

019851
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE
PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

TUTOR:

DR. HÉCTOR E. AYALA VELÁZQUEZ †

COMITÉ TUTORAL:

- DRA. MARÍA ELENA MEDINA MORA-ICAZA
- DR. MARK B. SOBELL
- DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO
- DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
- DRA. ISABEL REYES LAGUNES
- DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedico esta tesis a mi tutor y maestro el Dr. Héctor E. Ayala Velázquez.
Por sus enseñanzas al hacer investigación, su entusiasmo en el quehacer
psicológico y su apoyo incondicional.
Gracias por estos seis años de aprendizaje significativo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
contenido de mi trabajo de tesis.
NOMBRE: Kalina Tzelo
Martínez Martínez
FECHA: 22 - agosto - 05
FIRMA: RET 44

Agradezco a la Dra. Medina Mora por ser mi maestra, por sus aportaciones teóricas y metodológicas a lo largo de este trabajo.

A los miembros de mi Comité:

Dr. Mark Sobell
Dra. Emilia Lucio
Dr. Juan José Sánchez Sosa
Dra. Isabel Reyes Lagunes
Dra. Carmen Lara

Por sus invaluable comentarios y atenciones al presente trabajo.

A Leticia Echeverría, mi primer maestra en el campo de las intervenciones breves, por su apoyo en la realización de este proyecto. Gracias por compartir tus conocimientos y experiencias en el área.

A Miguel Ángel Medina, por enseñarme la aplicación del modelo de bebedores problema y compartir los buenos y malos momentos al inicio de este trabajo.

A Leticia Salazar por su escucha reflexiva, su participación en la aplicación de este programa y sus aportaciones en la revisión de este trabajo. Gracias por tu amistad.

A Gabriela Ruiz por su entusiasmo, colaboración y aportaciones durante el desarrollo de esta investigación. Gracias por tu apoyo.

A Roberto Oropeza por sus comentarios a este trabajo y su amistad.

Muy especialmente a Jennifer Lira por compartir dudas y buscar respuestas. Gracias por darme fortaleza, sarcasmo y amistad.

A todos los adolescentes e instituciones que participaron en este proyecto de investigación. Gracias por su confianza y sus enseñanzas.

A mis Papás por ser mis mejores y más cercano ejemplo de estudio, compromiso y tenacidad. Gracias por sus cuidados y su amor.

A Francisco por compartir su pasión por la investigación, por invitarme a esta aventura. Por ser parte de esta tesis.

A mi hijo Axel, mi revolución y motivación principal.

A mis hermanos Liliana, Mayté y Sinuhé, mis compañeros de vida, mis cómplices y espejo. Gracias por su apoyo infinito.

A mi otra hermana, Aymé por estar siempre presente.

Índice

Resumen	6
Abstract	8
Introducción	10
1. Adolescencia y Consumo de Alcohol y otras Drogas	13
1.1 Adolescencia	13
1.2 Datos Epidemiológicos: Tendencias del consumo de Drogas en la Población Estudiantil	19
1.3 Consecuencias Relacionadas con el consumo de Drogas	21
1.4 Factores de Riesgo y Protectores relacionados con el Consumo de Drogas	22
2. Programas de Prevención del Uso y Abuso de Drogas en Adolescentes Escolares	26
2.1 Entendiendo el problema: El Continuo de severidad de la adicción	26
2.2 Niveles de Prevención: Universal, Selectiva e Indicada	29
3. Fundamentos Teóricos de las Intervenciones Breves	37
3.1 Teoría del Aprendizaje Social	37
3.2 Entrevista Motivacional	42
3.3 Procedimientos de Autocontrol	46
3.4 Prevención de Recaídas	49
4. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Abusan del Alcohol u Otras Drogas	54
5. Método	61
5.1 Objetivos	61
5.2 Diseño de Investigación	61
5.3 Sujetos	61
5.4 Instrumentos	62
5.5 Escenario	69
5.6 Procedimiento	70
6. Resultados	82
7. Discusión	117
8. Referencias	134

Resumen

En las últimas décadas, el consumo y abuso de drogas legales e ilegales en los jóvenes ha sido considerado como un serio problema de salud pública tanto en el ámbito internacional como en nuestro país (Villatoro et al., 1999). Datos epidemiológicos indican que la mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con drogas alrededor de los 16 años, pero esta experimentación continua disminuyendo presentándose en promedio a los 12 o 13 años en la actualidad.

Esto representa altos costos en diversas áreas: el campo de la salud, específicamente con respecto al tratamiento especializado, atención médica, servicios de salud mental, accidentes y muertes relacionadas con dicho abuso; en el área escolar, expulsiones, fracaso y/o deserción; así como conductas agresivas/delictivas, contacto sexual de riesgo y otros problemas de conducta (Barnes, 1984; Castro, Rojas, & De La Serna, 1988; Chung & Elias, 1996; Farrel, Danish, & Howard, 1992; Nazar-Beutelspacher et al., 1994; Villatoro et al., 1999).

Ante este hecho se ha recomendado fortalecer acciones que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al adolescente a diferentes problemas relacionados con el abuso de las drogas. Estos programas se deben caracterizar por ser costo-eficientes, breves y capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse a una variedad de culturas (Babor, Ritson, & Hodgson, 1986; Heather, 1989; 1996; Minicucci, 1994).

El objetivo general de esta investigación fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para adolescentes entre 14 y 18 años de edad, escolarizados de nivel medio y medio superior, que consumen alcohol en exceso u otras drogas y presentan problemas relacionados con este patrón de consumo pero que aun no desarrollan dependencia. El tipo de estudio utilizado fue el diseño de caso único con 27 replicas, el programa de intervención breve consistió en 4 sesiones individuales con los adolescentes en las cuales establecieron metas de reducción de consumo, identificaron sus situaciones principales de consumo,

desarrollaron planes de acción para enfrentar estas situaciones principales de consumo y analizaron el impacto del consumo de alcohol u otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto y largo plazo.

Los resultados de los 27 sujetos que participaron en el programa, mostraron cambios en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), comparando las mediciones de los datos a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. Así mismo, hubo cambios en el nivel de auto eficacia (percepción de la capacidad de los sujetos para controlar sus situaciones de consumo). Se realizó un ANOVA de una vía, para verificar cambios significativos en el puntaje de cada una de las escalas del Cuestionario en las diferentes fases del programa (Línea Base, Tratamiento y Seguimiento). En todas las escalas se encontró un efecto significativo; las escalas de Emociones Desagradables, Emociones Agradables, Probando Autocontrol, Conflicto con Otros, Presión Social y Momentos Agradables con otros, mostraron un nivel de significancia de $p < 0.01$, $F(2, 78) = 24.30, 12.47, 11.34, 11.02, 16.91$ y 25.62 respectivamente. Con respecto a las escalas Malestar Físico y Necesidad Física presentaron un nivel de significancia de $p < 0.05$ $F(2, 78) = 3.97$ y 3.26 respectivamente. Para evaluar los efectos del programa sobre los problemas que los sujetos asocian con su consumo de alcohol u otras drogas, éstos se clasificaron en 7 áreas: Escolares, de Salud, Cognoscitivos, Interpersonales, Familiares, Legales y Financieros. Al final del Tratamiento se observó una reducción en el número de sujetos que presentaron problemas relacionados en las 7 áreas, en comparación con el número de sujetos que reportaron problemas al iniciar el programa. Esta investigación es uno de los primeros esfuerzos por demostrar el impacto de las intervenciones breves en el patrón de consumo de los adolescentes. A la luz de los resultados se discute la aportación de los componentes del programa en el cambio del patrón de consumo y se establecen líneas de investigación para la adaptación y diseminación del modelo en otras poblaciones y contextos.

Palabras clave: Adolescencia, Abuso de alcohol y otras drogas, Intervención Breve, tratamiento cognoscitivo – conductual.

Abstract

In the last decades, the legal and illegal drug consumption and abuse in the young people have been considered like a serious public health problem as much as in the international scope and in our country (Villatoro et al., 1999). Epidemiological data show that most users try drugs for the first time when they are about 16 years old, but this age of initiation is getting lower, becoming to 12 or 13 years old in the last years. This phenomenon results in very high costs on many different items: in the health field, specially about specialized treatment, physical treatment, mental health services, car crashes, and deaths related to substance misuse; in school fields, it means failures, drop-outs and desertion; it even leads to aggressive behaviour and crime, risky sexual behaviour and many other behavioural problems (Barnes, 1984; Castro, Rojas, & De la Serna, 1988; Chung & Elias, 1996; Farrel, Danish, & Howard, 1992; Nazar-Beutelspacher et al., 1994; Villatoro et al., 1999).

Based on this facts, it has been recommended to strengthen actions based on the early identification of those patterns which may lead the adolescent to present the problems related to substance abuse. Such programs must be cost-effective, briefs and easy to implement in a wide range of environments and ethnic groups (Babor, Ritson, & Hodgson, 1986; Heather, 1989, 1996; Minicucci, 1994).

The main goal of this investigation was to develop and to evaluate a brief intervention program for teenagers between 14 and 18 years old, students of mid and high level, whom misuse (or abuse) alcohol and other drugs (not having developed dependence for the substances yet), but presenting negative consequences (or at least risks) related to their pattern of consumption. The researcher used a single-case design with 27 replies, the program consisted of 4 individual sessions with the participants in which they choose their own goals of substance reduction, identified their high risk situations of consume, developed coping plans for each risk situation, and praised the impact of their substance use on their own life-goals success.

