargo, ante la dificultad que le representaba trasladarse hasta este lugar, se decidió brindarle la atención en esta clínica ya que en la misma se atendía a una persona que acudía para el programa de bebedores problema. Los usuarios se atendieron bajo la supervisión de la Mtra. Jennifer Lira M.
- f) Adaptación de la Escala de Estados de Disposición al Cambio con fumadores (SOCRATES, Miller, 1996).
- g) Participación en las actividades realizadas por el Día Mundial sin Tabaco organizadas por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), celebrado el 31 de mayo del 2001.
- h) Asistencia al Curso para Encargados de Clínicas de Tabaquismo, impartido por los encargados de la Clínica de Tabaquismo del INER, durante el mes de junio del 2001.



- i) Participación como ponente en el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, con el tema "Programa de Auto-Control Dirigido para Fumadores", efectuado del 19 al 21 de julio de 2001 en la "Casa de las Diligencias" de la Universidad Autónoma del Edo. de México.

"Diseminación del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema en el IMSS".

En cuanto al Proyecto de Diseminación del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema en el IMSS, es necesario mencionar que este se desprendió de un estudio de investigación llamado: "Proyecto colaborativo para la investigación, entrenamiento y evaluación de la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual de consulta externa para bebedores problema en México" Este constituyó un convenio realizado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Universidad Nacional Autónoma de México, y cuenta con el financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) (No. De proyecto G26306-H) La implementación estuvo a cargo de la Facultad de Psicología de la UNAM

Este esfuerzo en diseminación requirió de la participación de profesionales de la salud de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS y sus Hospitales. Para lo cual se diseñó e implementó un taller interactivo, a fin de sensibilizar a los practicantes respecto a la importancia de su participación en el proyecto, y con el objetivo principal de darles a conocer el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Martínez, Carrascosa & Ayala, 2002)

El taller buscó el intercambio de ideas, análisis y discusión de los problemas relacionados con el problema de consumo de alcohol en México entre los asistentes, a fin de facilitar la identificación y canalización de las personas que tenían problemas con su forma de beber a través de los médicos generales.

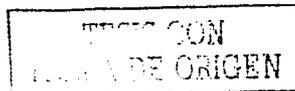
El taller interactivo, tuvo una duración aproximada de 5 horas, dividiéndose en tres partes para facilitar la adquisición de la información brindada y evitar el desgaste de los participantes

La información que se les brindó a los participantes se basó en los siguientes objetivos

1. Que el participante conociera la incidencia de casos de consumo excesivo de alcohol reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones
2. Que el participante conociera y analizara las políticas de salud en cuanto a la prevención del consumo excesivo de alcohol propuestas por la secretaría de salud en el área de adicciones.
3. Que el participante analizara el papel que desempeña el médico dentro de un programa de intervención para bebedores problema
4. Que el participante identificara las diferencias entre el alcoholismo y el bebedor problema.
5. Que el participante aprendiera a identificar a un alcohólico y un bebedor problema.
6. Que a partir de las características de los bebedores problema el participante aprendiera a realizar una correcta canalización
7. Que el participante propusiera estrategias, a partir de su experiencia profesional, que promovieran la identificación, canalización y diseminación del programa para bebedores problema.
8. Que el participante conociera los beneficios de las intervenciones breves.

En esta medida las metas del taller fueron las siguientes

- Sensibilizar a los profesionales de salud en la problemática del consumo de alcohol en México.
- Promover la adecuada identificación y canalización del bebedor excesivo de alcohol.



- Proporcionar la información y conocimientos necesarios para que el asistente al taller estuviera en condiciones de entender el manejo y tratamiento de auto cambio para personas con problemas en su forma de beber.

Las clínicas donde se participó para la aplicación del taller, fueron unidades de medicina familiar de primer nivel de atención del IMSS en la zona Norte del D.F.

Actividades realizadas por el alumno en el proyecto de disseminación durante la residencia:

El tiempo semanal dedicado al proyecto fue de seis a 14 horas dependiendo del número de talleres a impartir. De manera general las actividades realizadas fueron

- a) Participación en la aplicación de un "taller interactivo" como estrategia de disseminación para personal de la salud, dentro de un programa de prevención secundaria dirigido a bebedores problema en Unidades de Medicina Familiar del IMSS
- b) Asistencia al seminario sobre la disseminación de programas en el campo de las conductas adictivas.
- c) Discusión en coordinación con los miembros del equipo acerca de los contenidos del taller. Esta discusión permitió la constante revisión y adaptación del taller.
- d) Participación en la aplicación del taller interactivo durante el Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. los días 5 al 8 de octubre de 2000 en Xalapa, Ver.

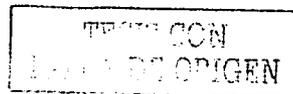
Finalmente se incluye la lista de las clínicas donde se participó durante la aplicación de los talleres interactivos

FECHA	CLINICA	DIRECCIÓN
14/MARZO/2000	UMF #20 IMSS	Vallejo #675 Esq Pte 128
15/MARZO/2000	UMF #20 IMSS	Vallejo #675 Esq Pte 128
23/MARZO/2000	UMF # 3 IMSS	Oriente 91 y Norte 70-A Col La Joya
28/MARZO/2000	UMF #41 IMSS	
03/ABRIL/2000	UMF #5 IMSS	Marina Nacional y Mariano Escobedo
04/ABRIL/2000	UMF #5 IMSS	Marina Nacional y Mariano Escobedo
05/ABRIL/2000	UMF #14 IMSS	Boulevard Puerto Aéreo #88 Col. Moctezuma
14/ABRIL/2000	UMF #14 IMSS	Boulevard Puerto Aéreo #88 Col. Moctezuma

Seminarios:

En total durante los últimos tres semestres de la maestría el alumno atravesó por siete seminarios, mismos que se describen a continuación.

- 1) **Modelos de intervención para atender conductas adictivas (modelos cognitivo-conductuales):** Profesores: Dr. Héctor Ayala Velázquez, Mtro. César Carrascosa. Objetivo: Este seminario tuvo el propósito de aproximar al alumno a los diversos modelos de tratamiento y rehabilitación de adictos a diversas sustancias, así como analizar su rol como agente de cambio conductual.
- 2) **Modelos de prevención primaria:** Profesor(a): Mtra. Carmen Millé. Objetivo: En este seminario se revisaron los componentes de los modelos de prevención primaria, de acuerdo a las características de los



diferentes grupos de la población.

3) Procesos básicos en el tratamiento: Profesores: Mtro. Fernando Vázquez; Mtro. César Carrascosa. **Objetivo:** Durante el curso se establecieron con toda claridad los fundamentos de los modelos de intervención en psicología de las adicciones, a partir del conocimiento obtenido de manera experimental en la investigación sobre procesos básicos, distinguiendo lo mejor posible los principios psicológicos subyacentes a las propuestas teóricas de intervención. También se estudiaron los principios psicológicos obtenidos en la investigación sobre procesos básicos tales como los de la sensoropercepción, motivación y emoción, aprendizaje y memoria, pensamiento y lenguaje; que están íntimamente ligados a los modelos tales como los de autocontrol, auto eficacia, afrontamiento, etc.

4) Psicobiología de las adicciones: Profesor: Dr. Felipe Cruz. **Objetivo:** Este seminario tuvo tres objetivos: 1) Proporcionar una perspectiva general del uso de psicofármacos y drogas ilícitas que causan adicción. Revisando las consecuencias sociales, posibles tratamientos y formas de detección de un individuo con adicción

2) Proporcionar el conocimiento de las ciencias que interactúan con la psicología (psiquiatría, química, biología, farmacología) lo que permite integrar la relación objetivo-racional del ser humano como objeto de estudio. Además se busca destacar la importancia de los estudios neuropsicológicos y neurológicos como herramientas de detección y prevención de las adicciones.

3) La comprensión de la clasificación, uso, efectos y contraindicaciones de diferentes drogas utilizadas en patologías presentadas comúnmente en los pacientes

5) Revisión de casos clínicos Profesores: Dra. Amada Ampudia Rueda, Lic. Leticia Echeverría. **Objetivo:** A través de la exposición de casos clínicos tratados por los estudiantes de la maestría, se buscó la discusión sobre los mismos con el objetivo de que está enriqueciera al proceso de tratamiento de los usuarios que acudieron al centro de servicios psicológicos de la facultad de psicología

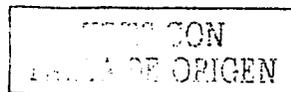
6) Adolescentes que consumen alcohol y otras drogas: Profesora: Lic. Kalina Martínez. **Objetivo:** Con este seminario se proporcionó una perspectiva general del tratamiento de conductas adictivas con población adolescente, y se conoció el programa de prevención secundaria para adolescentes que consumen alcohol y otras drogas (marihuana, cocaína, inhalables)

6) Programa de auto-control dirigido para fumadores: Profesora: Mtra. Jennifer Lira M. **Objetivo:** Este seminario permitió conocer las características generales de los programas de tratamiento para personas que quieren dejar de fumar. Además, se analizaron los componentes del programa de auto-control dirigido para fumadores.

7) Programa para usuarios de cocaína: Profesor: Mtro. Roberto Oropeza. **Objetivo:** Con este curso se analizaron aspectos generales para el tratamiento de personas con problemas por el consumo de cocaína.

Conclusiones:

- ✓ Una de las principales aportaciones de participar en diferentes programas preventivos para la atención de usuarios de sustancias, es la adquisición de habilidades para la detección, diagnóstico y tratamiento de estas personas
- ✓ A lo anterior se suma el aprendizaje adquirido para el diseño de las intervenciones de acuerdo a las características de cada grupo de la población. Debemos recordar que uno de los problemas fuertes en la aplicación de programas, es la falta de adaptación de estos a los grupos poblacionales.



- ✓ El pertenecer a un proyecto de investigación también permitió adquirir habilidades para la búsqueda de información, el diseño de materiales, y el planteamiento de propuestas de investigación. La participación en investigaciones de amplio alcance, favorece la generación de nuevas ideas en relación con el tema que se investiga.
- ✓ En este caso particular, el ingreso al programa para adolescentes, favoreció la práctica de los conocimientos adquiridos para la construcción de instrumentos, al tener oportunidad de trabajar en la traducción y adaptación de la Escala de Disposición para el Cambio (SOCRATES).
- ✓ Un aspecto por demás importante, fue el desarrollo de habilidades para la difusión de los diferentes hallazgos en el área. Como participante en el proyecto de diseminación, se aprenden algunas estrategias que facilitan esta tarea, y que pueden aplicarse en diferentes instituciones.
- ✓ Por otra parte, el participar en programas preventivos prepara al alumno para la discusión acerca de estos temas en escenarios diferentes, como los congresos o coloquios

C) Habilidades Desarrolladas en el Diseño de Proyectos de Investigación Aplicados al Campo de las Conductas Adictivas.

Como parte de las habilidades a adquirir por el alumno durante la residencia, se plantea la tarea de desarrollar un proyecto de investigación aplicado al campo de las conductas adictivas. Por lo tanto, en este apartado se presentan los antecedentes y avances relacionados, con la propuesta de investigación propuesta durante el cuarto semestre de la residencia

No obstante, es importante mencionar que la intervención propuesta en este proyecto, se aplicó durante la fase de piloteo con el caso clínico que se describe en la segunda parte de este reporte.

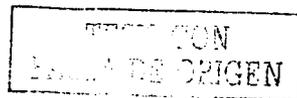
También, es oportuno mencionar que el proyecto de investigación respondió a una necesidad detectada en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes. La cual consistió en el desarrollo de una sesión que complementara al programa de adolescentes con el propósito de incrementar su disposición para cambiar su consumo y para ingresar al programa de intervención. Esta fase del programa, se conoce como inducción al tratamiento

Lo anterior, se une al reconocimiento actual de la importancia de contar con investigación orientada a conocer los caminos que emplean las personas para conseguir ayuda y las posibles barreras que enfrentan los individuos para el uso de los servicios existentes (Medina-Mora, et al. 2001)

Nombre del proyecto: La Aceptación del Tratamiento en Adolescentes: La Importancia de la Disposición al Cambio y la Percepción acerca del Rol del Terapeuta y el Adolescente en el Tratamiento.

1. Antecedentes del Proyecto

Existe evidencia que reporta como una gran mayoría de los usuarios de sustancias no entran a tratamiento. Sobell, Sobell y Toneatto (1992) han estimado que la tasa de individuos que no entran a tratamiento en comparación con aquellos que si lo hacen va de 3:1 o incluso de 13:1. Gran cantidad de personas que son referidas a tratamiento no acuden a sus primeras citas, y otros tantos desertan en las primeras fases del tratamiento (Stark, 1992, Stark & Campbell, 1988). Específicamente estudios realizados con adolescentes indican que las tasas de abandono en etapas tempranas del tratamiento es común (Stark, 1992). La Universidad de Nuevo México a través del CASAA (Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions Adolescent Program), ha observado que un 50% de los adolescentes que ingresan a tratamiento nunca regresan después del primer contacto y el 70% abandonan el tratamiento prematuramente (Aubrey & Toscova, 1994). Mientras que en México la última Encuesta Nacional de Adicciones (1998) reporta que entre



los adolescentes de 12 a 17 años que presentan consecuencias negativas relacionadas con su consumo, solo un 0.4% ha solicitado ayuda a alguna institución o persona para la solución de sus problemas.

Al respecto, la investigación sobre las variables relacionadas con la aceptación de los individuos para entrar a tratamiento, menciona que existen dos elementos en común cuando se tiene conciencia sobre un problema: Primero, la presencia de eventos negativos, o cambios positivos en la vida de las personas. Segundo, un análisis y evaluación sobre el problema identificado (Hartnoll, 1992). Ambos incrementan la disposición de los individuos para cambiar y entrar a tratamiento. Donde el significado que la persona atribuye a tales eventos, más que el número o tipo de eventos, es lo que marca la diferencia entre aquellos que resuelven sus problemas relacionados al abuso de sustancias por sí mismos y entre los que no lo hacen (Klingemann, 1994). Lo que también se observa en quienes entran a tratamiento y modifican con éxito su consumo de alcohol o drogas.

Sin embargo, los elementos anteriores pueden no ser compartidos por los usuarios de sustancias que no han recibido tratamiento o que han sido mínimamente tratados o que no presentan consecuencias severas, por ejemplo este patrón es difícil de observar en los adolescentes. La mayoría de los adolescentes, incluyendo aquellos que tienen un consumo fuerte de drogas, no consideran que tienen un problema y por lo tanto no están dispuestos a cambiar su consumo e ingresar a tratamiento. Los adolescentes están más dispuestos a buscar ayuda para un amigo adulto o para alguno de sus padres. Lo que sugiere la importancia del desarrollo de estrategias que incrementen la disposición de los adolescentes a modificar su consumo de sustancias (Donovan & Rosengren, 1999).

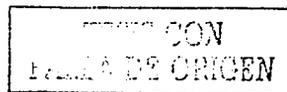
Debido a lo anterior diferentes estudios se han dado a la tarea de investigar el proceso de cambio de las personas, los cuales han revelado que el cambio no es espontáneo, sino que es un proceso en el cual las personas atraviesan por diferentes etapas. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), describen cómo cambian las personas. Estos investigadores describen una serie de etapas por las que pasan los individuos en el proceso de cambio de un problema: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento, Recaída.

Estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio guiado por un terapeuta. Es decir, ya sea dentro o fuera de una terapia, los usuarios pasan por estas etapas o estados y emplean así mismo procesos de cambio semejantes. Desde este enfoque, la disposición al cambio se entiende como el estado o la etapa presente de una persona en este proceso del cambio, lo cual es influido por varios factores externos e internos, siendo el aspecto más importante el reconocimiento de un problema para que el usuario intente cambiar, detener su consumo y entrar a tratamiento (Ayala & Cardenas, 1996). Lo cual se traduce en la disposición al cambio por parte de los individuos.

En la etapa de Precontemplación el sujeto no tiene ninguna intención de cambiar su conducta. Las personas en esta etapa ignoran o no están conscientes de las consecuencias negativas de su consumo. Los sujetos que asisten a terapia en esta fase acuden debido a la presión de los demás. Lo característico de esta etapa es la resistencia a reconocer o cambiar un problema.

La Contemplación se distingue por ser la etapa en que las personas reconocen un problema y piensan en la posibilidad del cambio, sin embargo los sujetos aún no se comprometen con el cambio. Un aspecto importante de esta etapa es la evaluación y comparación de las ventajas y desventajas del problema y, la opción del cambio.

Los individuos que se encuentran en la etapa de preparación se interesan por el cambio y en ocasiones ya han tenido intentos por cambiar, no obstante aún no comprenden la acción efectiva, es decir, no dejan de consumir drogas o disminuyen su consumo de alcohol. Se podría decir que esta etapa constituye los primeros pasos de la acción.



En la etapa de acción las personas realizan los cambios necesarios para resolver sus problemas. Los cambios que se realizan en esta etapa no solo son reconocidos por el individuo sino también por aquellos que los rodean.

La etapa de Mantenimiento, es la fase en la que los sujetos se esfuerzan por evitar las recaídas y fortalecer las consecuencias positivas obtenidas con el cambio. El mantenimiento es la continuación del cambio.

Finalmente, la Recaída es considerada como una etapa en el proceso de cambio, ya que este es un fenómeno que caracteriza a todas las conductas adictivas. El reto en esta etapa es recuperarse de los resbalones o recaídas y reconsiderar el proceso de cambio. Algo común en los usuarios de alcohol o drogas es su paso en repetidas ocasiones por las diferentes etapas que describen el proceso de cambio

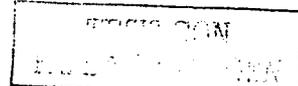
Ente las implicaciones que tiene este modelo de cambio para el tratamiento de las personas que tienen problemas por el consumo de sustancias, es que los profesionales deben interesarse por evaluar la etapa de cambio en que llegan los usuarios a los programas de tratamiento, ya que frecuentemente los profesionales diseñan intervenciones dirigidas a las personas que se encuentran en la etapa de acción. Sin embargo, algunos estudios aplicados en poblaciones de fumadores muestran como solo entre el 10% y el 15% de su población están en la etapa de acción. Se presupone que si estos porcentajes son válidos, para usuarios de alcohol o drogas, es posible que los programas de tratamiento se estén diseñando para un grupo pequeño de aquellos que presentan problemas por su consumo (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Particularmente la disposición al cambio ha sido relacionada como un factor importante en el tratamiento de las conductas adictivas tales como, el alcoholismo y el uso de drogas (Karoly, 1980). Es descrita como un prerequisite, sin el cual el terapeuta no puede hacer nada (Beckman, 1980). Además, se ha usado para explicar el hecho de que los individuos no ingresen, continúen y terminen con éxito el tratamiento (Miller, 1985). Por ejemplo, algunos estudios muestran como la resistencia de las personas está asociada con la deserción o la cantidad de éxito durante el tratamiento (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984; Prochaska, et al. 1992)

Por lo anterior, es importante que los programas de tratamiento incluyan dentro de su procedimiento la evaluación de la disposición al cambio de las personas, y en consecuencia adapten sus intervenciones de acuerdo a la etapa en que se encuentren los sujetos. Esto es especialmente cierto cuando se trabaja con poblaciones que por las mismas características de su etapa de desarrollo y forma de consumo, no perciben los problemas o riesgos relacionados con su consumo, como en el caso de los adolescentes.

Sin embargo, el que un individuo tenga disposición para cambiar su consumo no garantiza su ingreso a tratamiento. Otro factor importante que contribuye a que los individuos abandonen o nunca busquen tratamiento, son los puntos de vista negativos sobre el tratamiento y la percepción sobre su pobre efectividad. Los individuos pueden tener una alta disposición para cambiar pero mantener sus puntos de vista negativos acerca del tratamiento y su eficacia, o sentir que este no es el adecuado para ellos (DeLeon, Melnick, Kressel, & Jainchill, 1994). Incluso se menciona que la percepción psicológica de los costos de asistir a tratamiento, por sí misma, puede ser suficiente para que los que abusan de las sustancias detengan su búsqueda de ayuda. Mientras que una evaluación positiva acerca del tratamiento y su eficacia se asocia con la búsqueda y la entrada a tratamiento. Algunos análisis multivariados indican que el factor más importante que distingue entre quienes entran o no a tratamiento es su percepción acerca del mismo tratamiento (Donovan & Rosegren 1999).

Con relación a los puntos de vista de los usuarios de sustancias sobre los tratamientos, reportes de carácter etnográfico en México muestran que la percepción de los individuos sobre los programas disponibles, es una especie de "paquete" en donde no se brinda una atención personalizada. Los adolescentes en general



son sensibles a las situaciones en las que sienten que no se les atiende, lo que genera un sentimiento de incompreensión, reportan que los programas de tratamiento no son diseñados para ellos, y que los profesionales encargados de los mismos no tienen las habilidades específicas que se requieren para su intervención (Ortiz, Galván, Rodríguez, Unikel, González & Domínguez, 1995; Ortiz, Soniano, Galván, Rodríguez, González & Unikel, 1997). Como resultado los usuarios abandonan el tratamiento.

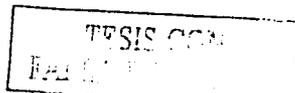
Este panorama ha derivado en el desarrollo de intervenciones breves que se distinguen por brindar consejo y apoyo para incrementar la disposición de las personas para cambiar e ingresar a tratamiento, así como la información necesaria para lograr un cambio en el consumo, ponen énfasis en la responsabilidad de los individuos para el cambio, ofrecen un menú de alternativas para cambiar las conductas problemáticas; dan importancia a la naturaleza empática de las intervenciones terapéuticas, e incrementan la autoeficacia para el cambio (Miller & Rollnick, 1991). En general se dirigen a individuos que tienen problemas con el consumo, pero que no cubren el diagnóstico de dependencia severa, como los adolescentes, y las metas de estas intervenciones son la abstinencia y moderación en el caso de consumo de alcohol. Actualmente en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se evalúa un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (marihuana, inhalables, cocaína). El programa se dirige a los adolescentes, entre los 15 y 18 años, que presentan problemas relacionados con su consumo, son estudiantes regulares de nivel medio y medio superior y no cubren el criterio de dependencia según el DSM-IV. Este programa se ha interesado en la planeación de estrategias que promuevan la aceptación de tratamiento en adolescentes que consumen sustancias, después de identificar como uno de sus problemas la deserción de los adolescentes canalizados al programa en sus fases tempranas (después de la sesión de evaluación) (Martínez & Ayala, 2000).

Las estrategias utilizadas por este programa para incrementar la disposición al cambio de los adolescentes y su aceptación por el programa se basan en las estrategias propuestas por la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991).

Los componentes de la Entrevista Motivacional son la retroalimentación, brindar un consejo activo, remover las barreras importantes para el cambio, brindar aproximaciones alternativas, analizar las consecuencias negativas y riesgos asociados, utilizar contingencias externas y desarrollar metas personales para cambiar una conducta y mantener contacto periódico con el usuario. Esta intervención ha mostrado ser útil en la referencia y continuación en el tratamiento para el alcoholismo (Bien, Miller & Tonigan, 1993) y con usuarios de drogas (Saunders, Wilkinson & Allsop, 1991).

Otro tipo de estrategia relacionada con la percepción de los usuarios acerca de los programas de tratamiento y que busca incrementar la disposición al cambio y la aceptación del tratamiento en los individuos, es aquella que se desprende de la literatura sobre psicoterapia en general y se conoce como la Inducción de Roles (Zweben & Li, 1981). Esta aproximación supone que las percepciones erróneas de los clientes y la falta de acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre algunas características importantes de la terapia, la naturaleza de los roles terapeuta-cliente y el contenido de las sesiones pueden contribuir a la deserción prematura. La Entrevista de Inducción de Roles fue desarrollada para asegurar expectativas semejantes entre los terapeutas y los pacientes con relación a diferentes aspectos del tratamiento (Orne & Wender, 1968).

En cuanto a la efectividad de las aproximaciones anteriores, investigaciones realizadas con adolescentes que tienen problemas por el abuso de sustancias, consideran a la Entrevista Motivacional como una herramienta prometedora para su tratamiento. Se ha dicho que esta población puede beneficiarse a partir de intervenciones que promuevan el compromiso con el tratamiento, resuelvan la ambivalencia acerca del cambio, y ayuden a reducir la incidencia y la severidad de conductas problema (Aubrey, 1996).



Las razones por las que ésta aproximación es útil con los adolescentes son: su duración breve, el estilo terapéutico empático y no confrontativo, y el énfasis puesto en el adolescente para que analice el efecto del uso de sustancias sobre diferentes áreas de su vida, así como las distintas opciones para lograr el cambio (Tober, 1991). También, la Entrevista Motivacional asiste a los usuarios que se encuentran ambivalentes con relación a cambiar su abuso de sustancias y en la toma de decisiones para el cambio (Heather, 1993); situación presente en los adolescentes. En ocasiones los jóvenes perciben su uso de sustancias como normativo, y no problemático, y se encuentran ambivalentes acerca de cambiar su conducta (Aubrey, 1998).

Además, los adolescentes presentan una historia de consumo corta y en pocas ocasiones han experimentado serias consecuencias de salud (ejemplo: cáncer, enfermedades del corazón) que al parecer incrementan la disposición al cambio en los adultos. Sin embargo, los adolescentes parecen incrementar su disposición al cambio en respuesta a las repercusiones interpersonales (popularidad, reputación social, etc.) y emocionales (depresión, ansiedad, enojo, etc.) de su consumo, dentro de un formato de retroalimentación personalizado (Aubrey, 1998).

Por otra parte, a partir de diferentes estudios también se ha demostrado que la Inducción de Roles es benéfica para trabajar con la disposición al cambio de los individuos. Las investigaciones han demostrado su utilidad con pacientes en clínicas de consulta externa psiquiátrica y de universidades, delincuentes juveniles institucionalizados, clientes de agencias comunitarias que necesitan consejo pero tienen poca disposición para buscar y aceptar ayuda, y en usuarios de drogas (LaTone, 1977; Marlatt, 1999). En especial, se considera como una herramienta útil en el campo de las conductas adictivas, sobre todo en poblaciones que tienen poco contacto con los programas de tratamiento, entre los que se encuentran los adolescentes (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal & Toneatto, 1993; Hoehn-Saric, Frank, Imber, Nash, Stone & Battle, 1964; Oppenheimer, Sheenan & Taylor, 1988; Zweben & Li, 1981). Sin embargo, la eficacia de este tipo de intervenciones no ha sido ampliamente evaluada en el tratamiento de usuarios adolescentes de sustancias.

Con base en lo anterior, los **OBJETIVOS** de este trabajo fueron:

- a) Construir los materiales e instrumentos de medición necesarios para implementar y evaluar una sesión de inducción al tratamiento, donde se retroalimenta al adolescente acerca de aspectos relacionados con su consumo.
- b) Evaluar los efectos de la sesión de inducción al tratamiento en adolescentes sobre su disposición para cambiar el consumo, su percepción acerca de los programas de tratamiento y su disposición para ingresar al Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, basada en las estrategias propuestas por la Entrevista Motivacional y la Inducción de Roles.

Es importante aclarar que en este reporte no se presentan los resultados finales de la investigación, ya que esta aún continúa. Solamente se presentan las conclusiones de la adaptación y construcción de los materiales e instrumentos de evaluación, los resultados del piloto y algunas observaciones que se han obtenido durante la fase de aplicación. La presentación de los resultados y conclusiones de la investigación, se realizará en el futuro a través de un artículo.

2. Método

Sujetos participantes

30 adolescentes identificados como usuarios de alcohol y otras drogas, que acuden al Centro de Servicios Psicológicos, al CCH Naulcalpan y a la Secundaria Ludmila Yabkova No. 229 y cubren los requisitos de ingreso al tratamiento.

TRIPLE CON
FALLA DE ORIGEN

Por tanto los sujetos incluidos en la muestra cumplieron los siguientes requisitos:

- ✦ Para el caso de los usuarios de alcohol, presentar un consumo mayor de 5 tragos estándar en más de cinco ocasiones durante los últimos seis meses. Mientras que para usuarios de cualquier otra droga (marihuana, inhalables y cocaína), haber tenido un consumo en cinco o más ocasiones en este mismo período de tiempo.
- ✦ Un consumo no mayor a 2 años.
- ✦ Presentar problemas relacionados con el consumo.
- ✦ Tener entre 15 y 18 años de edad.
- ✦ Ser estudiante regular de nivel medio o medio superior.

Mientras que los criterios de exclusión son:

- + Adolescentes que no asisten a la escuela.
- + Adolescentes que presentan dependencia hacia la droga, de acuerdo al DSM IV.
- + Adolescentes que presentan desórdenes psiquiátricos.

Escenario

Hasta el momento la investigación se llevó a cabo en diferentes instalaciones: Centro de Servicios Psicológicos, en cubículos equipados con sillas, una mesa y cámara de Gessell; Centro Acasulco; en el Colegio de Ciencias y Humanidades de Naucalpan, en la Secundaria Ludmila Yabkova No. 229 y en la Preparatoria 7, en oficinas que cuentan con un pizarrón, sillas y mesas.

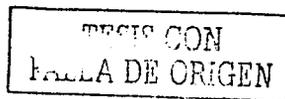
Instrumentos

a) Cuestionarios que se aplican antes de la intervención y se utilizan para llenar un folleto de retroalimentación

Entrevista Inicial (Campos, Martínez &, Ayala, 2001). Este instrumento fue construido especialmente para el Programa de Intervención Breve par Adolescentes, para lo cual se retomó la entrevista utilizada en el programa de Auto-Cambio para Bebedores Problema y el "Tratamiento Breve para Jóvenes" desarrollado en Canadá (Curtis Breslin, et al. 1998). El objetivo de la entrevista es obtener información general acerca del adolescente, historia de consumo y conocer, en términos generales, los problemas relacionados con el consumo del adolescente. La entrevista consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas: datos de identificación, historial de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento.

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, 1997). El POSIT tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos que contempla 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delinuencia. Para los objetivos de este programa solo se utiliza el área de uso/abuso de sustancias. La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de .9057.

Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV (Martínez, 2000). Esta lista de indicadores de dependencia se adaptó particularmente para el programa de adolescentes, a partir de los indicadores del DSM IV para dependencia al alcohol y otras drogas.



Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (Annis & Martin, 1985). El objetivo de este cuestionario es medir las situaciones principales de consumo de alcohol (en una escala de 4 puntos que va de nunca a casi siempre), para lo cual se compone de 100 reactivos. Las situaciones medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron que estas 100 situaciones podían agruparse en: a) Situaciones personales, en donde el consumo de drogas involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir; b) Situaciones de grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada; se subdividen en 3 categorías: conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros

Este inventario fue adaptado para población mexicana por Echeverría y Ayala (1997) quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlo al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Posteriormente fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, el 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres, y con un nivel educativo mínimo de primaria y máximo de licenciatura

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Annis & Martin, 1985). Este cuestionario denominado "Inventory of Drug Taking Situations", fue elaborado por Annis y Martin (1985) y en México fue adaptado para población adulta por De León, Pérez, Oropeza y Ayala (2001). Este cuestionario tiene como objetivo detectar las principales situaciones de consumo de drogas, basado en el trabajo de Marlatt sobre prevención de recaídas. El ISCD es un instrumento que consta de 60 reactivos organizados en 8 subcategorías: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física

Posteriormente fue adaptado y validado para población adolescente por Ruiz, Martínez y Ayala (2002). Se aplicó el instrumento a una muestra de 300 jóvenes usuarios de drogas entre los 14 y 19 años de edad. De esta manera, el inventario final se conformó por 27 reactivos, repartidos en cuatro categorías: momentos agradables con otros, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y emociones agradables. El índice de confiabilidad obtenido a través del alfa de Cronbach, fue de .92

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Annis & Martin, 1985). El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Consta de 50 reactivos que corresponden a las áreas evaluadas en el cuestionario de situaciones de consumo. En este instrumento se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones

Su adaptación para población mexicana estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997) quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlo al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Enseguida fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, el 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres, y con un nivel educativo que iba de primaria a licenciatura

Línea base retrospectiva (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979). Es un calendario de los últimos seis meses del año que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y la cantidad consumida en un día típico. En el caso del consumo de alcohol se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar. En cuanto al patrón de consumo de las drogas ilegales solo se mide por días de consumo. La gran ventaja de esta técnica es su gran sensibilidad para medir las diferencias individuales, la Línea base retrospectiva estima el consumo actual sobre un período de tiempo (Sobell, Sobell, Leo, & Cancilla, 1988). La confiabilidad y validez de este instrumento ha sido establecido en poblaciones de adultos usuarios de alcohol (O'Farrell, Cutter, Bayog, Dentch, & Fortgang, 1984).

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

Recientemente, su confiabilidad se ha demostrado con poblaciones de bebedores que no abusan del alcohol en la población general (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986) y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y 28 años de edad (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986).

b) Cuestionarios empleados para evaluar el efecto de la intervención

Escala de estados de la disposición al cambio (Miller & Tonigan, 1996). Su objetivo es evaluar la etapa de disposición al cambio de los sujetos. La escala original fue construida en 1987 por William R. Miller, la cual estaba integrada por 32 reactivos, empleando una escala de 5 puntos desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Sin embargo, para este trabajo se adaptó y validó (Salazar, Martínez & Ayala, 2001) una versión corta desarrollada en 1991 y consta de 19 reactivos, misma que se empleó como parte de la evaluación en el Proyecto MATCH. La confiabilidad y análisis factorial de este instrumento se determinó con una muestra de 1672 sujetos que participaron en el Proyecto MATCH. Este análisis mostró la presencia de tres factores: 1) acción, que dio cuenta de un 27% de la varianza, 2) reconocimiento que dio cuenta de un 11% de la varianza y 3) ambivalencia que dio cuenta de un 7% de la varianza. La confiabilidad para estos factores fue de .83, .85 y .60, respectivamente.

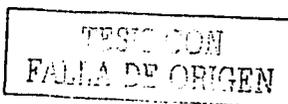
La validación de la escala en población de adolescentes mexicanos, se llevó a cabo con 254 usuarios de alcohol y 232 usuarios de drogas. El análisis factorial determinó para ambas muestras la presencia de dos factores: reconocimiento y acción. Para el caso de los adolescentes que consumen alcohol, la escala está conformada por 15 reactivos, con un alfa de .88 para la escala total, .87 para la sub-escala de reconocimiento y .83 para la sub-escala de acción. Mientras que para el caso de los adolescentes que consumen drogas ilegales, la escala está compuesta por 13 reactivos, con un alfa total de .90, .87 para la sub-escala de acción y .85 para la sub-escala de reconocimiento.

Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Alcohol y otras Drogas (Salazar, 2001). Al igual que la escala anterior este cuestionario, fue construido especialmente para evaluar el efecto de la intervención, su objetivo es conocer la percepción del adolescente con respecto al rol del terapeuta y los jóvenes de su edad que asisten a los programas de tratamiento para el abuso de sustancias. Este cuestionario está compuesto por 13 reactivos que evalúan el papel del terapeuta en los programas de tratamiento y 14 para el rol de los adolescentes, con una escala de respuesta de cuatro puntos: nunca raramente, algunas veces y casi siempre. Su construcción se basó en los principios de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991) y se piloteó con 12 adolescentes que asistieron al Programa para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Drogas, con el propósito de identificar la adecuada redacción de las instrucciones y reactivos, la comprensión de los sujetos y el mejor orden de presentación de cada una de las frases. Este piloteo solo mostró la necesidad de cambiar la redacción de tres reactivos. Para realizar los cambios se solicitó a los mismos sujetos que indicaran la forma en como se podrían entender los tres reactivos de acuerdo al sentido que les quería dar el entrevistador.

Entrevista de Seguimiento (Salazar & Martínez, 2001) Esta entrevista tiene el objetivo de dar seguimiento a lo discutido con el adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento. La entrevista está constituida por 20 reactivos divididos en 4 áreas: características demográficas, historia de tratamiento, historia del consumo de drogas y alcohol (problemas relacionados) y opinión de la sesión de inducción al tratamiento. Para su elaboración se consideró la entrevista de seguimiento empleada en el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez & Ayala, 2000).

3. Procedimiento

Para la realización de esta investigación se plantearon tres fases: 1) Construcción de materiales de apoyo e instrumentos de evaluación; 2) Piloteo; y 3) Aplicación y análisis de resultados. Las dos primeras



fases han finalizado, quedando por concluir la última de estas. Por lo tanto, en la fase 3 que corresponde a la aplicación y análisis de resultados solo se reúnen algunos comentarios de lo trabajado hasta este momento.

Fase 1. Construcción de materiales de apoyo e instrumentos de evaluación.