Outcomes of all 27 participants showed changes in their consumption

pattern (measured by frequency and quantity), comparing it all along treatment phases: base-line, intervention and follow-up. There were changes in self-efficacy levels too (the perception about their own capability to abstain or moderate at the high risk situations of consume). A one-way ANOVA analysis was made to verify significant changes in scores at each scale of the Questionnaire along the phases of the program listed before; there was a significant effect in all the scales. Scales of Unpleasant Emotions, Pleasant Emotions, Testing personal control, Conflict with Others, Social Pressure, and Pleasant time with Others showed a significance level of $p < 0,01$, $F(2, 78) = 24,30, 12,47, 11,34, 11,02, 16,91$ and $25,62$ respectively. The scales of Physical discomfort and Urges and temptation to drink showed a significance level of $p < (2, 78) = 3,97$ and $3,26$ respectively.

In order to evaluate the intervention effects on the problems that the subjects associate with their alcohol (or other drugs) consumption, there is a 7 area clasification: School, Health, Cognitive, Interpersonal, Family, Legal and Economic. At the end of the Treatment there is a reduction in the number of subjects that presented problems related to these 7 areas, compared with those who reported problems at the beginning of the program.

This investigation is one of the first efforts to demonstrate the brief intervention's impact in the teenager's pattern of consumption. Based on the results, the program's contribution to change the consumption pattern is discussed, and the lines of investigation to adapt and disseminate the model in other populations and contexts are defined.

Key words: Adolescent, Alcohol and drugs abuse, Brief intervention, Cognitive – behavioral treatment.

Introducción

Los estudios epidemiológicos de las últimas décadas han reflejado que uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país es el consumo de alcohol, y que en últimas fechas el consumo de otras drogas ha presentado un incremento, resaltando el consumo en grupos de alto riesgo como es el caso de los adolescentes.

La investigación desde distintas disciplinas, ha logrado integrar un importante cuerpo de conocimientos acerca de las dimensiones del problema, los procesos y variables que subyacen a la génesis y al mantenimiento de la conducta adictiva e, incluso, las implicaciones que su abuso conlleva tanto para el individuo como para la sociedad en la que ésta inmerso. Sin embargo, en el ámbito de la prevención y el tratamiento la investigación ha sido escasa, por lo que proliferan programas sin un marco teórico definido y sin una sistematización adecuada. Los resultados, como era de esperar, distan mucho de ser satisfactorios.

Por ejemplo, en un intento por prevenir que los adolescentes consuman alcohol u otras drogas, se han desarrollado una infinidad de programas psicosociales de los que se desconoce su efectividad, debido a que la gran mayoría carece de evaluaciones sistemáticas de los resultados (Schinke, Orlandi, & Cole, 1992), la única conclusión que se tiene al respecto es que una intervención es mejor que nada (Catalano, Hawkins, Wells, & Miller, 1990).

Sin embargo, existen esfuerzos en lo que se refiere a la detección temprana de las personas que inician un consumo riesgoso de alcohol u otras drogas. Al respecto, el Instituto de Medicina en los Estados Unidos (Institute of Medicine, 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 consecuencias negativas del consumo, y que no han desarrollado dependencia a la sustancia. Aunque este modelo ha sido propuesto principalmente para el consumo de alcohol, también es aplicable al consumo de otras sustancias como el tabaco y drogas ilegales. La propuesta general del modelo es que el trabajo debe centrarse en el desarrollo de las intervenciones

preventivas breves, con objeto de minimizar el desembolso de recursos innecesarios.

Las intervenciones breves han demostrado resultados efectivos para el tratamiento de las conductas adictivas, las cuales tienen sus bases en estrategias cognitivo-conductuales (Alden, 1988; Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1998; Sánchez-Craig, Annis, Bornet, & McDonald, 1984; Sobell & Sobell, 1993; Sobell & Sobell, 1999). La aplicación de estas aproximaciones se han realizado principalmente con adultos que presentan problemas relacionados con el consumo por el abuso de sustancias. Es hasta la última década que se han realizado algunos intentos por adaptar este modelo a los adolescentes que inician el consumo problemático de alcohol u otras drogas, sin embargo, solamente se han publicado resultados de estudios piloto que no son concluyentes por lo que es necesario más investigación.

Estos esfuerzos de adaptar los programas de intervención breve se han hecho hasta últimas fechas por una serie de razones tanto metodológicas como sociopolíticas. Por ejemplo, ha sido complicado la detección de los casos que inician con el consumo de alcohol y otras drogas, por lo que los esfuerzos de trabajo se dirigen hacia la prevención universal. Por otro lado, desarrollar estrategias de intervención que tienen como objetivo el consumo moderado o la reducción del consumo, ha llevado a una serie de debates en el ámbito social y político, que tienen como premisa "que si se aceptan intervenciones dirigidas a grupos de adolescentes se estaría aceptando que éstos sean consumidores" y finalmente el aceptar el consumo moderado de alcohol entre los adolescentes es ilegal.

Debido a esto, los programas de intervención se han aplicado indiscriminadamente a diferentes poblaciones y grupos de edades, siendo uno de estos grupos los adolescentes. Ante este hecho, es necesario hacerse las siguientes preguntas ¿los programas de intervención deben considerar la etapa del desarrollo de las poblaciones a las que están dirigidas?, ¿se debe considerar el nivel de abuso para diseñar los programas de intervención?, ¿las intervenciones

breves pueden ser efectivas en población adolescentes que inicia el consumo de alcohol y otras drogas?

Para tratar de dar respuesta a estas preguntas, en esta tesis se desarrolló y evaluó un programa de intervención breve tomando en consideración el nivel de abuso de los sujetos y la edad de inicio en el consumo, dado que son elementos importantes para decidir en que momento se deben programar estrategias de intervención dentro de la población, y de esta manera, prevenir problemas posteriores que hacen más difícil su tratamiento.

Este trabajo se divide en 7 capítulos, los primeros 4 capítulos hacen referencia al marco conceptual y los 3 últimos capítulos corresponden al trabajo de investigación, método, resultados y discusión.

Con respecto al marco conceptual, el primer capítulo explica las características principales de la adolescencia, revisa el contexto epidemiológico del consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes escolares y los factores de riesgo relacionados. El segundo capítulo analiza los diferentes niveles de severidad de la adicción y los niveles de prevención de acuerdo a este continuo de severidad. El tercer capítulo revisa la teoría del aprendizaje social, marco conceptual de las intervenciones breves, además de otros de sus componentes como son la entrevista motivacional, el autocontrol y la prevención de recaídas. En el cuarto capítulo se explica la importancia del desarrollo de un programa de intervención breve para adolescentes y se revisan otros esfuerzos a nivel internacional.

Finalmente, en la parte correspondiente a la investigación se describen los patrones de consumo y el cambio generado por el programa de intervención breve, así como sus repercusiones en los problemas asociados al consumo. Los resultados se analizan principalmente a través de la inferencia visual, aunque se corroboran con análisis de tipo estadístico. Los resultados de la investigación permiten hacer conclusiones respecto a la efectividad del programa en adolescentes escolarizados que inician el consumo de alcohol y otras drogas. También, se discute la necesidad de probar el programa en otras poblaciones de adolescentes y buscar estrategias eficaces en la detección de casos.

CAPITULO I

Adolescencia, Consumo de Alcohol y Otras Drogas

1.1 Adolescencia

Etimológicamente, la palabra adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa "crecer" o "desarrollarse hacia la madurez". (Muss, 1999). La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1995) sitúa los límites de la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad, sin embargo, existen grandes variaciones en cuanto a las edades de inicio, término y duración de este período de transición. El criterio cronológico solamente sirve como referencia general para describir una parte del desarrollo humano. Tradicionalmente, en la sociedad occidental la adolescencia se considera como el período de vida situado entre la infancia y la edad adulta (Lerner, 1993; Muus, 1999). En este periodo la mayoría de las características biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de una persona están cambiando de lo que se considera característico de la infancia, hacia lo que se considera característico de la adultez; esto implica la necesidad de los individuos de llevar a cabo una serie de adaptaciones y el enfrentamiento a diversos conflictos (Lerner & Galambos, 1998). Se han elaborado diferentes definiciones y teorías basadas en los diferentes cambios y su concepción, a continuación se describen algunas de las teorías que ejercen mayor influencia en la psicología.

Uno de los primeros psicólogos en formular una teoría de la adolescencia fue G. Stanley Hall (1916). Este autor retomó la teoría de la evolución biológica de Darwin para elaborar la Teoría Psicológica de la Recapitulación, según la cual el sujeto, en el transcurso de su desarrollo, atraviesa etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad, lo cual está determinado fisiológica y genéticamente. De esta manera, Hall sostenía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables -característicos de fases históricas del pasado- deben ser tolerados por padres y educadores, puesto que son etapas necesarias del desarrollo social. Según esta teoría, los cambios físicos más importantes de esta etapa ocasionan cambios psicológicos, por lo que la

necesidad de los adolescentes para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio, llevan a un periodo de "tormenta y estrés", que se describe como un periodo de emociones abruptas, fuertes y muy variables (Delval, 1994; Muus, 1999).

Otros autores como Spranger, Hollinworth, y Lewin, (citados en Muus, 1999), han considerado que esta situación de "tormenta y estrés" no es inevitable para todos los adolescentes, estos autores señalan que cuando la comunidad facilita una transición serena y gradual de la niñez a la vida adulta no hay tormenta ni estrés, sino una aceptación fácil del papel adulto. Por el contrario, los conflictos se presentan cuando los jóvenes tienen que enfrentarse con un medio social, que se les presenta limitante; por lo que los conflictos de los adolescentes son un producto social y no una característica del desarrollo humano (Delval, 1994; Muus, 1999).

El psicoanálisis resalta los factores biológicos que desencadenan el fenómeno adolescente y que se manifiestan en los conflictos de integración social. Desde esta perspectiva, se plantea que la adolescencia es el resultado del desarrollo de pulsiones sexuales que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psicológico. Según dicha teoría, se da un despertar de la sexualidad que lleva a buscar objetos amorosos fuera de la familia, modificando los lazos con los padres; a esto se agrega la búsqueda de independencia, que en algunos casos puede manifestarse por conductas tales como vinculación con personajes famosos; fusión con otras personas o ideas abstractas; ambivalencia, la cual se manifiesta en inestabilidad emocional en las relaciones; contradicciones en deseos o pensamientos y fluctuaciones en el estado de ánimo, hasta que logra la independencia tanto emocional como física y/o económica (Aberasturi & Knobel, 1992).

Algunas de las teorías sobre adolescencia coinciden en que el desarrollo adolescente, se caracteriza por el cambio en las relaciones entre el individuo y los múltiples niveles de contexto en que se desenvuelve el joven. Se presenta un conjunto de cambios biológicos, psicológicos, y sociales que determinan la transición entre la infancia y la edad adulta, y el desarrollo hacia la independencia y la autonomía (Lerner & Galambos, 1998; Watson, 1991). Normalmente, se

considera que el inicio de la adolescencia se da con la pubertad, que es el proceso que lleva a la madurez sexual e incluye la capacidad de reproducción. Sin embargo, la terminación de la adolescencia no está tan bien definida, ya que tiene que ver con factores sociales, como el momento en que se asumen responsabilidades y conductas de la edad adulta.

La pubertad, inicio de la adolescencia, se caracteriza por cambios biológicos que consisten, principalmente, en incrementos, cambios y diferenciaciones hormonales que propician el desarrollo físico que indica el fin de la infancia; dichos cambios son, principalmente, un rápido incremento en peso, estatura, y en la forma y las proporciones del cuerpo, lo que resulta en la acentuación de las diferencias entre hombres y mujeres (Delval, 1994; Lerner, 1993; Papalia, 1982).

El alcance de la madurez sexual proporciona al joven las condiciones óptimas para la procreación; sin embargo, todavía se encuentra en un proceso de maduración y adaptación en diferentes ámbitos que implica una serie de situaciones, pensamientos y sentimientos que pueden resultar estresantes (Feldman & Elliot, 1990; Lerner, 1993; Petersen, 1988).

En el ámbito psicológico se producen marcadas modificaciones cognoscitivas, afectivas, y en las relaciones interpersonales. La investigación en el desarrollo cognoscitivo sugiere que ocurren diversos cambios en el pensamiento durante la adolescencia (Lerner & Galambos, 1998). En la adolescencia temprana, las habilidades cognoscitivas mejoran de manera que los individuos se vuelven más rápidos y más eficientes en el procesamiento de información. Según Piaget (1966) en esta etapa, se producen cambios importantes en el pensamiento, que van unidos a modificaciones en la posición social. Una característica fundamental de la adolescencia, es la inserción en la sociedad de los adultos, donde surge la necesidad de elaborar planes de vida, tomar decisiones y comparar alternativas, lo que el adolescente consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Piaget (op cit.) expresa que, hay un logro de las operaciones formales o madurez cognoscitiva, la cual se alcanza gracias a la interacción entre la madurez del sistema nervioso central y la ampliación del medio

social; esto le permite al joven tener mayor capacidad de crítica, tanto a su medio como hacia sí mismo, de discusión, búsqueda y planteamiento de argumentos, de razonamiento hipotético-deductivo, y una mayor capacidad de abstracción (Delval, 1994; Watson, 1991).

En las áreas afectiva y de relaciones interpersonales, los cambios más importantes son la búsqueda de un sentimiento de identidad, que lleva consigo una independencia respecto a los demás miembros de la familia, el desarrollo de relaciones más cercanas con los pares y la adopción de importantes decisiones sobre su vida (WHO, 1995). La construcción de la identidad y la crisis asociada con ella, se debe a que los adolescentes necesitan desarrollar sus propias creencias y metas, así como sentirse aceptados con sus propias características y sus propios logros (Delval, 1998). Según Erikson (1950), el adolescente vive en la etapa de "Identidad vs. Confusión", en la que obtiene la consolidación de su identidad y de este modo garantiza su desarrollo ulterior. Durante el proceso de adquisición de identidad, el adolescente se enfrenta con el medio social y es éste quien juega un papel determinante en diversos aspectos de esta etapa del desarrollo. El sujeto debe aprender los valores y creencias acorde a su grupo de pares, se acentúa su necesidad de comunicación social y de autoafirmación, al mismo tiempo que tiene que adoptar diversos "roles" o papeles sociales (Delval, 1994). De esta manera, la adquisición de nuevos roles plantea al adolescente mayores exigencias y expectativas, lo que puede ser generador de conflictos y tensión, así como de dos reacciones fundamentales de parte del adolescente: 1. Aislamiento, causado por los cambios bruscos de estado de ánimo y; 2. Oposición, que se da cuando el adolescente considera que es capaz de pensar por sí mismo, que es un ser autónomo e independiente y expresa su inconformidad y desacuerdo con los adultos (Lerner & Galambos, 1998). En este contexto, se añaden los cambios que el adolescente experimenta a nivel institucional, que corresponde a los cambios de nivel escolar que implican mayores exigencias para su capacidad de adaptación a nuevos ambientes y de establecer nuevas relaciones interpersonales (Lerner & Galambos, 1998).

De acuerdo con diversas investigaciones (WHO, 1995) el óptimo crecimiento y desarrollo biológico y social de los adolescentes se logra más fácilmente cuando estos se encuentran en ambientes saludables y armoniosos, donde se sienten comprendidos, y donde se les ayuda y apoya en períodos de transición no siempre fácilmente superables. Por ello, los comportamientos que se adquieren desde la infancia tienen una importancia clave en la vida de los adolescentes.

Sin embargo, el desarrollo normal en la adolescencia involucra cierta variabilidad, lo que significa que no todos los adolescentes responden de la misma manera; las diferencias inter e intra-individuales en los cambios del desarrollo son inevitables en este período de la vida (Lerner, Ostrom, & Freel, 1997). Los retos característicos de esta etapa del desarrollo, son matizados por dichas diferencias y los problemas que cada joven encuentra para enfrentar los estresores de este período. Algunos adolescentes presentan conducta antisocial, consumo y abuso de alcohol y otras drogas, prácticas sexuales de riesgo, deficiencias en el cuidado de la salud, etc. (Lerner & Spanier, 1978), lo que ocasiona que sus oportunidades de vida se vean reducidas.

Por lo tanto, los cambios generados en las diferentes áreas de transición de la adolescencia, incrementan las probabilidades de desajustes que pueden favorecer conductas de riesgo. Como se ha mencionado, existen numerosas manifestaciones de la severidad y amplitud de los problemas que afectan a los jóvenes, las familias y las comunidades. Una investigación acerca de la conducta de los adolescentes en países industrializados y en vías de desarrollo encontró que las conductas problema, tales como la delincuencia y el abuso de drogas se están incrementando alrededor de todo el mundo (Hurrelmann, 1994). Estas conductas de riesgo, cuando no se identifican y se previenen a tiempo, pueden llevar al adolescente a sufrir bajo rendimiento escolar, alta reprobación y deserción escolar; falta de preparación para el trabajo; accidentes, suicidios, enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos e hijos no deseados; hechos que afectan de manera permanente su salud y tienen consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y económico para el adolescente, su familia y la sociedad en que vive (WHO, 1995).

En la literatura sobre consumo de sustancias adictivas se indica que la mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con drogas alrededor de los 16 años pero, la edad de inicio, continúa disminuyendo presentándose en promedio a los 12 o 13 años en la actualidad. La dependencia a las drogas, considerada como problema social, afecta predominantemente a los adolescentes y a los adultos que están incluidos en la dependencia adictiva, y que empiezan su relación con las drogas en etapas tempranas (Medina-Mora et al., 1993; WHO, 1992).

Es un hecho ampliamente constatado que el consumo de drogas tiene sus inicios y sus primeros desarrollos durante la adolescencia. Los primeros contactos con las drogas legales tienen lugar a edades relativamente tempranas, en las primeras etapas de la adolescencia; a lo largo de los años siguientes, algunos adolescentes se inician también en el consumo de drogas ilegales (Kandel, 1980; Kandel & Logan, 1984). Así mismo, la prevalencia de la conducta antisocial, aumenta durante el período adolescente y desciende en los inicios de la vida adulta (Farrel, Danish, & Howard, 1992).

En la última década se reporta, en la literatura internacional, un incremento del número de adolescentes que inician la experimentación con drogas psicoactivas como el tabaco, alcohol y marihuana a edades tempranas. Una pequeña, pero significativa parte de los adolescentes, desarrollan estilos de vida relacionados con consumo de drogas duras como la cocaína, alucinógenos e inhalantes (Johnston, O'Malley, & Bachman, 2000). Johnston et al. (2000) en una encuesta realizada por la Universidad de Michigan con estudiantes de nivel medio y medio superior, reportaron que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) es alarmante. En cuanto al consumo de alcohol, 4 de 5 adolescentes han consumido alcohol antes de terminar la preparatoria. En el caso de las drogas ilegales, la marihuana es la sustancia más utilizada por los adolescentes, y, en los últimos años, las drogas que tienen un incremento importante son el MDMA (Éxtasis) y los esteroides.

En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones (1998) reportó que en la actualidad el abuso de bebidas alcohólicas involucra a la población en

edades productivas, a edades cada vez más tempranas, por lo que preocupa su asociación con diferentes patrones de consumo y con consecuencias sociales. Además, se presenta un ambiente permisible para el consumo de sustancias ya que no existen normas claras que limiten el consumo en la población adolescente, ni en la familia, ni en los establecimientos comerciales.