Como parte de los materiales de apoyo requeridos para implementar la sesión de inducción al tratamiento, se elaboraron cuatro folletos de retroalimentación de resultados, uno para cada sustancia (alcohol, marihuana, cocaína e inhalables); se diseñaron una serie de láminas para presentar las características del programa a los adolescentes; se realizó el formato de un contrato terapéutico; y se adaptaron los resultados más importantes de la última encuesta de estudiantes realizada en el distrito federal, en formato de gráficas.

Mientras que, para evaluar la intervención, se adaptó una escala que mide la disposición al cambio en los sujetos, se elaboró un cuestionario para conocer la percepción de los adolescentes acerca del rol que tienen los terapeutas y ellos mismos como usuarios de los servicios, en los programas de intervención para el abuso de sustancias y, se realizó un formato para llevar a cabo un seguimiento al mes de aplicada la intervención. Enseguida se describe todo lo realizado para la realización de los materiales de apoyo y los instrumentos de evaluación.

Construcción de materiales de apoyo

a) Folletos de retroalimentación:

Como parte de esta propuesta se determinó necesario el diseño de cuatro folletos de retroalimentación para la entrega de resultados de los adolescentes que participan en el proceso de evaluación. La utilización de un reporte de retroalimentación a partir de medidas e instrumentos objetivos es una información que se emplea con objeto de convencer a los individuos de que no se encuentran donde deberían estar. El enfoque general que se recomienda, consiste en proporcionar a los adolescentes sus puntuaciones en una serie de medidas relacionadas con el consumo. Estas puntuaciones deben acompañarse de una explicación, así como también de una comparación de estos puntajes con una muestra normativa u otra información interpretativa. El brindar puntajes personales y la interpretación de estos es lo que favorece una discrepancia motivacional (Miller & Rollnick, 1991).

De esta forma, se cuenta con un folleto para alcohol, marihuana, inhalables y cocaína. Los folletos incluyen los puntos de discusión que se abordan durante la sesión de inducción al tratamiento, los cuales se resumen de la siguiente manera: 1) presentación de los resultados de la línea base, 2) información acerca de las consecuencias que se obtienen a corto y largo plazo para cada sustancia, 3) descripción de los factores de riesgo y protectores con que cuenta el adolescente, 4) ejercicio para favorecer la identificación de los posibles problemas relacionados con el consumo, 5) ejercicio para identificar dos alternativas de solución para los problemas identificados, 6) ejercicio para decidir cuál de las alternativas es la mejor para el adolescente.

Para la realización de estos folletos se revisaron formatos de reportes de retroalimentación utilizados en programas para adolescentes desarrollados en otros países, los cuales se sometieron a discusión con grupos focales de adolescentes y alumnos de maestría con especialidad en adicciones, a quienes se solicitó realizar observaciones en cuanto a las palabras utilizadas, redacción, orden de los ejercicios, aspectos abordados, ilustraciones y colores de cada folleto. A manera de ejemplo, se recomienda consultar el Anexo 1 de este documento, donde se muestra el folleto de retroalimentación de alcohol. No se presentan los folletos de retroalimentación restantes debido a la amplitud del material, sin embargo, cabe mencionar que todos los aspectos abordados en este folleto también se encuentran en los folletos empleados para otras sustancias.

TRABAJADO CON
FALLA DE ORIGEN

b) Láminas acerca de las características del programa de intervención breve para adolescentes:

Con el propósito de apoyar la última sección de la intervención se diseñaron seis láminas, en las cuales se presentan las características de cada una de las sesiones que comprenden el programa para adolescentes. Como puede recordarse esta propuesta se inserta como parte del programa de intervención breve para adolescentes, por lo cual se les presenta a los adolescentes las características de este programa (véase Anexo 2).

c) Formato del contrato terapéutico:

Con el objetivo de establecer las condiciones bajo las cuales se desenvuelven el adolescente y el terapeuta durante el programa de intervención, se diseñó un contrato terapéutico con base en el utilizado durante el programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema. En este material se aclara el número y duración de las sesiones del programa, las normas relacionadas con la asistencia o retardos tanto del adolescente como del terapeuta, información acerca de que se participa en un proyecto de investigación, el acuerdo entre ambas partes para mantener la confidencialidad de los datos y la solicitud de los datos de un colateral (véase Anexo 3). El contrato se entrega al final de la inducción al tratamiento, con el propósito de que sea leído y firmado por los adolescentes.

d) Gráficas para el análisis del consumo en estudiantes de educación media y media superior:

Como una forma de reforzar los resultados de la línea base de los adolescentes, se retomaron los datos arrojados por la Encuesta acerca del Consumo de Drogas: Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal (Villatoro et al. 1999).

Con los datos obtenidos se diseñaron seis gráficas. Las gráficas muestran la frecuencia de consumo de cualquier bebida alcohólica, los estudiantes que tomaron 5 o más copas de alcohol en una sola ocasión de consumo, el porcentaje de consumo de drogas entre los estudiantes, frecuencia de consumo de número de veces que han usado marihuana, cocaína e inhalables (véase Anexo 4).

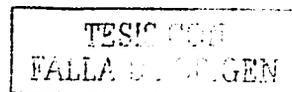
Construcción de Instrumentos de Evaluación

a) Traducción, Adaptación y Validación de la escala "The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale" (SOCRATES; Miller & Tonigan, 1996):

En este segmento se presentan los resultados de la adaptación de la Escala de Disposición al Cambio. El análisis se lleva a cabo con dos muestras. Una estuvo representada por 254 adolescentes usuarios de alcohol y la otra por 232 adolescentes usuarios de drogas ilegales. Los análisis se hicieron por separado para cada grupo.

La traducción y adaptación de la escala se planteó siguiendo los pasos mencionados por James N. Butcher (citado en Muñiz, 1995).

- Traducción del instrumento del inglés al español
- Re-traducción de los reactivos de español a inglés
- Comparación de la re-traducción con la escala original
- Estudio del índice de consistencia interna
- Determinar la adecuación de las normas del instrumento original en la población para la que se adapta el instrumento
- Desarrollo de las normas para la población en la cual se adapta el instrumento



➤ **Determinar la utilidad del instrumento adaptado en escenarios clínicos**

Con base en lo anterior, en un primer momento se muestran los resultados de la aplicación con adolescentes, para ambas muestras, y al final se reporta el procedimiento realizado para el desarrollo de las normas de calificación de ambas escalas. Para una mayor comprensión de los análisis se recomienda revisar los Anexos 5 y 6, donde se presenta la escala original traducida al español.

Alcohol

Las variables demográficas consideradas para estos adolescentes fueron el sexo, la edad y la ocupación. Con relación al sexo se observó que un 73.6% fueron del sexo masculino y el 26.4% del sexo femenino. Las edades de este grupo estuvieron entre los 14 y 20 años, con una media de 16.7 años. La ocupación con una mayor representación fue la de estudiante con 85.4%. Además todos los sujetos cumplieron el requisito de haber presentado por lo menos cinco consumos de 5 tragos estándar en los últimos seis meses.

Para esta muestra los datos se obtuvieron a través de la Fundación Sergio Berumen, el CCH Naucalpan, Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, Casa Alianza, Jardín de Coyoacán, Mercado del Chopo, CETYS 155, Fundación Ama la Vida, Clínica KATUN, Toxicológico Venustiano Carranza, Fundación REINTEGRA, y el Grupo la Salida de la Asociación Alcohólicos Anónimos.

El primer análisis consiste en determinar la forma de la distribución para cada reactivo para lo cual se observaron los valores Skewness y la frecuencia de respuestas en cada opción de respuesta en cada uno de los reactivos. Los reactivos que se encontraron dentro del límite permitido para los valores Skewness (+ 5 a - 5) fueron los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18 y 19 de la escala original, mientras que los reactivos que no cumplieron este criterio fueron 7, 8, 10, 14, y 17. Por su parte, en el análisis de frecuencias de respuestas, la mayoría de los reactivos cumplieron con el criterio de no tener 50% o más de las respuestas en una sola opción de respuesta, únicamente el número 7 obtuvo en una opción el 50% de las respuestas, sin embargo, el otro 50% se distribuyó en las opciones restantes.

El segundo análisis incluyó procedimientos de grupos contrastados para lo cual se emplearon pruebas de Chi Cuadrada y t de Student. La Chi Cuadrada compara las distribuciones de frecuencia de respuestas, entre el grupo que tiene las calificaciones totales más altas y el grupo que obtiene las calificaciones totales más bajas. En esta prueba todos los reactivos alcanzaron la significación estadística ($p < 0.05$). Por otra parte, la prueba t compara el grupo alto y bajo, solo que esta prueba compara las medias de las respuestas, se espera que el grupo alto responda en promedio con un puntaje más alto en cada reactivo, que el grupo bajo, quien respondera en promedio con puntajes más bajos. De igual manera, todos los reactivos alcanzaron la significación estadística ($p < 0.05$) con esta prueba.

Enseguida se realizó una prueba de consistencia interna, para determinar si los reactivos cumplían con el coeficiente de correlación ($r > 0.70$) y la confiabilidad establecida ($\alpha = 0.80$ o más) a través de la prueba Alfa de Cronbach. En esta prueba todos los reactivos cumplieron el criterio de correlación de 0.70 y la consistencia interna de la escala se encontró arriba del coeficiente de confiabilidad (0.90).

Finalmente, se corrió un análisis factorial para determinar el número de factores que componían la escala y conocer las cargas factoriales de cada reactivo. Este primer análisis arrojó como resultado la presencia de tres factores. El primer factor explicó el 35.6% de la varianza total acumulada, el segundo el 14.7% y el tercero el 7.3%. Los criterios para determinar los reactivos que se eliminarían, fueron tener una carga factorial mayor a 0.40 y no cargar en dos factores. De acuerdo a la numeración de la escala original los reactivos que se eliminaron para esta muestra fueron los números 1, 4, 11, y 19.

TESIS
FALLA DE C

De esta forma, hasta este momento se contaba con tres factores, mismos que fueron sometidos nuevamente a un análisis factorial, con el objetivo de verificar la presencia de tres factores, sin embargo, durante el segundo análisis se presentaron cambios en el acomodo de los reactivos, desapareciendo el factor 3 del primer análisis. Así, la escala final quedó conformada por 15 reactivos con dos factores, donde el primero con 8 reactivos explica el 38.6% de la varianza acumulada y el segundo con 7 reactivos el 14.6%. Estos factores fueron nombrados como Reconocimiento (Factor no. 1) y Acción (Factor no.2). En la siguiente tabla se aprecian los reactivos y las cargas factoriales correspondientes para cada uno, separados por factores.

Tabla 1. Matriz de Componentes Rotados para la Muestra de Adolescentes Usuarios de Alcohol

REACTIVOS	COMPONENTES	
	1	2
1 - Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico	670	
2 - Si no cambio pronto mi manera de beber, mis problemas empeoraran		543
3 - Estaba bebiendo demasiado pero me las arregle para cambiar mi manera de beber.		618
4 - Algunas veces me pregunto si mi forma de beber esta lastimando a otras personas		561
5 - Soy un bebedor problema	692	
6 - No solo estoy pensando cambiar mi forma de beber, sino que ya estoy haciendo algo al respecto		792
7 - Ya he cambiado mi forma de beber y ahora estoy buscando alternativas para evitar recaer en mi anterior consumo		823
8 - Tengo serios problemas con mi manera de beber	789	
9 - Mi forma de beber me esta causando mucho daño	709	
10 - Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber		659
11 - Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que me ocasiono mi consumo de alcohol	647	
12 - Se que tengo un problema con mi forma de beber	787	
13 - En ocasiones me pregunto si bebo demasiado	582	
14 - Soy un alcohólico	736	
15 - Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber		767

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

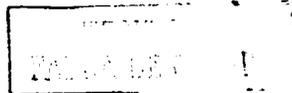
Nota. Muestra los reactivos que obtuvieron cargas factoriales mayores a .40 en la muestra de adolescentes que consumen alcohol. Los reactivos se distribuyen en dos factores.

Por último, se ejecutó nuevamente el análisis de consistencia interna, donde se obtuvo un índice de confiabilidad de .88 para la escala total, .87 para el Factor no. 1 y .83 para el Factor no. 2. El formato final de la escala se puede observar en el Anexo 7.

Drogas

La muestra de usuarios de drogas estuvo representada por 82.8% adolescentes del sexo masculino y el 17.2% del sexo femenino. Al igual que el grupo de alcohol, las edades de este grupo se encontraron entre los 14 y 20 años, con una media de 16.7 años. La ocupación con una mayor representación fue la de estudiante con el 43.7% y enseguida estuvo la de empleado con 29.7% y los que al momento de la aplicación estaban internos en algún anexo (21.8%). Estos adolescentes cubrieron el requisito de haber presentado por lo menos cinco consumos en los últimos seis meses.

Para esta muestra los datos se obtuvieron de los mismos lugares que para la muestra de alcohol, pero se agregaron la Comunidad Ollin y el Grupo Jóvenes Oceania.



El análisis del sesgo (Skewness) y de la frecuencia de respuestas para cada reactivo, mostró que los reactivos que se encontraron dentro del límite permitido para los valores Skewness (+ 5 a - 5) fueron los números 9, 11, 16 y 17 de la escala original; mientras que los reactivos que no cubrieron este criterio fueron los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 y 15. Por su parte, en el análisis de frecuencias de respuestas, se observó que todos los reactivos no tuvieron el 50% o más de sus respuestas en una sola opción de respuesta.

El análisis con la prueba de Chi Cuadrada y t de Student reportó que, todos los reactivos alcanzaron la significancia estadística ($p < .05$).

En cuanto a la prueba de consistencia interna (Alpha de Cronbach), todos los reactivos cubrieron el criterio de correlación de .20 y la consistencia interna de la escala se encontró arriba del coeficiente de confiabilidad (.92).

Por último, el análisis factorial reportó la presencia de tres factores. El primer factor explicó el 44.5% de la varianza total acumulada, el segundo el 9.8% y el tercero el 5.2%. Sin embargo, el factor No. 3 fue eliminado pues solamente 2 reactivos alcanzaron una carga factorial de .40. Los reactivos que se eliminaron de la escala original fueron los números 2, 3, 11, 12, 14 y 19.

De acuerdo a estos resultados se corrió nuevamente el análisis factorial, obteniéndose dos factores. El primero explicó el 46.1% de la varianza acumulada y el segundo el 13.1%. El Factor no 1 fue nombrado como Acción y el Factor no 2 como Reconocimiento. La siguiente tabla muestra los resultados de este análisis.

Tabla 2. Matriz de Componentes Rotados para la Muestra de Adolescentes Usuarios de Drogas Ilegales

REACTIVOS	COMPONENTES	
	1	2
1 - Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas	.705	
2 - Ya empecé a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas	.783	
3 - Estaba consumiendo demasiado pero me las arregle para cambiar mi consumo de drogas	.632	
4 - Algunas veces me pregunto si mi consumo de drogas está lastimando a otras personas		.531
5 - Yo tengo un problema con el consumo de drogas		.726
6 - No solo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas sino que ya estoy haciendo algo al respecto	.809	
7 - Ya he cambiado mi consumo de drogas y ahora estoy buscando alternativas para evitar recaer en mi anterior consumo	.813	
8 - Tengo serios problemas con el consumo de drogas		.783
9 - Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi consumo de drogas	.641	
10 - Se que tengo un problema con mi consumo de drogas		.745
11 - En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo		.736
12 - Soy un adicto a las drogas		.789
13 - Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas	.687	

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Nota: Muestra los reactivos que obtuvieron cargas factoriales mayores a .40 en la muestra de adolescentes que consumen drogas ilegales. Los reactivos se distribuyen en dos factores.

El Alpha de Cronbach para esta última escala fue de .90 para la escala total, .87 para el Factor No. 1 y .85 para el Factor No. 2. Para observar el formato final de la escala ver el Anexo 8.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Normas de Calificación

El paso final fue el desarrollo de las normas de calificación, para lo cual se obtuvieron deciles por factor para cada escala (alcohol y drogas), esto debido a que los reactivos no mostraron una distribución normal, y de acuerdo a como se obtuvieron los criterios de calificación para la escala original. A continuación se describe la forma en que se califica y se interpretan los resultados.

El primer paso para la interpretación de los resultados, es obtener el puntaje total por factor y después estos puntajes se transfieren en la siguiente tabla. Para cada factor, se ubica el mismo valor encima del que es igual para determinar el rango

Tabla 3. Criterios de Calificación para Adolescentes Usuarios de Alcohol

RANGO	RECONOCIMIENTO	ACCION
10 (Muy bajo)	8	7-11
20	9-11	12-14
30 (Bajo)	12-14	15-16
40	15-16	17-18
50 (Medio)	17-18	19-21
60	19-20	22
70 (Alto)	21-23	23-25
80	24-26	26-28
90 (Muy Alto)	30-40	30-35

Nota. Muestra las posibles calificaciones que se pueden obtener con el SOCRATES, en el caso de usuarios de alcohol

Tabla 4. Criterios de Calificación para Adolescentes Usuarios de Drogas

RANGO	ACCION	RECONOCIMIENTO
10 (Muy bajo)	7-15	6-11
20	16-21	12-14
30 (Bajo)	22-24	15-17
40	25-27	18-20
50 (Medio)	28	21-22
60	29-30	23-24
70 (Alto)	31	25
80	32	26-27
90 (Muy Alto)	34-35	28-30

Nota. Muestra las posibles calificaciones que se pueden obtener con el SOCRATES, en el caso de usuarios de drogas ilegales

Una vez que se ubica el puntaje de los individuos en la tabla de calificación y se determinan si las calificaciones son bajas, medias o altas, lo siguiente es interpretar estos puntajes, pero también se deben examinar las respuestas dadas a cada ítem con el objetivo de obtener información adicional. La siguiente guía ayuda al terapeuta a la comprensión de las calificaciones

1.-Reconocimiento

Alto, los puntajes afirman que los individuos tienen problemas relacionados con su consumo, expresando un deseo para cambiar y para percibir que el daño continuará si ellos no cambian.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Bajo: los puntajes niegan que el consumo esta causando problemas serios; los individuos no aceptan etiquetas tales como, bebedor problema, adicto y alcohólico y no expresan querer un cambio.

2.- Acción

Alto: estos puntajes reportan que los individuos ya están realizando algo para hacer un cambio positivo en su consumo y pueden experimentar algún éxito. El cambio está presente, y ellos pueden querer ayuda para continuar con el cambio o prevenir una recaída. Se ha encontrado que un puntaje alto en esta escala predice el cambio exitoso.

Bajo: estos puntajes demuestran que los individuos no estan actualmente haciendo cosas para cambiar su consumo.

Con base en la guía anterior, el terapeuta se forma una impresión del estado de disposición en que se encuentra la persona, lo que ayuda a la planeación de su intervención.

b) Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre del Abuso de Alcohol y otras Drogas:

Este cuestionario se realizo con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención sobre la percepción de los adolescentes, acerca de su rol y del terapeuta en los programas de tratamiento sobre el abuso de sustancias, pues como ya se ha mencionado, uno de los propósitos de la intervención es trabajar con los puntos de vista de los adolescentes en relacion con los programas diseñados para ellos, a través de estrategias de la inducción de roles

Debido a lo anterior, se determino que la creacion de los reactivos debia corresponder a las estrategias dictadas por la Entrevista Motivacional aproximacion que tambien se empleo como parte de la intervención y que señala el manejo que el terapeuta debe tener hacia los usuarios de sustancias, a fin de promover su disposicion a cambiar y entrar a tratamiento

La elaboracion de los reactivos estuvo a mi cargo y posteriormente fueron revisados por los miembros del proyecto de adolescentes. Enseguida se realizo el piloteo del cuestionario con 12 adolescentes usuarios de sustancias que en el paso habian asistido al programa para adolescentes. El 75 % fueron hombres y el 25 % mujeres entre los 15 y 19 años de edad. En cuanto al nivel de escolaridad el 91% habia cursado hasta el bachillerato y el resto contaba con secundarias. La ocupacion principal para todos los casos fue de estudiante. El piloteo se llevo a cabo mediante contacto telefonico, con una duracion de 10 a 15 minutos. Se determino que esta era la mejor forma de entrevistar a los adolescentes pues no se conto con un horario al cual pudieran acudir todos

Con la aplicacion del piloteo se identificaron 4 reactivos (4, 10, 12 y 14 en la escala final) que requirieron cambiar su redaccion. Además, se modifico el orden de presentacion de los mismos, pues al leer algunos de ellos origina confusion entre los adolescentes

De esta forma el cuestionario final quedo conformado por 27 reactivos, de los cuales 13 evalúan la percepcion del joven en relacion con el rol del terapeuta y 14 en relacion con el rol del adolescente. La escala de respuesta es de cuatro puntos, nunca en ocasiones, casi siempre y siempre (vease Anexo 9)

Para la interpretacion del instrumento se obtienen dos puntajes. Uno para dar cuenta de la percepcion en relacion con el rol del terapeuta y otro para el rol del adolescente. Estas calificaciones se determinarán con base en, la muestra total de adolescentes que recibirán la intervención, ya que este cuestionario ha sido construido especialmente para esta investigacion

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c) Entrevista de Seguimiento:

Como parte de éste estudio, se encontró la necesidad de realizar una entrevista de seguimiento al mes de que los adolescentes recibían la inducción al tratamiento. Esta entrevista tiene el objetivo de identificar lo realizado por parte del adolescente, de acuerdo a lo que decidió hacer para solucionar el problema que identificó en relación con su consumo durante la sesión de inducción al tratamiento.

Así, con base en la entrevista de seguimiento del Programa de Intervención Breve para Adolescentes se eligió una serie de preguntas relacionadas con características demográficas y el consumo de sustancias. Además se incluyen reactivos que valoran lo que el adolescente recuerda acerca de la sesión de inducción al tratamiento y determina en que manera influyó esta sesión para ingresar o no al programa para adolescentes. Una vez que se diseñó este instrumento, se pidió que la revisaran a los miembros del proyecto para adolescentes. De esta revisión se eliminaron preguntas. Finalmente la entrevista quedó compuesta por 20 reactivos, con una duración para su aplicación de 20 minutos aproximadamente.

La entrevista sirve como guía para la sesión de seguimiento. Para tener la sesión de seguimiento, se acuerda una cita con el joven, la cual puede ser en el lugar donde recibe el programa de intervención breve para adolescentes, por contacto telefónico, en la escuela o en cualquier otro lugar que se concrete con el joven. En total esta sesión tiene una duración de 30 minutos. El formato de la entrevista puede observarse en los anexos de este documento (véase Anexo 10).

Fase 2. Piloteo.

Una vez que se construyeron los materiales de apoyo (Folletos de retroalimentación, Láminas de las Características del Programa, Formato del Contrato Terapéutico y las Gráficas del Consumo de Alcohol y Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior), se procedió a realizar el piloteo de la intervención con cuatro adolescentes usuarios de sustancias. Con este grupo de adolescentes, solamente se aplicó antes de la intervención la Escala de Disposición al Cambio (SOCRATES), ya que aún no se contaba con el Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Sustancias. Además, únicamente se aplicó el SOCRATES antes de la intervención pues aún no se determinaba cuál sería el momento más apropiado (inmediatamente después de la intervención o una semana después de la intervención) para aplicarlo después de la intervención.

El piloteo tuvo el objetivo de determinar si los contenidos y el orden de la sesión eran los adecuados, si los materiales utilizados eran claros y útiles para los jóvenes, si la sesión favorecía el análisis del consumo y el ingreso al programa para adolescentes y el tiempo aproximado para su aplicación. La Tabla 5 (Pág. 30), muestra la relación de los adolescentes que participaron en esta fase de la investigación.

Con base en el piloteo se determinó la duración de la sesión (1½ hr. Aproximadamente), que los folletos de retroalimentación son adecuados para transmitir los resultados de la evaluación, aunque se realizaron cambios en algunos dibujos y el formato de los ejercicios.

Por otra parte, durante esta fase se identificó que la retroalimentación de su patrón de consumo y la lista de cosas que tienen que cuidar y las cosas que le pueden ayudar a cambiar su consumo, son los componentes de la inducción al tratamiento que más llamaron la atención de adolescentes.

Finalmente se detectó que el ofrecimiento de ingresar al programa como una forma de poner en práctica la estrategia que los jóvenes proponen para solucionar el problema identificado por ellos en relación con su consumo, favorece la aceptación de los mismos para entrar al Programa de Intervención Breve para Adolescentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5. Adolescentes que participaron en el Píleo de la Inducción al Tratamiento

Sujeto	Lugar	Edad	Sustancia	Años de Consumo	Frecuencia del consumo y cantidad promedio (3 meses)	Síntomas de Dependencia	POSIT	Situaciones de Consumo	Confianza Auto-eficacia	SOCRATES (Disposición)
1	CCH	17 años	manguana	1½ años	1 a 2 veces a la semana 3 cigarros	Uno a dos síntomas de dependencia	9	Momentos agradables con otros Emociones desagradables	Momentos agradables con otros Emociones desagradables Conflicto con otros	Reconocimiento Muy bajo Acción Alto
2	CCH	15 años	manguana	6 meses	Diariamente 2 cigarros	Uno a dos síntomas de dependencia	7	Malestar físico Probando el control sobre el consumo Conflicto con otros	Necesidad física Presión social Emociones desagradables Momentos agradables con otros	Reconocimiento Muy bajo Acción Medio alto
3	CSP	18 años	manguana	2 años y medio	Diariamente 5 cigarros	Uno a dos síntomas de dependencia	12	Momentos agradables con otros Probando el control sobre el consumo Momentos desagradables	Momentos agradables Probando el control sobre el consumo Momentos desagradables	Reconocimiento Bajo Acción Alto
4	CSP	19 años	manguana	3 años	Diariamente 6 cigarros	Más de tres síntomas de dependencia	5	Momentos agradables con otros Emociones agradables Malestar físico	Emociones agradables Momentos agradables con otros Necesidad física	Reconocimiento Muy bajo Acción Bajo

Nota. Muestra los datos de cuatro adolescentes atendidos durante el píleo, en relación con su patrón de consumo, así como los resultados de la aplicación del DSM-IV, el POSIT, el Inventario de Situaciones de Consumo, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional y el SOCRATES.

Fase 3. Aplicación y análisis de resultados.

Después de realizar el píleo, y haber concluido la adaptación y validez de la Escala de Disposición al Cambio (SOCRATES), así como la construcción del Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Sustancias, se comenzó la aplicación final de la intervención. De esta forma, se busca completar una muestra de 20 adolescentes que reciban la sesión de inducción al tratamiento y que a su vez sean contactados en el seguimiento a un mes después de haber recibido la intervención.

Con objeto de seleccionar a los participantes se tuvo una sesión de admisión, donde se identifica el tipo de sustancia de consumo, la vía de administración, la frecuencia de consumo, las situaciones de consumo y los problemas relacionados con el consumo. Para lo cual se aplica la Entrevista Inicial, el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT), la Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV, y la Escala de Disposición al Cambio (SOCRATES).

Una vez seleccionados los participantes, se realizó una evaluación más amplia en una sesión de 90 minutos, por medio de la Línea Base Retrospectiva de los últimos 6 meses de consumo, el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol o en su caso el Inventario de Consumo de Drogas, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, y el Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Alcohol y otras Drogas. Con base en las repuestas dadas a los instrumentos por los adolescentes se llenó el folleto de retroalimentación, que se entregó a los jóvenes en la sesión de inducción al tratamiento.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

La inducción al tratamiento se realizó una semana después de la evaluación, utilizando un folleto de retroalimentación como material de apoyo de acuerdo a la sustancia de consumo, así como las gráficas del consumo de alcohol y drogas en estudiantes de nivel medio y medio superior y, las láminas de presentación de las características del programa para adolescentes. El folleto de retroalimentación incluye un resumen acerca de su patrón de consumo, las consecuencias a corto y largo plazo del consumo, sus factores protectores y de riesgo, y los ejercicios que permiten la identificación del problema o problemas relacionados con el consumo, la elaboración de opciones para su solución y el análisis de las ventajas y desventajas de las dichas alternativas. De manera general, durante la intervención el terapeuta presentó los resultados de la evaluación a los adolescentes dando pauta a la discusión para que ellos mismos determinaran la presencia o no de un problema relacionado con su consumo. Posteriormente, se solicitó a los participantes desarrollar por lo menos dos alternativas para solucionar el problema identificado por ellos. Enseguida se discuten las ventajas y desventajas de estas alternativas, con el propósito de que los adolescentes seleccionen su mejor opción. Después, se realiza un plan de acción, de acuerdo a la decisión que toman los adolescentes. Considerando su propuesta, se presentaron a los jóvenes las características del programa de intervención para adolescentes como una forma de llevar a cabo la alternativa elegida, para lo cual se contó con el apoyo de las láminas donde se muestran las características del programa de prevención para adolescentes. Al término de la presentación del programa, los jóvenes decidieron si ingresaban o no al tratamiento. Finalmente, se entregó el contrato terapéutico y se programó su primera sesión de tratamiento.

Al término de la sesión de inducción nuevamente se aplicó la Escala de Disposición al Cambio y el Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Alcohol y otras Drogas. Además, al mes de aplicada la intervención se realizó una entrevista de seguimiento, con el objetivo de conocer que ha pasado con lo planeado por los adolescentes durante la sesión de inducción.

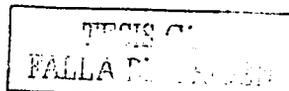
A continuación se presentan dos tablas con los datos de los casos que hasta el momento participaron en la aplicación final de la sesión de inducción al tratamiento.

Tabla 6. Historia y patrón de consumo de los adolescentes que participaron en la aplicación final de la Inducción al Tratamiento

Sujeto	Lugar	Edad	Sustancia	Años de consumo	Frecuencia del consumo (3 meses) y cantidad promedio	Síntomas de dependencia	POSIT	Situaciones de Consumo	Confianza Auto-eficacia
1	CSP	19 años	Alcohol	2 años	1 vez al mes 10 tragos	Un síntoma de dependencia	13	Emociones desagradables Presión social Conflicto con otros	Conflicto con otros Emociones desagradables Presión social Probando el control del consumo
2	CCH Naucalpan	15 años	Alcohol	1 año	Menos de una vez al mes 24 tragos	Ninguno	5	Momentos agradables con el alcohol Emociones agradables Necesidad física	Momentos agradables con otros Emociones agradables
3	Sec 229	15 años	Alcohol	8 meses	1 vez al mes 8 tragos	Ninguno	10	Momentos agradables con otros Tentación para el consumo Presión social	Conflicto con otros Emociones agradables Momentos agradables con otros
4	Sec 229	14 años	Alcohol	1 año	Menos de una vez al mes	Un síntoma de dependencia	7	Emociones agradables	Momentos agradables con otros

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

				mes 4 tragos	dependencia		Presion social Momentos agradables con otros	otros Probando el control sobre el consumo Necesidad fisica	
5	CSP	17 años	Alcohol	4 años	Menos de una vez al mes 10 tragos	Dos sintomas de dependencia	11	Probando el control del consumo Presion social Momentos agradables con otros	Probando el control sobre el consumo Momentos agradables con otros Emociones desagradables
6	Preparatoria 7	18 años	Alcohol	2 años	1 a 2 veces al mes 10 tragos	Ninguno	11	Presion Social Probando el control del consumo	Momentos agradables con otros Emociones agradables
7	CCH Naucalpan	17 años	Alcohol	2 años	Menos de una vez al mes 5 tragos	Ninguno	1	Emociones agradables Presion social Momentos agradables con otros	Momentos agradables con otros Presion social Emociones agradables
8	CSP	15 años	Cocaina	10 meses	No consumo en este periodo	Ses sintomas de dependencia	15	Emociones desagradables Busqueda de bienestar Momentos agradables con otros	Emociones agradables Probando el control del consumo Presion social
9	CSP	19 años	Alcohol	2 años	1 a 2 veces a la semana 15 a 20 tragos	Tres sintomas de dependencia	7	Presion social Emociones desagradables Necesidad fisica	Necesidad fisica Emociones agradables Emociones desagradables
10	CCH Naucalpan	19 años	Alcohol	5 años	1 a 2 veces a la semana 6 tragos	Tres sintomas de dependencia	5	Necesidad fisica Emociones agradables Presion social	Emociones agradables Momentos agradables con otros
11	Preparatoria 7	17 años	Alcohol	2 años	Cada quince dias	Un sintoma de dependencia	11	Presion social Momentos agradables con otros Emociones agradables	Emociones agradables Momentos agradables con otros Presion social
12	Preparatoria 7	17 años	Alcohol	4 años	Una vez al mes 34 tragos	Cinco sintomas de dependencia	11	Momentos agradables con otros Presion social Emociones desagradables	Necesidad fisica Conflicto con otros Momentos agradables con otros
13	CSP	19 años	Alcohol	6 años	Una vez al mes 5 tragos	Un sintoma de dependencia	7	Emociones desagradables Probando el control del consumo Momentos agradables con otros	Emociones desagradables Conflicto con otros Momentos agradables con otros
14	Secundaria 229	15 años	Alcohol	2 años	1 a 2 veces a la semana 5 tragos	Ninguno	5	Momentos agradables con otros Emociones	Momentos agradables con otros Emociones



15	CCH Naucalpan	18 años	Alcohol	2 años	1 a 2 veces a la semana 6 tragos	Un síntoma de dependencia	4	agradables Necesidad física Emociones desagradables Momentos agradables con otros Necesidad física	agradables Necesidad física Emociones agradables Momentos agradables con otros Probando el control sobre el consumo de drogas
16	Preparatoria 7	18 años	Alcohol	4 años	1 a 2 veces a la semana 6 tragos	Un síntoma de dependencia	6	Emociones desagradables Emociones agradables Conflicto con otros Presión social Momentos agradables con otros	Emociones desagradables Emociones agradables Conflicto con otros Presión social Momentos agradables con otros
17	Preparatoria 7	17 años	Alcohol	2 años	Una o dos veces al mes 8 a 10 tragos	Ninguno	1	Emociones agradables Presión social Tentaciones para el consumo	Momentos agradables con otros Emociones agradables Presión social
18	CSP	17 años	Alcohol	1 año	Una vez al mes 3 a 5 tragos	Un síntoma de dependencia	5	Momentos agradables con otros Emociones agradables Presión social Emociones desagradables	Emociones desagradables Momentos agradables con otros Conflicto con otros

Nota. Muestra los datos de dieciocho adolescentes relacionados con su historia y patrón de consumo, así como los resultados de la aplicación del Cuestionario de Tamizaje POSIT, la Lista de Indicadores del DSM IV, los Inventarios de Situaciones de Consumo y el Cuestionario de Confianza Situacional

Tabla 7. Calificación de la Disposición al Cambio y Percepción acerca del Tratamiento, de los 7adolescentes que participaron en la aplicación final de la inducción al Tratamiento

	Nombre	SOCRATES (Disposición) PRE-TEST	Percepción sobre los tratamientos PRE-TEST	SOCRATES (Disposición) POS-TEST	Percepción sobre los tratamientos POS-TEST
1	Reconocimiento	Muy alto	Rol terapeuta 46	Reconocimiento	Muy alto
	Acción	Muy alto	Rol adolescente 41	Acción	Muy alto
2	Reconocimiento	Medio	Rol terapeuta 49	Reconocimiento	Alto
	Acción	Muy alto	Rol adolescente 47	Acción	Muy alto
3	Reconocimiento	Alto	Rol terapeuta 52	Reconocimiento	Alto
	Acción	Muy alto	Rol adolescente 50	Acción	Muy alto
4	Reconocimiento	Alto	Rol terapeuta 48	Reconocimiento	Medio alto
	Acción	Muy alto	Rol adolescente 52	Acción	Muy alto
5	Reconocimiento	Alto	Rol terapeuta 47	Reconocimiento	Muy alto
	Acción	Muy alto	Rol adolescente 41	Acción	Muy alto
6	Reconocimiento	Muy alto	Rol terapeuta 43	Reconocimiento	Alto
	Acción	Muy alto	Rol adolescente 43	Acción	Muy alto
7	Reconocimiento	Medio bajo	Rol terapeuta 48	Reconocimiento	Medio
	Acción	Medio bajo	Rol adolescente 41	Acción	Alto

8	Reconocimiento Bajo	Rol terapeuta: 37	Reconocimiento Bajo	Rol terapeuta: 34
	Acción Alto	Rol adolescente: 49	Acción Muy alto	Rol adolescente: 53
9	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 43	Reconocimiento Medio alto	Rol terapeuta: 46
	Acción Muy alto	Rol adolescente: 46	Acción Muy alto	Rol adolescente: 50
10	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 45	Reconocimiento Medio	Rol terapeuta: 46
	Acción Alto	Rol adolescente: 51	Acción Muy alto	Rol adolescente: 40
11	Reconocimiento Medio bajo	Rol terapeuta: 41	Reconocimiento Bajo	Rol terapeuta: 51
	Acción Alto	Rol adolescente: 51	Acción Muy alto	Rol adolescente: 50
12	Reconocimiento Muy alto	Rol terapeuta: 41	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 49
	Acción Muy alto	Rol adolescente: 43	Acción Alto	Rol adolescente: 47
13	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 41	Reconocimiento Muy alto	Rol terapeuta: 50
	Acción Muy alto	Rol adolescente: 28	Acción Muy alto	Rol adolescente: 34
14	Reconocimiento Medio bajo	Rol terapeuta: 41	Reconocimiento Medio bajo	Rol terapeuta: 41
	Acción Bajo	Rol adolescente: 36	Acción Alto	Rol adolescente: 38
15	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 52	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 47
	Acción Muy alto	Rol adolescente: 46	Acción Muy alto	Rol adolescente: 48
16	Reconocimiento Muy alto	Rol terapeuta: 45	Reconocimiento Muy alto	Rol terapeuta: 40
	Acción Muy alto	Rol adolescente: 42	Acción Muy alto	Rol adolescente: 43
17	Reconocimiento Alto	Rol terapeuta: 37	Reconocimiento Muy bajo	Rol terapeuta: 45
	Acción Muy alto	Rol adolescente: 53	Acción Muy alto	Rol adolescente: 48
18	Reconocimiento Bajo	Rol terapeuta: 44	Reconocimiento Bajo	Rol terapeuta: 50
	Acción Alto	Rol adolescente: 41	Acción Muy alto	Rol adolescente: 50

Nota. Muestra los datos de dieciocho adolescentes sobre su disposición al cambio y la percepción acerca del rol de los terapeutas y adolescentes en los programas de tratamiento antes y después de la inducción al tratamiento.