1.2 Datos Epidemiológicos: Tendencias del Consumo en Población Estudiantil del Distrito Federal.

El consumo de sustancias entre los estudiantes del Distrito Federal que se observan en la última Encuesta realizada (Villatoro et al., 2002), reportó que 61.4% de los estudiantes ha usado alcohol alguna vez en su vida, 31.9% lo consumió en el último mes y el indicador del abuso del alcohol (5 ó más copas en cada ocasión en el último mes) se presentó en el 21.4% de los estudiantes. Esto quiere decir que 1 de cada 5 estudiantes se emborrachó por lo menos una vez al mes. Al revisar las diferencias por género, la población masculina (34.0%) resultó más afectada que la población femenina (29.9%). Con relación a la edad, el porcentaje de consumidores de 14 años en el último mes (20.3%), fue mucho menor, que los adolescentes que tienen 18 años o más (58%).

La prevalencia total de consumo de drogas fue del 14.7%, porcentaje mayor al de 1997 en un 3%. De la población total, el 10% fue usuario experimental y el 4.7% usuario regular (ha probado drogas en más de 5 ocasiones). La marihuana fue la droga de preferencia de los adolescentes (5.8%); seguida por la cocaína (5.2%), en tercer lugar, los tranquilizantes (4.8%) y en cuarto lugar los inhalables (4.3%). El consumo de marihuana y cocaína se ha incrementado con relación a la medición de 1997. Igualmente la población más afectada por el consumo actual, fueron los hombres (6.2%), en comparación con las mujeres (4.4%). Con relación a la edad, se observó a los inhalables como la principal sustancia de consumo antes de los 15 años y después se reduce el número de usuarios. En tanto, para la cocaína y la marihuana, este porcentaje se incrementó notablemente a partir de los 15 años.

Al analizar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela, se

encontró que los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pertenecieron a los adolescentes que se dedicaron de tiempo completo a estudiar. Aunque se muestra claramente el papel protector de la escuela ante el consumo, los índices de consumo son bastante altos. Por otra parte, ha disminuido la percepción de riesgo sobre los efectos de la marihuana, situación que posiblemente éste facilitando la experimentación con esta sustancia. Además de que el 40.8% de los estudiantes consideró que es fácil o muy fácil conseguir drogas.

De acuerdo a esta última encuesta (Villatoro et al., 2002), la conformación del consumo de sustancias ha cambiado, ahora las adolescentes se involucran más en el consumo de drogas, no solo del alcohol y el tabaco, sino también con algunas sustancias psicoactivas como la marihuana y la cocaína. El entorno social también ha permitido una percepción de riesgo menor de consumir algunas sustancias, aunque sigue habiendo una baja tolerancia social ante esta situación.

De manera importante, estas encuestas también han permitido identificar las características de los menores que consumen drogas. Los índices de consumo son mayores entre aquellos que si bien asistían actualmente a la escuela, no fueron estudiantes el año previo al estudio, trabajaron durante este período, y tenían en general promedios escolares más bajos. También se observó 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 (Villatoro et al., 2002).

La evidencia epidemiológica en México y otros países, señala que el ser hombre, empezar temprano a usar drogas o tener manifestaciones tempranas de problemas escolares o de conducta que persiste hasta antes de la adolescencia, el estar expuesto a drogas, tener antecedentes familiares de uso, el no asistir a escuelas ó desertar de la escuela, el tener poca percepción de riesgo y el tener más amigos que usen o aprueben el uso, aumenta la probabilidad de uso. Otro señalamiento importante de estos estudios, es que el consumo excesivo de alcohol u otras drogas, ya sea, crónico o agudo se relaciona con algunas consecuencias sobre el desarrollo físico, psicológico y social del adolescente.

1.3 Consecuencias Relacionadas con el Consumo de Drogas

La importancia de los estudios de la adolescencia y consumo de drogas, y su prevención se ha incrementado debido a que se ha observado la asociación de problemas sociales tales como accidentes automovilísticos, suicidios, homicidios, delincuencia, prácticas sexuales de riesgo y otras complicaciones médicas y sociales en los adolescentes que inician el consumo de alguna droga (Barnes, 1984; Castro, Rojas, & De La Serna, 1988; Chung & Elias, 1996; Farrel, Danish, & Howard, 1992; Nazar-Beutelspacher et al., 1994; Shedler & Block, 1990; Villatoro et al., 1999).

En la literatura internacional, se reporta que los principales problemas relacionados con el abuso de sustancias en la adolescencia son: problemas escolares, como el ausentismo, reprobación y deserción (Center For Substance Abuse Treatment [CSAT], 1999); prácticas sexuales de riesgo (iniciar a edad temprana la actividad sexual, relaciones sexuales con desconocidos, enfermedades sexuales, SIDA, etc. (Crowe, 1998); conducta antisocial (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 1999), y algunas consecuencias físicas y cognitivas, principalmente en cuanto a memorización y ejecución de tareas (Zhang, Morgenstern, & Spitz, 1999). Otros estudios (Meilman, Yanofsky, Gaylor, & Turco, 1989) han encontrado que los adolescentes que consumen alcohol en exceso (más de 5 copas por ocasión de consumo) tienen más probabilidad (de 7 a 10 veces más que los no consumidores) de problemas con la policía, daño a la propiedad ajena, agresión física, y manejo de automóvil bajo la influencia del alcohol.

En un estudio realizado en México, con estudiantes de la ciudad de Pachuca Hidalgo (Medina-Mora et al., 1995), encontraron 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, con los padres, intento suicida; problemas de conducta antisocial tales como tomar parte 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 había bebido en exceso); además de que, el abuso de alcohol incrementó el riesgo de abusar de otras sustancias. En la Encuesta Nacional de 1998 se reportó que el consumo excesivo de alcohol está asociado con prácticas sexuales riesgosas, conducir automóviles después de haber bebido e intentos suicidas.

Los problemas relacionados con el abuso de sustancias que presentan los adolescentes se derivan frecuentemente de haber bebido en exceso en circunstancias en donde no era seguro hacerlo, más que con patrones de consumo ya establecidos y crónicos. Por lo tanto, es importante resaltar que no todos los adolescentes se involucran de la misma forma en el consumo de drogas y no todos los jóvenes tienen el mismo patrón de consumo y de problemas relacionados. Para muchos individuos las conductas problemáticas se limitan a períodos transitorios de experimentación; sin embargo, para otros, estos primeros contactos van seguidos de una escalada hacia consumos problemáticos y severos.

Ante este hecho surge la necesidad de definir los diferentes niveles de involucramiento con las drogas e identificar qué factores del individuo y/o de su entorno social hacen más probable esas diferencias en la conducta problema, para así poder establecer las estrategias de prevención más adecuadas (Medina-Mora et al., 1995).

1.4 Factores de Riesgo y Protectores relacionados con el Consumo de Drogas.

En las últimas décadas se han estudiado numerosos factores relacionados con el inicio y abuso de drogas en la adolescencia. Un factor de riesgo es una característica (personal, familiar, grupal y/o ambiental) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno. El concepto de factor de riesgo es "probabilístico", no determinista. El que un individuo muestre factores de riesgo no implica que necesariamente vaya a desarrollar conductas problemáticas; significa únicamente que cuando se compara con un individuo sin esos factores tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en este tipo de

conductas. De igual manera, cabe suponer que diferentes factores de riesgo tienen distintos mecanismos de influencia sobre la conducta. Algunos de ellos quizá ejerzan sus efectos de un modo relativamente directo, sin mediadores; por ejemplo, si los amigos refuerzan positivamente el consumo, el individuo podrá tener más probabilidades de consumir. En otros casos, sin embargo, la influencia puede ser indirecta: un clima familiar deteriorado puede no incidir directamente sobre la conducta desviada. Además, los factores de riesgo varían en importancia a través de los individuos o los grupos, diversos factores ejercen una influencia distinta en el sujeto en las diferentes etapas del proceso adictivo (Sanjuán & Langenbucher, 1999).

Zucker (1979), señaló que la relación de los diferentes factores de riesgo asociados con la conducta de uso y abuso de las drogas puede cambiar de acuerdo con las etapas del desarrollo del sujeto, por ejemplo, la influencia de los pares puede ser mínima en edades tempranas de un sujeto pero sumamente importante en la adolescencia. Sin embargo, los esfuerzos de las investigaciones han sido dirigidos hacia las influencias paternas tempranas sobre la infancia, respecto al alcohol y sus efectos, y no a las variables inmediatas que están relacionadas con el consumo del adolescente.

De acuerdo a la clasificación de Hawkins, Catalano, y Miller (1992), los factores de riesgo se dividen en: factores comunitarios (leyes y normas de uso favorable, disponibilidad de la sustancia en la comunidad, extrema privación económica); factores familiares (consumo de alcohol y/o drogas por parte de alguno de los padres, inconsistencias en las normas familiares, conflictos familiares y escasa supervisión de los padres); factores escolares (bajo compromiso con la escuela y fracaso escolar); factores individuales (problemas de comportamiento tempranos y/o persistentes, asociación con pares que consumen drogas, oposición hacia los valores dominantes en la sociedad, percepción positiva hacia los efectos de las drogas, inicio temprano del consumo de sustancias) y factores fisiológicos (bioquímicos y genéticos).

Como ya se había mencionado, la exposición a estos factores de riesgo, no lleva inevitablemente al uso de sustancias; esto se debe a la presencia de factores

de protección que contrarrestan el impacto de los factores de riesgo. Los factores protectores que se definen como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que fomentan la competencia, promueven un desarrollo exitoso y, además, decrementan las posibilidades de involucrarse en conductas problema (Jessor, 1993; National Institute of Drug Abuse [NIDA], 1999).

Los factores de protección incluyen: fuertes lazos familiares, reglas claras de conducta dentro del núcleo familiar y la supervisión de los padres, éxito escolar y relaciones estrechas con instituciones prosociales tales como la familia, escuela y organizaciones religiosas, y adopción de las normas convencionales sobre el uso de drogas (NIDA, 1999).

En México, diversas investigaciones se han orientado a identificar los factores de riesgo y protectores en diferentes grupos de población (Castro, Rojas, García, & De la Serna, 1986; Hernández, Lodico, & Diclemente, 1993; Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998; Medina-Mora, Ortiz, Caudillo, & López, 1982; Villatoro et al., 2002). En el estudio de Medina Mora et al. (1995), con población estudiantil mexicana, se diferenciaron los factores relacionados con la experimentación y el usuario regular: Los adolescentes que experimentan son generalmente hombres, estudiantes de preparatoria (con excepción de los inhalables), que reportaron estados de ánimo displacenteros. Los adolescentes que reportaron un uso regular de sustancias percibieron mayor disponibilidad de la sustancia en su comunidad, reportaron consumo por parte del padre, hermanos y/o amigos y menor percepción del riesgo sobre los efectos de las drogas. Cabe mencionar que la edad y el sexo no fueron importantes para distinguir a los estudiantes que se limitan a experimentar de aquellos que continúan usando las sustancias. Una de las tareas actuales de la prevención del consumo de sustancias es determinar cuáles son los factores de riesgo que pueden ser controlados, qué riesgos no pueden ser cambiados pero pueden ser regulados o moderados, y qué riesgos definitivamente no pueden ser alterados, dado que una estrategia de prevención no requiere necesariamente que los factores de riesgo sean controlados directamente, pero pueden buscarse maneras de combatirlos. Una estrategia promisoría es identificar y fortalecer los medios protectores, lo cual

inhibe el abuso de drogas a pesar de su exposición al riesgo (Hawkins et al., 1992).

Este tipo de aseveraciones ha potenciado el consenso entre investigadores y legisladores acerca de la urgente necesidad de realizar acciones específicas con relación al fenómeno de consumo de drogas en los adolescentes. En concreto cabe señalar los siguientes factores: 1) el creciente involucramiento de los jóvenes y adolescentes en el consumo de drogas, 2) la reducción de las edades de inicio en el consumo, 3) los problemas relacionados con el uso y/o abuso de drogas. 4) la necesidad de desarrollar estrategias específicas para los diferentes grupos de la población tomando en cuenta el patrón de consumo y, 5) La importancia de desarrollar programas de prevención tomando en cuenta los factores de riesgo.

CAPITULO 2

Programas de Prevención del Uso y Abuso de Drogas en Adolescentes Escolares

2.1 Entendiendo el problema: El Continuo de Severidad de la Adicción

Es claro que la mayoría de los adolescentes no presenta un patrón estable de consumo, 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., 2002). 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.

Existen diferentes definiciones de abuso, una definición tradicional es la que considera el uso de sustancias psicoactivas que incrementa el riesgo de consecuencias peligrosas y perjudiciales. En tanto que la dependencia, se define como la búsqueda y uso compulsivo de la sustancia a pesar de la presencia de consecuencias severas o negativas. El problema de estas definiciones es que no se considera el caso especial de los adolescentes para los cuales cualquier uso se considera ilegal y por lo tanto un abuso; desgraciadamente el igualar el uso con el abuso resulta confuso y poco significativo para la heterogeneidad de formas de consumo y usuarios, así como para los programas de intervención que se le puedan ofrecer (Kaczynsky & Martín, 1995; Martín & Winters, 1998; Winters, 2001). Por otro lado, las prácticas de riesgo son comunes en los adolescentes por lo que muy probablemente pasando a la etapa adulta, dejen completamente el uso de sustancias.

El manual diagnóstico y estadístico de desordenes mentales (DSM-IV) incorporó el concepto de dependencia propuesto por Edwards y Gross (1976). Estos autores establecieron que la dependencia no era una condición de todo o nada sino que podía presentarse en diferentes grados de severidad. En el DSM IV se plantea la presencia como mínimo, de tres de los siguientes síntomas: uso en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto; deseo persistente o

uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso; uso de gran parte del tiempo en obtener las sustancias o en recuperarse de sus efectos; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto debe desempeñar obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso continuado a pesar de estar consciente de tener problemas; tolerancia notable; síntomas de abstinencia o consumo para aliviar la abstinencia. El diagnóstico se efectúa sólo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o bien han aparecido repetidamente por un periodo prolongado de tiempo (Medina Mora, 2001).

Medina Mora (2001) menciona que el concepto propuesto por Edwards y Gross se basa en los siguientes principios: a) el síndrome puede ser reconocido por una serie de elementos. No todos ellos tienen que estar siempre presentes, o al menos presentes en el mismo grado; b) el síndrome no se presenta en una forma de todo o nada, sino que puede manifestarse con diferentes grados de intensidad; c) su forma de presentación se verá moldeada por la influencia patoplástica de la personalidad y cultura; y d) introduce un concepto biaxial en donde el síndrome de dependencia constituye un eje, y el otro los problemas relacionados con el consumo. Esta formulación no asume progresión o irreversibilidad en el síndrome.

Con respecto al concepto de abuso, en el DSM IV se considera como una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso que no cumplen los criterios de dependencia de ese tipo particular de sustancia. El abuso se caracteriza por: a) el uso continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia; y b) el uso recurrente de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado.

El criterio diagnóstico internacional del DSM-IV presenta algunas limitaciones para evaluar a los adolescentes que consumen alcohol u otras drogas, dado que considera casi exclusivamente síntomas médicos para clasificar el abuso y la dependencia, y estos síntomas generalmente se presentan en las personas solo después de años de consumo crónico (Martín & Winters, 1998). En

algunas investigaciones donde se ha aplicado el DSM-IV como forma de diagnosticar el abuso y la dependencia en los adolescentes han encontrado que los síntomas de abuso en esta población no siempre precede a la dependencia y un elevado porcentaje de consumidores fuertes presentan 1 ó 2 síntomas de dependencia pero no de abuso (Martin, Kaczunski, Maisto, & Tarter, 1996).

A partir de lo anterior Winters (2001) propone desde una perspectiva de desarrollo, los siguientes niveles dentro de un continuo de severidad de la adicción:

- a) Abstinencia: no consumo.
- b) Uso experimental: uso mínimo, típicamente asociado con actividades recreativas y uso limitado de alcohol.
- c) Abuso temprano: uso más establecido, frecuente involucramiento con más de una droga, mayor frecuencia e inicio de consecuencias adversas.
- d) Abuso: uso regular y frecuente, durante un periodo extenso, surgimiento de consecuencias adversas.
- e) Dependencia: uso regular continuado a pesar de repetidas consecuencias severas, síntomas de tolerancia y organización de las actividades cotidianas del sujeto en relación a la búsqueda o consumo de la sustancia.

Esta perspectiva ofrece tres categorías de dirección: uso experimental, abuso temprano y abuso. Estas direcciones permiten implementar las estrategias de intervención de acuerdo a la severidad del problema desde intervenciones mínimas, hasta tratamientos residenciales. Además, antes de elegir la intensidad del programa de intervención para un adolescente, es importante considerar los siguientes elementos (Winters, 2001):

- 1) El uso de ciertas drogas como el crack, la heroína y la cocaína son de alto riesgo en si mismas y por lo tanto requieren de intervención.
- 2) La edad de los usuarios es muy importante, porque si es un niño o un adolescente temprano no importa cuánto esta consumiendo, la edad temprana de inicio es un factor de riesgo para desarrollar una adicción en la edad adulta.

- 3) Consumir grandes cantidades por periodos largos, requiere intervención (aún cuando las consecuencias negativas no sean evidentes).
- 4) Consumir en escenarios de alto riesgo (antes de manejar un automóvil, consumo en la calle o en la escuela), justifica la intervención aun cuando no existan todavía consecuencias negativas.
- 5) Cuando el individuo experimenta efectos sociales o psicológicos negativos por el consumo.
- 6) Cuando a pesar de que no se reporte el consumo de sustancias, pero que existan muchos factores de riesgo como familias disfuncionales con antecedentes de consumo de drogas o alcoholismo.

Ante la variedad de poblaciones usuarias, de tipo de sustancias, de niveles de involucración y de riesgo de consumo, resulta obvio que se debe contar con múltiples aproximaciones a la prevención; programas que pueden ser de utilidad para un grupo o individuo, pueden afectar poco o nada en otros casos (Medina Mora & López, 1993). Al evaluar los factores de riesgo del adolescente, patrones de consumo, problemas relacionados, severidad del consumo, se puede estar en mejores condiciones de definir cual es el nivel de atención más adecuado para el caso en particular (Prevención universal, selectiva o indicada).

2.2. Niveles de Prevención: Universal, Selectiva e Indicada

Los primeros esfuerzos preventivos fueron informativos, en los cuales se pretendía persuadir a los adolescentes de usar drogas a partir del conocimiento de las drogas y daños que el consumo produce en el organismo. Posteriormente, los enfoques fueron ampliados hacia la disminución de los factores de riesgos y fomento de factores de protección, así como del desarrollo de habilidades. Al mismo tiempo, los investigadores se interesaron en evaluar los programas de prevención y conocer el impacto en la reducción del consumo y los problemas relacionados (Ayala, 2001).

El sistema tradicionalmente usado para clasificar las intervenciones preventivas es dividir las en prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964; Institute of Medicine, 1990). La meta de los programas de prevención

primaria es la de reducir la incidencia o nuevos casos de un desorden. La meta de la prevención secundaria es la de reducir la prevalencia de un desorden a través de la detección temprana de los casos que inician un problema. La prevención terciaria se centra en la rehabilitación con el propósito de aminorar la severidad de los daños asociados con un problema. Este sistema de clasificación de los niveles de prevención ha sido criticado debido a la dificultad de distinguir entre la ausencia o presencia del desorden, y por lo tanto entre prevención primaria y secundaria. (Boyle, Oxford, Racine, Sanford, & Fleming, 1996).

Debido a estas limitaciones se ha propuesto una nueva manera de clasificar los programas de intervención, considerando principalmente el riesgo del individuo para desarrollar un problema en particular y el costo de la intervención (Gordon, 1987; Institute of Medicine, 1994). Este sistema propone tres tipos de intervenciones preventivas, que son intervenciones universales, intervenciones selectivas e intervenciones indicadas.