A groso modo, los datos que se muestran en las Tablas 6 y 7, permiten identificar las principales características de los adolescentes que hasta el momento recibieron la sesión de inducción, sobre todo es importante resaltar aquellos datos relacionados con su disposición al cambio y, la percepción de los adolescentes sobre el rol del terapeuta y del mismo dentro de los programas de tratamiento. Como puede apreciarse en la Tabla 7, la mayoría de los adolescentes que recibieron la sesión de inducción, desde su ingreso a la misma, manifestaron reconocer la presencia de problemas con su consumo, así como estar realizando algunos cambios en su consumo.

En cuanto a la percepción de los adolescentes sobre su rol y el del terapeuta dentro de los programas de tratamiento (véase Tabla 7), es oportuno mencionar que la falta de una leyenda que defina el significado de los puntajes obtenidos se debe a la falta de conveniencia de realizar normas de calificación para un grupo tan pequeño de sujetos, por lo que estos datos pueden ser considerados a la luz de la calificación mínima y máxima esperada para cada subescala del cuestionario. Para el caso de la percepción acerca del rol del terapeuta, la calificación mínima esperada fue de 13 puntos y la máxima de 52 puntos, mientras que para la percepción sobre el rol del propio adolescente, la calificación mínima esperada fue de 14 puntos y la máxima de 55 puntos. Esto nos permite identificar que la mayoría de los adolescentes desde la primera aplicación del cuestionario, tienen una percepción cercana a la manera en que se trabaja con ellos durante el tratamiento. Una posible explicación a estos hallazgos es que la percepción de los adolescentes desde antes de tomar la sesión de inducción son sensibles a su rol y el del terapeuta, pues antes de hacer la primera aplicación del cuestionario de percepción, el adolescente ya ha pasado por una sesión de admisión y una de evaluación, donde él pudo observar la manera de trabajar de los terapeutas y esto influyó sobre sus respuestas al cuestionario.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

De manera general, los primeros análisis estadísticos para ambas mediciones, que por razones ya explicadas se omiten en este reporte, muestran la ausencia de diferencias significativas entre una aplicación y otra, lo que puede explicarse por las características que presentan los adolescentes antes de su participación en la sesión de inducción, es decir, la sesión de inducción más que incrementar un cambio en estos adolescentes que reconocen un problema con su consumo y reportan llevar a cabo algunas acciones para el cambio, fortalece su disposición para cambiar y podemos suponer que ha favorecido su entrada a tratamiento. Sin embargo, esto último no se ha presentado en dos adolescentes (Sujetos no. 11 y 14) (véanse Tablas 6 y 7), los que desde un inicio reportaron no tener un problema relacionado con su consumo, y quienes no aceptaron entrar al programa de tratamiento para adolescentes. Lo mismo se puede decir sobre la percepción de los adolescentes acerca de su rol y del terapeuta en los programas de tratamiento.

Lo anterior ha llevado a identificar la necesidad de incrementar la muestra de adolescentes que se incluyan en el estudio, diez más para hacer un total de 30 adolescentes, así como el recabar un número igual de sujetos que reciban la sesión de inducción pero que decidan no ingresar al programa o bien estén en un grupo en el cual no reciban la intervención. Esto con el propósito, de realizar un análisis más detallado sobre los alcances y limitaciones de esta sesión.

Sin embargo, a pesar de los obstáculos identificados con la aplicación de esta breve intervención, el reporte verbal de los terapeutas y algunos adolescentes entrevistados después de haber recibido la sesión de inducción, permiten validar la sesión como una estrategia útil en la inducción de los adolescentes al tratamiento.

Los adolescentes entrevistados recordaron la sesión de inducción como aquella que les ayudó a ver de una manera más clara su consumo, donde de manera general los aspectos tratados en la sesión fueron útiles para ellos, además de que favoreció su decisión de ingresar a tratamiento. Además, estos jóvenes mencionaron que el entrar al programa para adolescentes fue una buena elección. También, la mayoría de los que ingresaron al programa después de esta sesión, mencionó que de estar nuevamente en la sesión tomaría la misma decisión.

Mientras que las observaciones de los terapeutas, permitieron identificar aquellos componentes de la sesión que llaman la atención de los adolescentes y promueven la reflexión de los mismos acerca de su consumo, observaciones que coinciden con las realizadas durante el piloto. En palabras de los terapeutas, la entrega de los resultados relacionados con el patrón de consumo (cantidad total del consumo durante los últimos seis meses, número de días que se ha consumido durante los últimos seis meses, promedio del consumo, etc.) es uno de los componentes que reclama la atención de los jóvenes, sobre todo porque no tienen una idea clara del significado que adquiere su consumo en un tiempo específico de tiempo (por ejemplo número total de tragos bebidos durante los últimos seis meses). Otro de los componentes que es interesante para los adolescentes es la discusión acerca de los problemas relacionados con su consumo, lo que favorece que por sí mismos identifiquen las cosas que quieren cambiar acerca de su consumo. Así también, el énfasis que se hace durante la sesión sobre la responsabilidad del adolescente para decidir que hacer con su consumo y, el ofrecimiento del programa para adolescentes como una estrategia para realizar el cambio se conjugan y permiten que el joven decida abiertamente su ingreso a tratamiento.

Conclusiones:

Como puede observarse, el diseño de una intervención requiere tanto de la aplicación de conocimientos metodológicos y habilidades clínicas. Una parte de las intervenciones que con frecuencia se descuida, es precisamente el desarrollo de materiales e instrumentos adecuados para la población atendida. Por lo tanto, una tarea por demás importante es la adaptación o construcción de materiales e instrumentos de evaluación, de acuerdo a las características del grupo al cual nos dirigimos. Los primeros nos permiten una

TRIS CON
FALDA DE ORIGEN

comunicación más clara con las personas que acuden a los programas de intervención. Mientras que los segundos nos ayudan a determinar los logros obtenidos con nuestra aplicación.

De esta forma, con el desarrollo de esta intervención, se ha tenido la oportunidad de adquirir y mejorar las habilidades para la construcción de materiales e instrumentos de evaluación.

Así también, se espera incrementar o reforzar las habilidades adquiridas para la intervención. Especialmente el trabajo dirigido a incrementar la disposición de los adolescentes para el cambio de su consumo de sustancias, es un área que ha sido poco atendida en los programas de tratamiento, por lo que este tipo de intervenciones requiere especial atención de todos aquellos profesionales que laboran en el campo de las conductas adictivas.

Finalmente, como un último apartado de este documento, se presenta la descripción de un caso clínico atendido bajo el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, programa en el cual se inserta la intervención descrita anteriormente. En la presentación de este trabajo clínico se describen los antecedentes generales del programa, las actividades realizadas por el adolescente durante cada sesión y una serie de conclusiones en relación con los logros alcanzados por el joven durante su participación en el programa.

ENCUENTRO CON
FALLA DE ORIGEN

SESION TIPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES: Modelo bajo el cual se describe el caso clínico

Como ya se mencionó durante la introducción de este reporte, la segunda parte de este documento tiene la finalidad de presentar las habilidades adquiridas en la atención de usuarios de sustancias, a través de la descripción de un caso clínico. De esta forma, en este apartado se mencionan los antecedentes del Programa de Intervención Breve para Adolescentes, bajo el cual se atendió el caso clínico que se analiza en el último segmento de este trabajo.

A) Panorama Epidemiológico en México del Consumo de Drogas en Adolescentes

El consumo de sustancias adictivas en nuestro país representa un problema complejo que deriva en consecuencias adversas para la salud individual, la integración familiar y el desarrollo social. Actualmente existen grupos más vulnerables que otros a presentar las consecuencias negativas del uso de sustancias, lo que se convierte en un obstáculo para su desarrollo (ENA, 1998).

En México se han realizado diferentes aportaciones para abordar este problema, mediante gestiones jurídicas-normalativas e institucionales, así como de programas que consideran el contexto cultural de nuestra población y dan seguimiento a diversos acuerdos internacionales.

No obstante, las estrategias de prevención y tratamiento de las adicciones, deben contar con una base de información sistemática, sobre la naturaleza, magnitud y características del fenómeno. De esta forma, los estudios de investigación epidemiológica y psicosocial utilizados para describir este problema, son de gran utilidad para comprender su complejidad y la manera en como se presenta el fenómeno en nuestro país.

Las investigaciones epidemiológicas y sociales en nuestro país vinculadas con el problema de las adicciones desde 1986, pueden dividirse en dos diferentes periodos o etapas: 1986-1995, 1995-1999. Esta división se realiza tomando en cuenta los intereses y avances alrededor de este fenómeno en las diferentes épocas (Marino Romero & Medina Mora, 2000).

Sin embargo, el estudio de la prevalencia y las consecuencias del uso de sustancias en nuestro país se remonta a la década de los setenta, cuando se inician estudios en muestras representativas en grandes poblaciones. Entre las investigaciones realizadas destacan las Encuestas de Hogares, las mediciones de tipo transversal en población estudiantil de enseñanza media y media superior bajo la supervisión de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Así como, los estudios enfocados en poblaciones especiales –población de centros penitenciarios, menores infractores, niños de la calle, menores trabajadores y menores inhaladores en situaciones marginales (Mariano, et al. 2000). Estos estudios conformaron las bases de los diversos estudios epidemiológicos desarrollados en nuestro país.

En particular, el último periodo (1996 a 1999) en la investigación sobre adicciones, se ha caracterizado por el considerable aumento en los índices del consumo, así como en los esfuerzos por evaluar su magnitud, por analizar el contexto donde se presenta el consumo, y por brindar explicaciones que ayuden al desarrollo y evaluación de estrategias de prevención y tratamiento (Marino, et al. 2000). Estos estudios reflejan que uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país sigue siendo el consumo de alcohol, aunque también se ha presentado un incremento en el consumo de drogas ilegales y tabaco, resaltando el consumo en grupos con un mayor riesgo, como es el caso de los adolescentes escolares (ENA, 1998).

A pesar de que existe el conocimiento sobre el mayor riesgo en que se encuentran aquellos adolescentes que no asisten a la escuela (Castro & Llanes, 2001), también se sabe que los estudiantes constituyen un grupo de alto riesgo, debido a que el consumo de sustancias se inicia en la etapa escolar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las Encuestas Nacionales (ENA, 1998) en México y algunos estudios realizados en población escolar (Castro, 1994; Villatoro, et al. 2001) muestran que el consumo de alcohol o drogas por lo general empieza entre los 15 y 18 años, e incluso a edades más tempranas.

La encuesta realizada en el 2000 sobre el Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal (Villatoro, et al. 2001), en la que se incluyeron estudiantes de secundaria, bachillerato, de escuelas técnicas y comerciales, con un total de 10, 578 alumnos, revela que el consumo de alcohol representa, junto con el consumo de tabaco, el principal problema de salud por el uso de sustancias, en población adolescente de nuestro país.

En este estudio se encontró que el 61.4% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo han consumido en el último mes. Esto a pesar de que el consumo de alcohol entre los menores, es ilegal en nuestro país.

La población masculina (34.0%), resulto ser las más afectada que la femenina (29.9%). En cuanto a la edad de los adolescentes, se observo que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, fue casi la mitad en relación con los que tenían 18 años o mas. Sin embargo, el 50% de los adolescentes de 17 años bebió alcohol en el último mes.

Por otra parte, la encuesta mostro que el 21.4% de los adolescentes beben cinco o más copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez al mes. Cantidad que sobrepasa los límites propuestos para el consumo moderado.

De igual manera, en esta encuesta se encontró una prevalencia total del 14.7% para el consumo de drogas ilegales. Una prevalencia del 9.7% para el último año y un 5.3% para el último mes. De estos adolescentes usuarios de drogas, el 10% se considero como usuario experimental y el 4.7% usuario regular (ha probado drogas en mas de cinco ocasiones).

La droga de mayor consumo en esta población fue la marihuana (5.8%) seguida de la cocaína (5.2%), los tranquilizantes (4.8%) y por último los inhalables (4.3%). Aunque el consumo de inhalables ocupó el primer lugar entre los estudiantes de secundaria.

Esta encuesta concluyo afirmando que los estudiantes se involucraron más con el consumo de sustancias ilegales, y no solo con el consumo de alcohol y tabaco. Lo cual parece estar asociado con el entorno social del adolescente, al favorecer una percepción menor de riesgo para el consumo de sustancias, sin embargo la tolerancia hacia el consumo continua siendo baja.

Esta encuesta tambien permitio identificar las características de los menores que consumen drogas. Los porcentajes de consumo son mayores entre aquellos que si bien asistian actualmente a la escuela, no fueron estudiantes el año previo al estudio, trabajaron durante este periodo, y tenían en general promedios escolares mas bajos. Además se observo que los menores que han usado alguna sustancia con más frecuencia, tienen familiares con problemas de uso de sustancias y es más común que no consideren peligroso usar sustancias como la marihuana o la cocaína.

Por otro lado, la encuesta realizada por Castro y Llanes (2001) con estudiantes de preparatoria abierta, muestra que la tercera parte de los jóvenes que asisten a estas instituciones ha consumido alguna droga, donde las anfetaminas, marihuana y sedantes alcanzaron un mayor porcentaje para la prevalencia de alguna vez en la vida que la observada en los jóvenes que asisten a escuelas regulares. Además, se encontró que este grupo de estudiantes experimentan más con drogas.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Los datos anteriores reflejan la magnitud del problema, lo cual se agrava si consideramos que el consumo de los adolescentes llega a relacionarse con otras consecuencias negativas. Así, encontramos que en México, en 1990 los menores de 15 años cometieron 6% de los intentos suicidas y el 3% de los suicidios consumados. El 40% y 30% respectivamente, corresponden a jóvenes entre los 15 y 24 años (Terroba, Sitijeral & Del Corral, 1986), lo cual es cuatro veces mayor que el encontrado en la población en general (6%) (Radloff, 1977).

Respecto a cometer actos antisociales, datos observados en el Distrito Federal, obtenidos en la Encuesta Nacional en población Escolar de 1991, permiten apreciar que el ser hombre, usar alcohol o drogas, son las variables que se presentan como los principales factores asociados con actos como robos, delitos graves, etc. (Juárez, et al. 1994).

La medición de 1997 en estudiantes del D F (Villatoro, et al 1999), indico que 23% de los estudiantes que consumían 5 copas o más por ocasion de consumo al menos una vez al mes, tuvieron un mayor riesgo para los accidentes, el 3% habia manejado un coche o motocicleta mientras bebía o despues de haberlo hecho, y un 5% tuvo caídas, fracturas o golpes. Estos datos coincidieron con algunos reportados por la ENA de 1998, donde se observó que los adolescentes que bebieron 5 copas o más por ocasion de consumo, en comparación con aquellos que consumieron una cantidad menor, tuvieron una mayor probabilidad de enfermarse del estomago (21.7%), estar borracho en la escuela (4.5%), perder la conciencia mientras bebían (13.2%), tener una cruda (57.6%), arrepentirse despues de que hizo algo mientras bebía (24.7%), algún doctor o sacerdote trataron de persuadirlos para dejar de beber (15.5%), participar en peleas o golpes (21.1%), ser detenido o llevado a tratamiento (5.4%), haber solicitado ayuda por la presencia de problemas relacionados con el consumo (1.4%), tener un accidente automovilístico (1.4%) y ser atropellado (1.7%).

Un estudio realizado en México, con estudiantes de la ciudad de Pachuca Hidalgo (Medina-Mora et al., 1998), reportó que el índice de problemas que se asocian con el consumo de alcohol u otras drogas incrementa conforme aumenta el número de copas que beben. Los adolescentes que reportaron haber consumido 5 copas o más por ocasión en el último mes presentaron más problemas en la escuela, problemas con sus padres, intento suicida, problemas de conducta antisocial tales como participar en riñas o tomar mercancía sin pagarla, riesgo de sufrir accidentes automovilísticos (conducir un automóvil estando ebrio o viajar en un vehículo donde el conductor habia bebido en exceso) además de que, el abuso de alcohol incremento el riesgo de abusar de otras sustancias.

Estas cifras muestran que el consumo de sustancias entre los adolescentes es un importante problema de salud pública, se presenta a edades tempranas, y acompaña situaciones de riesgo que ponen en peligro su integridad.

Por lo tanto, un reto importante es el desarrollo de programas preventivos dirigidos a estos individuos, con el propósito de retrasar la edad de inicio en el consumo, o disminuir las consecuencias negativas asociadas al consumo cuando este ya ha empezado, y frenar el avance hacia etapas más avanzadas del problema.

Un aspecto importante de la prevención es la identificación oportuna de la población que inicia un consumo riesgoso y el control de la disposición de bebidas alcohólicas y otras drogas, sin dejar de lado los programas de tratamiento y rehabilitación.

Al respecto el Instituto de Medicina en los Estados Unidos (IOE) (1990) recomienda una aproximación de pasos secuenciales, para el desarrollo de las intervenciones preventivas dirigidas a las personas que se encuentran en riesgo de sufrir las consecuencias negativas del consumo, pero quienes no han desarrollado dependencia a la sustancia. Aunque éste modelo ha sido propuesto principalmente para el consumo de alcohol, también es aplicable al consumo de otras sustancias como el tabaco y drogas ilegales, y por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

supuesto al consumo de los adolescentes. La propuesta general del modelo es que los esfuerzos deben centrarse en el desarrollo de las intervenciones preventivas breves, con objeto de minimizar el desembolso de recursos innecesarios.

Lo anterior supone, que estas intervenciones deben considerar las características de la población hacia la que se dirigen, para lo cual el IOM propone considerar la clasificación de prevención universal, selectiva e indicada, formulada por Gordon (1983), como una manera de identificar las estrategias de intervención más adecuadas de acuerdo a la población a la cual nos dirigimos.

B) La Prevención en el Campo de las Conductas Adictivas.

Actualmente un área de interés para su atención y desarrollo debido a su potencial para producir costos bajos a largo plazo, es la prevención (Wayne & Black, 1999).

Actualmente, las aplicaciones preventivas directamente asociadas con el funcionamiento de la salud mental en los niños y adultos han llegado a ser contextos importantes para los psicólogos, los cuales se han interesado en la búsqueda de factores de riesgo o protección relacionados con la salud. Así, el desarrollo de la teoría para la prevención del abuso de sustancias se centra sobre los factores de riesgo y protección/resiliencia como un marco integrador descriptivo y predictivo (Gardner, Brounstein & Stone, 2001).

Los factores de riesgo se asocian con un mayor potencial para el consumo de drogas, mientras que los factores de protección son asociados con una reducción en la probabilidad del uso de drogas (Sloboda & David, 2000)

Los factores de riesgo incluyen características biológicas, psicológicas/conductuales, y sociales/ambientales tales como la historia familiar del uso de sustancias, desórdenes de depresión o conducta antisocial o la disponibilidad de sustancias en la comunidad. Mientras que, los factores de protección incluyen los fuertes lazos familiares, la exposición a reglas claras en el núcleo familiar y el interés de los padres en la vida de sus hijos, el éxito escolar, las relaciones estrechas con instituciones pro-sociales, y la adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas. En conjunto, los factores de riesgo y protección aumentan nuestra comprensión de cómo y por qué los jóvenes inician o se abstienen del uso de sustancias.

De manera conjunta, estos factores existen en cada nivel en que un individuo interactúa con otros y la sociedad entera. Los individuos tienen una serie de cualidades para cada interacción, y los factores de riesgo/protección actúan como un filtro, dirigiendo el tono y la naturaleza de sus interacciones. Estas interacciones se organizan en seis dominios de la vida de las personas: el individual, el grupo de amigos, la familia, el trabajo o escuela, la comunidad y la sociedad (Gardner, et al 2001)

Estos dominios se distinguen por no ser estáticos, ya que interactúan entre ellos y cambian con el tiempo. Conforme un individuo avanza en su desarrollo, se alteran sus percepciones y sus interacciones con la familia, su grupo de amigos, la escuela, el trabajo, y la comunidad (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz, 1995; Donaldson, Graham, & Hansen, 1994; Kumpler, Molgaard & Spot, 1996, citados en Gardner et al. 2001; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Siendo estos dominios hacia los cuales se pueden dirigir nuestras intervenciones preventivas.

Como una forma de comprender la relación entre los factores de riesgo y protección a través de los diferentes dominios, se puede considerar el sistema de clasificación de los programas de prevención de Gordon (1983). Este autor clasifica a las intervenciones preventivas de acuerdo a la población que estas afectan. Así, las estrategias de prevención pueden definirse como universales, selectivas, e indicadas.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

1. Estrategias de prevención universales: diseñadas para prevenir la iniciación del uso de sustancias en la población en general.
2. Estrategias de prevención selectivas: dirigidas a grupos específicos de la población.
3. Estrategias de prevención indicada: creadas para los individuos que han iniciado el uso de sustancias o están en camino al abuso.

Prevención Universal

Las estrategias universales son esfuerzos de prevención que se dirigen al total de la población. Estos tipos de estrategias son implementados para promover el funcionamiento saludable y/o disminuir la incidencia de un desorden diagnosticable. La efectividad de las estrategias de prevención universal depende altamente, de la comprensión científica de los factores de riesgo y protección, que permiten el desarrollo de un desorden o promueven el funcionamiento saludable (Wayne & Black, 1999).

Estas aproximaciones tienen entre sus componentes el entrenamiento en habilidades de resistencia a iguales o habilidades de competencia. En ocasiones los programas se centran más sobre habilidades de vida extensas y otras sobre cambios en las normas sociales. Estos programas basados en la teoría de la competencia social tienen un fuerte programa dirigido a un largo número de factores de riesgo primarios para el uso de drogas (Kumpler, 1999). Los programas de prevención universal buscan cambiar conductas a través de la enseñanza de competencias o habilidades, más que cambiar el conocimiento y actitudes por medio de lecturas sobre las consecuencias del tabaco, alcohol, o uso de drogas. Algunos autores (Donaldson et al. 1996, citados en Kumpler, 1999) han determinado que los ingredientes esenciales para el éxito de estas intervenciones son, el cambio en las normas sociales o las normas de los coetáneos, dando menor importancia al entrenamiento de los estudiantes en habilidades para el rechazo.

Prevención Selectiva

Las estrategias de prevención selectiva se dirigen a grupos específicos quienes se encuentran en alto riesgo de desarrollar un desorden o presentan signos tempranos de un desorden emergente. Con el objetivo de disminuir factores de riesgo o incrementar los factores de protección, las intervenciones selectivas esperan parar y posiblemente revertir la progresión de la psicopatología o enfermedad física, así como los problemas relacionados con el consumo (familiares, interpersonales, escolares, laborales, etc.) (Wayne & Black, 1999).

La mayoría de los programas de prevención selectiva que se diseñan para individuos en alto riesgo, utilizan aproximaciones de entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de resistencia y en habilidades de influencia social), aunque también han empezado a incorporar los componentes empleados por la prevención universal (Kumpler, 1999).

Prevención Indicada

Las intervenciones de prevención indicada son implementadas en grupos específicos después de que un desorden es diagnosticado y son semejantes a los esfuerzos de tratamiento, centrándose en la prevención de la progresión posterior de un proceso patológico o síntomas secundarios que pueden desarrollarse a través del tiempo y en un futuro complicar la progresión clínica (Wayne & Black, 1999).

Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva y solamente se conducen con personas identificadas con problemas académicos o emocionales, diagnosticados o identificados a través de su conducta. Además, se requiere un nivel de entrenamiento más alto para los profesionales que dirigen estas intervenciones (Kumpler, 1999).

Las estrategias empleadas en estas aproximaciones son la identificación del problema, la evaluación, y el manejo de casos. Ejemplos de estas son los programas de asistencia para estudiantes, los programas de consejo para jóvenes, los grupos de padres-iguales para jóvenes problema, las líneas telefónicas para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

jóvenes, e intervención en crisis (Morehouse, 1979; Morehouse, Tobler, & Kleinman, 1995; Tobler, 1986, 1992, citados en Kumpfer, 1999).

De acuerdo a lo anterior se puede afirmar que los mejores programas preventivos, son aquellos que diseñan sus estrategias de intervención con base en los factores de riesgo/ protección para cada grupo de la población. Lo que permite contar con las mejores herramientas para el desarrollo de nuestras intervenciones, y con indicadores que sirvan para evaluar la efectividad de los diferentes programas. Un aspecto importante y con frecuencia descuidado por los diseñadores y aplicadores de las intervenciones, es la evaluación de las mismas (Kumpfer, 1999)

En México el interés por formular iniciativas de prevención para el consumo de alcohol, se da principalmente en la década de los 80's momento en que la Ley General de Salud de 1986, señala la necesidad de contar con programas contra el abuso de alcohol. Mientras que la prevención del consumo de drogas, se hace notoria en la década de los 70's cuando los problemas por el abuso de sustancias empiezan a manifestarse en diferentes países del mundo. Es cuando se crea Centros de Integración Juvenil y el Centro de Estudios en Farmacodependencia CEMEF (Medina-Mora, 2002)

Pero no es hasta 1986 que se integran los Programas Nacionales contra las Adicciones, el Tabaquismo y el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Los primeros esfuerzos en prevención, fueron informativos. Después los enfoques incluyeron la prevención de riesgos, el refuerzo de factores protectores y el desarrollo de habilidades. Actualmente se cuenta con programas basados en la prevención del daño. Además de que ha crecido el interés por evaluar la eficacia de estos programas (Medina-Mora, 2002)

Entre los esfuerzos desarrollados en nuestro país para la atención de los adolescentes se encuentra el "Modelo Chimalli" desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos [INEPAR] en 1989, a partir de la elaboración y validación del Inventario de Riesgo Protección para Adolescentes [IRPA]. Los componentes principales del programa son: 1) La creación de una red comunitaria de voluntarios (escolar o vecinal); 2) El trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección y 3) La investigación para el diagnóstico comunitario de factores de riesgo y protección, la disposición de las personas para participar en el modelo y la evaluación del mismo. El modelo es comunitario y ha sido adaptado para poblaciones de escolares (primaria secundaria), de maestros, y jóvenes en alto riesgo. El objetivo del Chimalli es desarrollar habilidades y actitudes para la vida que permitan a las personas enfrentar los factores de riesgo o estresores presentes en su vida diaria (Castro, Llanes, Margain & Carreño, 1999)

Entre los resultados relacionados con la eficacia del "Modelo Chimalli" en una de sus recientes aplicaciones mostramos cambios en las actitudes de sus participantes, un incremento en las conductas protectoras y en los niveles de participación de las comunidades hacia los cuales se dirige el programa (Castro, Llanes & Carreño, 1999; Castro, et al, 1999)

A petición del Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] el INEPAR con base en el Modelo Chimalli, desarrolló el programa preventivo "Construye Tu Vida Sin Adicciones" para su aplicación en el sector salud entre la población que asiste a los servicios médicos y el propio personal de salud, con el propósito de propiciar la responsabilidad individual y social acerca de la salud, con base en el desarrollo de estilos de vida que permitan fortalecer los factores de protección y la resiliencia en los niveles individual, familiar y comunitario (Castro, Llanes & Carreño, 2001)

El programa preventivo "Construye tu Vida sin Adicciones" de manera conjunta con CIJ, recientemente se dio a la tarea de hacer un ejercicio para evaluar los materiales empleados en el programa, con un grupo de adolescentes escolares y uno de adultos (Castro et al., 2001). Esta evaluación encontró diferencias significativas en los cuestionarios contestados antes y después del programa por el grupo de adultos, sin

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

embargo, se detectó que el material de evaluación requiere de ser mejorado por los valores inconsistentes observados durante su aplicación. Además, se observó la necesidad de adecuar los materiales para mejorar su manejo y de describir de una manera más detallada el proceso para la implementación del programa. También, se identificó que existe un poco aprovechamiento de los recursos en las organizaciones escolares, entre los que se encuentran los padres de familia y se encontró que en el trabajo con adultos se obtuvieron mejores resultados con aquellos que fueron atendidos en centros de salud. Este ejercicio de evaluación concluyó que los materiales utilizados en el programa deberían seguirse revisando y evaluando, con el objetivo de lograr un modelo con bases más objetivas y claras (Castro et al., 2001).

Por su parte Centros de Integración Juvenil (CIJ) diseñó el programa "Para vivir sin drogas" (Sánchez, 1999), dirigido a población entre los 10 y 54 años de edad, siendo de mayor interés el grupo entre los 10 y 18 años. Los niveles en que realiza sus intervenciones son 1) Información, donde en una única sesión se proporcionan datos sobre los factores de riesgo y protección. 2) Orientación, donde se ofrecen cursos de 8 a 12 sesiones para diferentes grupos de edad: niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, y la familia en su conjunto, y 3) Capacitación, donde se habilita en la reproducción del programa preventivo.

El programa "Para Vivir sin Drogas" de CIJ, ha realizado algunas evaluaciones, las cuales han tenido el propósito de detectar las necesidades y resultados del proyecto de orientación preventiva con adultos jóvenes (Chacón & Flores, 2001), la evaluación del dominio teórico de conceptos utilizados en la aplicación de los proyectos preventivos (Guerra, 2001), el análisis descriptivo de sesiones de información preventiva realizadas con estudiantes de educación media básica (Arellano & Rodríguez, 2001) y la evaluación de resultados del proyecto de orientación preventiva para adolescentes (Arellano & Rodríguez, 2001). Para los fines de este trabajo, es de especial interés mencionar los hallazgos encontrados en la última de estas evaluaciones. La evaluación del proyecto de orientación preventiva para adolescentes en CIJ mostró al final de la intervención una diferencia mayor en el grupo que recibió el programa en los índices de severidad de trastornos de ajuste psicosocial (ansiedad, intensidad del uso de drogas, uso del tiempo libre y relaciones con pares, autoestima y competencia, apego escolar). Así también, la valoración a mediano plazo (cuatro meses) arrojó la disminución de todos los índices de severidad. Es decir, se dio un incremento en la capacidad de ajuste psicosocial.

El programa Planeando tu Vida, que consiste en una intervención de educación sexual y prevención de uso de alcohol, tabaco y otras drogas para adolescentes. Las características de esta propuesta son: 1) La revisión de conceptos relacionados con el desarrollo sexual del adolescente, 2) Se incluyen aspectos que tienen que ver con la toma de decisiones, asertividad, comunicación y control del medio ambiente, 3) Se integran ejercicios que tienen el objetivo de aclarar los mitos y prejuicios asociados con la sexualidad y el desarrollo en general, y 4) Se presentan una serie de ejercicios prácticos para los adolescentes a fin de reforzar lo tratado durante las sesiones (Pick et al., 1995).

El programa "Planeando tu Vida" ha comparado grupos de adolescentes que reciben y no el tratamiento, encontrando un incremento en el nivel de conocimiento sobre embarazo, sexualidad y anticoncepción en el grupo que recibió el programa, así como un mayor frecuencia del uso de anticonceptivos entre aquellos que tomaron el curso antes de iniciar su práctica sexual y también se encontró una aceptación del curso por parte de los adolescentes, padres maestros y autoridades (Pick et al., 1995).

La Secretaría de Educación Pública [SEP] cuenta con el "Programa de educación preventiva contra las adicciones" (PEPCA) el cual contiene programas para cada grado escolar. Este programa se integra a la currícula escolar con el objetivo de que los maestros lo incluyan durante su trabajo diario. Para este modelo la prevención debe dirigir sus esfuerzos a la educación social y a la construcción de valores. Lo importante para este programa es el desarrollo del pensamiento crítico, la autoestima y el razonamiento ético. Los proyectos que conforman el PEPCA son: 1) Fomento de valores, 2) Manejo responsable de la sexualidad, 3) Aprovechamiento creativo del tiempo, 4) Educación ambiental, 5) Manejo responsable del consumo de bebidas alcohólicas, 6) Prevención del consumo del tabaco, 7) Prevención del consumo de drogas (Cardiel &

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

Néquiz, 1998). Este programa recientemente ha realizado un esfuerzo por evaluar su eficacia, sin embargo, los resultados aún no se publican.

Finalmente, se puede mencionar el Programa ECO2 de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas, coordinado por Cáritas Arquidiócesis de México con organizaciones civiles: Hogar Integral de la Juventud I.A.P., Centro Juvenil de Promoción Integral A.C., y Cultura Joven A.C. La misión de este programa es la formación de agentes sociales para incrementar la eficacia de la acción social, crear una cultura consensuada en torno a fenómenos de sufrimiento social e incidir en las políticas públicas relacionadas, a través de proyectos de prevención primaria, reducción del daño y tratamiento y reinserción psicosocial y profesional.

Como puede observarse, existe una preocupación por evaluar la eficacia de los modelos desarrollados para la prevención del consumo de alcohol o drogas ente la población adolescente, aunque, aún existen problemas en la evaluación de estos programas, o existen modelos que apenas inician a realizar estos esfuerzos, como el programa de la Secretaría de Educación Pública, o aquellos que aun no se han dado a la tarea de pensar en su evaluación como el modelo coordinado por la Fundación Caritas

Algo que tienen en común los programas mencionados previamente, es que se dirigen principalmente a la población general o a grupos específicos que por sus características se considera están en riesgo, pero no se dirigen a aquellos grupos de la población que ya consumen sustancias y presentan problemas. Para esto se puede mencionar a los grupos que existen, y tiene sus bases en la filosofía de AA, o al grupo de intervenciones que actualmente se desarrollan en nuestro país, conocidas como intervenciones breves.

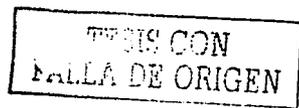
Las intervenciones breves han demostrado resultados efectivos para la prevención y tratamiento de las conductas adictivas, las cuales tienen sus bases en estrategias cognitivo-conductuales (Alden, 1988, Miller, Leckman, Derlaney & Tinkcom, 1992, Sanchez, Annis, Bornet & MacDonald, 1984, Sobell & Sobell, 1993, citados en Ayala & Echeverría, 1998). La aplicación de estas aproximaciones se ha realizado principalmente con personas que presentan problemas relacionados con el consumo por el abuso de sustancias, pero que aun no desarrollan una dependencia severa, como es el caso de los bebedores problema o excesivos (Ayala et al., 1995), usuarios de cocaína (Orópeza & Ayala, 2001) y usuarios de tabaco (Lira, 2002). Así como, en poblaciones de adolescentes escolares que han iniciado el consumo de sustancias (Martínez & Ayala, 2000). Estas aproximaciones constituyen esfuerzos de prevención indicada.

Además de que estos esfuerzos dirigen sus acciones hacia poblaciones específicas, otra de las razones por las cuales estas aproximaciones han demostrado ser efectivas es, que tienen como base una teoría con validez empírica, que les permite explicar como se inicia y mantiene una conducta adictiva, y como estos mismos principios participan en el cambio de esta conducta.

Lo anterior es importante ya que los estudios preventivos que tienen como base una teoría validada empíricamente, brindan la oportunidad de examinar las variables mediadoras que influyen en la práctica del riesgo. Puesto que la conducta ocurre dentro de un contexto de comunidad, de iguales, familia y variables individuales. Los investigadores usualmente analizan las interacciones más que los efectos principales, condiciones bajo las cuales la trayectoria de la conducta puede ser cambiada (Wayne & Black, 1999).

C) Las Intervenciones Breves en la Reducción de los Daños Ocasionados por el Consumo de Sustancias.

Las intervenciones breves surgen en los años setenta cuando se contempló la necesidad de identificar tempranamente a personas que beben en exceso con el propósito de brindarles un tratamiento poco complejo para cambiar su consumo problemático de alcohol.



Este tipo de intervención ha sido descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una alternativa terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol riesgosa o destructiva con la oferta de un tratamiento antes de que las personas lo soliciten. El blanco de estas aproximaciones son los individuos que aún no han desarrollado una dependencia física o problemas psicosociales severos (Ayala & Echeverría, 1998).

Los resultados de estas investigaciones han mostrado que las intervenciones breves tienen resultados positivos con personas que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas sin ser dependientes. Además de tener un bajo costo y extendida accesibilidad (Miller, 1999).

Los componentes de este tipo de intervenciones son la retroalimentación, brindar un consejo activo, remover las barreras importantes para el cambio, brindar aproximaciones alternativas, analizar las consecuencias negativas y riesgos asociados, utilizar contingencias externas y desarrollar metas personales para cambiar una conducta y mantener contacto periódico con el usuario (Miller, 1999).

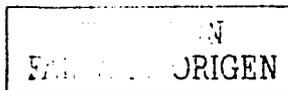
Tienen una duración máxima de cuatro a siete sesiones, en las que se da consejo y apoyo para incrementar la disposición de las personas al cambio, así como la información necesaria para lograr que su consumo sea moderado. Se dirigen a personas que tienen problemas con el consumo, pero que no cubren el diagnóstico de dependencia severa. La meta de la intervención puede ser la abstinencia o moderación.

En México, a principios de los 90, se realizó una investigación para evaluar un modelo de intervención breve con bebedores problema (Ayala et al. 1997). Los resultados de esta investigación mostraron que a los seis y doce meses de concluido el tratamiento con una muestra de 177 sujetos adultos, los usuarios permanecieron abstemios en un porcentaje mayor de tiempo: 73% al término del tratamiento, 84% al seguimiento de 6 meses y 82% a los 12 meses. Por otro lado, aquellos que consumían alcohol, reportaron beber en forma moderada (1 a 4 copas por ocasión) en un mayor porcentaje de tiempo (7% al inicio del tratamiento, 20% a los 6 meses y 18% a los doce meses). En cuanto a la frecuencia de consumo, se observó una ligera reducción en general.

En cuanto a su aplicación con poblaciones de adolescentes, se ha dicho que este tipo de alternativas pueden ser eficaces para ayudar a los jóvenes a expresar y resolver su ambivalencia acerca del cambio de su consumo. La poca disposición de los adolescentes y la ambivalencia sobre su consumo, contribuye a las altas tasas de abandono durante el tratamiento entre los jóvenes. Por lo que, el participar en una intervención breve puede favorecer la permanencia de los adolescentes en el tratamiento y la resolución de su ambivalencia acerca de cambiar o continuar con el consumo (Breslin, Sdao-Jarvie, Tupker & Pearlman, 1999).

Además, este tipo de intervenciones toma en cuenta algunos aspectos en los que difiere el consumo de los adolescentes en comparación con el de los adultos. Los adolescentes más a menudo que los adultos, usan múltiples sustancias y presentan diferentes problemas relacionados con el consumo. También una gran parte de estos jóvenes son prisionados (por ejemplo por sus padres) para asistir a los programas de tratamiento, generando una situación de resistencia para involucrarse en cualquier intervención (Breslin et al., 1999).

Estudios realizados con población adolescente en países diferentes al nuestro, muestran resultados alentadores. Lawendowski (1998) evaluó los alcances de una sesión de evaluación y retroalimentación, con base en las propuestas de la Entrevista Motivacional (un tipo de intervención breve) con el propósito de invitarlos a participar en un tratamiento para el abuso de sustancias. Seis meses después de la intervención, los resultados mostraron que los adolescentes que recibieron la sesión, asistieron a un número mayor de sesiones de tratamiento y reportaron un menor uso de sustancias en comparación de aquellos que no participaron en el programa, estos datos permiten proponer a las intervenciones breves como una



herramienta eficaz en el tratamiento de adolescentes que abusan de las sustancias. No obstante, aún es necesario el trabajo con esta población y este tipo de intervenciones.

Por otro lado, el éxito de las intervenciones breves no se debe únicamente, al manejo de la resistencia al cambio de aquellos que abusan de las sustancias, sino al empleo de la teoría que permite explicar como inicia, cambia y se mantiene una conducta. Los fundamentos teóricos y empíricos de las intervenciones breves se encuentran en la Teoría del Aprendizaje Social [TAS]. Esta teoría proporciona un marco para explicar el desarrollo y cambio de una conducta.

Estrategias de Intervención Breve y la Teoría del Aprendizaje Social

Como ya se mencionó en el apartado anterior, las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado ser particularmente efectivas en el abordaje de las conductas adictivas. Estas estrategias se caracterizan por su corta duración, su sencillez, por presentarse en una modalidad de consulta externa y permitir al usuario o cliente elegir entre la moderación o abstinencia como meta de tratamiento (Ayala & Echeverría, 1998).

Las aproximaciones cognitivo-conductuales tienen sus bases en la TAS desarrollada por Bandura (Abrahams & Niaura, 1987), misma que retoma los principios del condicionamiento clásico y operante, incorporando procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación.

En su explicación de la adquisición y mantenimiento de una conducta incorpora tres elementos:

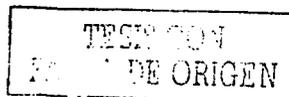
- 1) La importancia de la experiencia que una persona adquiere durante su desarrollo, así como su vulnerabilidad biológica
- 2) Los antecedentes ambientales inmediatos y consecuencias de la conducta
- 3) Los procesos cognoscitivos que pueden explicar algunas conductas de consumo problemático

La TAS se considera como una teoría interaccionista pues postula que los factores ambientales, personales y conductuales se relacionan entre ellos. Dichas influencias interfieren en distintos escenarios y para diferentes conductas. Este modelo se conoce como Determinismo Recíproco, y propone que el estudio y explicación de la conducta se da a través de observar las variaciones simultáneas entre las conductas y las disposiciones personales y ambientales a lo largo del tiempo.

Bandura (Abrahams & Niaura 1987) propone que el aprendizaje se da por experimentar las consecuencias de la conducta o por el apareamiento repetido de estímulos y respuestas. Su teoría resalta lo cognoscitivo al explicar el aprendizaje y la conducta.

Para la TAS el consumo de sustancias se adquiere con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos mismos que pueden ser modificados a través de nuevas situaciones de aprendizaje, donde el principal ingrediente en el proceso de cambio, es el individuo como un agente activo. Es decir, las personas pueden aprender a regular su conducta por sí mismas, lo que permite que ellas cambien su consumo.

Entre los componentes que favorecen la autorregulación se encuentran la identificación de los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo moderado y excesivo, la utilización de estrategias para manejar las situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias, además del empleo de alternativas para modificar los estilos de vida. Al mismo tiempo, este mecanismo está influido por las creencias, expectativas, habilidades de afrontamiento y la percepción de auto-eficacia (Abrahams & Niaura, 1987).



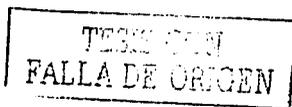
La TAS resalta la interacción entre variables biológicas, ambientales y organizmicas (cognitivo-emocional y psicofisiológicas), y señala como los factores biológicos-bioquímicos influyen en las percepciones del individuo y en los intentos para prevenir las recaídas.

En resumen, los principios de la TAS (Echeverría, Tiburcio, Lima, Cerero & Ayala, 2000) con relación al consumo de sustancias son:

1. El aprendizaje del consumo forma parte integral del desarrollo psicosocial y la socialización dentro de una cultura. La influencia se da por medio de actitudes, expectativas, creencias y por el modelamiento del consumo, representaciones del consumo y reforzamiento social de la conducta de consumo.
2. Los factores predisponentes individuales (biológicos/psicológicos, adquiridos/heredados) interactúan con los agentes socializantes y situaciones que determinan patrones iniciales de consumo. Además, la ausencia de modelos de consumo moderado o un modelo de consumo excesivo constituye un riesgo para el abuso de sustancias.
3. Experiencias directas con el consumo, incrementan el desarrollo y experimentación del uso continuo de la sustancia. El uso continuo de una sustancia puede reforzarse negativamente y positivamente. Estas consecuencias están mediadas por las expectativas sociales.
4. Los determinantes más importantes del consumo se definen, por un alto esfuerzo debido a: a) estresores ambientales que sobrepasan la capacidad de afrontamiento, b) baja auto-eficacia de conductas alternativas de afrontamiento, c) altas expectativas de resultado acerca de que la sustancia producirá los efectos deseados y d) minimizar las consecuencias negativas del consumo a largo plazo.
5. Si el uso se mantiene, se adquiere tolerancia a las propiedades directas y de reforzamiento, mismas que promueven la ingesta de grandes cantidades para obtener los efectos que se lograron previamente con menores cantidades.
6. Si el sujeto incrementa su consumo, y realiza un consumo continuo durante un largo tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física o psicológica.
7. Cualquier consumo tiene consecuencias sociales e individuales recíprocas que llegan a incrementar más el consumo, se presenta un incremento en el estrés y se obliga a una persona a continuar con el consumo.
8. La influencia de los factores sociales, situaciones o intraindividuales en el consumo son diferentes entre los individuos y dentro de los individuos conforme pasa el tiempo.
9. El individuo debe adquirir habilidades intra e interpersonales para desarrollar una auto-eficacia lo suficientemente alta para resistir las situaciones de riesgo. También debe ser auto-reflexivo con el propósito de analizar los riesgos ambientales o personales antecedentes al consumo. La autorregulación y el retraso de habilidades de gratificación ayudan en la toma de decisiones relacionadas con el consumo y deben reemplazarse por expectativas más equilibradas sin dejar fuera las consecuencias negativas a largo plazo.

Como puede observar la Teoría del Aprendizaje Social constituye un marco teórico sólido en la explicación del desarrollo, mantenimiento y cambio de las conductas adictivas en los adolescentes.

Los procedimientos de intervención derivados de la TAS retoman las estrategias dictadas por la Entrevista Motivacional para incrementar el compromiso y motivación de las personas para el cambio, incluyen técnicas de autocontrol para la implementación del cambio, y estrategias de prevención de recaídas para fortalecer el mantenimiento del cambio.



Estrategias de Intervención Breve y la Entrevista Motivacional

Con el objetivo de comprender los factores que favorecen el cambio, la TAS retoma el modelo propuesto por Prochaska et al. (1992). El modelo propuesto por estos investigadores, describe el cómo cambian las personas, ya sea por sí mismas o con la ayuda de un terapeuta. Su modelo se compone por una serie de etapas, por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio de una conducta.

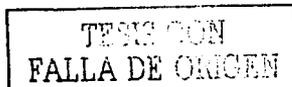
Según este modelo las etapas por las que atraviesa una persona son:

- a) **Precontemplación:** No existe la intención de cambiar la conducta. Las personas en esta etapa ignoran o no están totalmente conscientes de sus problemas. La resistencia a reconocer o modificar un problema es lo que distingue a las personas en esta etapa.
- b) **Contemplación:** Las personas están conscientes de la existencia de un problema, piensan en superarlo pero no establecen un compromiso para actuar, saben a dónde quieren ir pero no están listos. Durante la misma se presenta el análisis de los costos y los beneficios del problema y la solución del problema. Lo primordial es la consideración de resolver el problema.
- c) **Preparación:** Las personas en esta etapa no logran un criterio para la acción efectiva, sin embargo, quieren emprender dicha acción en el futuro muy cercano.
- d) **Acción:** Etapa en la que las personas modifican su conducta, sus experiencias o entorno. Involucra cambios conductuales y requiere de un mayor tiempo y energía. Las personas alteran la conducta con éxito.
- e) **Mantenimiento:** Durante esta, las personas evitan recaer y se fortalecen los beneficios obtenidos durante la acción. Es una continuación del cambio.
- f) **Recaída:** Se considera como una fase del proceso de cambio, ya que las caídas o recaídas caracterizan a todas las conductas adictivas. El reto en esta etapa es recuperarse de los resbalones o recaídas y reconsiderar el proceso de cambio.

En un inicio se propuso que el cambio a través de las etapas se daba de una manera lineal, sin embargo, al observar que las recaídas son la regla y no la excepción del cambio, se estableció que esta progresión sigue un modelo en espiral. Este modelo sugiere que los que recaen no dan vueltas interminablemente y que no regresan hasta el principio, donde comenzaron. Cada vez que las personas recaen, aprenden de sus errores y pueden intentar algo diferente en una futura ocasión. Además, estas etapas representan un tiempo y un conjunto de tareas necesarias para el paso a una etapa posterior (Prochaska et al., 1992).

Es así que en el diseño de las intervenciones en el campo de las conductas adictivas, sea importante considerar que la gran mayoría de las personas, no llegan a tratamiento listos para la acción (Prochaska et al., 1992). Siendo esto un factor que puede influir para que un programa no sirva óptimamente, sino que lo haga erróneamente o solo beneficie a unos cuantos. El considerar la etapa de cambio de las personas nos brinda información proscriptora y de prescripción sobre los tratamientos de su elección.

Con base en lo anterior, algunos investigadores se han dado a la tarea de desarrollar intervenciones que permitan mover a las personas a través de las etapas del cambio. Miller (1989), desarrolló diferentes estrategias para incrementar la disposición al cambio de los individuos, en su conjunto conocidas como Entrevista Motivacional. Entre las estrategias propuestas por el autor se incluyen: a) brindar un consejo activo, b) identificar y resolver los obstáculos para el cambio, c) proporcionar diferentes alternativas para el cambio,



d) reducir la atracción de la conducta, d) el manejo de contingencias externas, e) brindar una retroalimentación personalizada, f) el establecimiento de metas por el usuario y, g) tener una actitud de ayuda.

La Entrevista Motivacional es un proceso de confrontación. A través de la cual se busca que el cliente tome conciencia y sea más responsable de su problema, para llevar a cabo un cambio. La estrategia es la creación de una disonancia entre la conducta actual y las metas importantes de la persona.

La meta de esta aproximación es que las personas expresen verbalmente su preocupación sobre su conducta, declaren las percepciones de un problema percibido, y expresen la necesidad de cambiar. Una consideración importante para la Entrevista Motivacional, es que el reconocer un problema es necesario para el cambio, pero no requiere la aceptación de una etiqueta como la del alcohólico, para que el cambio se inicie.

De manera general, la integración de la Entrevista Motivacional en los programas de intervención reduce la deserción e incrementa la participación del usuario sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de su conducta (Miller & Rollnick, 1991) ¹

Sin embargo, la Entrevista Motivacional por sí sola, no es suficiente para el cambio de la conducta, para esto los programas requieren incorporar estrategias de auto-control, las cuales facilitan la instrumentación del cambio

Estrategias de Intervención Breve y Procedimientos de Auto-Control

Las técnicas de auto-control tiene el objetivo de que el usuario se responsabilice de su proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido para su empleo posterior.

Kazdin en 1975 definió el auto control como "la aplicación de principios conductuales para modificar la conducta propia" (p 189) El auto-control ocurre cuando las personas de manera propositiva realizan arreglos en su ambiente para modificar una conducta de su repertorio conductual (Cooper, Heron & Heward, 1987)

Así, el auto-control se puede definir como la aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio conductual que derivan en la modificación de la conducta propia. También incluye programas de modificación conductual más complejos y de mayor duración, en los cuales los sujetos planean y ponen en práctica contingencias diseñadas para cambiar su conducta. Esta definición nos permite evaluar el logro de un plan encaminado al cambio de una conducta, el auto-control no se demuestra, cuando la conducta de interés no cambia a pesar de la elección de alternativas por parte del sujeto, asimismo no se puede hablar de auto-control cuando el cambio en la conducta se debe a otras estrategias que no sean aquellas propuestas por el individuo.

El entrenamiento en auto-control consiste en técnicas conductuales que pueden dividirse en planteamiento de metas, auto-monitoreo, dirección y orientación para el logro de metas y el aprendizaje de alternativas de enfrentamiento (Cooper et al., 1987). Estos componentes se introducen de manera secuencial, a través de la asignación de tareas entre las sesiones. Durante el entrenamiento se enfatiza la responsabilidad de la persona para la toma de decisiones.

Las técnicas de auto-control han sido estudiadas y sujetas a evaluaciones controladas en el campo del consumo excesivo de alcohol. Investigaciones realizadas en nuestro país muestran que los bebedores problema responden de manera favorable a estas intervenciones (Ayala et al., 1997)

¹ Se recuerda al lector, que en el apartado titulado "Habilidades Desarrolladas en el Diseño de Proyectos de Investigación Aplicados al Campo de las Conductas Adictivas", se describieron las ventajas de emplear la Entrevista Motivacional con adolescentes.

Estrategias de Intervención Breve y la Prevención de Recaidas

Otro importante componente de las intervenciones breves es el modelo de prevención de recaídas. Uno de los modelos que ha sido retomado en México como parte de los componentes de los programas preventivos, es el Modelo de Prevención de Recaidas de Marlatt y Gordon (1985). Este es un modelo de terapia cognitivo-conductual, útil para el tratamiento y rehabilitación de las personas que presentan problemas por el consumo de sustancias. Este modelo en un inicio fue desarrollado para el tratamiento de las personas con problemas por el consumo de alcohol, sin embargo, se ha buscado adaptarlo para el tratamiento de otros usuarios de sustancias, tales como los que consumen cocaína. El modelo plantea que los individuos pueden aprender estrategias cognitivo-conductuales que facilitan la abstinencia, así como alternativas para las personas que experimentan una recaída.

Marlatt y Gordon (1985) proponen que la recaída puede ser descrita como un proceso, conducta o evento. Puede definirse como un "pequeño error o resbalón, una falla temporal, a partir de un nivel alto a un nivel bajo". Una recaída es un evento singular, la reemergencia de un hábito anterior. Cuando un resbalón o error es definido como una recaída, implica que el cambio puede nuevamente retomarse, y no que el control está completamente perdido.

Por otra parte, también presentan una definición acerca de cuando una caída o más constituyen una recaída. Un resbalón puede definirse como el uso de la sustancia o violación de un programa. La respuesta individual a estos resbalones determina cuando ocurrirá la recaída. Lo que varía de una persona a otra; la recaída se define por la percepción de pérdida de control.

El razonamiento teórico de este modelo sugiere que después de la cesación inicial del uso de sustancias, comienza el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio (Marlatt & Gordon, 1985) y la recaída es definida como un proceso de transición en el cual los individuos pueden o no regresar al uso habitual de sustancias después de un resbalón.

Marlatt y Gordon (1985) han examinado la historia natural de la recaída en sí misma. Iniciando con una situación de alto riesgo, su modelo cognitivo-conductual evalúa el proceso de afrontamiento. Su modelo plantea que la ausencia de una respuesta de afrontamiento conduce a un decremento en la auto-eficacia de las personas (Bandura 1977, 1977, citado en Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Terence, 1986), ocasionando el uso inicial de la sustancia, lo cual puede ser etiquetado cognitivamente como la violación de la meta de tratamiento. Este fenómeno implica la pérdida de control a las reglas auto-impuestas. El resultado de este proceso a su vez incrementa la probabilidad de recaer. Este modelo es útil en la definición de la recaída a partir del punto en el cual la persona está en una situación de alto riesgo. El modelo considera múltiples determinantes para las situaciones de alto riesgo, pero enfatiza el proceso cognitivo a partir de entonces. Sin embargo, otros factores de naturaleza psicológica o ambiental pueden ser también importantes. Por eso, es importante considerar la interacción de factores individuales, ambientales, y físicos en todos los estados del proceso de cambio.

Afortunadamente existe información acerca de la historia natural de las adicciones que muestran como un resbalón no constituye necesariamente una recaída y que esta transición tiene muchos determinantes (factores personales y ambientales) (Vaillant & Milofsky 1982 citados en Brownell et al. 1986).

Incluso se considera que la recaída puede tener consecuencias positivas si la experiencia de alguna forma prepara al individuo para el éxito posterior. La persona que recaer puede obtener información acerca de sus debilidades y puede aprender formas para prevenir las recaídas en un futuro.

El visualizar las recaídas como una oportunidad de aprendizaje permite tener una visión más positiva sobre las mismas y al mismo tiempo, pensar en la posibilidad de emplear estrategias que nos ayuden en su

PREVENIR CON
FALLA DE ORIGEN

prevención.

En resumen, el modelo busca proveer a los individuos con estrategias de afrontamiento para prevenir un "resbalón" a partir de iniciar una recaída fuerte porque el modelo afirma que las creencias y expectativas en relación con un resbalón influyen en la continuación del uso. Estos resbalones son vistos como una parte normal en la adquisición de la abstinencia y constituyen oportunidades para el nuevo aprendizaje.

La aplicación del modelo de prevención de recaídas como parte de las intervenciones breves para adolescentes, constituye un esfuerzo para enseñar a los jóvenes a estar preparados ante las posibles recaídas.

D) El Programa de Intervención Breve Para Adolescentes que Inician el Consumo de Sustancias

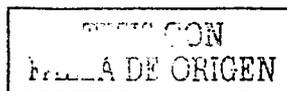
El Programa de Intervención Breve para adolescentes se dirige a los jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo, y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo (evaluada a través del DSM IV) Este programa ha sido desarrollado para ayudar a un rango amplio de jóvenes que abusan de sustancias, sin embargo, se conoce que los usuarios también tienen necesidades únicas (ej. Habilidades en el manejo del enojo) Si estas necesidades no son de naturaleza urgente, la sugerencia es que el adolescente termine este tratamiento y luego se canaliza a otras intervenciones especializadas

El programa de Atención para adolescentes fue diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior (Martínez & Ayala, 2002)

Dentro de la información que se maneja en el tratamiento se incluye (Martínez & Ayala, 2002):

- Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.
- 4 sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base a los siguientes tópicos:

1. Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de drogas.
2. Establecimiento de meta de consumo
3. Resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas.
4. Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante las semanas de tratamiento
5. Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo y como influye el consumo de sustancias en la ejecución de estas metas
6. Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
7. Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias
8. Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.



3. CASO CLINICO

El marco bajo el cual se presenta la descripción del caso clínico atendido, se basa en los fundamentos generales del programa de prevención para adolescentes (Martínez & Ayala, 2000), mencionados anteriormente.

De esta manera, una vez que los adolescentes son detectados o canalizados al programa para adolescentes, al joven se le asigna un terapeuta, quien se encarga de atenderlo desde la admisión hasta su segundo seguimiento; el seguimiento a seis meses es realizado por un terapeuta diferente. El siguiente esquema resume las sesiones del programa



El programa contempla la posibilidad de sesiones adicionales, cuando el terapeuta y el adolescente determinan que no se ha logrado la meta de tratamiento

CASO CLINICO

Para hacer referencia al usuario se emplea el seudónimo de Emilio, dando cumplimiento al criterio de confidencialidad planteado en el código de ética profesional del psicólogo. También es importante mencionar que la fecha de ingreso de Emilio al programa fue en agosto del 2001.

ADMISIÓN

Objetivo: Identificar si el adolescente es candidato para ingresar al programa o en su caso canalizarlo.

Debido a lo anterior es importante que la interacción que se tiene con el adolescente durante la sesión sea positiva. El terapeuta debe adoptar un estilo terapéutico que le ayude a promover que el adolescente se interese en el cambio de su consumo. Por lo tanto este programa utiliza los principios derivados de la Entrevista Motivacional, mismos que se resumen a continuación:

EMILIO CON
FALLA DE ORIGEN

- 0 Evitar etiquetar al usuario
- 0 Utilizar un estilo reflexivo y propositivo mas que la confrontación, para fomentar la conciencia del usuario hacia los riesgos y consecuencias relacionadas con un consumo problemático.
- 0 Proporcionar retroalimentación objetiva a los usuarios en forma no amenazadora.
- 0 Hacerle saber a los usuarios que el cambio es posible y que puede llevarlo a cabo.

El primer paso es obtener información acerca del motivo por el cuál el adolescente acude al programa, y enseguida se pregunta acerca de la historia del consumo (años de consumo, tiempo de consumo problemático, consecuencias y problemas relacionados con el consumo, sustancia consumida, situaciones de consumo, etc.)

Una vez que se obtiene la información anterior, se aplican diferentes instrumentos de evaluación con el objetivo de contar con mayor información y determinar si el adolescente es candidato para la intervención.

Actividades realizadas

- 0 Indagar acerca del motivo de consulta
- 0 Aplicación del formato de Entrevista Inicial
- 0 Aplicación del POSIT
- 0 Aplicación de la Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV
- 0 1ª aplicación de la Escala de Estados de la Disposición al Cambio (SOCRATES)

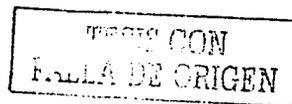
Nota: Para la descripción de los resultados por cuestionario, únicamente se mencionan los resultados obtenidos por Emilio, así como la interpretación de sus resultados. En este apartado no se describen las características de los instrumentos utilizados, ya que estos fueron descritos en el apartado de este documento donde se describió una propuesta de investigación (diseño de la sesión de inducción al tratamiento), ya que este estudio es uno de los componentes del programa para adolescentes.

Descripción general del caso: Emilio es un joven de 18 años de edad, de 1.60 mts de estatura aproximadamente, complexión delgada, tez morena y que aparenta su edad. Al momento de entrar al programa se encontraba estudiando el 4º semestre de preparatoria abierta, no trabajaba y se encontraba viviendo con su padre, su hermano menor, una tía y su abuela.

Acude al Centro de Servicios Psicológicos solicitando ingresar a un programa de tratamiento con el objetivo de cambiar su consumo de marihuana. Al respecto, menciona que inicio su consumo hace 2 años y 8 meses. Comenzo a fumar por invitación de un grupo de amigos, con los cuales solia consumir de cinco a diez cigarros, aunque también consumía solo en cantidades de dos cigarros. Durante los últimos siete meses consumía diariamente. Las principales situaciones en las que reportaba consumir marihuana eran cuando estaba solo, cuando algo le preocupaba o cuando se encontraba con otros fumadores. Además, expresó que su hermano también consumía marihuana

La principal razón que reportó para querer cambiar el consumo fue la decepción de su padre, pues se enteró de que él y su hermano fumaban marihuana. Ambos fueron detenidos en la calle por la policía. No mencionó otro tipo de consecuencias o razones por las que quisiera cambiar su consumo.

Por otra parte, reportó que aproximadamente un año atrás dejó de consumir durante un mes. En esa ocasión dejó de fumar porque de igual manera su padre se percató de que estaba consumiendo marihuana, sin embargo, al mes de que había dejado de fumar, volvió a reunirse con sus amigos que fuman (cuentan con un grupo de amigos que no fuman) y no resistió la tentación de fumar, momento en que incrementó su consumo hasta 6 cigarros, situación que deseaba evitar al momento de ingresar al programa. No obstante, Emilio había dejando de consumir tres semanas antes de su primera cita y el único síntoma que reportó como



consecuencia de abandonar el consumo fue, un "deseo" por fumar marihuana; manifestó que su deseo consistía en pensar en la marihuana y recordar sus efectos.

Después de indagar el motivo de consulta y la historia del consumo, se aplicaron los instrumentos señalados previamente, los cuales arrojaron los siguientes resultados:

Entrevista Inicial: Este instrumento se encuentra dividido en diferentes áreas. Por lo tanto, el resumen de los datos más importantes obtenidos con la entrevista se hace de acuerdo a cada una de éstas.

a) Consumo de sustancias

La principal sustancia de consumo de Emilio fue la marihuana, sin embargo también reportó el consumo de alcohol (principalmente pulque) Emilio considero que tenía un problema menor (ha tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria) con relación a su consumo, de acuerdo a una escala que va desde el consumo de drogas no es un problema hasta el consumo de drogas es un gran problema. El máximo periodo de abstinencia que reportó fue de un mes, como ya se mencionó, la razón para abstenerse en esa ocasión fue que su papa se dio cuenta de que fumaba marihuana, anteriormente no había recibido ningún otro tratamiento

Además de la marihuana reporto el consumo alguna vez en la vida de tabaco, alcohol, cocaína, benzodiazepinas e inhalables. Consumía alcohol y tabaco desde hace 7 años. En los últimos 90 días había consumido alcohol una vez al mes. La cantidad de su consumo en el mismo periodo fue de 4 a 5 tragos en promedio. Mientras que fumaba dos cigarrillos de tabaco de manera ocasional. El consumo de cocaína lo presento en una ocasión (último año de consumo 2001), el de benzodiazepinas siete ocasiones (último año de consumo 2001) y el de inhalables cuatro (último año de consumo 2000). Al respecto, mencionó que no volvió a consumir cocaína, benzodiazepinas e inhalables porque no le gustaron sus efectos. Al parecer estos consumos los realizó en compañía de su hermano. Las únicas sustancias que había consumido durante los últimos seis meses fueron el alcohol y la marihuana. No reporto consecuencias adversas con relación a las sustancias que había consumido durante los últimos seis meses.

Entre las personas cercanas a él que habían presentado problemas por el consumo de algún tipo de droga (sin contar alcohol y tabaco) estuvieron: su hermano y su mejor amigo. Mientras que su papá tuvo problemas con el consumo de alcohol.

b) Salud

Al momento de la entrevista Emilio no era atendido por algún problema de salud, y tampoco tomaba algún medicamento por prescripción médica o auto-medicación.

c) Área Escolar y Laboral

Emilio reporto que su asistencia a la escuela era de forma regular, sin embargo, su promedio escolar durante el último periodo escolar y el que estaba cursando al momento de la entrevista era de 6, aunque no debía ninguna materia. Considero que su desempeño escolar era malo. Por otra parte, si existió un periodo de seis meses que interrumpió sus estudios, el cual coincide con el periodo registrado en su línea base, donde se puede observar que en promedio fumaba 5 cigarrillos diarios. Con relación a su situación laboral, reportó no estar trabajando (inicio a trabajar durante el tratamiento).

d) Administración del Tiempo Libre

Las actividades que reporto realizar casi siempre que no se encontraba en la escuela fueron: ver la televisión en su casa, jugar o salir con sus amigos y ayudar en las laborales de su casa. Mientras que en algunas ocasiones practicaba algún deporte, hacía su tarea o estudiaba, se iba a beber con sus amigos, escuchaba música, hablaba por teléfono, iba a fiestas o al cine, y se ponía a leer.

TRUCIS CON
FALLA DE ORIGEN

e) Familia

Emilio mencionó que entre sus familiares y amigos no existía alguien que lo presionara a consumir drogas. Por otra parte, entre las mismas personas, quienes lo ayudarían a cambiar su consumo se encontraban su padre, hermano y amigos que no consumen. No reportó conflictos familiares graves durante los últimos 12 meses.

La cantidad de dinero que su padre le proporcionaba estuvo entre los 20 y 70 pesos semanales. De este dinero, empleaba para el consumo de sustancias \$70 pesos cada quince días.

f) Sexualidad

Emilio mencionó que solo había tenido relaciones sexuales una ocasión después de haber consumido drogas, durante la cual no utilizó algún método anticonceptivo.

g) Conducta Antisocial

La única conducta antisocial que realizó durante los últimos 12 meses, fue tomar dinero o cosas con valor de \$50 pesos o menos que no le pertenecían.

h) Depresión y Riesgo Suicida

Emilio respondió sentirse triste con frecuencia, aunque no presentó ninguno de los síntomas para depresión.

i) Satisfacción Personal

Con base en una escala que va desde muy satisfecho hasta muy insatisfecho, Emilio expresó sentirse inseguro con relación a su estilo de vida. Sin embargo, reporta querer terminar la preparatoria, como una de sus metas a futuro.

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT): La aplicación de este instrumento arrojó la presencia de 5 reactivos con respuesta positiva, lo cual indicó que Emilio era un candidato apto para este programa. En el área de consumo de drogas del POSIT la presencia de un solo reactivo positivo se considera como un indicador importante del abuso de sustancias. Los indicadores que tuvieron respuesta afirmativa fueron:

7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?
 11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
 13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?
 15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
 16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV: En su respuesta a éste cuestionario Emilio obtuvo cuatro indicadores:

- 1) Tolerancia: Una necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de la droga para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- 2) La droga es consumida con frecuencia en cantidades mayores o durante un tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 3) Se emplea mucho tiempo en el consumo de la droga.
- 4) Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la droga.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, ninguno de estos indicadores estuvo relacionado con la presencia del Síndrome de Abstinencia característico para esta sustancia.

Escala de Estados de la Disposición al Cambio (SOCRATES): Los resultados del SOCRATES mostraron que Emilio presentó un reconocimiento bajo, es decir, negaba que el consumo estuviera causándole problemas serios, rechazaba etiquetas tales como, adicto y no expresaba querer un cambio. Lo que también se observó para la sub-escala de acción. Los puntajes de esta última, mostraban que Emilio no se encontraba haciendo cosas para cambiar su consumo y tampoco había hecho cambios recientemente. Sin embargo, Emilio reportó que tres semanas antes de ingresar al programa dejó de consumir marihuana.

Por otra parte, el análisis cualitativo de los reactivos por sub-escala, permite identificar aquellas preguntas que tienen un mayor puntaje. De esta forma, los reactivos que tuvieron una mayor calificación en la sub-escala de reconocimiento fueron: 1) En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo y 2) Algunas veces me pregunto si mi consumo de drogas está lastimando a otras personas. Mientras que para la sub-escala de acción fueron: 1) Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas, 2) Estaba consumiendo demasiado, pero me las arreglé para cambiar mi consumo de drogas. 3) No solo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas, si no que ya estoy haciendo algo al respecto, 4) Estoy trabajando activamente para interrumpir o para mi consumo de drogas y 5) Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas.

➤ EVALUACIÓN

Objetivo: La evaluación se realiza una semana después de la admisión. En esta se aplican diferentes instrumentos con el propósito de conocer más información sobre la historia y patrón de consumo, las principales situaciones de consumo, y la auto-eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

La evaluación implica más que la cuantificación de la cantidad del consumo: la evaluación debe ser tan detallada que permita desarrollar un tratamiento significativo con metas y estrategias reales de acuerdo a las necesidades de cada adolescente.

La valoración del uso de sustancias incluye las siguientes variables (Echeverría, et al. 2000):

- Cantidad y frecuencia de uso de sustancias
- Circunstancias y patrones normales y anormales del uso de sustancias
- Situaciones y estados de ánimo que antecedan y siguen el uso de sustancias
- Historial de síntomas de abstinencia
- Problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de sustancias
- Posibles dificultades a que se puede enfrentar el usuario al abstenerse inicialmente del consumo
- Severidad y duración de abuso previo de sustancias
- Uso múltiple de drogas
- Reportes de antojos frecuente o pensamientos sobre las sustancias
- Historial de resultados previos al programa de abuso de sustancias y periodos de abstinencia auto iniciados
- Revisión de las consecuencias positivas del abuso de sustancias
- Otros problemas de vida
- Indicativos de tolerancia
- Riesgos asociados al considerar una meta de tratamiento de consumo moderado

RECIBO CON
FUELLA DE ORIGEN

La evaluación es importante porque ayuda a identificar las características del consumo, además de que permite una participación más activa del adolescente en la planeación de las metas del tratamiento.

Actividades realizadas

- I Aplicación de Línea Base Retrospectiva
- II Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo
- III Aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Descripción de lo tratado durante la sesión: Para lograr el objetivo de la sesión se explicó de una manera breve cada cuestionario al adolescente. La sesión tuvo una duración de 60 minutos. Enseguida se describen los resultados de Emilio por cada instrumento de evaluación.

Línea Base Retrospectiva: Para el análisis de este instrumento se obtiene una gráfica del consumo de los seis meses antes del tratamiento (véase Figura 1), así como la cantidad total, el promedio, la cantidad máxima y la cantidad mínima de cigarros fumados, los días de mayor consumo y el número máximo de días de abstinencia (véase Figura 2). Cabe aclarar que, para el registro del consumo no se tiene una cantidad promedio si no que se brinda mayor importancia a la frecuencia del consumo, la cantidad que se establece es de acuerdo a lo que reporta el adolescente.

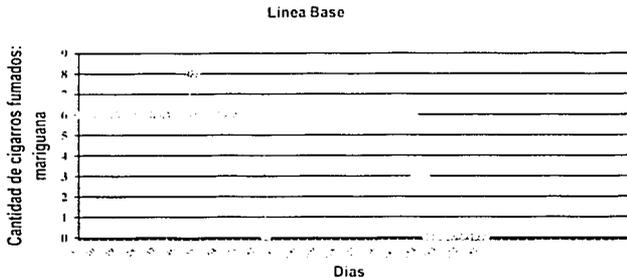


Figura 1. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo durante los seis meses anteriores al programa.