Los programas universales consideran a la población en general, sujetos que no han sido identificados como en riesgo o con propensión a presentar un desorden. Los programas selectivos se encargan del estudio de los grupos de riesgo o subgrupos de la población, como niños de padres que abusan de las drogas o que tienen bajo rendimiento escolar. Así mismo, los programas indicados han sido diseñados para las personas que ya han consumido drogas o que muestran otro tipo de comportamientos problemáticos relacionados.

La mayoría de los programas preventivos tanto universales como selectivos e indicados para adolescentes se llevan a cabo dentro de las escuelas debido a que: 1) las escuelas son escenarios naturales que contienen una población cautiva; 2) proporciona un acceso libre a la población adolescente, que es el blanco de las intervenciones; 3) es un escenario estructurado que permite realizar una evaluación; 4) los educadores han reconocido la importancia de los programas de prevención (Botvin, Schinke, & Orlandi, 1995). Desgraciadamente, la mayoría de los programas de prevención implementados para el abuso de drogas en escuelas, no son los programas más efectivos basados en investigación (Martínez, Carrascoza, & Ayala, 2003).

El objetivo principal de los programas preventivos universales con adolescentes escolares es evitar o retrasar la presentación de consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Estos programas generalmente son cortos y menos intensivos que los programas selectivos e indicados. Las estrategias que estos programas utilizan van desde la disseminación acerca de los efectos de las drogas hasta la enseñanza de habilidades de rechazo a la bebida, entre otras; y utilizan aproximaciones como la influencia social (Ellickson & Bell, 1990; Hansen, 1996; Pentz et al., 1989;); modelos de entrenamiento en habilidades (Botvin, Baker, Dusenburg, Botvin, & Díaz, 1995; Gainer, Webster, & Champion, 1993); modelos enfocados a la familia (Kumpfer, Alvarado, & Kendall, 1996); y aproximaciones del cambio de clima escolar (Kumpfer, Turner, & Alvarado, 1991).

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 y las habilidades técnicas para de una forma eficiente disminuir los costos, y disseminar las intervenciones efectivas de prevención (Wayne & Black, 1999). Algunas investigaciones reportan que el entrenamiento en habilidades de resistencia a la bebida han mostrado resultados positivos en cuanto a disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y marihuana (IOM, 1994; Tobler & Stratton, 1997). Sin embargo, estos programas no han mostrado cambios en los adolescentes que tienen amigos consumidores o que ya presentaban la conducta de consumo de alguna sustancia (Ellickson & Bell, 1990; Moskowitz, 1989).

Entre las ventajas de las estrategias de prevención universales, es que éstas son menos caras por participante, dado que tienen una duración menor, no requieren herramientas especiales de reclutamiento o incentivos para la participación. Las escuelas son los principales lugares para realizar los esfuerzos para la prevención del abuso de drogas universal, ya que estas permiten el acceso a una gran cantidad de jóvenes. (Kumpfer, 1999).

Los programas de Prevención Selectiva tienen el objetivo de disminuir factores de riesgo o incrementar los factores de protección (Wayne & Black, 1999). La mayoría de los programas de prevención selectiva que se diseñan para jóvenes

en alto riesgo, utilizan principalmente la aproximación de entrenamiento en habilidades sociales, como el entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de resistencia, entrenamiento en habilidades escolares, uso del tiempo libre (Botvin, Baker et al., 1995; Dishion, Andrews, Kavanagh, & Soberman, 1996).

Una de las ventajas de las estrategias selectivas es que se dirigen solamente a quienes necesitan desarrollar alguna de las habilidades que se consideran importantes para prevenir el consumo de alcohol u otras drogas; por lo tanto, las intervenciones permiten un uso más eficiente de los recursos. Además, resulta más fácil medir los progresos de las personas a partir de estos programas, ya que los participantes presentan una mayor cantidad de factores de riesgo al inicio de los programas. Se ha observado que los efectos positivos de los programas de prevención universal, son menos claros que los que muestran los programas de prevención selectiva porque pocos participantes han mostrado progresos (Kumpfer, 1999).

Por otra parte, las desventajas de estas intervenciones son las dificultades para la identificación, y reclutamiento de los jóvenes en alto riesgo. El criterio para determinar el nivel de riesgo puede ser amplio y en ocasiones poco claro. También estos programas pueden pasar por alto o fallar al momento de reclutar de forma voluntaria a jóvenes y familias en riesgo. Otra de las razones por las cuales no se ha encontrado efectividad en estas investigaciones es que están dirigidas a modificar los factores de riesgo y protectores, principalmente comunitarios y familiares y no a las conductas del sujeto, lo que facilitaría la evaluación de los resultados.

Según Kumpfer (1999), pocos programas de prevención selectiva han sido probados a partir de ensayos clínicos aleatorizados, generalmente, son diseños no experimentales, incapaces de determinar si la intervención fue la causante de los cambios en los participantes dado que la mayoría de ellos no han sido evaluados en diseños de intervención controlada.

Al analizar, algunos programas de prevención, Moskowitz (1989) señala, en primer lugar, que los programas educativos han resultado totalmente ineficaces

para evitar el consumo de alcohol y otras drogas. Aunque muchos han incrementado sus conocimientos sobre las drogas y sus efectos, muy pocos han cambiado actitudes y menos aún reducido el consumo. Segundo, la mayoría de los estudios presentan grandes problemas metodológicos que limitan la validez de sus conclusiones. Tercero, la mayoría de estos estudios no ha precisado con exactitud los objetivos del programa, ni tampoco la población evaluada. Además un elemento importante es que, en términos generales, la efectividad de los programas de prevención en reducir el consumo de los bebedores actuales es limitada (Flay, 1985; Moskowitz, 1989).

Actualmente en México, se cuentan con algunos programas de prevención para adolescentes escolares desarrollados por diferentes instituciones, estos programas tienen un énfasis en la prevención universal aunque en algunos se añaden componentes para adolescentes de alto riesgo (prevención selectiva). Por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública cuenta con un programa PEPCA para estudiantes desde preescolar hasta secundaria que está integrado a la currícula escolar. El Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, INEPAR desarrolló un modelo de prevención modificable a partir de un diagnóstico sobre los riesgos; en colaboración con el DIF desarrolló el modelo Chimalli-DIF para prevención comunitaria (Castro, Llanes, Margain, & Carreño, 1999; Castro, Llanes, & Carreño, 1999). 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.

Estos programas aplicados en México, tienen en común 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.

Con base a estas consideraciones, se recomiendan los programas de prevención indicada para quienes están consumiendo alcohol de manera riesgosa (Marlatt et al., 1998). Las intervenciones de prevención indicada son implementadas en grupos específicos después de que un desorden ha sido diagnosticado y son semejantes a los esfuerzos de tratamiento, centrándose en

la prevención de la progresión de un desorden. Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva y solamente se conducen con jóvenes identificados quienes presentan el uso y abuso de drogas, y consecuencias relacionadas (Breslin, Sdao-Jarvie, Li, Tupker, & Itting-Deland, 2002; Kumpfer, 1999). Ejemplos de éstos programas son: terapia familiar (Szapocznick & Kurtinez, 1993), grupos de asistencia para estudiantes, programas de consejo para jóvenes, grupos de padres-iguales para jóvenes problema, líneas telefónicas para jóvenes, e intervención en crisis (Morehouse, 1979; Morehouse, Tobler, & Kleinman, 1995; Tobler, 1986).

Las ventajas de estos programas son similares a las de las aproximaciones selectivas; éstos generalmente trabajan sobre conductas claramente identificadas porque ya se han manifestado y se diseñan para poblaciones específicas, por lo tanto, la evaluación de la efectividad de la intervención es más sencillo (Kumpfer, 1999). Las desventajas son que estos programas al ser más intensivos requieren personal altamente entrenado, con conocimiento clínico o de consejo (Dishion, Andrews, & Crosby, 1995). Desgraciadamente, las escuelas han descuidado los esfuerzos de prevención indicada debido a la falta de personal especializado en el área de adicciones y porque la identificación de los casos requiere un trabajo más exhaustivo que en los programas universales y selectivos.

A pesar de estas consideraciones, los programas de prevención indicada constituyen un servicio importante en el área de la salud dado que su objetivo primordial es detener la progresión del desorden (abuso de sustancias en los adolescentes) o reducir el daño que éste trae consigo (consecuencias relacionadas) (Ayala, 2001; Marlatt, 1999). Estos programas han tomado un lugar importante en los servicios de atención pública, principalmente identificando a los jóvenes y adultos que presentan abuso de sustancias en situaciones de alto riesgo. En México, el número de casos de adolescentes que abusan de sustancias ha incrementado en las últimas encuestas de estudiantes sobre adicciones (Villatoro et al., 2002), por lo que es necesario hacer algo con ese grupo que no es candidato a los programas de prevención universal y selectiva.

Generalmente, las escuelas al identificar a jóvenes que consumen alcohol en exceso o drogas ilegales los suspenden o expulsan, en los mejores casos los canalizan a algún centro de atención para personas con adicciones. Estos adolescentes al llegar a los centros de atención (si el adolescente y su familia consideran problemático el consumo y que requiere de atención), en la mayoría de los casos no reciben un tratamiento adecuado a su situación, ya que no presentan dependencia a la sustancia y los problemas que presentan por el consumo no son graves. Por lo tanto, es importante desarrollar programas de prevención indicada que permitan evaluar una alternativa de intervención para los adolescentes que inician un consumo problemático de alcohol u otras drogas. Es indispensable desarrollar estrategias para detectar los casos en las escuelas y en su oportunidad ofrecer los servicios de atención en las propias instituciones educativas, sin que el adolescente sufra de consecuencias como la suspensión o la expulsión. Así mismo, es necesario incrementar la disposición de los adolescentes a asistir a un programa de intervención cuando no consideran que tienen problemas por su consumo y evaluar los efectos a corto y largo plazo de los programas sobre el patrón de consumo.