- *Consumo de la sustancia en los últimos seis meses: **945 cigarros**
- *Promedio del consumo: **5 cigarros**
- *Cantidad máxima de consumo: **8 cigarros**
- *Cantidad mínima de consumo: **3 cigarros**
- *Días de mayor consumo: **Se presentó todos los días**
- *Número máximo de días de abstinencia: **23 (tres semanas anteriores al tratamiento)**

Figura 2. Describe el consumo del adolescente en cantidades totales, cantidad máxima y mínima del consumo, promedio del consumo, días de mayor consumo y número máximo de días de abstinencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas: La calificación de este instrumento consiste en obtener un puntaje crudo por área (emociones agradables, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros) y enseguida se interpreta cada puntaje de acuerdo a los siguientes deciles: deciles 1 al 4 situaciones de consumo sin problema, deciles 5 al 7 situaciones de consumo de riesgo, pero donde la probabilidad del consumo es mínima; deciles del 8 al 10 situaciones de consumo problemáticas. De acuerdo a las normas de calificación, las situaciones de consumo problemáticas de Emilio son Momentos agradables con otros, mientras que las situaciones de riesgo son las Emociones agradables. La Figura 3 muestra los puntajes de Emilio en este inventario.

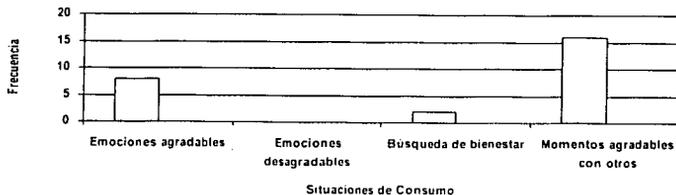


Figura 3. Muestra la frecuencia de consumo por el usuario para las cuatro categorías evaluadas por el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas

Cuestionario Breve de Confianza Situacional: Las respuestas dadas por Emilio a éste cuestionario, señalan la confianza que tiene para controlar su consumo de acuerdo a ocho situaciones. Porcentajes menores al 50% señalan una confianza menor para controlar el consumo en esa situación y que ponen en riesgo al usuario para consumir. La Figura 4 muestra los porcentajes obtenidos por Emilio.

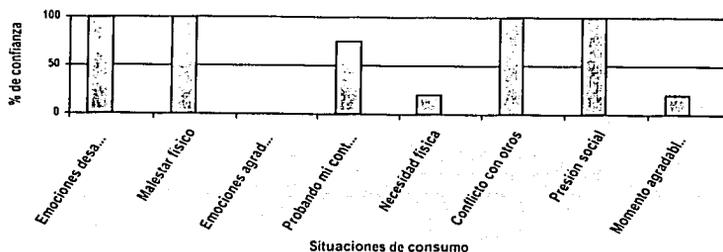


Figura 4. Muestra el porcentaje de confianza reportada por el usuario para poder resistir la tentación del consumo durante la primera aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional

De esta forma, al comparar los puntajes de Emilio tanto en el Inventario de Situaciones de Consumo y el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, se observa que las situaciones de mayor riesgo para su consumo son principalmente los momentos agradables con otros y las emociones agradables, aunque en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional también se presenta la necesidad física. Esta última situación solamente es evaluada por el segundo cuestionario.

➤ SESION DE INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO

Objetivo: En esta sesión se realiza la entrega de un reporte de retroalimentación que contiene los resultados de la evaluación del adolescente. Este reporte tiene la finalidad de promover en el adolescente el análisis de su consumo y la toma de decisiones para cambiar su consumo. Además, se presentan las características del programa para adolescentes con el propósito de aclarar el rol del terapeuta y del joven durante las sesiones. El objetivo central de este momento, es incrementar o fortalecer la disposición o motivación para cambiar y entrar a tratamiento.

Yahne y Miller (1999) señalan que a la fecha, la mayoría de las intervenciones se han diseñado para aquella gente que está preparada para tomar acción y cambiar su consumo. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes que abusan de alguna sustancia generalmente no han tomado la decisión de hacer un cambio en su conducta, y aun aquellos que se presentan a algún programa de intervención están ambivalentes acerca de cambiar su consumo. Por lo que resulta fundamental antes de intentar instrumentar el programa de intervención breve para lograr el cambio en el patrón de consumo, incrementar la disposición hacia el mismo por parte del adolescente que ingresa a un programa de esta naturaleza.

Por lo tanto, durante esta sesión el terapeuta utiliza algunas estrategias propuestas por la Entrevista Motivacional que se resumen en la entrega de un reporte de retroalimentación, que contiene los resultados de la evaluación realizada con el adolescente.

Por otra parte, también se considera importante dar a conocer al adolescente las características del programa de intervención ya que otra variable relacionada con el incremento de la disposición a cambiar e ingresar a tratamiento es el conocimiento claro de los roles que juegan el terapeuta y los clientes en las intervenciones. Así, se realiza una descripción del programa y el rol que juega el adolescente dentro del mismo, donde se enfatiza su responsabilidad en el logro del cambio.

En este punto es importante recordar que la sesión de inducción al tratamiento, es la correspondiente a la propuesta de investigación presentada anteriormente, por lo cual se resaltarán los puntos importantes observados con Emilio durante la aplicación de esta sesión.

Actividades realizadas

- Entrega de los resultados de la Línea Base del consumo, factores protectores y factores de riesgo.
- Discusión de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo.
- Identificación y definición del problema, elaboración de opciones para resolverlo y toma de decisiones.
- Explicación de las características del programa para adolescentes.
- Entrega y firma del contrato conductual.
- 2da aplicación de la Escala de Estados de la Disposición al Cambio (SOCRATES)

Descripción de lo tratado durante la sesión: Durante esta sesión se entregó a Emilio su reporte de retroalimentación para marihuana, en el cual se incluyó el desglose de su patrón de consumo con base en su Línea Base Retrospectiva. Además se realizó una comparación de sus resultados con gráficas del consumo de drogas en estudiantes de nivel medio y medio superior. En la comparación se subrayó el número de estudiantes que no consumen drogas y la baja frecuencia del consumo entre los que fuman marihuana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También se realizó una descripción de las cosas que tiene que cuidar (factores de riesgo o consecuencias negativas) y las cosas que le pueden ayudar (factores protectores), mismos que se muestran en la Figura 5. Los últimos datos se obtuvieron de los instrumentos utilizados durante la admisión y evaluación.

Cosas que tienes que cuidar	Cosas que te pueden ayudar
Tu desempeño escolar	El apoyo de tu padre y otras personas para cambiar el consumo
Mejorar tu memoria y concentración	Tu interés por el logro de metas tales como, la terminación de tus estudios, la búsqueda de empleo, etc
Evitar problemas legales	Tu disposición para cambiar el consumo
Los cambios repentinos en tu estado de ánimo ocasionados por el consumo	Tus intentos anteriores para reducir el consumo de marihuana
Evita tener relaciones sexuales después del consumo de drogas	La presencia de días de abstinencia antes de tu ingreso a tratamiento
Cuida incrementar nuevamente la cantidad y frecuencia del consumo	Tu método para enfrentar los problemas
Tus situaciones de riesgo para el consumo emociones agradables y momentos agradables con otras personas	Haber acudido al Centro de Servicios Psicológicos para solicitar ayuda
Las situaciones que te hacen estar inseguro con relación a tu estilo de vida	
Tus antecedentes familiares que indican consumo de alcohol y drogas	
Tu uso de otras sustancias adictivas además de la marihuana	

Figura 5. Muestra algunos ejemplos de los resultados obtenidos durante la evaluación.

Con relación a estos resultados Emilio expresó que le llamaba la atención el número total de cigarros que fumó durante los últimos seis meses del consumo, pues nunca había pensando en total cuánto era lo que fumaba. Ante lo cual, se le comentó que la mayoría de las personas no lo hace, representando un riesgo por no tener claro cuánto se consume y por lo tanto se favorece el incremento de la frecuencia y cantidad del consumo.

Enseguida se discutieron las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de marihuana, que se presentaron en su folleto de retroalimentación, solicitándole a Emilio que identificara aquellas que le habían sucedido y cuáles de estas eran las más importantes y que podían ayudarnos a establecer la presencia de algún problema relacionado con el consumo.

Una vez que Emilio reviso lo anterior respondió a la siguiente pregunta

¿Cuál es el problema o los problemas que tú identificas con relación a tu consumo de marihuana?

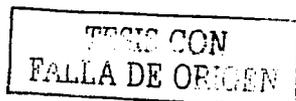
La falta de atención en la escuela

Los problemas con mi papa por consumir

Posteriormente, desarrollo dos opciones para resolver los problemas que había identificado. Para lo cual Emilio eligió

1 - La disminución del consumo

2 - Estar con personas que ya no consumen



Así, con el propósito de identificar cuál de estas opciones era su mejor alternativa, se le solicitó que identificara las ventajas y desventajas de cada opción para elegir aquella que tuviera más ventajas. La Figura 6 muestra sus respuestas a este ejercicio.

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
OPCION 1	Menos discusiones en mi casa Encontrar otras formas de relajarme No tener problemas legales Mejora en la memoria	Posible riesgo de volver a incrementar la cantidad y frecuencia del consumo
OPCION 2	Olvidarme mas fácilmente de fumar	Dejar de ver a mis amigos para no consumir

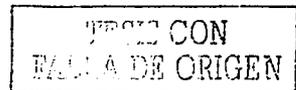
Figura 6. Muestra el análisis de las ventajas y desventajas de las alternativas para solucionar el problema identificado por el adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento. Este ejercicio se incluye en el folleto de retroalimentación.

Como puede observarse Emilio identificó mayores ventajas a la opción de disminuir su consumo, aunque aclaro que estas mismas ventajas las obtendría con la segunda opción. Sin embargo, determinó que la opción más importante era trabajar en el cambio de su consumo, ya que le preocupaba volver a consumir como antes. No obstante algo importante de aclarar es que durante esta sesión Emilio expuso que para él la disminución del consumo significaba dejar de consumir hasta el mes de diciembre pues esto le ayudaría a "limpiarse", pero que después de esta fecha planeaba consumir nuevamente, aunque no tenía claro como le haría para no incrementar otra vez su consumo. Ante esto, se le solicitó que reflexionara sobre esta alternativa durante la siguiente semana ya que efectivamente si debía de fumar marihuana durante este tiempo lograría eliminar los componentes de la marihuana de su organismo, pero que cuando volviera a fumar estos ingresarían otra vez a su cuerpo, y de esta manera su objetivo no se cumplía. Además de que era importante, que pensara las razones por las cuales quería seguir fumando. No se continuó con la discusión de este punto pero sí se dejó abierta la discusión para la siguiente sesión en la cual se trabajaría el establecimiento de metas.

Después de trabajar en el desarrollo de dos alternativas para resolver los problemas derivados de su consumo, se le invitó a ingresar al programa para adolescentes, mencionándole que precisamente este programa lo ayudaría a encontrar estrategias para el logro de la alternativa que había elegido en la sesión, se le preguntó si estaba interesado en conocer la dinámica del programa, y como su respuesta fue afirmativa se continuó con la presentación de las características del programa.

Al concluir con la presentación del programa se preguntó a Emilio si quería ingresar al mismo, quien dio una respuesta afirmativa. De esta forma, se le entregó el contrato terapéutico, mismo que firmó de conformidad.

Al igual que para la primera aplicación de la Escala de Estados de la Disposición al Cambio, en esta segunda aplicación los puntajes de Emilio reflejaron que tenía reconocimiento bajo y también en acción se encontraba en el nivel bajo. Sin embargo, se observó un aumento en la calificación para los siguientes reactivos. Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas, Ya empecé a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas, No solo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas, si no que ya estoy haciendo algo al respecto, Estaba consumiendo demasiado, pero me las arregle para cambiar mi consumo de drogas, Algunas veces me pregunto si soy un adicto, Yo tengo un problema con el consumo de drogas. Por



otra parte, según lo discutido con Emilio durante la sesión, dejaba ver que él se encontraba interesado en cambiar su consumo, aunque el no presentaba presiones sociales fuertes para interrumpir su consumo.

De manera general durante la sesión de inducción se pudo observar en Emilio, al igual que con aquellos adolescentes que se realizó el piloto de la sesión de inducción, que los aspectos que más llamaron la atención de Emilio fueron los datos relacionados con su patrón de consumo, lo cual le ayudó a conocer lo que su consumo significaba en cantidades totales, lo que le pareció ser una cantidad fuerte. Además, con la sesión se reforzó su decisión de cambiar su consumo, puesto que al inicio del programa el manifestó no estar seguro de lo que quería hacer con su consumo, es decir, si quería cambiar o no, y sobre todo favoreció su aceptación para ingresar al programa para adolescentes

➤ PRIMERA SESION: Balance Decisional

Objetivo: El adolescente valora los pros (ventajas) y los contras (desventajas) de cambiar su consumo y de continuar con el mismo, identifica sus principales razones de cambio, y establece una primera meta de consumo (abstinencia o moderación).

Esta sesión está compuesta por dos elementos fundamentales. El primero se refiere al análisis de las ventajas y desventajas de cambiar el consumo o continuar con el mismo. Lo que se conoce como "Balance Decisional" (Jannis & Mann, 1977). Su objetivo es aumentar en el usuario el conocimiento acerca del rol que juega para el cambio de su consumo. Esta evaluación es una estrategia derivada de la Entrevista Motivacional para incrementar o fortalecer la disposición de los usuarios en el cambio de su consumo (Prochaska et al., 1992).

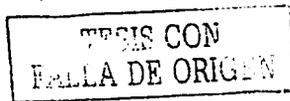
El segundo componente se refiere al establecimiento de la meta de tratamiento por parte del usuario, pues existe la suposición de que si las personas eligen las metas de tratamiento por sí mismas y éstas no son impuestas por el terapeuta, las personas se comprometerán más con su cambio (Miller & Rollnick, 1991).

Actividades realizadas

- Explicación y llenado del auto-registro
- Análisis de las principales razones del cambio
- Realización del Balance Decisional con el adolescente
- Establecimiento de una meta de consumo
- Discusión de la importancia de la meta y la confianza en el logro de la misma
- Explicación de las técnicas de reducción del consumo

Descripción de lo tratado durante la sesión: El primer punto de trabajo durante la sesión, fue enseñarle a Emilio como registrar su consumo, así como discutir las ventajas de realizar esta tarea. Una vez que se cubrieron estos dos aspectos se le solicitó llenar su primer auto-registro, donde no reportó el consumo durante la semana anterior.

Emilio expresó haber pensado menos en el consumo durante la semana, pues se encontraba más ocupado, ya que inició a trabajar con un amigo. Al respecto se discutió con él la manera en que podría emplear su tiempo la siguiente semana y así evitar el consumo. Emilio mencionó que este trabajo le ocupaba la mayor parte del tiempo, lo que seguramente le ayudaría a no pensar en la opción de fumar. Por último, se le comentó que al final de la sesión se discutiría con más detalle algunas estrategias que podría seguir para no consumir durante la próxima semana - momento de la sesión en la cual se realiza el primer establecimiento de metas para el consumo. Enseguida se le entregó y explicó el folleto No. 1, Emilio no tuvo ninguna duda de lo que se trabajaría durante la sesión y de esta manera se comenzó a trabajar sobre el material.



Como ya se mencionó, el objetivo principal de la sesión fue trabajar en la solución del Balance Decisional, donde se le pidió a Emilio pensar en las ventajas y desventajas de cambiar o continuar con el consumo (véase Figura 7). El Balance Decisional tiene el objetivo de crear una discrepancia entre lo que la persona quiere para su futuro y su conducta actual.

Sin embargo, antes de que Emilio realizara este ejercicio se indagaron sus razones de cambio, entre las cuales estuvieron: disminuir la preocupación de su papá y en consecuencia mejorar su relación, cuidar su desempeño escolar y cuidar su salud. Esto con el objetivo de ver la manera en cómo se reflejaban estas razones con las respuestas de su balance.

Balance Decisional		
VENTAJAS	CAMBIO No tener problemas en casa Mejorar mi salud Alcanzar mis metas más fácilmente (escolares principalmente)	NO CAMBIO Sobrellevar las cosas en casa Relajamiento
DESVENTAJAS	Ver mucho menos tiempo a ciertos amigos	Problemas con la ley <i>Problemas en la casa</i> <i>Problemas de salud</i> <i>Probable dificultad para el logro de sus metas</i>

Figura 7. Muestra los resultados del ejercicio de Balance Decisional.

Al revisar sus respuestas, se observó que Emilio solamente había contemplado como desventajas de no cambiar el consumo los problemas con la ley. Así, se le preguntó si como desventajas de no cambiar, también se incluían los problemas en su casa, los problemas de salud y la probable dificultad para el logro de sus metas, a lo cual expresó que efectivamente estos aspectos también eran posibles desventajas de no cambiar su consumo. De esta forma se concluyó que Emilio tenía más ventajas de cambiar su consumo que de no cambiar, y que estas ventajas coincidían con las razones que él encontraba para el cambio de su consumo.

Enseguida se procedió a establecer su primera meta de consumo. En un primer momento Emilio eligió la meta de no consumir hasta diciembre, lo que ya había manifestado durante la sesión de inducción, volviendo a expresar que quería limpiar a su organismo de la marihuana, y que además quería volver a fumar para tener una manera de relajarse. Por una parte, se le volvió a mencionar que el limpiarse de la sustancia era relativo pues cuando él reiniciara el consumo, la marihuana entraría nuevamente a su organismo, y en este caso quizá la meta que más le convenía era la abstinencia. También se le dijo que aunque el dejará o no el consumo, tenía que desarrollar otras alternativas para relajarse, pues si únicamente consideraba a la marihuana como la forma de lograr este objetivo, esto lo podía llevar a incrementar otra vez su consumo. Ante estos comentarios, Emilio estuvo de acuerdo y expresó que lo que ocurría, era que él no quería dejar totalmente el consumo, pero que tampoco tenía claro que podía hacer para controlar el consumo. En este momento se consideró que si se promovía la meta de Emilio, es decir, que no consumiera hasta diciembre, quizá con su participación en el programa se podría promover su abstinencia de manera permanente. Solo en caso de que esto no ocurriera, es decir, que Emilio a pesar de lograr la abstinencia durante el programa y los seguimientos permaneciera con la disposición de reiniciar su consumo, en diciembre se programarían algunas sesiones con el propósito de guiarlo en su nueva meta. De esta manera, no se le sugirió establecer en este momento una meta de disminución de su consumo.

TRABAJO CON
VALLE DE ORIZABA

Sin embargo, durante la siguiente sesión después de analizar su auto registro, donde el reportó haber consumido, Emilio expresó que quería cambiar su meta de consumo, ya que definitivamente el quería cambiar su consumo pero no deseaba suspender su consumo de manera total. Así, se habló con él de los posibles riesgos que esto implicaba, tales como: el volver a incrementar las cantidades y frecuencia del consumo, se le recordaron los factores de riesgo que tenía para su consumo, se enfatizó el período que llevaba sin fumar, y se analizó el papel que juega la ambivalencia al inicio de todo cambio. Emilio expresó estar consciente de lo anterior, aunque insistió en su decisión y solicitó que se le explicará en que consistía la reducción del consumo.

Así se le explicó a Emilio que para lograr el control sobre el consumo, a través de una meta de reducción, lo primero que tenía que hacer era establecer una meta donde señalara el número de cigarros mínimo a fumar y la frecuencia, una meta con la cual se sintiera seguro de lograrla. Además de señalar en que situaciones el consumiría, sin perder el control del consumo controlaría el consumo, así como en aquellas que no lo haría porque existía la posibilidad de perder el control. Entonces Emilio estableció como su meta el fumar un cigarro cada semana, pero se le sugirió ampliar mas el tiempo de abstinencia, período que alargó a quince días; se le sugirió que esto lo realizara solamente cada mes, sin embargo el prefirió dejarlo en quince días.

Por otra parte, Emilio determinó que para el logro de su meta, no frecuentaría tanto a los amigos que lo pudieran presionar para fumar y también estaría alerta a los momentos en que quisiera relajarse. Para relajarse durante la siguiente semana, mencionó que se mantendría ocupado con la lectura y con su trabajo; según su reporte estas alternativas le ayudaron en la semana anterior para no pensar en el consumo. Fumaría cuando estuviera de buen estado de ánimo, solo cuando fuera el período especificado y procuraría fumar solo durante el fin de semana por ser los días en que tenía menos ocupaciones.

Aunque se decidió respetar la meta elegida por Emilio, se le comentó la importancia de pensar en la abstinencia como una meta a largo plazo. Ante lo cual Emilio, únicamente dijo que lo analizaría.

En cuanto a la importancia para el logro de su meta, menciono que el cambio de su consumo era más importante que la mayoría de las cosas que quería cambiar, pues sabía que esto le permitiría resolver la situación con su padre y también dedicarse a otras cosas que eran importantes, como sus estudios. La confianza para el logro de la meta, en una escala del 0 al 100% fue del 50%, debido a que tenía que tener presente su consumo durante los últimos seis meses y tenía la suposición de que si se le antojaba mucho fumar, iban a ser momentos difíciles aunque estaba dispuesto a enfrentarlos. Con relación a este último comentario de parte de Emilio, se enfatizó la importancia de esforzarse por el cambio, y se le recordó que una muestra de que él tenía control sobre su consumo, eran las últimas semanas que habían transcurrido y durante las cuales no había fumado marihuana, además de que un 50% de su confianza podía obtenerla con su asistencia al programa y que le únicamente tendría que poner otro 25%. Sin embargo, el usuario decidió mantener el 50%.

— SEGUNDA SESION: Situaciones de Riesgo y Planes de Acción

Objetivo: Que el adolescente identifique sus situaciones principales de consumo y elabore planes de acción para enfrentar esas situaciones

En esta sesión se incorpora el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985), analizado previamente. En esta sesión el adolescente identifica los factores precipitadores de su consumo, las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo de dos de sus principales situaciones de riesgo y se analiza la meta de la recuperación como una meta a largo plazo. También desarrolla estrategias que le permitan afrontar estas situaciones, para lo cual analiza las ventajas y desventajas, de cada

TEPSIS CON
FALLA DE ORIGEN

opción, con el propósito de que seleccione las dos más efectivas. Después elabora planes de acción para la ejecución de sus estrategias de afrontamiento.

Existen por lo menos tres ventajas para discutir los tópicos relacionados con la recaída en el programa de intervención breve (Martínez & Ayala, 2002)

- Ayuda a los adolescentes a prepararse constructivamente para las recaídas.
- Proporciona a la mayoría de los adolescentes una visión más realista de que esperar en términos de resolver su consumo de alcohol u otras drogas (una recuperación gradual acompañada por recaídas ocasionales en lugar de una recuperación de "todo o nada")
- Da a los adolescentes una oportunidad en el programa para discutir situaciones de recaída o situaciones de recaída potencial

Actividades realizadas

- Llenado del auto registro
- Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo
- Identificación de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo
- Elaboración y elección de estrategias de afrontamiento para las situaciones de riesgo
- Elaboración de planes de acción para las situaciones de riesgo

Descripción de lo tratado durante la sesión

Debido a que Emilio no pudo asistir a la siguiente semana después de su primera sesión por razones de trabajo, la segunda sesión se realizó quince días después. Esta sesión se dividió en dos grandes momentos. El primero de ellos se trabajó en la discusión de la montaña de la recuperación y en la identificación de las situaciones de riesgo para el consumo. Mientras que en un segundo momento, se concluyó con la elaboración de los planes de acción.

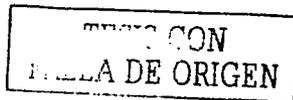
En la primera semana Emilio reportó un consumo de un cigarro y, en la segunda dos consumos. A continuación se presentan los registros durante estas semanas de su consumo (véase Figura 8 y 9).

Mis metas para la semana

No consumir X	Reducir el consumo	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
---------------	--------------------	---	-------------

DIA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	NO		
Sábado	Si (1 cigarro)	Reporto haber tenido un deseo por consumir, penso en fumar y fue a comprar la marihuana fue en un parque (donde compro la marihuana) con personas desconocidas	Antes de consumir intranquilidad, lo que guardo relacion con una discusion que tuvo con su tia, y con un amigo del trabajo, ademas de que el sabado se molesto por haber perdido tiempo en su escuela, pues en ese momento la institucion no habia organizado las clases. Con el consumo menciono haberse sentido relajado y no reporto consecuencias negativas. No se quedo con ganas de seguir fumando.
Domingo	NO		

Figura 8. Muestra el auto-registro del adolescente durante la segunda semana del programa



Mis metas para la semana			
No consumir X	Reducir el consumo	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
DÍA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	NO		
Sábado	Si (2 cigarros)	En su casa con su hermano, después de asistir a clases. Lo planeo un día antes	Desde un día antes tenía ganas de consumir, así que ese día acordó con su hermano fumar el sábado después de clases. Al parecer durante toda la semana estuvo ansioso pues tenía ganas de consumir lo que estuvo favorecido por su falta de actividad, algo que no contempló durante la semana anterior fue la posibilidad de no tener trabajo durante la semana, situación que así sucedió. Sin embargo, menciona que al momento del consumo se encontraba de buen estado de ánimo, no reportó consecuencias negativas y no se quedó con ganas de seguir fumando.
Domingo	Si (3 cigarros)	Nuevamente con su hermano, en su casa	Se encontraba de buen estado de ánimo, con el consumo se sintió relajado, no reportó consecuencias negativas y no se quedó con ganas de seguir fumando. Su hermano le invitó los cigarros.

Figura 9. Muestra el auto registro de Emilio durante la tercera semana del programa.

Como parte del análisis de su consumo de la primera semana, Emilio expresó que había pensado si podría haber hecho otra cosa en lugar de fumar para relajarse, porque en ese momento no se acordó de leer y no tenía que ir a trabajar. Así, retomando su último comentario se analizaron otras alternativas para relajarse y no fumar. La alternativa que propuso fue platicar con sus amigos. Por último, se le enfatizó la importancia de practicar las diferentes alternativas que le servían para relajarse, y no recurrir al consumo como su primera opción para tranquilizarse, que lo importante era que el aprendiera a controlar el consumo independientemente de la situación.

Durante la segunda semana, Emilio reportó dos consumos (sábado y domingo), de dos y tres cigarros, respectivamente. Estos consumos significaron un resbalón en el cumplimiento de su meta. Igualmente menciona que lo que había favorecido su consumo era que había decidido fumar, por lo que incluso planeó en que momento realizarlos.

Después de analizar cómo fueron sus consumos, se le preguntó su opinión acerca de los mismos, ante lo que expresó creer que se estaba haciendo "tonto", pues en estas situaciones no había hecho un esfuerzo mayor para controlar el consumo. Al respecto se le mencionó la importancia de recordar sus razones de cambio, y se habló con él acerca de cómo el inicio del cambio puede parecerse difícil, por lo que tenemos que esforzarnos y practicar las alternativas que nos pueden ayudar a lograr nuestra meta. Además, se le recordó que en lugar de ponerse una etiqueta de "tonto", era necesario identificar cuáles eran los precipitadores que promovieron su consumo y pensar que haría para una próxima ocasión. Así, Emilio expresó que algo que favoreció su consumo en estas situaciones, fue el hecho de que dejó de pensar en su meta y simplemente decidió fumar. Entonces se le preguntó si había pensado que haría en una situación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

semejante, ante lo cual respondió que no. Es en este momento cuando Emilio expresó su preferencia por la meta de reducción del consumo.

Una vez que se terminó de revisar el auto registro, se le entregó y explicó el folleto No. 2. Como parte de este material, el primer punto de trabajo fue el análisis y discusión de la montaña de recuperación. La montaña de la recuperación tiene el objetivo de aclarar la manera en cómo se da el proceso del cambio para las conductas adictivas y, principalmente la manera de entender los resbalones o recaídas que se pueden presentar como parte del cambio. Para una mejor explicación de estos aspectos, se ejemplificó este ejercicio con el proceso de cambio que el había logrado hasta ese momento.

Las situaciones de riesgo para su consumo que Emilio identificó fueron, estar solo y de buen estado de ánimo y, emociones desagradables (intranquilidad, preocupación). Estos resultados se compararon con sus respuestas del Inventario de Situaciones de Consumo y de Confianza Situacional los cuales coincidieron con la situación de emociones agradables, pero no con la de emociones desagradables. Sin embargo, Emilio expresó que en las últimas semanas se había percatado de que también consume cuando se encuentra preocupado o molesto. Por otra parte, en sus resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional también se presentó un porcentaje bajo para la situación de necesidad física. Con relación a esta, Emilio menciona que no era que físicamente se sintiera mal, si no que se le antojaba fumar, el antojo lo definió como los momentos en los que pensaba en la mariguana, pero que no presentaba ninguna manifestación física. Además, esto iba principalmente acompañando a las situaciones anteriores (emociones agradables y desagradables). Por lo que se decidió conjuntamente con Emilio, trabajar la situación de necesidad física en relación con las de emociones agradables o desagradables.

Emilio concluyó que sus situaciones de mayor riesgo para el consumo eran las emociones agradables que coincidían con los momentos agradables con otras personas y la situación de emociones desagradables.

Una vez que el determinó sus dos principales situaciones de consumo se le pidió realizar el primer ejercicio del folleto, el cual consistió en describir brevemente sus situaciones de consumo, la cantidad que consumía en esas situaciones, así como las consecuencias positivas y negativas que se presentaban en esas situaciones. Sus respuestas a éste ejercicio pueden visualizarse en las Figuras 10 y 11.

SITUACIÓN No. 1

<p>Situación de consumo: Emociones agradables</p> <p>→</p> <p>Cuando estoy contento me siento bien y quiero fumar en una reunión</p>	<p>¿Cuánto consumiste? De uno a tres cigarros o en ocasiones hasta cinco cigarros</p>
<p>Consecuencias positivas</p> <p>Me desahicé más, me siento a gusto, platicó mucho con mis amigos</p>	<p>Consecuencias negativas</p> <p>Flojera, cansancio</p>

Figura 10. Muestra la primera parte del ejercicio Número 1, realizado por el adolescente en el Folleto 2.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

SITUACIÓN No. 2

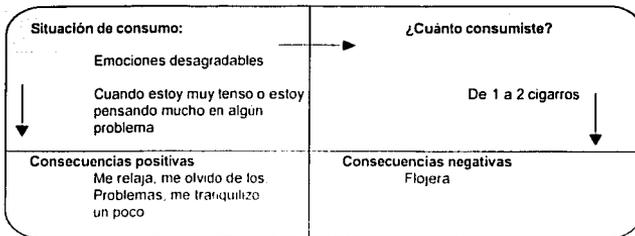


Figura 11. Muestra la segunda parte del ejercicio Número 1 realizado por el adolescente en Folleto 2

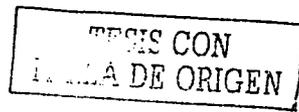
Con base en la solución de Emilio al ejercicio anterior, se analizó como las personas mantienen el consumo de alguna sustancia debido a la presencia de consecuencias positivas, las cuales se experimentan a corto plazo, y como no contemplan las consecuencias negativas, mismas que se presentan en un plazo más largo. De esta manera, una estrategia que nos ayuda cuando estamos cambiando el consumo de cualquier sustancia, consiste en pensar en las consecuencias que se presentan a largo plazo y no solamente en las inmediatas. Otro punto importante al analizar este ejercicio, fue que Emilio se dio cuenta de que otra desventaja de su consumo que no había contemplado era la flojera o cansancio que se presentaba después del consumo.

Enseguida se inició a trabajar en el desarrollo de alternativas y planes de acción. Al comenzar el ejercicio, Emilio expresó que no se le ocurría algo que lo pudiera ayudar para enfrentar sus situaciones de riesgo para el consumo. Ante esto, se le invitó a recordar como había enfrentando en el pasado sus situaciones de consumo o como lograba obtener las consecuencias positivas que había descrito en el ejercicio anterior para cada situación a través de otras alternativas que no consistieran en fumar marihuana. También, se le recordaron las alternativas que había mencionado al revisar su auto-registro y se le pusieron otros ejemplos. Así, eligió algunas alternativas e incluso pensó en una que no había manejado (platicar con su abuela). Emilio desarrolló una alternativa para cuando estuviera solo y con buen estado de ánimo, otra para cuando estuviera acompañado -principalmente por su hermano con quien ha realizado sus últimos consumos- y de buen estado de ánimo, y otras dos para cuando estuviera preocupado o intranquilo (véase Figuras 12, 13, 14 y 15).

SITUACIÓN: Emociones agradables, solo.

<p>Plan: Cuando estoy solo, buscar no estarlo para no pensar en fumar. Acompañarme de amigos que no consumen de mi abuela o mi papa.</p> <p>En cuanto empiece a pensar en la opción de fumar ire a buscar a alguna persona de mi confianza, me pondré a platicar con esa persona hasta que mis ganas por fumar desaparezcan.</p>	
<p>Ventajas</p> <p>Platica con mi papa o abuela, me distraigo.</p> <p>No pienso en fumar.</p>	<p>Desventajas</p> <p>No encontrar a nadie cuando quiera hablar.</p>

Figura 12. Muestra la primera parte del ejercicio Número 2 realizado por el adolescente en el Folleto 2



SITUACIÓN: Emociones agradables con otros

Plan: Platica con mi hermano sobre mi consumo	
Con mi hermano hablaré para pedirle que no me invite a consumir, pues esto me permitiría dejar de fumar más fácilmente. Un día en la semana cuando llegue de la escuela, voy a sacar el tema para hablar con él.	
Ventajas Me sería más fácil no fumar Encontraría otras formas de distracción	Desventajas Trataría de convencerme para para que siga fumando

Figura 13. Muestra la segunda parte del ejercicio Número 2 realizado por el adolescente en el Folleto 2

SITUACIÓN: Emociones desagradables: preocupado e intranquilo

Plan No. 1: Salir a caminar para no pensar en los problemas	
Ventajas Me relajaría, no pienso en fumar, me mejora el humor	Desventajas No tener ganas de ir a caminar

Figura 14. Muestra la tercera parte del ejercicio Número 2 realizado por el adolescente en el Folleto 2

Plan No. 2: Ir a caminar con mis amigos o ir a otro lado con ellos	
Cuando tenga algun problema que me preocupe puedo buscar amigos que no consumen manguana para salir con ellos con simplemente platicar.	
Ventajas Puedo platicar de cualquier cosa me divierto la paso tranquilo	Desventajas Ninguna

Figura 15. Muestra la cuarta parte del ejercicio Número 2 realizado por el adolescente en el Folleto 2

Como se puede observar, Emilio determino acciones específicas para las situaciones de emociones agradables cuando se encontrara solo y acompañado, y dos para la situación de emociones desagradables, donde eligió su plan no. 2 como la mejor de sus opciones. Sin embargo, Emilio agregó que lo principal para llevar a cabo sus planes de acción era recordar su meta y mantenerse ocupado, pues ahora que trabajaba tenia menos tiempo para pensar en el consumo.

Como parte de las conclusiones de esta segunda parte, se enfatizó que lo más importante de hacer un plan de acción era ponerlo en practica, ya que este te ayudaria en el cambio de su consumo. Además se recordó la siguiente lista de pasos que nos ayudan a resolver problemas:

- Identifica las situaciones de consumo y las consecuencias relacionadas con tu consumo problemático de alcohol o consumo de drogas
- Elabora una lista de opciones realistas para cambiar tu consumo
- Decide cuál es la mejor para ti

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

- ii Desarrolla planes de acción para alcanzar tus metas y establece un periodo de tiempo razonable para alcanzarlas
- iii Revisa tu progreso. Si tu plan no está funcionando, averigua la razón y busca otras opciones. Si está funcionando, FELICIDADES, continúa llevándolo a cabo

Los puntos anteriores se encuentran en el Folleto 2 del programa. La sesión se finalizó haciendo un repaso de lo que se había sucedido durante las últimas dos semanas y en esta sesión, se le invitó a practicar sus planes de acción y se le dio fecha para su próxima sesión

➤ TERCERA SESION: Establecimiento de Metas de Vida y el Consumo de Alcohol y Otras Drogas

Objetivo: Que el adolescente analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.)

Las estrategias de Solución de Problemas y la Entrevista Motivacional proponen el empleo de las experiencias de vida, las metas y los valores (Berg, 1995), como una forma de que los usuarios reconozcan sus aspiraciones y competencias, más que el solo reconocimiento de sus problemas, con el propósito de promover la búsqueda de soluciones

La identificación de las metas que el usuario quiere lograr en un futuro y la evaluación acerca de donde se encuentra respecto al logro de sus metas en la actualidad favorece la generación de la discrepancia entre las actividades que realiza en el momento y una de las metas que quiere lograr (Miller & Rollnick, 1991). Además de que permite discutir el impacto que tiene el consumo en el logro de las metas

En esta sesión se trabaja en la identificación de las tres principales metas de vida del adolescente. Como parte de este ejercicio, primero se valora el porcentaje de logro para cada una de sus metas, las razones por las cuales quiere lograrlas, la forma en como el consumo puede afectar el logro de las mismas y finalmente, se trabaja en la realización de planes de acción que permitan cubrir los objetivos en los plazos de uno, seis y doce meses

Actividades realizadas

Llenado del auto registro

Discusión de la relación entre el consumo de sustancias y el cumplimiento de metas de vida a corto y largo plazo

Desarrollo de los pasos para lograr las metas de vida establecidas al mes, seis y doce meses

Descripción de lo tratado durante la sesión

Por un retraso de Emilio de treinta minutos aproximadamente, esta sesión se realizó en dos partes. En la primera parte se analizó su consumo semanal y se habló acerca de las metas de vida de Emilio. En la segunda parte se concluyeron los planes de acción para el logro de sus metas de vida

Durante la primera parte Emilio no reportó el consumo de marihuana, pero sí manifestó haber tenido ganas de fumar. Sin embargo, menciona que por estar ocupado en su trabajo no buscó la ocasión para fumar.

Las metas de vida de Emilio fueron acabar el bachillerato, conseguir un trabajo estable que le permita estudiar, y su tercera meta fue independizarse de su familia. Las razones para lograr estas metas fueron poder lograr más fácil lo que quiere, para ser independiente y porque no quiere estar en su casa. En relación con esto último, Emilio dijo que lo que le molestaba de vivir en su casa, no era su relación con su papá, si no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con una tía que vive con ellos, con la que tenía discusiones por cosas que él consideraba no tenían importancia.

Como parte de la definición de sus metas, se le solicitó que en una escala del 0 al 100%, ubicara el porcentaje en que estaba cubriendo sus metas en ese momento. En la Figura 16 se observa el porcentaje dado por Emilio para cada una de sus metas:

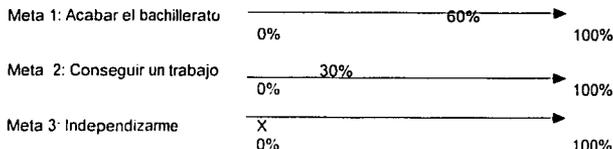


Figura 16. Muestra el ejercicio Numero 1 realizado por el adolescente en Folleto 3

Este breve ejercicio tuvo la finalidad de identificar el avance que hasta ese momento Emilio había logrado para cada una de sus metas, con el objetivo de ayudarlo en la elaboración de sus planes de acción para el logro de las mismas

Los obstáculos o límites que Emilio encontró para el logro de sus metas, fueron la falta de tiempo y los atrasos en la escuela. En este momento se encontraba demasiado ocupado trabajando, y en su escuela no terminaban de organizar las actividades escolares. Sin embargo, mencionó que el consumo de marihuana en ese momento no afectaba el logro de sus metas, y que conforme fuera avanzando en el logro de sus metas sería más difícil que el consumo interfiriera en su desarrollo. Entre las personas que encontró como fuente de ayuda para el logro de sus metas, estuvieron su papa, su hermano y algunos amigos

En este momento se cubrió el tiempo establecido para la sesión, por lo cual se dio por concluida esta primera parte, quedando pendiente para la próxima semana pensar en las estrategias que iba a realizar a uno, seis y doce meses para alcanzar sus metas de vida

Durante la segunda parte de esta sesión Emilio reporto un consumo del día jueves (un cigarro) durante la semana (vease Figura 17)

En esta ocasión, se reconoció el hecho de que Emilio había logrado su meta durante los últimos quince días. Solo consumo en una ocasión un cigarro. Sin embargo, se analizó con Emilio el hecho de que nuevamente había fumado con su hermano, ante lo cual se le preguntó si había platicado con su hermano para solicitarle que no lo invitara más a fumar, además de que su consumo fue entre semana. Emilio reportó que no había platicado con su hermano, entonces se le sugirió tener una sesión con él y su hermano para elaborar un plan de acción que les ayudara a ambos a controlar su consumo, ya que en ese momento su hermano también se encontraba asistiendo al programa y esta actividad podría ayudarlos a ambos. Así, se acordó con Emilio, que se buscaría una fecha para tener esta sesión, la cual no interrumpiera las actividades escolares de su hermano, ya que él estudiaba entre semana. Por otro lado, se le recordó que durante la sesión anterior había establecido que fumaría solamente durante los fines de semana para tener un mayor control sobre su consumo, cosa que no siguió durante la semana anterior, así se enfatizó la importancia de seguir su meta como lo había planeado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mis metas para la semana

No consumir X	Reducir el consumo	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
---------------	--------------------	---	-------------

DIA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	SI (1 cigarro)	Fumó por invitación de su hermano. Regresaban a casa juntos	No reporto consecuencias negativas con su consumo. Menciono haber estado tranquilo durante el consumo, y no se quedó con ganas de seguir fumando. No obstante, Emilio expreso haber tenido ganas de fumar durante la semana, sin embargo, el estar ocupado le ayudo a no fumar todos los días que penso en la marihuana.
Viernes	NO		
Sábado	NO		
Domingo	NO		

Figura 17. Muestra el auto registro de Emilio durante la quinta semana del programa.

Una vez que se analizo su consumo, se prosiguió con el analisis de sus planes de acción para el logro de sus metas de vida, ejercicio que habia quedado pendiente en la primera parte de esta sesión. Enseguida se presentan los planes que Emilio elaboró para el logro de sus metas de vida a uno y seis meses (véase Figuras 18, 19, 20 y 21)

A un mes

Meta 1: Terminar el bachillerato

Para lograrlo voy a: voy a estudiar más, voy a solicitar el permiso para poder presentar los exámenes del bachillerato y tratar de acabar lo más rápido posible.	Sabré que mi plan está funcionando si: consigo el permiso en dos semanas o menos, así me voy a preparar bien para solicitar mis exámenes más rápido.
--	--

Figura 18. Muestra la primera parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 3

Meta 2: Conseguir un trabajo

Para lograrlo voy a: tengo un trabajo y voy hablar con mi jefe para arreglarme y poder salir más temprano y así tener más tiempo para estudiar.	Sabré que mi plan está funcionando si: si hablo pronto y me arreglo con mi jefe, si no conseguire un trabajo de medio tiempo, etc.
---	--

Figura 19. Muestra la segunda parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 3

¿Qué pasará si continuo consumiendo?

Mientras no incremente la cantidad y frecuencia del consumo, no pasara nada pues cuando me interesa algo siempre lo consigo sin que mi consumo interfiera en mis metas.

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

A seis meses

Meta 1: Terminar el bachillerato

<p>Para lograrlo voy a:</p> <p>ya habré presentado los exámenes del cuarto semestre y habré los habré aprobado</p>	<p>Sabré que mi plan está funcionando si:</p> <p>si por lo menos ya hubiera pasado cuatro de las seis materias que se cursan en el semestre</p>
---	--

Figura 20. Muestra la tercera parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 3

Meta 2: Conseguir un trabajo

<p>Para lograrlo voy a:</p> <p>seguiría donde estoy o buscaría un nuevo empleo</p>	<p>Sabré que mi plan está funcionando si:</p> <p>puedo llegar a un acuerdo con mi jefe actual, si no ya hubiera encontrado o buscado un trabajo con el cual me acomode</p>
---	---

Figura 21. Muestra la cuarta parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 4

¿Qué pasará si continuo consumiendo?

No estaría consumiendo demasiado, pues si tengo mi trabajo y el tiempo para poder estudiar, estaría distraído y mi consumo no sería mucho y no interferiría en lo que hago

Para sus dos metas anteriores Emilio reporto que le era difícil pensar lo que haría a un año, que para él era más fácil planear las cosas hasta los seis meses, y que seguramente sus objetivos eran los mismos, seguir avanzando en sus estudios y trabajar, agregando que lo único que lo hacía sentir más seguro, era que dentro de un año ya estaría cursando sus clases de quinto semestre

Finalmente, en cuanto a su meta de lograr la independencia de su familia, Emilio expresó que era la última en lograr, pues dependía de las dos anteriores. Así que, sabía que esta meta la cumpliría si continuaba avanzando en las primeras

Por otra parte, para concluir con la sesión se discutió acerca de los caminos para lograr sus metas, mismos que se citan a continuación

Deseos: Elige una meta que realmente quieras lograr

Beneficios: Enlista los beneficios que se derivan al lograr una meta, lo más beneficioso, lo más motivante y lo más persistente

Obstáculos: Identifica algunos de los obstáculos y piensa cuáles no te permitirán lograr tu meta.

Conocimientos: Encuentra lo que necesitas para lograr tu meta

Gente: Identifica a las personas que puedan ayudarte a lograr tu meta

Ocurrencia: Es importante considerar el lugar donde podrás lograr tu meta

Planes: Elabora un plan, piensa detenidamente cada paso, escribe pasos concretos y revisa tu plan.

Línea del tiempo: Es importante ponerse un tiempo para lograr las metas, sin olvidar que debe hacerse paso a paso

Los puntos anteriores se presentan en el Folleto 3 que corresponde a esta sesión. Después de esta sesión se determinó que dos aspectos importantes para dar seguimiento y discutir con Emilio durante la siguiente sesión, eran la importancia de la abstinencia como meta a largo plazo, la relación de su consumo con la adquisición de su independencia, la planeación de la sesión con el y su hermano, a propósito de analizar los consumos que tienen en común y planear alternativas entre ambos para el logro de su meta; así

TESIS CON
FALLA DE SERVICIO

como la sugerencia de sesiones adicionales, debido a que la meta de Emilio era la reducción del consumo y durante el programa había fumado en una ocasión fuera del periodo y cantidades establecidas por él.

➤ CUARTA SESION: Nuevo establecimiento de metas

Objetivo: Como parte final del programa se identifican las situaciones de riesgo para el futuro y los planes de acción para las mismas. Se realiza un resumen de los aspectos tratados durante el tratamiento y se evalúa la pertinencia de terminar el tratamiento o tener sesiones adicionales. Por último se programa la primera sesión de seguimiento.

Actividades realizadas

- Llenado del auto registro
- Entrega de gráfica de los resultados del auto-registro
- Discusión del progreso en la reducción del consumo
- Establecimiento de una nueva meta de consumo
- Revisión de estrategias para mantener el cambio
- Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional
- Explicación de la importancia del seguimiento
- Establecimiento de una cita para el primer seguimiento

Descripción de lo tratado durante la sesión

Esta sesión fue la última del programa, y la actividad principal consistió en realizar un resumen de lo que se trabajó con el usuario durante el programa. Emilio no tuvo problema alguno en recordar lo trabajado durante las sesiones. Lo único que no recordó fue su desempeño escolar como una de sus razones para cambiar su consumo. Emilio no reportó consumo durante la semana, así también, expresó no haber tenido antojo por fumar.

Los beneficios que identificó como parte de su cambio fueron el mejor empleo de su tiempo y la disminución de sus problemas sobre todo familiares. Para seguir obteniendo estas ganancias, planeó rechazar o evitar el consumo cuando lo inviten, se mantendría distraído con su trabajo, con la escuela, platicando con su padre, amigos o abuela. Todas estas estrategias se habían trabajado durante las sesiones.

Por otra parte, menciona que el ejercicio que más le ayudó fue, la identificación de las situaciones de riesgo y el realizar planes de acción para estas situaciones.

Enseguida se le presentó la gráfica de su consumo durante el programa, en donde se resaltó el cambio logrado en cuanto a cantidad y frecuencia de su consumo, y los consumos que realizó en compañía de su hermano (vease Figura 22).

Nuevamente se analizó su meta de consumo y los cambios en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional. En relación con el establecimiento de metas, Emilio confirmó nuevamente que quería la reducción del consumo. En este momento se habló nuevamente con él acerca de la importancia de la abstinencia como una meta a largo plazo, ante lo que Emilio dijo estar de acuerdo, no obstante, no quiso establecer en este momento una fecha para dejar el consumo definitivamente. También se analizó la importancia de la abstinencia como una manera de alcanzar la independencia, planteándole que el consumo era una forma de depender de algo y que esto era contrario a lo que él quería lograr en relación con su familia. Ante esto, Emilio mencionó que esto ya lo había platicado con su hermano y que ambos estaban claros en cuanto a que una vez que vivieran solos, su consumo no podía continuar, pues no tenía caso salirse solamente un tiempo

TECIS COM
FALLA DE

de su casa y regresar nuevamente a la misma como consecuencia de haber regresado al consumo. Algo que harían para tener una mayor seguridad era empezar a prepararse más y conseguir mejores empleos. Cabe mencionar que el hermano de Emilio, quién también asistió al programa para adolescentes, según el reporte de su terapeuta y de Emilio, en este momento había dejado de fumar manguana. No obstante, se le enfatizó que el abandono del consumo por parte de él, tendría que ser antes de salirse de su casa, pues esto le facilitaría las cosas y no debería esperar hasta ese momento.

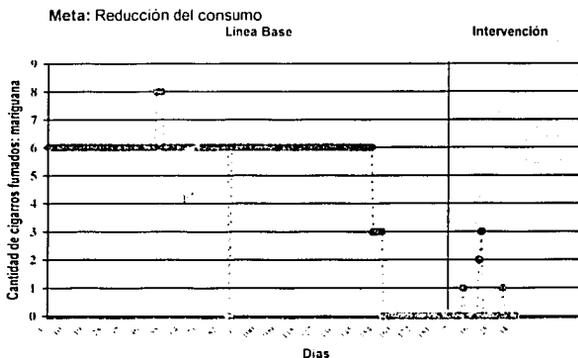


Figura 22. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes y durante de la intervención

La importancia reportada para el logro de su meta en esta ocasión fue de 50%, observándose una disminución del 25%. Emilio mencionó que este cambio se debía a que en ese momento, también le importaba su desempeño académico y laboral. No obstante, se le recordó que era importante mantener en una posición importante el logro de su meta, pues esto le ayudaría a conseguirla, pues era un recordatorio de lo que quería alcanzar, además de que en este momento aún tenía que estar alerta en relación con su consumo. Emilio estuvo de acuerdo, sin embargo, reiteró que para él esta disminución no era negativa, solo reflejaba que el ahora estaba interesado en más cosas. La confianza en el logro de su meta fue de 75%, lo cual significó un incremento del 25%, ya que según Emilio después de haber entrado al programa y determinar estrategias para el cambio de su consumo, se sentía más seguro de que podía mantener su meta.

En cuanto a su confianza para el logro de su meta en relación con cada una de las situaciones del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, se observó un incremento en situaciones que durante la primera aplicación tuvieron un menor porcentaje, algunas de las cuales incluso se ubicaron por debajo del 50% - porcentaje que refleja un mayor riesgo de perder el control en esa situación- mientras que otras mostraron una disminución a pesar de durante la primera aplicación habían obtenido porcentajes mayores. Sin embargo, en esta segunda aplicación ninguna de las situaciones obtuvo un porcentaje menor al 50%. La Figura 23 permite visualizar las diferencias entre ambas aplicaciones.

En la evaluación de Emilio sobre el programa, señaló que éste le había parecido una herramienta útil para resolver el consumo de sustancias, que el tiempo en el cual se aplicaba el tratamiento era apropiado, que le agradaron los materiales que se usaron durante la aplicación del programa, que el contenido de los

materiales le pareció interesante y fácil de comprender, que su participación en el programa le permitió tener un cambio relacionado con su consumo, y que recomendaría el programa para alguien que tuviera problemas con el consumo de sustancias.

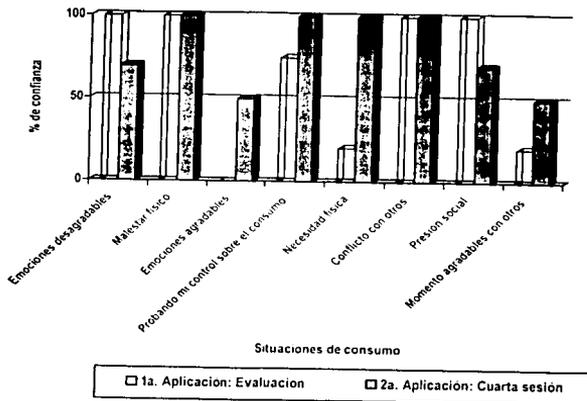


Figura 23. Muestra el porcentaje de confianza del usuario para resistir la tentación del consumo en respuesta al Cuestionario Breve de Confianza Situacional Index y al Brief de la Intervención.

Debido a que durante el programa, Emilio presentó dos consumos que no estuvieron de acuerdo con su meta y, a que aun estaba pendiente la sesión entre él y su hermano, se le propuso tener dos sesiones adicionales, con el objetivo de dar seguimiento al logro de su meta. Emilio estuvo de acuerdo con la sugerencia. Las sesiones se programaron con un espacio de quince días entre ellas, ya que la meta de Emilio era fumar un cigarro cada quince días.

Finalmente, se realizó un resumen de los aspectos más importantes tratados durante el programa, se enfatizó la importancia de recordar las razones y ventajas del cambio. También se acordó la fecha para la primera sesión adicional y la sesión con su hermano, misma que sería cuando el tuviera su primera sesión adicional.

SESIONES ADICIONALES

Objetivo: Las sesiones adicionales tienen el propósito de monitorear el logro de la meta establecida durante el programa. Estas sesiones se realizan cuando se observan dificultades en el cumplimiento de la meta.

Actividades realizadas

Llenado del auto registro

TESIS DE
FALLA DE CL

ii Sesión con su hermano para la planeación de estrategias en las situaciones de consumo comunes

Descripción de lo tratado durante las sesiones adicionales

El reporte de estas sesiones, muestra que Emilio fumó en dos ocasiones de acuerdo a como lo estableció en su meta (1 cigarro cada 15 días), no reportó recaídas o resbalones, aunque en la primera de estas sesiones expresó que en ocasiones su antojo había sido muy fuerte, sobre todo cuando se aproximaba la fecha en que podría consumir (véase Figuras 24 y 25), y nuevamente fumo un día entre semana. Con relación a esto último, se discutió con él acerca de la importancia de no estar tan al pendiente de los días en que podía consumir, analizando con él alguna estrategia que le ayudaría a disminuir su ansiedad por estas fechas. Emilio dijo que lo que le había funcionado era pensar en una fecha posterior a aquella en la que podía fumar. Enseguida se presentan los registros de la primera y cuarta semana durante las cuales consumió.

Mis metas para la semana

No consumir	Reducir el consumo X	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
-------------	----------------------	---	-------------

DIA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	NO		
Sábado	SI	Con amigos durante una reunión en un lugar privado	Se encontraba de buen estado de ánimo, se sintió relajado, no se quedó con ganas de seguir fumando.
Domingo	NO		

Figura 24. Muestra el 1er Registro de las sesiones adicionales

Mis metas para la semana

No consumir	Reducir el consumo X	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
-------------	----------------------	---	-------------

DIA	CONSUMO	SITUACION	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	SI	Con amigos durante una reunión en un lugar privado	Se encontraba de buen estado de ánimo, quería divertirse y penso en fumar. No reporta consecuencias negativas con el consumo se sintió relajado. Un dato importante es que Emilio penso en las consecuencias negativas de fumar mas de un cigarro, por lo que solo fumó un cigarro. Esto no lo había reportado en sus registros anteriores.
Viernes	NO		
Sábado	NO		
Domingo	NO		

Figura 25. Muestra el 4to Registro de las sesiones adicionales

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Ante el consumo que tuvo durante la semana, mencionó que lo tuvo porque no tenía nada que requiriera su atención durante ese momento, y que además no obtuvo ninguna consecuencia negativa. Por otra parte, mencionó estar siguiendo sus planes de acción, y que estos le seguían funcionando, no realizó ningún cambio en ellos.

En la última de estas dos sesiones, se realizó un resumen de los aspectos revisados en ambas sesiones, se reforzó el logro de su meta y se programó su primera sesión de seguimiento. No se programaron más sesiones adicionales, pues de acuerdo a la ejecución de Emilio durante el último mes, se discutió con él la conveniencia de dar por terminada su participación en el programa y empezar a programar sus seguimientos. Emilio, expresó que para él era el momento indicado de concluir el programa, ya que lo siguiente consistiría en seguir aplicando sus estrategias y mantener la meta que había elegido. De esta forma, se dieron por finalizadas las sesiones adicionales y se programó su primer seguimiento.

La sesión que se programó con su hermano tuvo ocurrencia una semana después de lo programado, aunque se había programado para quince días después de concluido el programa, ésta no se pudo realizar en el tiempo establecido debido a las actividades escolares del hermano de Emilio.

Durante la sesión, se realizó un recordatorio de aspectos revisados durante el programa, especialmente relacionados con las consecuencias del consumo a corto y largo plazo, una discusión de la importancia del mantenimiento de su meta para el logro de su independencia, y la planeación de estrategias y planes de acción que les permitieran apoyarse entre ambos en el cambio de su consumo.

Emilio y su hermano expresaron que las situaciones de consumo comunes eran aquellas que tenían que ver cuando se encontraban en su casa y en reuniones con amigos. Por lo que propusieron que dos estrategias que podrían ser de utilidad para ellos eran: no buscar la marihuana (no adquirirla) para tenerla en casa, sobre todo en el caso de Emilio pues su hermano había decidido dejar de consumir definitivamente, y abstenerse o retirarse cuando convivieran con sus amigos que fuman. Para decidir si estas opciones les eran útiles, elaboraron un análisis de las ventajas y desventajas de las mismas. Sus análisis quedaron de la siguiente manera (véase Figura 26 y 27).

Opción 1: No llevar marihuana a casa

VENTAJAS	DESVENTAJAS
No fumaríamos	Cuando Emilio quisiera fumar, podría llevar a la casa y podríamos fumar juntos. El antojo de Emilio por fumar y que lo hiciera en otros lugares
Menos apatía	
Ocuparíamos el tiempo en las cosas que nos interesan	

Figura 26. Muestra la primera parte del ejercicio realizado durante las sesiones adicionales por Emilio y su hermano, para analizar alternativas que les permitieran controlar su consumo.

Opción 2: Abstenerse o retirarse cuando se encuentren con amigos que fuman

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Convivir con los amigos sin fumar	Al no dejar de asistir a las reuniones podríamos tener antojo de fumar y tal vez fumaríamos. La desventaja sería que quizá dejaríamos de frecuentar a los amigos
Respetaríamos la meta	

Figura 27. Muestra la segunda parte del ejercicio realizado durante las sesiones adicionales por Emilio y su hermano, para analizar alternativas que les permitieran controlar su consumo.



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Para lograr lo anterior planearon que no acudirían al lugar donde vendían la marihuana, no es un lugar por donde pasen, así que lo que tenían que hacer era evitar ir a ese lugar. Solamente si Emilio decidía fumar, compraría la marihuana pero no la llevaría a casa para evitar el consumo de su hermano. Además planearon seguir con sus actividades para mantenerse ocupados y así pensar cada vez menos en el consumo, así como tratar de convivir más con los amigos que no consumen.

Cuando se encuentran juntos en las reuniones, pensaron que sentarse juntos podía ayudarles a no fumar o retirarse temprano de la reunión.

➤ SEGUIMIENTOS

Objetivo: Evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses después de haber concluido el programa

El seguimiento son contactos que se programan en intervalos de tiempo sistemáticos, después de que se ha concluido la intervención. Su objetivo principal es evitar las recaídas. El análisis de lo ocurrido después del tratamiento permite identificar los recursos que permiten el mantenimiento del cambio. En consecuencia se fortalece la disposición de los individuos para cambiar su consumo. Además, permite comprobar la eficacia del tratamiento, debido a que se obtiene una retroalimentación por parte del usuario, misma que sirve para la mejora de los programas. Lo que también favorece a los usuarios. Por último, sirve como un medio para la recolección de información y para evaluar la eficacia del tratamiento (Miller, 1989).

Durante el seguimiento se emplea el auto reporte sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas, así como la aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo y el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana y la Entrevista para el Colateral.

Es importante mencionar que el seguimiento a uno y seis meses es realizado por el terapeuta que atiende al adolescente durante el programa, mientras que el seguimiento a seis meses queda a cargo de otro terapeuta.

Actividades realizadas durante los seguimientos

A UNO Y TRES MESES

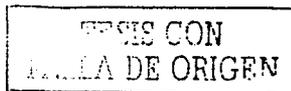
Llenado de un formato de Línea Base del tiempo que no ha asistido al tratamiento
Aplicación del formato de Entrevista de Seguimiento

A SEIS MESES

Llenado de un formato de Línea Base de los últimos tres meses
Aplicación de la Entrevista de Seguimiento a Seis Meses
Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas
Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional
Aplicación de la Entrevista para el Colateral

Descripción de lo tratado durante las sesiones

El seguimiento a un mes se realizó por contacto telefónico, pues coincidió con el período de vacaciones en el Centro de Servicios Psicológicos. Emilio reportó que durante el último mes no había revisado sus folletos, ni tampoco registrado sus consumos. No expresó tener dudas acerca del material.



Al preguntarle por su meta de consumo, recordó que ésta fue la reducción del consumo, fumar un cigarro cada 15 días. En el último mes, Emilio consumió en una ocasión fumó medio cigarro más, según lo establecido en su meta, es decir en una ocasión de consumo fumó un cigarro y medio.

La situación relacionada con este consumo fue la falta de actividad, pues en ese momento no se encontraba trabajando, ni asistiendo a la escuela por período de vacaciones. Dejó de trabajar debido a que la persona que lo contrataba no tenía trabajo que ofrecerle durante éstas fechas. Como consecuencias mencionó el haber disfrutado el consumo y no haber cumplido su meta, no reportó problemas por el consumo. Al planear que haría para mantener su meta durante los próximos meses hasta su segundo seguimiento, mencionó que seguiría con sus planes de acción, y no se daría permiso de fumar durante las fechas que no correspondieran a su meta, aunque fuera una cantidad menor a la establecida por él.

Con relación a sus planes de acción, reportó haber hecho un cambio en una de sus estrategias, en ese momento en lugar de hablar con su abuelita, se ocupaba más en leer libros.

El seguimiento a tres meses se realizó en el Centro de Servicios Psicológicos, durante este seguimiento Emilio reportó cuatro consumos, los cuales correspondieron a su establecimiento de metas (cada 15 días, un cigarro). Sin embargo, en su tercer consumo presentó consecuencias negativas (malestar emocional y físico), pues mezcló el consumo de marihuana con alcohol, cosa que no solía realizar, pues ya sabía que esta mezcla lo haría sentir mal.

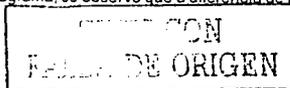
Los factores identificados por Emilio y que influyeron para que en esta ocasión él hubiera fumado después de beber alcohol a pesar de que conoce el efecto que esta mezcla produce en su organismo, fueron que en esa ocasión no tenía que regresar a su casa, permaneció en casa del amigo que organizó la reunión, y además tenía toda la disposición de beber más de lo acostumbrado, así cuando él ya se encontraba bajo los efectos del alcohol, fumó marihuana y entonces se presentó el efecto antes mencionado. Después de este consumo, pensó que no volvería hacerlo, aunque no había pensado en alternativas que le podían ayudar en una próxima ocasión. De esta manera durante la sesión se trabajó en el desarrollo de estrategias para esta situación. Emilio eligió como alternativa no fumar y beber alcohol al mismo tiempo, así como no beber más de lo acostumbrado. De esta alternativa se analizaron las ventajas y desventajas. Al final, Emilio encontró que esta alternativa le traería más ventajas que desventajas. Además, agregó que el precipitador más importante para fumar de esa manera, fue que se dio permiso de consumir alcohol, pues no tenía que preocuparse por regresar a su casa, por lo que planeó que la próxima ocasión, pensaría en su meta y recordaría sus planes de acción, como cuando tenía que regresar a su casa después de la reunión. No identificó obstáculos para llevar a cabo su plan de acción.

Otro dato importante recogido durante este seguimiento, es que Emilio expresó que durante los últimos meses, su ansiedad en cuanto a la fecha en que podía fumar, había disminuido e incluso se le olvidaba siendo necesario revisar un calendario cuando quisiera fumar.

Otro punto que se revisó en la sesión fueron sus planes de acción para el logro de sus metas de vida. Emilio dijo que se estaba dedicando más a sus estudios, tenía planeado terminar su cuarto semestre durante este período, para lo cual ya había presentado algunos de sus exámenes. No había buscado nuevo empleo como se menciona anteriormente, ya había dejado de laborar donde trabajaba anteriormente, pero estaba trabajando en la tienda de abarrotes de su papa.

Finalmente, durante el seguimiento a seis meses Emilio reportó mantener su meta. Así también, mencionó no tener problemas para aplicar sus planes de acción, y no haber realizado cambios en los mismos.

Por otra parte, con la aplicación de la Entrevista de Seguimiento a Seis Meses, la cual es semejante a la Entrevista Inicial que se aplica durante la sesión de admisión al programa, se observó que a diferencia de la



primera ocasión en que Emilio expresó sentirse inseguro con relación a su estilo de vida, durante este seguimiento mencionó sentirse satisfecho con su estilo de vida, sobre todo por el cambio que estaba teniendo en su consumo.

En esta misma entrevista, reportó no haber acudido a otro tratamiento durante los últimos seis meses para cambiar su consumo; describió que su consumo era un pequeño problema -aunque este era menor a comparación de cuando ingresó al programa- debido a que su padre nuevamente se había percatado de su consumo, sin embargo, en esta ocasión su papá no le pidió que dejara de fumar. Emilio mencionó que era como si su papá se hiciera de la vista gorda, es decir, a pesar de que sabía que él continuaba con el consumo, no le decía nada sobre éste. Ante esta situación Emilio mencionó que no volvería a fumar en su casa, pues esto lo hacía sentirse culpable, aun y cuando no tenía repercusiones serias en la relación con su padre. Así también, dijo que no estaba siendo atendido por algún problema de salud en ese momento y tampoco estaba tomando algún medicamento por prescripción médica o por auto-medicación.

Con relación a su desempeño escolar, reportó asistir a la escuela de manera regular y no tener algún problema en su escuela por el consumo de marihuana. En cuanto a su situación laboral, seguía trabajando en la tienda de abarrotes de su papa.

En el área social y la administración de su tiempo libre, continuaba realizando las actividades que mencionó hacer casi siempre (jugar o salir con sus amistades, ayudar en las labores de su casa, hacer tarea o estudiar y escuchar música) y algunas veces (ver televisión, practicar algún deporte, salir a pasear con su familia, ir a beber con los amigos, hablar por teléfono, ir a fiestas y al cine). Nuevamente describió que la relación con su padre era buena y con su hermano muy buena. En esta ocasión reportó emplear una cantidad menor de dinero en el consumo de marihuana (\$70 00 c/15 días vs \$10 00 c/15 días).

En el área de conducta antisocial no presentó ningún indicador, a diferencia de la primera ocasión que dijo haber tomado dinero o cosas con valor de \$50 00 pesos o menos que no le pertenecían.

En cuanto a los indicadores de depresión y riesgo suicida, Emilio no presentó ninguno, y algo importante de resaltar es que en comparación con la primera aplicación dijo no sentirse triste con frecuencia.

Otros cuestionarios que se aplicaron durante este seguimiento fueron el ISCD y el CCS. Los resultados de estos instrumentos se muestran a continuación:

En relación con el Inventario de Situaciones de Consumo, se observó un incremento en el puntaje para emociones agradables y una disminución en búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros, mientras que el puntaje para emociones desagradables se mantuvo igual. Estos puntajes siguen mostrando que las emociones agradables son una situación de alto riesgo, lo cual coincide con aquellos momentos en donde Emilio ha consumido una cantidad mayor a la establecida por él, o cuando se han presentado algunas consecuencias negativas asociadas con su consumo, sin embargo, los puntajes siguen reflejando un patrón positivo en su consumo de acuerdo a estas situaciones. La Figura 28 muestra los resultados de la segunda aplicación del inventario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

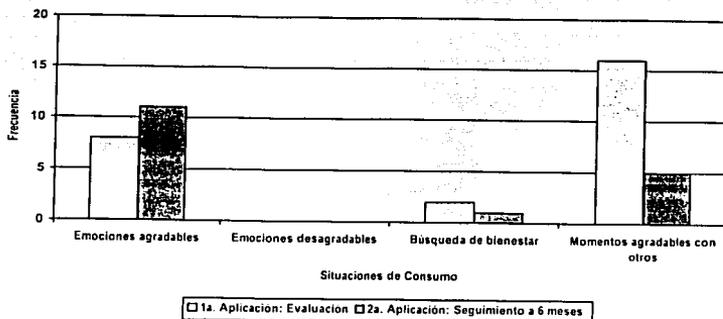


Figura 28. Muestra la frecuencia de consumo en las situaciones evaluadas por el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas

Por su parte, la aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional refleja un incremento en su confianza para emociones agradables y momentos agradables con otros. Además, de la disminución para probando su control sobre el consumo de alcohol, necesidad física, conflicto con otros y presión social. Al discutir con Emilio estos resultados, expresó que esto se debía porque estaba considerando la situación en la cual presenta problemas relacionados con su consumo, durante su seguimiento (véase Figura 29).

Entrevista de Seguimiento para el Colateral: El colateral de Emilio fue su hermano, este se contactó por teléfono. Durante la entrevista al colateral este reportó que la frecuencia de reunión con el usuario era diariamente de manera personal.

Las instrucciones dadas al colateral fueron determinar en un intervalo de 30 días, el número de días de abstinencia que tuvo Emilio, el número de días que consumió drogas, el número de días en que el usuario estuvo en la cárcel o algún hospital por el consumo, y el tipo de drogas diferentes al alcohol o tabaco utilizadas por el usuario durante el mismo periodo.

IMPRESION CON
FOLIO DE ORIGEN

Ante estas preguntas el colateral de Emilio, manifestó que este no consumió durante 29 días, que el consumo se presentó solo un día, y que este no estuvo en la cárcel o alguna otra institución por el consumo de marihuana y tampoco reportó el consumo de alguna otra sustancia.

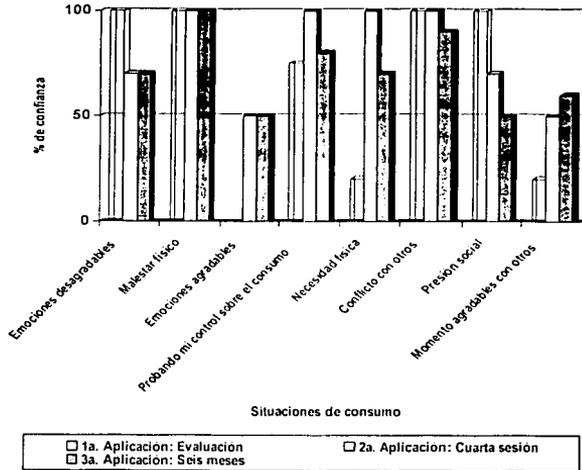
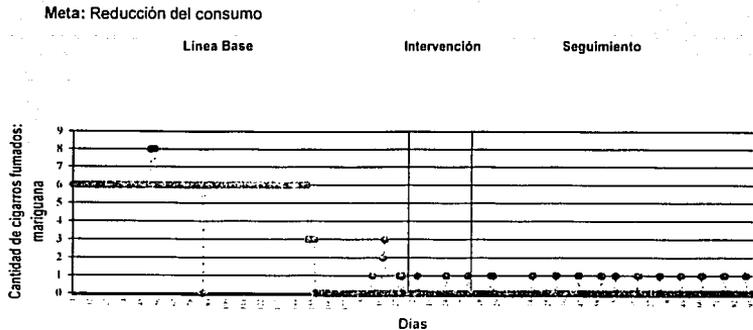


Figura 29. Muestra el porcentaje de confianza del usuario para resistir el consumo en sus respuestas dadas al Cuestionario Breve de Confianza Situacional antes, al término y después de la intervención.

Por otra parte, al preguntarle al colateral que tan seguro se encontraba de que la información proporcionada por él era correcta, manifestó que estaba seguro que algo de la información que reportó era correcta pero había cosas de las que no estaba seguro. Además, el colateral describió el consumo de Emilio como un pequeño problema durante el año pasado antes de que entrara a tratamiento, ya que esto influyó para que bajara en su rendimiento escolar y en que perdiera interés por estudiar.

Por último, la Figura 30 muestra los datos obtenidos con la Línea Base Retrospectiva antes, durante y después del tratamiento. Esta figura nos permite apreciar de manera visual el mantenimiento del cambio después del tratamiento.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN



sobrestimación de las ganancias del tratamiento, cuando consideramos el hecho a partir de una perspectiva de reducción de los daños para la salud. Además, esto es relevante cuando los estudios entre poblaciones clínicas y no clínicas sugieren la posibilidad de la maduración conductual (Kandel & Logan, 1984; Masur, 1986; Wilkinson, Martin, Cordingley & Leigh, 1989, citados por Wilkinson & Martin, 1991). Los estudios, que han investigado la transición del consumo de drogas en la adolescencia a la edad adulta, muestran que una gran parte de los jóvenes que inician su consumo tempranamente, abandonan el consumo cuando se convierten en adultos sin la necesidad de una intervención terapéutica.