Dentro del marco de la teoría del aprendizaje social se han propuesto, desde la década de los setentas, una serie de intervenciones breves que han mostrado efectividad empírica en el trabajo con adultos que tienen problemas por su forma de beber pero aun no desarrollan dependencia.

Una revisión crítica de los esfuerzos de prevención indicada que han sido evaluados empíricamente, señala que los programas de prevención más exitosos se basan en modelos derivados de la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) y que están dirigidos a la reducción de patrones de consumo problemáticos en población de alto riesgo como los adultos bebedores problema, usuarios de cocaína y adolescentes que abusan del alcohol u otras drogas (Ayala, 2001; Sobell & Sobell, 1993b).

Un área promisorio de investigación incluye el uso de los principios derivados de la TAS en el desarrollo de programas de prevención para niños y adolescentes (Abrams, Elder, Lasater, Carlton, & Artz, 1986; Nathán, 1983).

Dentro de este marco de referencia se han desarrollado las intervenciones breves, las cuales han probado su efectividad principalmente en población adulta que abusa del alcohol (Alden, 1988; Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1998; Hester & Miller, 1995; Sanchez-Craig, Annis, Bornet, & McDonald, 1984). Sin embargo, en los últimos años, las intervenciones breves, se presentan como un modelo de prevención indicada prometedora para los adolescentes que se encuentran en el abuso temprano del alcohol u otras drogas (Breslin et al., 2002; Monti et al., 2001; Wagner, Brown, Monti, Myers, & Waldron, 1999). Por lo tanto, es importante conocer los fundamentos de la TAS acerca del desarrollo de las conductas adictivas y sus componentes principales para lograr un cambio en la conducta de consumo y de los problemas relacionados.

CAPITULO 3

Fundamentos Teóricos de la Intervención Breve

3.1 Teoría del Aprendizaje Social

Una introducción a la TAS es expresada por Bandura en los años de 1969, 1977, 1978, 1982, 1986, y es considerada como una visión histórica acerca del aprendizaje y los determinantes de la conducta.

La TAS señala que el aprendizaje ocurre por el condicionamiento clásico, operante y vicario, además de asignarle una importancia relevante a las cogniciones. Son 4 los constructos principales de esta teoría: a) Reforzamiento diferencial: Las conductas tienen consecuencias conocidas como reforzadores, que pueden darse en situaciones diversas. b) Procesos cognoscitivos: Las personas van adquiriendo la información necesaria del ambiente, como para determinar el resultado de las acciones que piensan tomar. Si una persona obtiene buenos resultados o reforzamiento en sus acciones, es muy probable que al aumentar su auto eficacia consiga el éxito en las próximas acciones a seguir. c) Determinismo recíproco: propone que el estudio y explicación de la conducta se da a través de observar las variaciones simultáneas entre las conductas, las disposiciones biológicas y ambientales a lo largo del tiempo.

La TAS puede ser considerada una teoría interaccionista, dado que señala que los factores personales y ambientales, son interdependientes. Existe una causalidad multidireccional entre los factores, por lo cual la conducta puede ser estudiada y explicada a partir de las variaciones simultáneas entre las disposiciones personales, las variaciones del ambiente y las conductas a través del tiempo.

Las cogniciones de los individuos juegan un papel importante en explicación de sus conductas. Una persona es tanto agente como receptor de los patrones de conducta; la conducta y el ambiente, interactúan con un número básico de capacidades cognoscitivas individuales: la capacidad de simbolización, la capacidad de previsión, la capacidad vicaria y la capacidad de auto regulación.

La simbolización, de acuerdo con Bandura (1986), se refiere a la capacidad de los individuos para desarrollar modelos cognoscitivos de la experiencia, que

sirven como guía para la toma de decisiones y las acciones futuras. La simbolización permite a un individuo planear los cursos de acción, generar y probar alternativas. La previsión, se define como la capacidad del individuo de anticipar consecuencias de las acciones y establecer metas; entonces, las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un fuerte impacto en las acciones presentes. La simbolización y la previsión juegan un rol importante al determinar las elecciones de conducta en un contexto ambiental específico. La capacidad vicaria, involucra al aprendizaje ocurrido a través de la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. El modelamiento es una forma altamente eficiente para aprender acerca de los patrones de comportamiento complejos, sin embargo, la TAS distingue entre la adquisición y el desarrollo de la conducta modelada. Los individuos no ejecutan todo lo que aprenden, primero ponen atención a la conducta del modelo y luego la recuerdan a través del proceso simbólico que traduce dicho recuerdo en una acción, los incentivos para reproducir la conducta observada determinarán la producción de las conductas modeladas. La capacidad autorregulatoria se refiere a la posibilidad de regular la conducta a través de estándares internos y la autoevaluación.

La TAS asume una orientación propositiva del organismo, en lugar de pasiva; donde, las acciones tales como: anticipación, simbolización, autorregulación, modelamiento y la auto eficacia; son determinantes de la conducta. Un individuo elige consumir alcohol u otras drogas para obtener resultados específicos y puede elegir otras formas de conducta más adaptativas, menos dañinas, a fin de alcanzar sus metas.

El principio básico de la TAS, es una interacción multideterminada, entre factores biológicos, medioambientales, y psicológicos, y es esta interrelación de factores, la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas; pero así mismo permite el reaprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, o que son poco adaptativas (Bowers, 1973; Endler & Magnusson, 1976; Mischel, 1973). De esta manera, la TAS, en el campo de las adicciones, considera que la conducta adictiva, como conducta social, se adquiere y se mantiene mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos

anticipados de la sustancia, la experiencia directa de los efectos de la sustancia (recompensa y castigo) y la dependencia física. En este modelo de aprendizaje social, se considera que el abuso de una sustancia se adquiere socialmente y las pautas de la conducta aprendida, se mantienen por numerosas señales: antecedentes y consecuentes reforzantes, que pueden ser psicológicas, sociológicas o fisiológicas. El abuso de la sustancia puede estar mantenido por factores tales; como la reducción de la ansiedad, el incremento del reconocimiento social, la aprobación de los iguales, la mejoría de la habilidad para las relaciones sociales, y la evitación de los síntomas de abstinencia.

La TAS, explica el desarrollo y el mantenimiento de la conducta adictiva a través de los siguientes elementos (Abrahms & Niaura, 1987):

1. Aprender a consumir alcohol u otras drogas, es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura, gran parte del aprendizaje tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente pruebe la sustancia, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias que los individuos tienen acerca de las drogas, y de forma directa, por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo. Los patrones de consumo se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo cual, en las diferentes etapas vitales de desarrollo (infancia, adolescencia y adultez), las creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso cambian, de acuerdo con los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Cellucci, 1982; Plant, 1979; Zucker, 1979).
2. Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso; estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, o psicológica, así mismo, pueden ser de naturaleza heredada o aprendida, estos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo, los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol u otras drogas en individuos vulnerables, los factores psicosociales incluyen déficit o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo

moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo, pueden también resultar factores de riesgo del abuso.

3. Las experiencias directas con el alcohol u otras drogas son variables muy importantes; ya que la persona al consumir, obtiene efectos placenteros que refuerzan la conducta de consumo.
4. El consumo de drogas, puede ser utilizado como una forma de enfrentar a corto plazo las demandas de una situación estresante o para aligerar las consecuencias aversivas. Por lo tanto, es altamente probable que esta conducta se siga presentando principalmente, en aquellas personas en las que sus capacidades de enfrentamiento se encuentran disminuidas.
5. Ciertas situaciones ambientales se vuelven señales antecedentes del consumo, que se convierten en estímulos condicionados del consumo de sustancias; así la reactividad a señales internas y ambientales puede establecer las bases para el consumo.
6. Dentro de la Teoría de Aprendizaje Social, la tolerancia y la dependencia física se consideran determinantes del consumo mantenido de sustancias, la tolerancia promueve un incremento en el consumo, al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso de la droga, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de la sustancia, para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud, paralelo al desarrollo farmacológico de la tolerancia, la TAS la explica a través del condicionamiento clásico. Por otro lado, se considera que la dependencia física, trae consigo un aumento en el consumo de la droga, como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por el retiro de la droga, que ocurre, en periodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977); es aquí, cuando el consumo de la sustancia es reforzado de manera negativa, como una manera de evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta, es decir, la evitación del síndrome de abstinencia.
7. Existe una serie de factores que afectan el consumo de sustancias: factores sociales, situacionales e individuales, estos factores varían entre individuos y

en el tiempo, por lo que la TAS, asume, que no hay una combinación de factores que se requieren para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medioambientales específicas y tampoco existe una progresión inexorable de etapas adictivas, en contraste existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación, que están sujetas a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá principalmente de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternas de enfrentamiento.

Algunos estudios realizados en muestras comunitarias de adultos y adolescentes (Maisto, Carey, & Bradizza, 1999) muestran que la influencia de variables como la gratificación obtenida, la influencia de los compañeros que utilizan alcohol u otras drogas, el estrés o los estilos de enfrentamiento, pueden ser predictores de la aparición de este tipo de conductas. Por ejemplo, Farrell (1994) estudió la importancia de los amigos en el consumo de alcohol, como precipitadores del consumo en los adolescentes y encontró que el consumo de los pares correspondía con los de los sujetos-blancos, solo cambiaban los tiempos de consumo. De hecho, otros estudios muestran que la influencia de los pares, es consistente en casi todos los casos de consumo en adolescentes. Cooper, Rusell, y George (1988) realizaron un estudio en el que retomaron la TAS para tratar de explicar el consumo en adolescentes, encontrando que los individuos, con expectativas positivas del consumo y escasas habilidades de enfrentamiento, tendían a ubicarse rápidamente en el rango de bebedores problema.