Por lo tanto, aunque la meta propuesta por el programa de adolescentes para el consumo de drogas ilegales como la marihuana, es la abstinencia, la meta elegida por Emilio se considera válida y además indica un éxito en su cambio, dado que se presenta la reducción en el consumo y la disminución de sus problemas escolares (falta de atención) y problemas con su padre. Además de que Emilio inició a involucrarse en actividades diferentes al consumo.

Otro indicador que muestra el éxito obtenido por Emilio, es el incremento en su auto-eficacia para el control de su consumo. Los estudios que buscan identificar las variables relacionadas con el éxito de los programas preventivos acerca de las conductas adictivas, muestran que una variable importante en el logro de las metas es la auto-eficacia percibida por los consumidores de sustancias para enfrentar las situaciones de riesgo para el consumo y para alcanzar una meta establecida en relación con su consumo (Collin & Garduño, 1996). Las respuestas de Emilio a dos evaluaciones relacionadas con su confianza personal para el logro de su meta (Confianza para el logro de la meta establecida), reflejan como Emilio al final del tratamiento reportó tener una mayor confianza para el logro de su meta (50% vs 75%). El mismo resultado se observó en las respuestas dadas al CCS (véase Figura 29). Al final del tratamiento, reportó una mayor percepción de control en aquellas situaciones que al inicio del tratamiento tuvo una menor auto-eficacia, percepción que se estabiliza a los seis meses del seguimiento.

Por otra parte, un aspecto que también requiere mención es el hecho de que Emilio, durante su último seguimiento, manifestó requerir apoyo psicológico para resolver otras cuestiones que lo mantienen inseguro en cuanto a su satisfacción en su estilo de vida. Uno de los objetivos de los programas de intervención sobre el consumo de sustancias y en particular de este programa, es la promoción de búsqueda de apoyos que permitan dar continuidad al mantenimiento del cambio y resolución a otros problemas identificados.

Es importante resaltar, además de los indicadores que reflejan el éxito de la aplicación del programa, la entrada y permanencia de Emilio en la intervención, a pesar de las pocas contingencias sociales que promovieron su cambio (problemas con la policía y con su padre). Las contingencias que facilitaron la búsqueda de ayuda en Emilio, obedecieron más a contingencias individuales, coincidiendo así con los estudios sobre la disposición al cambio, donde se observa que además de la presencia de eventos negativos o positivos que promueven el cambio, el elemento más importante es la valoración que el sujeto hace sobre dichos eventos (Miller & Rollnick, 1991).

Lo anterior también cobra importancia si consideramos nuevamente que la meta de Emilio fue la reducción del consumo y no la abstinencia. Uno de los aspectos que se ha visto influye para que los usuarios de marihuana no busquen ingresar a los programas de intervención, es la falta de contingencias sociales para su consumo. Algunos estudios (Sadava & Forsyth, 1977, citados por Smart & Jansen, 1991) demuestran que los usuarios de marihuana tienen un mayor apoyo social pocas sanciones en su contra, y modelos parentales que favorecen su uso y son miembros de familias con un bajo nivel de conformidad social. También se ha encontrado (Smart & Blair, 1980 citados por Smart & Jansen, 1991) que el 100% de los jóvenes que han experimentado problemas legales y sociales, han usado marihuana. Solamente un 32% de los que nunca han sufrido estos problemas han usado marihuana. Al respecto, la última encuesta realizada con estudiantes del D.F. en nivel medio y medio superior, reporta que uno de los factores que puede estar

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

favoreciendo el consumo de sustancias entre los jóvenes, es la tolerancia social hacia el consumo; así como tener familiares que consuman sustancias (Villatoro et al., 2001).

Un aspecto que actualmente causa controversia entre la población general y obviamente entre los usuarios de marihuana, son los reportes que señalan que el consumo de esta sustancia puede no ocasionar consecuencias adversas en su consumidores e incluso puede mejorar ciertas condiciones de salud (Grinspoon & Bakalar, 1997). Así, un factor a considerar al momento de aplicar un programa preventivo para adolescentes usuarios de marihuana, es la poca represión social que existe para el consumo de esta droga, lo que hace necesario la presencia de intervenciones como el programa que aquí se ha descrito, intervenciones breves que tienen el objetivo de reducir el daño asociado con el consumo.

Programas que además, deberían favorecer el análisis de los adolescentes sobre aspectos relacionados con su consumo y que los ponen en riesgo, como una estrategia que mueva a los adolescentes de una etapa de precontemplación a una de contemplación. Los procesos de reflexión, son especialmente importantes durante las primeras etapas del cambio (Miller & Rollnick, 1991) para que los usuarios de sustancias empiecen a contemplar la posibilidad del cambio.

➤ DISCUSIONES GENERALES

A partir de la aplicación del Programa para Adolescentes de Intervención Breve Para Adolescentes que Inician el Consumo de Sustancias con un caso clínico, se observó que tiene efectos específicos sobre el patrón de consumo, los que se traducen en la reducción de la cantidad y días de consumo, incremento en el número de días de abstinencia, así como en la confianza para controlar el consumo de acuerdo a situaciones particulares.

Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en otros países al utilizar las intervenciones breves con usuarios de sustancias (Annis et al., 1996), y específicamente con los obtenidos en nuestro país con bebedores problema (Ayala et al., 1997), usuarios de cocaína (Oropeza & Ayala, 2001) y usuarios de tabaco (Lira, 2002).

Lo anterior, permite ubicar al programa como una estrategia eficaz en el tratamiento de adolescentes usuarios de sustancias. Lo que ha sido confirmado por un mayor número de replicas (Martínez, 2002). Sin embargo, la aplicación del programa con este caso clínico da pie a la formulación de algunas consideraciones importantes para la atención de adolescentes usuarios de sustancias.

Una primera consideración es que los programas de prevención deben ser diseñados de acuerdo a las diferentes poblaciones de jóvenes que se ven afectadas por el consumo. Actualmente los programas en nuestro país deberían pensar en el desarrollo de intervenciones dirigidas a los grupos de la población adolescente que inician el consumo, pero que no llegan o no son detectados en los programas universales; mucho menos solicitan un servicio de rehabilitación, ya que el consumo en los adolescentes se deriva frecuentemente del abuso y no de patrones de consumo ya establecidos y crónicos. Como se revisó anteriormente, la mayoría de los programas en nuestro país son universales, y solo en algunas ocasiones incluyen estrategias de prevención selectiva o indicada costo-efectivas.

El argumento anterior puede visualizarse a través de la figura de un triángulo que representa una distribución continua de los problemas derivados del consumo de alcohol en la población general (vease Figura 31). El lado izquierdo del triángulo, corresponde a un largo segmento de la población, quienes no beben o no experimentan problemas como resultado de su consumo. Los programas de prevención primaria o universal que tienen por objetivo reducir la iniciación del consumo de alcohol riesgoso, son las intervenciones consideradas como apropiadas para este grupo. La sección media del triángulo abarca a los individuos que experimentan problemas moderados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

relacionados con el consumo de alcohol. Para este grupo se recomiendan, las intervenciones breves diseñadas para cambiar el consumo y disminuir las consecuencias derivadas del consumo. Por último, en el lado derecho del triángulo se encuentran las personas que ya presentan problemas severos relacionados con su consumo y quienes cubren con el criterio de dependencia. Para este segmento de la población, se han desarrollado programas de tratamiento especializados individuales y grupales.

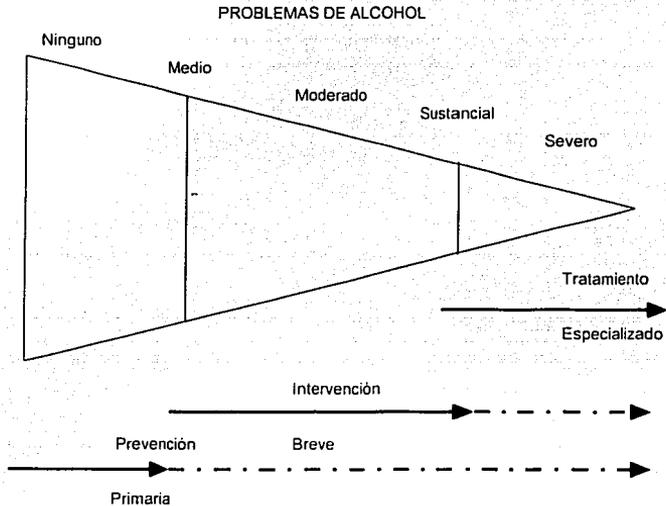


Figura 31. Muestra el espectro de las respuestas de intervención a los problemas ocasionados por el consumo de alcohol. Institute of Medicine (1990, p. 212) Copyright 1990 by the National Academy of Sciences. Reprinted by permission.

Como puede observarse, a medida que uno se mueve hacia el lado derecho del triángulo, el número de bebedores disminuye pero la agudeza de los problemas aumenta. Este patrón también se puede observar en el consumo de tabaco y drogas ilegales, así como en poblaciones de adolescentes. Sin embargo, la gran mayoría de la investigación y atención clínica se ha centrado en el segmento más pequeño de la población que presenta problemas relacionados con el consumo. No obstante, durante los últimos años se ha dado un mayor reconocimiento de los individuos que presentan problemas moderados con el consumo (Kreitman, 1986; Larmer, et al 1998, citados por Miller, Turner & Marlatt, 2001). Por lo tanto, se ha recomendado fortalecer acciones preventivas que descansen en la identificación temprana de este grupo de la población y, en la instrumentación de intervenciones terapéuticas breves.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Es claro que la mayoría de los adolescentes no tienen un patrón de consumo de sustancias establecido, una gran proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y un porcentaje menor continúa usándolas y presentando consecuencias negativas relacionadas (Monti, Colby & O' Leary, 2001; Villatoro et al., 2001). El consumo de sustancias está dado por un continuo que va de la experimentación con la sustancia hasta la presencia de problemas relacionados con el consumo, atravesando por el abuso y la dependencia. Sin embargo, las prácticas de riesgo son comunes en los adolescentes (Winters, 2001).

Una propuesta para el diseño de los programas preventivos, es considerar tres categorías de dirección: uso experimental, abuso temprano y abuso. Estas direcciones permiten implementar estrategias con base en la severidad del problema. Así también, existen algunos lineamientos que nos pueden auxiliar al momento de elegir la mejor alternativa de intervención (Winters, 2001): 1) el uso de cocaína, heroína y crack es de alto riesgo y por lo tanto su consumo requiere de intervención, 2) la edad temprana de inicio es un factor de riesgo para desarrollar una adicción en la etapa adulta, 3) consumir grandes cantidades por periodos largos, requiere de intervención, así como el consumo en situaciones de alto riesgo, aún y cuando no existan consecuencias negativas evidentes, 4) las intervenciones son indicadas cuando los adolescentes experimentan consecuencias adversas por el consumo y, 5) las intervenciones deben aplicarse cuando no existen factores de riesgo que puedan generar el consumo, aunque este no se haya iniciado. El seguimiento de estos lineamientos puede permitir una mejor especificidad en el desarrollo de los programas de tratamiento y un mayor beneficio para la población.

Otro aspecto importante y con frecuencia descuidado por los diseñadores y aplicadores de programas preventivos, es la evaluación de las intervenciones. La evaluación de programas preventivos podría incluir investigación conductual sobre sus hallazgos, a fin de comprobar su efectividad (Kumpler, 1999). La mayoría de los programas preventivos para adolescentes se implementan en escuelas, debido a que estos lugares cuentan con una población cautiva, brindan el acceso libre a la población adolescente, son escenarios estructurados en donde se puede evaluar los resultados, y los profesores reconocen la importancia de las intervenciones (Botvin, 1995). Desafortunadamente, la mayoría de estos programas, no son las intervenciones más efectivas basadas en la investigación (Martínez, Carrascoza & Ayala, 2002).

Una tercera consideración, es que los programas de prevención deben tener su base en una teoría con validez empírica, con el objetivo de que estos esfuerzos para cambiar una conducta o patrón de consumo preventivos son o no exitosos (Wayne & Black, 1999). Una gran parte de los programas preventivos en nuestro país, no tienen entre sus antecedentes una teoría que permita explicar el inicio, cambio y mantenimiento de una conducta adictiva. Los principales esfuerzos consisten en la identificación de algunos factores de riesgo, pero dejan de lado principios conductuales. En el caso de los adolescentes que han iniciado el consumo de sustancias o abusan de las mismas, las intervenciones cognitivo-conductuales son una alternativa eficaz para el cambio de su conducta, ya que éstas cuentan entre sus bases con una teoría validada empíricamente, como lo es la Teoría del Aprendizaje Social, a través de considerar los principios del condicionamiento clásico y operante, procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación, para la adquisición, mantenimiento y cambio de una conducta (Abrahams & Niaura, 1987).

Además, estas estrategias son una buena alternativa para los adolescentes, porque incorporan entre sus componentes la evaluación de la disposición al cambio de los usuarios de sustancias, lo que permite tener una idea clara de la fase en que se encuentran los individuos cuando promover el análisis sobre el consumo. Esto cobra especial importancia en el caso de los adolescentes, llegan al tratamiento y encontrar alternativas que promuevan su recorrido por las diferentes etapas del cambio. Es decir, estas alternativas no consideran inútil tratar con aquellos usuarios que se encuentran reacios al cambio, pues lo importante es promover el análisis sobre el consumo. Esto cobra especial importancia en el caso de los adolescentes,

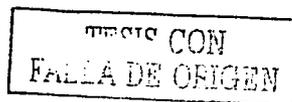
quienes en su mayoría no perciben los riesgos relacionados con su consumo, siendo necesario un espacio para la reflexión sobre el consumo y que a su vez promueva la toma de decisiones en los adolescentes (Aubrey, 1998).

Por último, se puede afirmar que las técnicas de auto-control son eficaces en la intervención con poblaciones de adolescentes, ya que estos se llegan a involucrar en el planteamiento de metas para el cambio de su consumo, el auto-monitoreo de su conducta y el desarrollo de estrategias y planes de acción para el cambio. Sin duda, esto coincide con los teóricos del desarrollo que afirman que en esta etapa se producen importantes cambios en el pensamiento, ligados a las modificaciones en el terreno social. Durante la adolescencia, los sujetos tienen la necesidad de elaborar planes de vida, para lo cual deben desarrollar y elegir las alternativas que les permitan lograrlos, lo que es posible gracias a que, el adolescente no solo piensa sobre lo concreto sino también razona sobre lo posible (Darley et al., 1990). Con la adquisición de las operaciones formales, el adolescente amplía su capacidad de crítica, de discusión, de razonamiento hipotético-deductivo, de búsqueda y planteamiento de argumentos y de capacidad de abstracción (Piaget, & Inhelder, 2000).

TRUJILLO CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

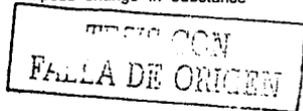
- Abrahams, D.B., & Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. En: Blane, H.T. & Leonard, K.E. (Eds). *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*. N.Y. Guildford Press.
- Annis, H. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug - Taking Situations*. Toronto, Canada. Addiction research Foundation.
- Annis, H., Sobell, L., Ayala, H., Rybakowski, J., Sandahi, C., Saunders, B., Thomas, S. & Ziolkowski, M. (1996). Drinking-related assessment instruments: cross cultural studies. *Substance use & Misuse*, 11-12, 1525-1546.
- Arrellanez H. L. & Rodríguez K. S. (20001). Análisis descriptivo de sesiones de información preventiva dirigidas a estudiantes de educación media básica. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Arrellanez H. L. & Rodríguez K. S. (20001). *Evaluación de resultados inmediatos y mediatos del proyecto orientación preventiva para adolescentes*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Aubrey, L.L., (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. Dissertation*. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy psychology. The University of New Mexico. Albuquerque, New Mexico, May.
- Aubrey, L.L., & Tosco, R.T. (1994) Treatment characteristics of substance abusing adolescents with comorbid affective or behavior disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 507 (Abstract)
- Ayala, V. H., & Gutierrez, L. M (1993) Una revision de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. *Consejo Nacional Contra las Adicciones*. 16, 1-10
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. L., & Gutiérrez, L. M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. 18 (4).
- Ayala, H.E., & Cárdenas, G (1996) Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*, 4(2), 5-16.
- Ayala, V. H., Echeverría, L., Sobell, M & Sobell, L. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14, 113-127.
- Ayala, V. H., & Echeverría, L. (1998) Detección temprana e intervención breve. En Medina-Mora, M. (comp.) *Beber de Tierra Generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México*. México, D.F. FISAC.
- Beckman, L. J. (1980) An attributional analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 714-726.
- Berg, I. K (1995) Solution-focused brief therapy with substance abusers. En: A. M. Washton (Ed.) *Psychotherapy and Substance Abuse*, New York: Guilford Press
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*, 88, 315-336.



- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Tupker E. & Pearlman S. (1999). *First Contact a brief treatment for young substance users*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Brownell, D. Kelly., Marlatt, Alan G., Lichtenstein, Edward., & Terence, Wilson G. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(7), 765-782.
- Campos, E., Martínez, K., Ayala, H. (2000) *Desarrollo y Validación de Entrevista Inicial para Adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cardiel R.H. & Nèquiz R. G. (1998) *Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones*. SEP. Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.
- Castro, M. E. (1994). "Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psico-activas". *Las adicciones en México*. Editor: Tapia C., R. Editorial El Manual Moderno, México.
- Castro M. E., Llanes J & Carreño A (1999) CHIMALLI Un Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales. Cambios de actitud y modificación de los niveles de protección en seis planteles escolares situados en cuatro ciudades del país *Psicología Iberoamericana*, Vol 7 No 4
- Castro M. E., Llanes J., Margain M., & Carreño A. (1999) Evaluación de Planes de Acción Preventiva de Riesgos Psicosociales con el Modelo CHIMALLI-DIF *Psicología Iberoamericana*. Vol. 7 No 4.
- Castro S. M. E. & Llanes B J (2001) *Estudio nacional de consumo de drogas en la población usuaria de la preparatoria abierta Observatorio Epidemiológico en Drogas* México: Secretaría de Salud.
- Chacón M J. L. & Flores P E (2001) *Evaluación de necesidades y resultados del proyecto orientación preventiva a adultos jóvenes* Mexico Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Castro M. E., Llanes J & Carreño A (2001) *Material Preventivo Construye tu Vida Sin Adicciones. Una evaluación en cinco grupos trabajados por el Centro de Integración Juvenil Gustavo A. Madero Oriente* (en prensa)
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K., & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144-155
- Collin, P. A., & Garduño, G C (1996) *La Auto-Eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema* Tesis de Licenciatura. México D.F. UNAM, Facultad de Psicología
- Cooper O. J., Heron E. T & Heward L. W (1987) Auto-control. En *Applied Behavior Analysis*. Columbus Ohio: Merrill Publishing Company
- Cunningham, J. A., Sobell L. C., Sobell, M. B., Agrawal, A., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviours*, 18, 347-353.
- Curtis, Breslin, Kathy, Sdao-Jarvie., Elisabeth, Tupker., & Shelly, Pearlman (Eds.). (1999). *first contact. a brief treatment for young substance users* Centre for Addiction and Mental Health.
- DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (The CMRS Scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 495-514.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

- De Leon, B.L.; Pérez, F. L.; Oropeza, R. y Ayala, H. (2001) **Adaptación, Validación y Confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Coonfidence Questionnaire (DTCQ)*.* Tesis de Licenciatura, UNAM.
- Donovan, D., & Rosengren, D. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. En: J. Tucker, D. Donovan, A. Marlatt (Eds). *Changing addictive behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. The Guilford Press: New York.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L., & Ayala, V. H. (2000). *Manual de capacitación para profesionales de la salud. Programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema*. México, D.F. (en prensa).
- Encuesta Nacional de Adicciones* (1998). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Gardner, E. Stephen., Brounstein, J. Paul., & Stone, B. Deborah (2001). *Science-based substance abuse prevention: A guide. substance abuse and mental health services administration*. Center for Substance Abuse Prevention. Division of Knowledge Development and Evaluation.
- Gordon, R. (1983). An operational definition of prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Grinspoon, Lester., & Bakalar, B. James (1997). *MARIHUANA. La medicina prohibida*. Barcelona: PAIDÓS.
- Guerra L. (2001). *Evaluación del dominio teórico de conceptos para la aplicación de proyectos preventivos*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Hartnoll, R. (1992) Research and the help-seeking process *British Journal of Addiction*, 87, 429-437.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105
- Hoehn-Saric, R., Frank, J.D., Imber, S.D, Nash, E.H., Stone, A.R., & Batle, C.C. (1964). Systematic preparation of patients for psychotherapy . Effects on therapy behavior and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- Institute of Medicine. (1990) *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D.C: National Academy Press
- Janis, I.L., & Mann, L (Ed). (1977) *Decision making: A Psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan
- Juárez, F. Berenzon, S. Medina-Mora, ME. Villatoro, J. A. Carreño, S. López E K. Galvan, J. & Rojas, E. (1994) Actos antisociales, su relacion con algunas variables sociodemográficas y el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F. *Anales 5 del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 94-99.
- Karoly, P. (1980). Person variables in therapeutic change and development, En: P. Karoly & J.J. Steffen (comps.) *Helping people change*, (3ª ed.) (pp. 283-345) Elmsford, NY, Pergamon press.
- Klingemann, H. K-H. (1994). Environmental influences which promote or impede change in substance



- behaviors. En G. Edwards and M. Lader (Eds). *Addiction: Processes of change*, (pp. 131-161). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kumpfer, L. Karol (1999). *Identification of drug abuse prevention programs*. national institute on drug abuse. Resource Center for Health Services Research. University of Utah.
- La Torre, R.A. (1977). Pretherapy role induction procedures. *Canadian Psychological Review*, 18, 308-321.
- Lawendowski, L. A. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive Medicine*, 27, A39-A46.
- Lira, M. J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría, México, D.F. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Mariño, H. Ma. del Carmen, & Romero, M. Martha P., Medina-Mora, I. M. E. (2000). Juventud y adicciones. En: Islas, A. J. (cord.) *Jóvenes una evaluación del conocimiento. Tomo II: la investigación sobre juventud en México* (pp. 86-99). México, D F
- Marlatt, G.A. (1978) Craving for Alcohol, loss of control and relapse : A Cognitive-behavioral analysis. En P.E. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (Eds), *Alcoholism New Directions in Behavioral Research and Treatment* Nueva York Plenum 271-314
- Marlatt, G.A. (1979) Alcohol use and problem drinking A Cognitive-behavioral analysis. In P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds). *Cognitive-Behavioral Intervention. Theory, Research and Procedures*. Nueva York: Academic Press 319-355
- Marlatt, G.A y Gordon, J.R (1980) "Determinans of Relapse: Implications for the maintenance of behavior chance" In P.O Davidson y S.M Davidson (Eds.) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Nueva York Brunner-Mazel 410-452
- Marlatt, G. A (1999). *Effective relapse prevention and harm reduction therapy*. AABT Workshop Handout February 20.
- Marlatt, G., & Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* New York: Guilford Press
- Martinez, M. K (2000) *Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Martinez, M. K., & Ayala, V. H. (2000) *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (marijuana, cocaína e inhalables)*. Proyecto de Doctorado, México. D.F. UNAM, Facultad de Psicología
- Martinez, M. K., & Ayala, V. H. (2002). *Manual de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (marijuana, cocaína e inhalables)*. México, D.F. (en prensa)
- Martinez, M. K., Carrasco, C., & Ayala, V. H. (2002). *Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos* (en prensa)
- Medina-Mora, M.; Rojas, E.; Juárez, F.; Berenzón, S.; Carreño, S.; Galván, J., Villatoro, J.; López, E.; Olmedo, R., & Ortiz, E. (1993) Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la república mexicana. *Salud mental*, 16, 3, 2-8.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

- Medina-Mora M.E. et al.(1998). *El abuso de alcohol en estudiantes ¿Qué podemos hacer padres y maestros?* Instituto Mexicano de Psiquiatría/ Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Medina-Mora M.E., Cravioto P., Villatoro J., De la Rosa B., Rojas E., Galván F., Fleiz C., Kuri P. & Tapia-Conyer R. (2001). *Estudios en población general: encuestas en hogares. Población entre 18 y 65 años.* Observatorio Epidemiológico en Drogas. México: Secretaría de Salud.
- Medina-Mora M.E. (2002). *La prevención de las adicciones.* Instituto Mexicano de Psiquiatría (en prensa).
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98(1), 84-107.
- Miller, W.R. (1989). Follow-up Assessment. En Hester, R. K. & Miller, W.R. (Eds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches.*
- Miller, W. R. (1989). Incrementando la motivación para el cambio. En *Handbook of treatment approach*, cap 4. p. 67-69.
- Miller, W. R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. U.S. Department of Health and Human Services.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press
- Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1996) Assessing drinker's motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89
- Miller, T. Elizabeth., Turner, P. Aaron., & Marlatt, Alan G. (2001). The Harm Reduction Approach to the Secondary Prevention of Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults. En: Monti M. Peter, Colby M. Suzanne & O'Leary A. Tracy (Eds.) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions.* The Guilford Press: New York, London.
- Monti, M. P., Colby, M. S. & O'Leary A. T. (2001). *Adolescents, alcohol, and substance abuse. reaching teens through brief interventions.* The Guilford Press: New York, London.
- Muñiz J (1995). *Psicometria* Edit. Universitarias: Madrid, España.
- O'Farrell, T., Cutter, H., Bayog, R., Dentch, G., & Fortgang, J. (1984). Correspondence between one-year retrospective reports of pretreatment drinking by alcoholics and their wives. *Behavioral Assessment*, 6, 263-274.
- Oppenheimer, E., Sheenan, M., & Taylor, C. (1988) Letting the client speak: Drug misusers and the process of help seeking. *British Journal of Addiction*, 83, 635-647.
- Oropeza, T. R., & Ayala V. H. (2001) Resultados del piloto de un modelo de intervención breve para usuarios de cocaína. *XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta.* 19-21 Julio, Toluca, Edo. de México.
- Orne, M.T., & Wender, P.H. (1968). Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale.

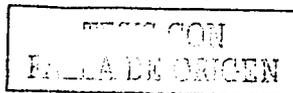
IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN

American Journal of Psychiatry, 124, 1202-1212.

- Ortiz A, Romano M. & Soriano A. (1989). Desarrollo de un sistema de presentación de informes sobre el uso ilícito de drogas en México. *Boletín de Estupefacientes*, 41(1 y 2): 47-60.
- Ortiz, A., Galván J., Rodríguez E., Unikel C., González I., & Domínguez M. (1995). Percepción del usuario sobre el consumo de cocaína. En *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de X Reunión de Investigación y Enseñanza*. México.
- Ortiz, A., Soriano A., Galván J., Rodríguez E., González I., & Unikel C. (1997). Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. En *Suplemento de la Revista Salud Mental. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (2000) *Psicología del niño*. España: Morata.
- Pick S., Aguilar J. A., Rodríguez G., Reyes J., Collado Ma E., Pier D., Acevedo Ma. P., Vargas E. (1995). *Planeando tu Vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. México: Planeta. Séptima Edición
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992) In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rodríguez, O. Graciela. & Rojas. R. Mario E (1998) *"La Psicología de la Salud en América Latina"*, México, UNAM.
- Ruiz, T. G., Martínez, M. K., & Ayala, V. H. (2002) *Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México (en prensa).
- Salazar, G. M., & Martínez, M. K. (2001) *Entrevista de Seguimiento de la Sesión de Inducción al Tratamiento*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salazar, G. M. & Martínez, M. K. (2001) *Cuestionario de Percepción acerca de los Programas de Tratamiento sobre el Abuso de Alcohol y otras Drogas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salazar, G. M., Martínez, M. K., & Ayala, V. H. (2001) *Adaptación y Validación de la Escala "The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)"*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez G. A. (1999). Modelo preventivo de centros de integración juvenil. Marco referencial de información, orientación y capacitación. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Saunders, B., Wilkinson, C., & Allsop, S. (1991). Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic. En Miller, W.R. and Rollnick, S. (Eds). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford.
- Sloboda, Zili., & David, L. Susan (2000) *Preveniendo el uso de drogas entre niños y adolescentes. Una guía basada en investigaciones*. División de Investigación Epidemiológica y Preventiva. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA).

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

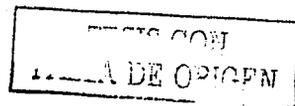
- Sobell, L., Maisto, S., Sobell, M., & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Sobell, L., Sobell, M., Leo, G., & Cancilla (1988). Reliability of a Timeline Method: Assessing normal drinker's reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. *British Journal of Addiction*, 83, 393-402.
- Sobell, M., Sobell, L., Klajner, F., Pavan, D., & Basian, E. (1986). The reliability of a Timeline Method of assessing normal drinker collage student's recent drinking history: Utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 11, 149-161.
- Sobell, L.C., & Sobell, M. B. (1993). *Problem drinkers. guided self-change treatment*. New York, London, The Guilford Press.
- Sobell, L. C., Sobell, M.B., & Toneatto T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W.R. Miller, and J. Greeley (Eds). *Self-control and the addictive behaviors* (pp. 198-242). New York: Maxwell MacMillan.
- Smart, G. Reginald., & Jansen, A. Vivian (1991). Youth Substance Abuse. En Annis M. Helen & Davis S. Christine (Eds.) *Youth and drugs. drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention*. Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Canada.
- Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Cli. Psychol Rev.* 12, 93-116.
- Stark, M.J., & Campbell B.K. (1988) Personality, drug abuse, and early attrition from substance abuse treatment *Am J Drug Alcohol Abuse* 14, 475-485.
- Tober, G. (1991) Motivational interviewing with young people En W.R. Miller and S. Rollnick, *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* (pp. 248-259). New York: Guilford Press.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcantar, E., Fleiz, C., Parra, J., Navaro, C., & Néquiz, G. (1999). *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del distrito federal: medición otoño 1997*, Reporte Global del Distrito Federal, SEP, IMP, Mexico
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. & Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México
- Wayne, Holden E., & Black, M Maureen (1999). Theory and concepts of prevention science as applied to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 391-401.
- Wilkinson, Adrian D. & Martin, W. Garth (1991) intervention methods for youth with problems of substance abuse. En Annis M Helen & Davis S. Christine (Eds.) *Youth and drugs. drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention* Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Canada
- Winters C. K. (2001). Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art. En *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief*



Interventions. The Guilford Press. New York, London.

Yahne, C.E. & Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for treatment and change. En B.S. McCrady and E. E. Epstein (Eds). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*, New York: Oxford University Press.

Zweben, A., & Li, S. (1981). The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 8, 183-191.



ANEXO 1
Folletos de Retroalimentación

REGIS CON
FOLLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa De Atención Para Adolescentes
Reporte De Retroalimentación

NOMBRE: _____

ALCOHOL



Lic. Kalina Martínez Martínez
Dr. Héctor Ayala Velázquez

FIRMAS CON
FECHA DE ORIGEN

RETROALIMENTACIÓN PERSONAL DE RESULTADOS

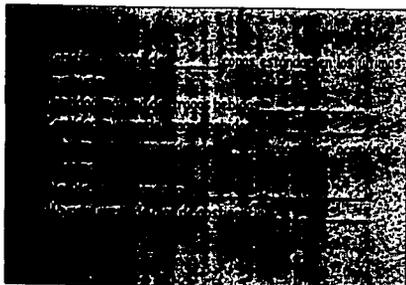
Los cuestionarios que contestaste durante la sesión anterior nos sirven para conocer tu consumo de alcohol, las consecuencias y los riesgos que enfrentas cuando bebes.



Es importante que conozcas cuáles son estos resultados para que tengas en cuenta todo lo que sucede, o puede suceder cuando tomas y te sea más fácil tomar una decisión para no correr riesgos.

¿CÓMO ES TU CONSUMO?

Tu patrón de consumo se obtiene con base en el calendario de tu consumo. A continuación te presentamos información acerca de este.



¿Cuánto es un abuso? Más de 3 copas por ocasión de consumo

003 = 1 Copa Estándar	Euforia
005 = 2 Copas Estándar	Genial
010 = 4 Copas Estándar	Emocional
018 = 7 Copas Estándar	Malestar
0-60 = 20 Copas Estándar	Muerte

CONSECUENCIAS DE TOMAR MAS DE 5 COPAS

PLEITOS



"CRUDA"



RELACIONES SEXUALES

PROBLEMAS LEGALES

NO DESEADAS



FALTAR A LA ESCUELA O TRABAJO

PROBLEMAS FAMILIARES

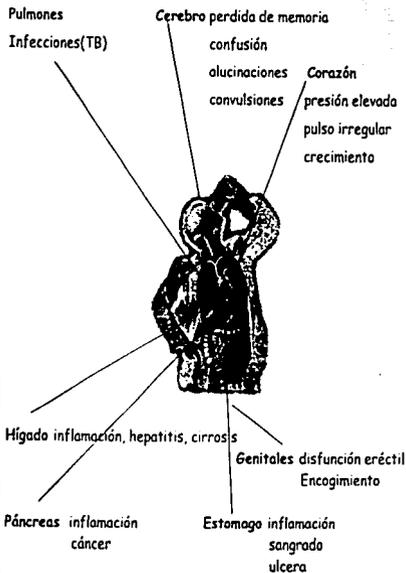


ACCIDENTES



FRULA DE ORIGEN

CONSECUENCIAS FÍSICAS A LARGO PLAZO



ALCOHOLISMO
PROBLEMA CON
LA SALUD

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIALES O PERSONALES A LARGO PLAZO

POCAS VECES SE CONTROLA EL CONSUMO, SE EMPLEA FRECUENTE TIEMPO EN BEBER

SÍNDROME DE ABSTINENCIA



FALTA DE ESTABILIDAD SOCIAL

INTOXICACIONES FRECUENTES



PERDIDA DE EMPLEO

DESCUIDO DE OBLIGACIONES



Una vez que has revisado lo anterior responde esta pregunta:

¿Qué cosas te preocupan acerca de tu consumo de alcohol?



PREVENIR CON
 PALETA DE ORIGEN

TOMA UNA DECISIÓN

Para terminar elige dos alternativas que te puedan ayudar a solucionar aquello que te preocupa sobre tu consumo. Considera lo siguiente:

> Cosas buenas y cosas no tan buenas de cada opción.

	COSAS BUENAS	COSAS NO TAN BUENAS
Opción 1		
Opción 2		

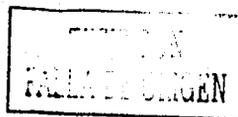
¿CUÁL ES TÚ MEJOR ALTERNATIVA?

- > Ahora que hemos aclarado cuál es la frecuencia y cantidad de tu consumo de alcohol.
- > Las consecuencias de tu consumo .
- > Hablamos de las cosas que tienes que cuidar y aquellas que te pueden ayudar a no correr riesgos.

Empieza a trabajar en la alternativa que elegiste. Además, recuerda que puedes encontrarnos en los siguientes teléfonos:



Diseño: Martha Leticia Salazar Garza
Gabriela Ruiz Torres





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa De Atención Para Adolescentes
Reporte De Retroalimentación

NOMBRE: _____

MARIGUANA



Lic. Kalina Martínez Martínez
Dr. Héctor Ayala Valdézquez

Retroalimentación de Resultados

1

RETROALIMENTACIÓN PERSONALIZADA
DE RESULTADOS

Los cuestionarios que contestaste durante la sesión anterior nos sirven para conocer tu consumo de marihuana, las consecuencias y los riesgos que enfrentas cuando consumes marihuana.



Es importante que conozcas cuáles son estos resultados para que tengas en cuenta todo lo que sucede o puede suceder cuando consumes marihuana, y te sea más fácil realizar una decisión para no correr riesgos.

CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO ES TU CONSUMO?

Tu patrón de consumo de marihuana se obtiene con base en el calendario de tu consumo. A continuación te proporcionamos información acerca de tu consumo.

<input type="checkbox"/> Consumiste un total de _____ cigarrillos de marihuana en los últimos seis meses. <input type="checkbox"/> Cantidad máxima de cigarrillos fumados _____ <input type="checkbox"/> Cantidad mínima de cigarrillos fumados _____ <input type="checkbox"/> Promedio de tu consumo _____ <input type="checkbox"/> Días _____ de _____ mayor consumo
<input type="checkbox"/> Consumiste un total de _____ días. <input type="checkbox"/> Mayor número de días de abstinencia _____

¿Cuánto es un abuso?

Cualquier cantidad se considera un abuso debido a los efectos que esta sustancia tiene en nuestro organismo.

CONSECUENCIAS CON CUALQUIER CANTIDAD DE CONSUMO

FISICAS

DESINHIBICIÓN



MAYOR TRABAJO DEL CORAZÓN



OJOS ROJOS, BOCA SECA Y GARGANTA



AUMENTO DEL APETITO



SENSACIÓN DE LENTITUD DIFICULTAD PARA MOVERSE



FALLA DE ORIGEN

PSICOLOGICAS

SENSACIÓN DE FELICIDAD



SE PERCIBEN COSAS QUE NO EXISTEN



CAMBIOS EN EL ESTADO DE HUMOR



DIFICULTAD PARA:
CONCENTRARSE,
RECORDAR Y COMPRENDER



ANSIEDAD



SENSACIÓN DE SER PERSEGUIDO



CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

ASMA O BRONQUITIS



DISMINUYE EL PLACER SEXUAL



DISMINUYE LA CANTIDAD DE TESTOSTERONA EN HOMBRES, LO QUE SIGNIFICA:

MENOR CRECIMIENTO FISICO

MENOR CRECIMIENTO DEL PENE



PROBLEMAS CON EL CONTROL DE LA VOZ



TRABAJO CON
HERRAMIENTAS DE ORDEN

INCREMENTA LA CANTIDAD DE TESTOSTERONA EN MUJERES, LO QUE SIGNIFICA:

AUMENTO EL CRECIMIENTO DEL VELLO FACIAL Y CORPORAL



ACNE



HOMBRE Y MUJERES TIENEN DIFICULTADES PARA TENER HIJOS



FALTA DE MOTIVACIÓN PARA REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD

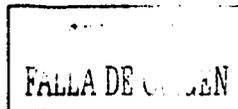


Por otro lado, a partir de lo que reportaste en los cuestionarios, nosotros identificamos algunas cosas que tienes que cuidar y aquellas que te pueden ayudar a no correr riesgos.

COSAS QUE TIENES QUE CUIDAR

A series of horizontal lines provided for writing notes or answers.

6001



¿QUÉ OPCIONES TIENES PARA RESOLVER LO QUE TE PREOCUPA SOBRE TU CONSUMO?

Ahora es importante que pienses por lo menos en 2 opciones con las cuales puedes resolver lo que te preocupa.

Escribelas:

1. _____

2. _____

¿Alguna otra? _____



TOMA UNA DECISIÓN

Para terminar elige solo una de las opciones que tienes. Considera lo siguiente:

> Cosas buenas y cosas no tan buenas de cada opción.

	COSAS BUENAS	COSAS NO TAN BUENAS
Opción 1		
Opción 2		
	¿CUÁL ES TÚ MEJOR ALTERNATIVA?	

TIEMPO CON
FALLA DE ORIGEN

- Ahora que ya has aclarado como es tú consumo de marihuana
- Las consecuencias que te ha ocasionado tú consumo
- Hablamos de las cosas que tienes que cuidar y de aquellas que te pueden ayudar.

Empieza a trabajar en la alternativa que elegiste. Además recuerda que puedes encontrarnos en los siguientes teléfonos:



- Centro de servicios psicológicos Acasulca con Kalina , Gaby o Leticia por la mañana de las 9:00 a las 14:00hrs. o por la tarde de las 16:00 a las 19:00 hrs., a los teléfonos: 56 58 39 11 y 56 58 37 44.
- AL teléfono particular 56444674 con Kalina, en donde también puedes dejar recado en la contestadora.
- Departamento de Psicología o Servicios Médicos de tu escuela.

Diseño: Martha Leticia Salazar Garza
Gabriela Ruiz Torres

BRUNO DE ORIZABE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa De Atención Para Adolescentes
Reporte De Retroalimentación

NOMBRE: _____

INHALABLES



Lic. Kalina Martínez Martínez
Dr. Héctor Ayala Velázquez

Retroalimentación de Resultados

1

RETROALIMENTACIÓN PERSONALIZADA
DE RESULTADOS

Los cuestionarios que contestaste durante la sesión anterior nos sirven para conocer tu consumo de marihuana, las consecuencias y los riesgos que enfrentas cuando inhalas.



Es importante que conozcas cuáles son estos resultados para que tengas en cuenta todo lo que sucede o puede suceder cuando consumes inhalables, y te sea más fácil realizar una decisión para no correr riesgos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO ES TU CONSUMO?

Tu patrón de consumo de inhalables se obtiene con base en el calendario de tu consumo. A continuación te proporcionamos información acerca de tu consumo.

- Inhalaste un total de _____ en los últimos seis meses.
- Cantidad máxima de consumo _____
- Cantidad mínima de consumo _____
- Promedio de tu consumo _____
- Días de mayor consumo _____
- Inhalaste un total de _____ días en los últimos seis meses.
- Mayor número de días de abstinencia _____

¿Cuánto es un abuso?

Cualquier cantidad se considera un abuso debido a los efectos que esta sustancia tiene en nuestro organismo.

CONSECUENCIAS CON CUALQUIER CANTIDAD DE CONSUMO

FÍSICAS

RELAJACIÓN



DIFICULTAD PARA MOVERSE



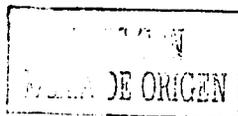
MENOR TRABAJO DEL CORAZON



DIFICULTAD PARA RESPIRAR



MUERTE REPENTINA



PSICOLÓGICAS

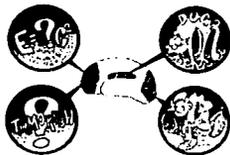
EUFORIA



SE PERCIEN COSAS QUE NO EXISTEN



DIFICULTAD PARA: recordar cosas familiares, seguir conversaciones sencillas, resolver problemas y planear actividades.



LAS PERSONAS SIENTEN QUE SON PERSEGUIDIDAS



REACCIONES DE VIOLENCIA Y AGRESION



TIENEN UNA FALTA DE CIERDAZ

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

EFFECTOS QUE TIENEN SOLUCION

DAÑO EN HIGADO



DAÑO EN RIÑONES



DISMINUCIÓN DE OXIGENO EN LA SANGRE



PSICOLÓGICAS

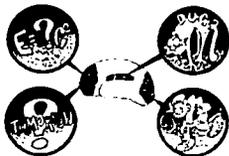
EUFORIA



SE PERCIEN COSAS QUE NO EXISTEN



DIFICULTAD PARA: recordar cosas familiares, seguir conversaciones sencillas, resolver problemas y planear actividades.



LAS PERSONAS SIENTEN QUE SON PERSEGUIDAS



REACCIONES DE VIOLENCIA Y AGRESION



CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

EFFECTOS QUE TIENEN SOLUCION

DAÑO EN HIGADO



DAÑO EN RIÑONES



DISMINUCIÓN DE OXIGENO EN LA SANGRE



PROBLEMA FALLA DE CIERREN

¿QUÉ OPCIONES TIENES PARA RESOLVER LO QUE TE PREOCUPA SOBRE TU CONSUMO?

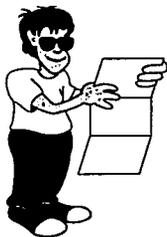
Ahora es importante que pienses por lo menos en 2 opciones con las cuales puedes resolver lo que te preocupa.

Escríbelas:

1. _____

2. _____

¿Alguna otra? _____



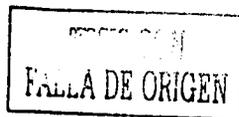
TOMA UNA DECISIÓN

Para terminar elige solo una de las opciones que tienes. Considera lo siguiente:

> Cosas buenas y cosas no tan buenas de cada opción.

	COSAS BUENAS	COSAS NO TAN BUENAS
Opción 1		
Opción 2		

¿CUÁL ES TÚ MEJOR ALTERNATIVA?



- Ahora que ya has aclarado como es tu consumo de inhalables
- Las consecuencias que te ha ocasionado tu consumo
- Hablamos de las cosas que tienes que cuidar y de aquellas que te pueden ayudar.

Empieza a trabajar en la alternativa que elegiste. Además recuerda que puedes encontrarnos en los siguientes teléfonos:



- Centro de servicios psicológicos Acasulco con Kalina , Gaby o Leticia por la mañana de las 9:00 a las 14:00hrs. o por la tarde de las 16:00 a las 19:00 hrs., a los teléfonos: 56 58 39 11 y 56 58 37 44.
- AL teléfono particular 56444674 con Kalina, en donde también puedes dejar recado en la contestadora.
- Departamento de Psicología o Servicios Médicos de tu escuela.

Diseño: Martha Leticia Salazar Garza
Gabriela Ruiz Torres

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa De Atención Para Adolescentes
Reporte De Retroalimentación

NOMBRE: _____

COCAINA



Lic. Kalina Martínez Martínez
Dr. Héctor Ayala Velázquez

Retroalimentación de Resultados

1

RETROALIMENTACIÓN PERSONALIZADA DE RESULTADOS

Los cuestionarios que contestaste durante la sesión anterior nos sirven para conocer tu consumo de marihuana, las consecuencias y los riesgos que enfrentas cuando consumes cocaína.



Es importante que conozcas cuáles son estos resultados para que tengas en cuenta todo lo que sucede o puede suceder cuando consumes cocaína, y te sea más fácil realizar una decisión para no correr riesgos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO ES TU CONSUMO?

Tu patrón de consumo de cocaína se obtiene con base en el calendario de tu consumo. A continuación te proporcionamos información acerca de tu consumo.

¿Cuántas veces consumiste cocaína (en total) de _____ en los últimos seis meses?

¿Cuántas veces consumiste cocaína _____ entre los días de abstinencia _____ en los últimos seis meses?

¿Cuántos días de abstinencia _____ en los últimos seis meses?

¿Cuánto es un abuso?

Cualquier cantidad se considera un abuso debido a los efectos que tienen estas sustancias en nuestro organismo.

CONSECUENCIAS CON CUALQUIER CANTIDAD DE CONSUMO

PSICOLÓGICAS

AGRESIVIDAD



**EUFORIA
ACTIVIDAD
SENSACIÓN DE FELICIDAD
Y QUE SE PUEDE SOLUCIONAR TODO**

CONFUSION



ANSIEDAD

**TRISTEZA
DEPRESIÓN**

**FALTA DE INTERES
POR: COMER, SEXO.**



FALTA DE ORIGEN

FISICAS

DESEO SEXUAL



DISMINUCION DE SED, HAMBRE
FATIGA Y FRIJO.



MAYOR TRABAJO
DEL CORAZON



AUMENTO DE LA
TEMPERATURA



DIFICULTAD PARA
RESPIRAR



CANSANCIO



MUERTE
REPENTINA



TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

DAÑO EN TABIQUE NASAL
CONGESTION DE LA NARIZ



DOLOR ABDOMINAL



CONVULSIONES
VOMITO



MAREO, NAUSEAS,
VOMITO



¿QUÉ OPCIONES TIENES PARA RESOLVER LO QUE TE PREOCUPA SOBRE TU CONSUMO?

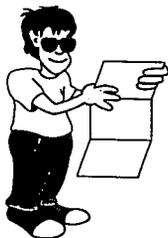
Ahora es importante que pienses por lo menos en 2 opciones con las cuales puedes resolver lo que te preocupa.

Escribelas:

1. _____

2. _____

¿Alguna otra? _____



TOMA UNA DECISIÓN

Para terminar elige solo una de las opciones que tienes. Considera lo siguiente:

> Cosas buenas y cosas no tan buenas de cada opción.

	COSAS BUENAS	COSAS NO TAN BUENAS
Opción 1		
Opción 2		
	¿CUÁL ES TÚ MEJOR ALTERNATIVA?	

- > Ahora que ya has aclarado como es tu consumo de cocaína
- > Las consecuencias que te ha ocasionado tu consumo
- > Hablamos de las cosas que tienes que cuidar y de aquellas que te pueden ayudar.

Empieza a trabajar en la alternativa que elegiste. Además recuerda que puedes encontrarnos en los siguientes teléfonos:



a. Centro de servicios psicológicos Acasuto con Kalina Gaby y Leticia por la mañana de las 9:00 a las 14:00 hrs. por la tarde de las 16:00 a las 19:00 hrs.; a los teléfonos: 56 58 39 11 y 56 58 37 44

a. AL teléfono particular 56444674 con Kalina en donde también puedes dejar recado en la contestadora.

a. Departamento de Psicología o Servicios Médicos de tu escuela.

Diseño: Martha Leticia Salazar Garza
Gabriela Ruiz Torres

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

Láminas de Presentación del Programa para Adolescentes



PROGRAMA PARA ADOLESCENTES QUE
CONSUMEN ALCOHOL Y OTRAS
DROGAS

PRIMERA SESION



- ANALIZAS LAS (VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CAMBIAR TU CONSUMO
- IDENTIFICAS TUS PRINCIPALES RAZONES DE CAMBIO
- ESTABLECES UNA PRIMER META DE TRATAMIENTO COMO: ABSTINENCIA O MODERACIÓN
- SE DISCUTE ACERCA DE QUE TAN IMPORTANTE ES PARA TI ÉSTA PRIMER META, Y LA CONFIANZA QUE TIENES EN TI PARA LOGRARLA

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA SESION



- ANALIZAS TU CONSUMO SEMANAL
- IDENTIFICAS TUS PRINCIPALES SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO
- DETERMINAS LAS SEÑALES QUE SE PRESENTAN ANTES DE TU CONSUMO, Y LAS CONSECUENCIAS QUE ESTE TE OCASIONA
- DESARROLLAS ALTERNATIVAS PARA CONTROLAR TU CONSUMO
- ELIGES LA MEJOR ALTERNATIVA, Y ELABORAS UN PLAN DE ACCION

TERCERA SESION



- ANALIZAS TU CONSUMO SEMANAL
- ESTABLECES LAS METAS QUE QUIERES ALCANZAR EN TU VIDA, A CORTO Y LARGO PLAZO
- ANALIZAS LA FORMA EN QUE TU CONSUMO INFLUYE SOBRE TUS METAS
- PLANEAS EL CAMINO PARA LOGRAR TUS METAS

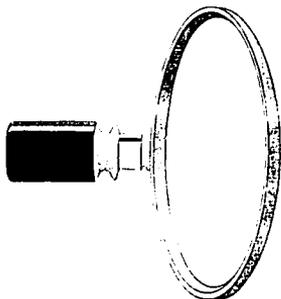
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUARTA SESION



- ANALIZAS TU CONSUMO SEMANAL
- ESTABLECES UNA SEGUNDA META DE CONSUMO
- PLANEAS COMO VAS A MANTENER TU META UNA VEZ QUE HAS TERMINADO EL PROGRAMA
- ANALIZAS LA IMPORTANCIA QUE TIENE PARA TI ÉSTA SEGUNDA META, Y LA CONFIANZA QUE TIENES PARA LOGRARLA
- DAS TUS PUNTOS DE VISTA SOBRE EL PROGRAMA

SEGUIMIENTOS



- ANALIZAS TU CONSUMO AL MES, TRES, SEIS Y DOCE MESES DESPUÉS DE HABER CONCLUIDO EL PROGRAMA
- EVALUAS EL LOGRO DE TU META
- ANALIZAS QUE ESTRATEGIAS TE HAN SERVIDO Y CUÁLES NO
- PLANEAS TUS FUTUROS PASOS

ANEXO 3



CONTRATO TERAPEUTICO

Yo _____, otorgo mi consentimiento para participar en un programa para adolescentes que inician su consumo de drogas. Este programa está integrado de cuatro sesiones, donde al final seré requerido para los seguimientos; lo que tomará un tiempo adicional de 20 a 30 minutos.

Mis responsabilidades dentro del programa son:

1. Leer cuatro breves folletos y hacer 4 ejercicios relacionados con las lecturas de estos folletos.
2. Elaborar registros diarios de mi consumo de alcohol y otras drogas.
3. Proporcionar nombres, direcciones y números telefónicos de por lo menos una persona que pueda ser entrevistada para que proporcione información reciente de mi consumo. Esta entrevista tiene el objetivo de apoyarme en los cambios que quiera realizar en mi consumo.
4. Avisar un día antes de la sesión cuando necesite llegar tarde (tolerancia de 15 minutos) o tenga que faltar.
5. Informar a mi terapeuta aquello con lo cual no este de acuerdo con relación al programa.
6. Asistir a las entrevistas de seguimiento. Estas se programan al transcurrir; 1, 3 Y 6 meses después de haber terminado el programa para adolescentes.

Mis derechos son:

1. Una sesión semanal con duración de una hora.
2. La confidencialidad de mis datos. Mi nombre o alguna otra información que me identifique será resguardada con los datos que yo proporcione.
3. Tengo el derecho a cambiar los nombres de las personas que considere pueden brindar información sobre mi consumo de alcohol y/o otras drogas.
4. Que se me avise por lo menos con un día de anticipación cuando mi terapeuta no pueda asistir a las sesiones o tenga que llegar tarde.
5. Brindar autorización para ser observado a través de cámara gesell o ser grabado a través de video o audio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DATOS PERSONALES DE LOS INFORMANTES

Informante 1:

NOMBRE: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

DIRECCIÓN: _____

_____ Calle Número

 Colonia Ciudad C.P.

TELEFONOS: _____
 Casa Oficina

RELACION O PARENTESCO: _____

Informante 2:

NOMBRE: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

DIRECCIÓN: _____

_____ Calle Número

 Colonia Ciudad C.P.

TELEFONOS: _____
 Casa Oficina

RELACION O PARENTESCO: _____

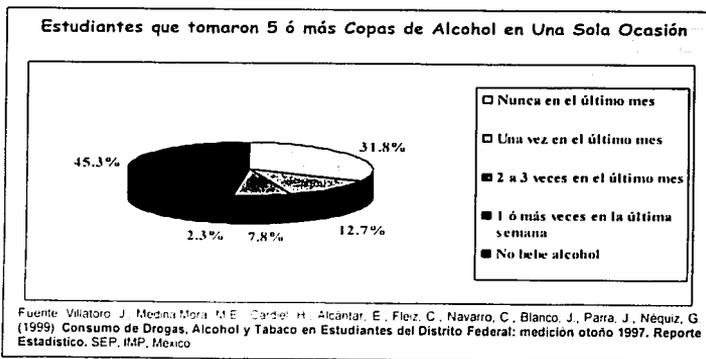
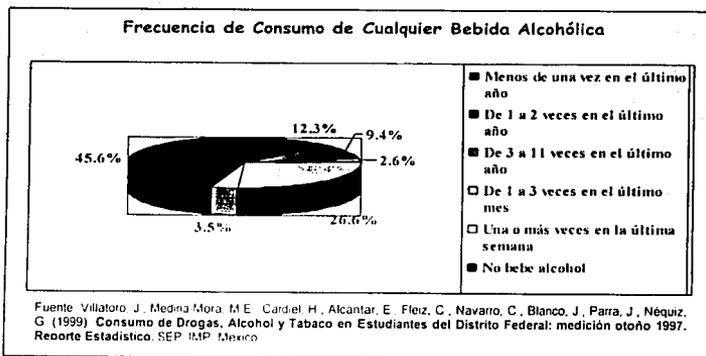
 Firma

 Fecha

TEMA CON
 FALLA DE ORIGEN

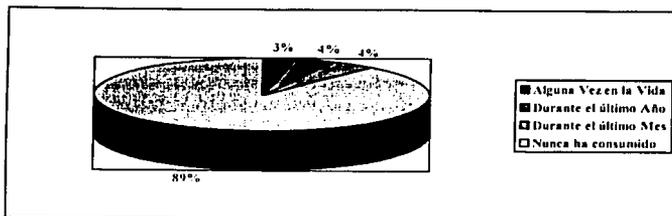
ANEXO 4

Gráficas del Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media y Media Superior



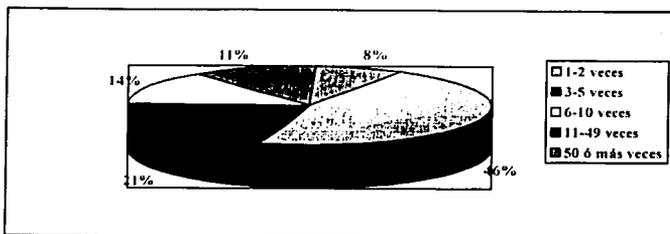
TESIS CON
FALLA DE OPTICAW

Porcentaje de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal



Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcántar, E., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Estadístico. SEP, IMP, México.

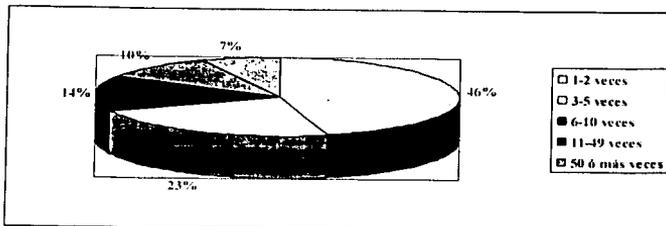
Frecuencia de Consumo de Número de Veces que ha Usado Marihuana



Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcántar, E., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., Néquiz, G. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Estadístico. SEP, IMP, México.

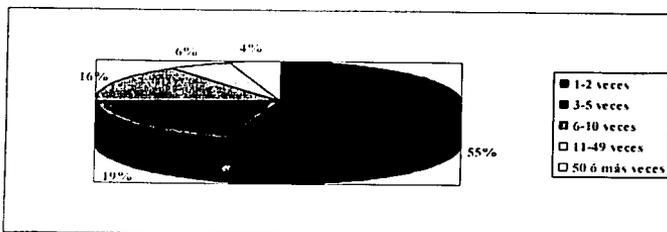
FINIS CON
FALSA DE ORIGEN

Frecuencia de Consumo de Número de Veces que ha Usado Cocaína



Fuente: Villatoro, J. Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcantar, E., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., Nequiz, G. (1999) Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Estadístico. SEP, IMP, México.

Frecuencia de Consumo de Número de Veces que ha Usado Inhalables



Fuente: Villatoro, J. Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcantar, E., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., Parra, J., Nequiz, G. (1999) Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Estadístico. SEP, IMP, México.

IMPRESO CON
TALA DE ORO

ANEXO 5

Escala Original de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Alcohol (traducida al español)

ESCALA DE ESTADOS DE LA DISPOSICION AL CAMBIO (SOCRATES ALCOHOL)

Nombre del usuario: _____ Edad: _____
 Fecha de la aplicación: _____ Sexo: _____ Grado Escolar: _____
 Ocupación actual: _____ Droga de Uso (principal): _____
 Nombre del aplicador: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lee las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que puedes (o no) sentirte acerca de tu forma de beber. Para cada una de las frases, señala con una X la respuesta que representa la mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con la frase. Por favor solamente señala una opción en cada frase.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 Realmente quiero hacer cambios en mi forma de beber					
2 Algunas veces me pregunto si soy un alcoholico					
3 Si no cambio pronto, mi manera de beber, mis problemas empeoraran					
4 Ya empecé a hacer algunos cambios en mi forma de beber					
5 Estaba bebiendo demasiado, pero me las arregle para cambiar mi manera de beber					
6 Algunas veces me pregunto si mi forma de beber está lastimando a otras personas					
7 Soy un bebedor problema					
8 No solo estoy pensando cambiar mi forma de beber, sino que ya estoy haciendo algo al respecto					
9 Ya he cambiado mi forma de beber, y ahora estoy buscando formas para evitar recaer en mi anterior consumo					
10 Tengo serios problemas con mi manera de beber					
11 Algunas veces me pregunto si tengo el control sobre mi forma de beber					
12 Mi forma de beber me está causando mucho dano					
13 Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber					
14 Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que me ocasiono mi consumo de alcohol					
15 Sé que tengo un problema con mi forma de beber					
16 En ocasiones me pregunto si bebo demasiado					
17 Soy un alcoholico					
18 Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber					
19 Hice algunos cambios en mi forma de beber, y quiero ayuda para no caer en la manera en que solía hacerlo					

REVISADO POR
 FALIA DE ORIGIN

ANEXO 6

Escala Original de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Drogas Ilegales (traducida al español)

ESCALA DE ESTADOS DE LA DISPOSICION AL CAMBIO (SOCRATES DROGAS)

Nombre del usuario: _____ Edad: _____
 Fecha de la aplicación: _____ Sexo: _____ Grado Escolar: _____
 Ocupación actual: _____ Droga de Uso (principal): _____
 Nombre del aplicador: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lee las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que puedes (o no) sentirte acerca de tu consumo de drogas. Para cada una de las frases, señala con una X la respuesta que representa tu mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con la frase. Por favor solamente señala una opción en cada frase.

Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas.					
2 Algunas veces me pregunto si soy un adicto.					
3 Si no cambio pronto mi consumo de drogas, mis problemas empeorarán.					
4 Ya empecé a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas.					
5 Estaba consumiendo demasiado, pero me las arreglé para cambiar mi consumo de drogas.					
6 Algunas veces me pregunto si mi consumo de drogas está fastidiando a otras personas.					
7 Tengo un problema con el consumo de drogas.					
8 No solo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas, sino que ya estoy haciendo algo al respecto.					
9 Ya he cambiado mi consumo de drogas y ahora estoy buscando formas para evitar recaer en mi anterior consumo.					
10 Tengo serios problemas con el consumo de drogas.					
11 Algunas veces me pregunto si tengo el control sobre mi consumo de drogas.					
12 Mi consumo de drogas me está causando mucho daño.					
13 Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi consumo de drogas.					
14 Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que me ocasionó mi consumo de drogas.					
15 Se que tengo un problema con mi consumo de drogas.					
16 En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo.					
17 Soy un adicto a la drogas.					
18 Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas.					
19 Hice algunos cambios en mi consumo de drogas, y quiero ayuda para no caer en la manera en que solía hacerlo.					

**TESIS CON
 FALLA**

ANEXO 7

Versión final de la Escala de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Alcohol

ESCALA DE ESTADOS DE LA DISPOSICION AL CAMBIO (SOCRATES ALCOHOL)

Fecha: _____ Expediente: _____ Sesión: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Escolaridad: _____ Terapeuta: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que puede (o no) sentirse acerca de su forma de beber. Para cada una de las frases, señale con una X la respuesta que representa su mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo está con la frase. Por favor solamente señale una opción en cada frase.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. En ocasiones me pregunto si bebo demasiado.	5	4	3	2	1
2. No solo estoy pensando cambiar mi forma de beber sino que ya estoy haciendo algo al respecto.	5	4	3	2	1
3. Sé que tengo un problema con mi forma de beber.	5	4	3	2	1
4. Ya he cambiado mi forma de beber y ahora estoy buscando nuevas alternativas para evitar recaer en mi anterior consumo.	5	4	3	2	1
5. Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico.	5	4	3	2	1
6. Soy un bebedor problema.	5	4	3	2	1
7. Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi forma de beber.	5	4	3	2	1
8. Tengo serios problemas con mi forma de beber.	5	4	3	2	1
9. Si no cambio pronto mi forma de beber mis problemas empeorarán.	5	4	3	2	1
10. Mi forma de beber me está causando mucho daño.	5	4	3	2	1
11. Estoy trabajando duro para cambiar mi forma de beber.	5	4	3	2	1
12. Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que me ocasiono mi consumo de alcohol.	5	4	3	2	1
13. Estaba bebiendo demasiado pero me las arregle para cambiar mi forma de beber.	5	4	3	2	1
14. Soy un alcohólico.	5	4	3	2	1
15. Algunas veces me pregunto si mi forma de beber está lastimando a otras personas.	5	4	3	2	1

FALLA DE ORIGEN

ANEXO 8

Versión final de la Escala de la Disposición al Cambio para Adolescentes Usuarios de Drogas

ESCALA DE ESTADOS DE LA DISPOSICION AL CAMBIO (SOCRATES DROGAS)

Fecha: _____ Expediente: _____ Sesión: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Escolaridad: _____ Terapeuta: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lee las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que puedes (o no) sentirte acerca de tu consumo de drogas. Para cada una de las frases, señala con una X la respuesta que representa tu mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo estas con la frase. Por favor solamente señala una opción en cada frase.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo	5	4	3	2	1
2. No solo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas si no que ya estoy haciendo algo al respecto	5	4	3	2	1
3. Sé que tengo un problema con mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
4. Ya he cambiado mi consumo de drogas y ahora estoy buscando alternativas para evitar recaer en mi anterior consumo	5	4	3	2	1
5. Tengo un Problema con el consumo de drogas	5	4	3	2	1
6. Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
7. Tengo serios problemas con el consumo de drogas	5	4	3	2	1
8. Ya empecé a hacer cambios en mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
9. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
10. Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas.	5	4	3	2	1
11. Estaba consumiendo demasiado pero me las arregle para cambiar mi consumo de drogas	5	4	3	2	1
12. Soy un adicto a las drogas	5	4	3	2	1
13. Algunas veces me pregunto si mi consumo de drogas está lastimando a otras personas	5	4	3	2	1

ENTREGAR CON
 EL ORIGINAL DE ORIGEN

ANEXO 9

"CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN ACERCA DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS"

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Sexo: (F) (M) Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Terapeuta: _____ Núm. Expediente: _____

Instrucciones: Por favor, responde este cuestionario. Tiene el propósito de conocer tu opinión con respecto al terapeuta y los adolescentes que asisten a los programas de tratamiento sobre el abuso de sustancias. Señala con una "X" tu respuesta.

Este no es un examen, no hay respuestas buenas o malas. Te pedimos que respondas lo más honestamente posible.

En los programas de tratamiento el terapeuta...	Nunca	En ocasiones	Casi Siempre	Siempre
1. Comprende los sentimientos del adolescente sobre el consumo de sustancias.				
2. Ayuda al adolescente para que analice las consecuencias de su consumo.				
3. Entiende los puntos de vista del adolescente sobre el consumo de sustancias.				
4. Juzga o critica el comportamiento del adolescente con relación al consumo.				
5. Acepta cualquier decisión del adolescente con relación al consumo.				
6. Culpabiliza al adolescente de su comportamiento.				
7. Determina las metas para el tratamiento sin considerar la opinión del adolescente.				
8. Analiza con el adolescente, como afecta el consumo de sustancias sus metas a futuro.				
9. Promueve que el adolescente encuentre sus razones de cambio.				
10. Obliga al adolescente para que acepte que tiene un problema con el consumo de sustancias.				
11. Propone soluciones al adolescente dejando de lado las decisiones de éste.				
12. Obliga al adolescente a aceptar sus puntos de vista.				
13. Promueve que el adolescente incremente su confianza para el logro de sus metas.				

RECIBIDO POR
 FECHA DE ORIGEN

En los programas de tratamiento yo...	Nunca	En ocasiones	Casi Siempre	Siempre
14. Solamente obedezco ordenes acerca de lo que tengo que hacer con el consumo de sustancias.				
15. Decido que quiero hacer acerca de mi consumo de sustancias.				
16. Tomo en cuenta las sugerencias dadas por el terapeuta.				
17. Analizo las consecuencias del consumo y hago cambios en este.				
18. Identifico las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.				
19. Identifico las consecuencias negativas del consumo de sustancias.				
20. Busco opciones para cambiar mi consumo de sustancias.				
21. Decido que hacer con el consumo, después de que escucho y analizo las sugerencias del terapeuta.				
22. Identifico las consecuencias positivas del consumo de sustancias.				
23. Opino acerca de lo que tengo que hacer con el consumo de sustancias.				
24. Soy el principal responsable de lograr la meta del tratamiento.				
25. Solo escucho lo que debo hacer con el consumo de sustancias.				
26. Resuelvo tareas o ejercicios que me ayudan a cambiar el consumo de sustancias.				
27. Decido que hacer con el consumo dejando de lado las opciones y el consejo del terapeuta.				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 10

Entrevista de Seguimiento
Intervención Breve para Adolescentes
Inducción al Tratamiento

Nombre: _____ Núm. de expediente: _____
Terapeuta: _____ Fecha: _____

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar:

- > Resultados de la sesión de admisión
- > Resultados de la evaluación
- > Aspectos trabajados con el adolescente durante la sesión de inducción

1.-Lugar de la entrevista:

- _____ (1) Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología
- _____ (2) Escuela donde se llevo a cabo el programa
- _____ (3) Por teléfono
- _____ (4) Otro lugar _____

2.-¿Qué tan satisfecho estas con tu vida en este momento?

Muy Satisfecho Satisfecho Inseguro Insatisfecho Muy Insatisfecho

|-----|-----|-----|-----|-----|

3.-¿Después de la sesión de inducción, acudiste al programa de tratamiento para adolescentes?

- _____ (1) Si.
- _____ (2) No. Continúe con la pregunta 5

4.-¿Qué sesiones tomaste del programa de tratamiento?

- _____ (1) Inducción al tratamiento
- _____ (2) Balance Decisional
- _____ (3) Identificación de Situaciones de Riesgo
- _____ (4) Desarrollo de Metas de Vida
- _____ (5) Establecimiento de 2ª Meta de Consumo

5.-Razones por las cuales no regresaste después de la sesión de inducción

- _____ (1) Enfermedad
- _____ (2) Cambio de residencia
- _____ (3) Decidió cambiar su consumo sin ayuda
- _____ (4) Ingresó a otro programa de tratamiento
- _____ (5) Simplemente no le interesó regresar
- _____ (6) No recordó su cita
- _____ (7) Otras _____

6.-¿Has recibido algún otro tratamiento además de éste o has participado con grupos de auto-ayuda para resolver tu problema de consumo excesivo de alcohol o consumo de drogas, en este tiempo?

- _____ (1) Si. Continúe con la pregunta 6
- _____ (2) No. Continúe con la pregunta 7

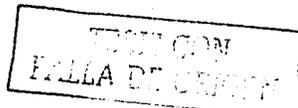
7.-Describe el tipo de tratamiento y caliifiquelo:

Caliificación: (1) útil (2) no tuvo ningún efecto (3) inútil

Tipo de tratamiento ayuda

- (1) Toxicológico
- (2) Grupo de auto-ayuda
- (3) Psicólogo particular
- (4) Centro de atención comunitaria

Caliificación



- (5) Clínica privada _____
 (6) Grupo religioso para jóvenes _____
 (7) Otro: _____

Patrón de Consumo de Alcohol y otras Drogas

Preguntas 8 y 9 solo para usuarios de alcohol

8.-Usuarios de alcohol

Número de días que bebiste para evitar o minimizar la cruda, en el último mes (utilizar el espacio adecuado para la respuesta):

- 1) Días de consumo _____
 2) El consumo de alcohol no es problema _____

9.-Marca la alternativa que mejor describa tu manera de beber durante el último mes:

000= El consumo de alcohol no es problema

- _____(1) No es un problema
 _____(2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
 _____(3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
 _____(4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero fue seria)
 _____(5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias negativas, dos de las cuales, considero fueron serias)

Preguntas 10 y 11 solo para usuarios de drogas

10.-Número de días que consumiste drogas para evitar o minimizar los malestares por el consumo del día anterior, en el último mes (utilizar el espacio adecuado para la respuesta):

- 1) Días de consumo _____
 2) El consumo de drogas no es problema _____

11.-Marca la alternativa que mejor describa tu consumo de drogas durante el último mes:

000= El consumo de drogas no es problema

- _____(1) No es un problema
 _____(2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
 _____(3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
 _____(4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero fue seria)
 _____(5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias negativas, dos de las cuales, considero fueron serias)

Preguntas sobre la Inducción al Tratamiento

12.-¿Recuerdas la sesión en la cual se te entregaron los resultados de tu evaluación?

- _____(1) Sí Continúe con la pregunta 14
 _____(2) No Continúe con la pregunta 19

13.-Describe _____cual_____ fue _____el_____ objetivo _____de _____la _____ sesión?

CON
 FALLA DE ORIGEN

14.-En general consideras que los aspectos tratados durante esa sesión fueron:

- (1) útiles para mi
 (2) no tuvieron ningún efecto en mi
 (3) inútiles para mi

¿Porque? _____

15.-¿Qué tan útil fue esa sesión para que tú aceptarás entrar al programa de tratamiento?

- (1) No recuerdo.
 (2) Nada útil.
 (3) Sin opinión.
 (4) Útil.
 (5) muy útil.

¿Porque? _____

16.-En general, ¿cómo consideras que fue tu elección de entrar al programa de tratamiento?

- (1) Una buena elección ¿Por qué? _____
 (2) Sin comentarios
 (3) Una mala elección ¿Por qué? _____

17.-Si estuvieras nuevamente en esa sesión ¿tomarías la misma decisión?

- (1) Si.
 (2) No.

¿Por qué? _____

18. ¿Qué influyo para que ingresarás a tratamiento? (Cuando el adolescente ingresa a tratamiento se le pregunta sobre otras cosas que influyeron para que acudiera a su primer sesión)

19.-¿Consideras que está sesión debería seguirse aplicando?

- (1) Si.
 (2) No.

¿Por qué? _____

20.-Comentarios o sugerencias para la sesión de inducción