Esta concepción sobre la dependencia a las drogas, derivada de la TAS, se centra en considerar estas disfunciones como conductas adictivas y no como procesos de una enfermedad progresiva, incurable y degenerativa. Esta visión implica, por lo tanto, que los mecanismos que propician el desarrollo y el mantenimiento de estos patrones de hábito, son los mismos que regulan el comportamiento humano (Marlatt & Gordon, 1985).

Considerar que el comportamiento adictivo se aprende bajo los principios del condicionamiento clásico y operante, presupone que éstos pueden ser modificados a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Esta visión requiere

de nuevas suposiciones sobre los programas de intervención, para los consumidores de drogas y el posible cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados.

La primera suposición se basa, en que el desarrollo inicial de un hábito y el proceso de cambio, están gobernados por los principios de aprendizaje. Una segunda suposición es que el proceso de cambio de un patrón de hábito involucra tres etapas; A) compromiso y motivación para el cambio conductual específico, B) instrumentación del cambio conductual específico (terminar con el consumo de drogas a través de la terapia) y, C) el mantenimiento a largo plazo del cambio conductual (Marlatt & Gordon, 1985).

Los procedimientos de intervención derivados de la TAS, proponen estrategias para incrementar el compromiso y motivación para el cambio conductual, a través de la entrevista motivacional; respecto a la instrumentación del cambio de la conducta adictiva, se proponen las técnicas de autocontrol; y para mantener el cambio en el patrón de consumo, se agrega el componente de prevención de recaídas.

3.2 Entrevista Motivacional

Tanto los estudios correlacionales como los orientados al proceso, señalan la necesidad de motivar al usuario de drogas en la búsqueda de ayuda para cambiar su patrón de consumo (Marlatt, 1999).

En contraste con las nociones tradicionales, que enfatizan la importancia de la motivación intrínseca en la búsqueda de ayuda y el cambio conductual, las influencias externas (v.g. problemas familiares, sociales y laborales) proporcionan una gran cantidad de incentivos para la búsqueda de ayuda. También, en oposición a las nociones tradicionales, el reconocimiento de la existencia de problemas relacionados al consumo y el deseo de cambiarlos, no necesariamente implica la aceptación de un tratamiento.

Yahne y Miller (1999) señalaron que a la fecha, la mayoría de las intervenciones se han diseñado para aquella gente que está preparada para tomar acción y cambiar su patrón de 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 aún aquellos que se presentan a algún programa de intervención, están ambivalentes acerca de cambiar su patrón de consumo. Por lo que resulta fundamental, antes de intentar instrumentar programas 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. En el caso de México, la última Encuesta Nacional de Adicciones (1998) reporta, que entre los adolescentes que beben 5 o más copas por consumo, solo el 1.4% ha solicitado ayuda a alguna institución o persona por problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Dentro de la perspectiva del Aprendizaje Social, un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio en la conducta adictiva, es el de Prochaska y DiClemente (1986). Estos investigadores explican en su modelo, cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que atraviesa una persona, en el proceso de cambio de una conducta problema.

El proceso de cambio puede iniciar con la etapa de "precontemplación", en esta etapa la persona no reporta su deseo de cambiar la conducta en el futuro previsible. Muchos individuos en esta etapa ignoran o no están totalmente concientes de sus problemas; cuando los precontempladores se presentan a un programa de intervención, a menudo lo hacen debido a la presión de los demás; la resistencia a reconocer o modificar un problema, es la marca distintiva de la precontemplación (Prochaska & DiClemente, 1986). La contemplación, es la etapa en la cual la gente está conciente de que existe un problema y está pensando seriamente en solucionarlo, pero todavía no realiza ninguna actividad para solucionar el problema presente; un aspecto importante de esta etapa, es la ponderación de los pros y los contras del problema, y búsqueda de soluciones. La preparación, es una etapa en la que los individuos, emprenden acciones para cambiar su patrón de consumo y aunque han hecho algunas reducciones en su conducta problema, todavía no han alcanzado un criterio para la acción efectiva. La acción, es la etapa en donde los individuos modifican su conducta, sus

experiencias o su entorno con el fin de vencer sus problemas, la acción involucra los cambios conductuales y requiere una dedicación considerable de tiempo y energía; los individuos se clasifican en la etapa de cambio y han alterado con éxito la conducta adictiva, alterar exitosamente la conducta adictiva, significa alcanzar un criterio particular, tal como la abstinencia o la moderación. Por último, el mantenimiento, es la etapa en la cual las personas trabajan para impedir las recaídas y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción, el mantenimiento es una continuación, no una ausencia del cambio; para las conductas adictivas; esta etapa se extiende desde los seis meses hasta un periodo indeterminado después de la acción inicial. La estabilización del cambio de conducta y la evitación de la recaída son las marcas distintivas del mantenimiento.

Desde este modelo de las etapas del cambio, la motivación es un estado de disposición al cambio, el cual puede fluctuar a lo largo del tiempo o de una situación a otra. Además, implica la probabilidad de que una persona comience, continúe y se apegue a una estrategia específica de cambio (Miller, 1985).

Con base en los patrones de los motivos percibidos, de las barreras para el tratamiento, y las etapas de cambio; algunos investigadores han propuesto diferentes intervenciones para incrementar la disposición al cambio (Brooke, 1993; Kleyn & Lake 1990; Miller, 1985; Oppenheimer, Sheenan, & Taylor, 1988). Estos esfuerzos clínicos están dirigidos a sensibilizar a los usuarios acerca de sus problemas y generar la necesidad de cambio (estrategias "restaurativas"), o solidificar la preparación para el cambio y traducir esto en una motivación más sólida, para iniciar el tratamiento y adherirse a él (estrategias de consumación"). Se han introducido diversas intervenciones, en un intento por incrementar el ingreso a tratamiento, pero muchas de ellas no han sido evaluadas completamente.

Miller (1985), menciona varias estrategias motivacionales, para incrementar la probabilidad de que los usuarios de drogas, entren y continúen en tratamiento o bien se comprometan con una estrategia de cambio. Los componentes específicos identificados en la entrevista motivacional (Miller 1989; Miller & Rollnick; 1991)

incluyen: 1) proporcionar retroalimentación, a partir de las evaluaciones relacionadas con el impacto del uso de drogas, en el funcionamiento físico, social y psicológico; 2) proporcionar consejo directo sobre la necesidad de cambio y como puede lograrse; 3) intentar remover las barreras significativas para el cambio; 4) sugerir o proporcionar aproximaciones alternativas, para que el usuario pueda elegir cual es la más factible para lograr el cambio; 5) disminuir el atractivo del uso de drogas, a través de la discusión de las consecuencias negativas y los riesgos asociados; 6) utilización de contingencias externas o presión para reforzar el compromiso; y 7) desarrollar una serie de metas personales concretas, para el cambio y mantener contacto periódico. Al usar cada uno de estas estrategias, el resultado deseado es incrementar el compromiso del usuario hacia un tratamiento y la disposición para el cambio (DiClemente, 1991).

La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas, para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes (Miller, 1985). Esta estrategia resulta particularmente útil con las personas que son renuentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio; intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese, a lo largo de las etapas de cambio. Las estrategias de la entrevista motivacional son persuasivas y de apoyo, en donde el terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio.

La incorporación de la entrevista motivacional, dentro de los programas de intervención, ha reducido la deserción e incrementado la participación del cliente en el tratamiento sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de conducta (Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Brown & Miller, 1993; Sobell & Sobell, 1993; WHO, 1996).

La Entrevista Motivacional es una herramienta prometedora en el tratamiento de adolescentes con problemas por el abuso de sustancias. Esta población puede beneficiarse a partir de intervenciones que promueven el compromiso con el tratamiento, resuelven la ambivalencia acerca del cambio y/o ayudan a reducir la incidencia y la severidad de conductas problema (Aubrey, 1998). Las razones por las que esta aproximación es particularmente útil con los

adolescentes son: su duración breve, el estilo terapéutico empático y no confrontativo, y el énfasis puesto en facilitar en el cliente las consideraciones necesarias del efecto del uso de sustancias sobre diferentes áreas de su vida, así como de las distintas opciones para lograr el cambio (Tober, 1991).

La Entrevista Motivacional asiste a los usuarios, que se encuentran ambivalentes en relación a cambiar su abuso de sustancias, en la toma de decisión para el cambio (Heather, Wodak, Nadelmann, & O'hare, 1993). 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 consecuencias serias de salud (ejemplo: cáncer, enfermedades del corazón) que al parecer, incrementan la disposición al cambio en los adultos. Sin embargo, las repercusiones interpersonales (popularidad, reputación social, etc) y emocionales, (depresión, ansiedad, enojo, etc) del abuso de sustancias, son importantes para la mayoría de los jóvenes y son fácilmente incorporadas en un formato de retroalimentación personalizado, para facilitar la disposición al cambio (Aubrey, 1998).

Las limitaciones de la entrevista motivacional se refieren principalmente a que el ingreso a tratamiento, es sólo uno de los muchos pasos involucrados en el proceso de cambio de conducta; además, se requiere más investigación para extender la aplicación y evaluar la utilidad de cada una de las estrategias revisadas anteriormente. Cuando el sujeto reporta disposición a cambiar su patrón de consumo, se deben emplear otras estrategias (por ejemplo: técnicas de autocontrol), también basadas en la teoría del aprendizaje social, que faciliten la instrumentación del cambio en la conducta adictiva.

3.3 Procedimientos de Autocontrol

Tradicionalmente la intervención en el terreno de la salud se ha realizado bajo la perspectiva de un sujeto relativamente pasivo ante los problemas, que pedía consejo a un especialista encargado de enseñarle la estrategia que solucionaría sus conflictos. Desde esta óptica la responsabilidad del cambio era

totalmente del terapeuta, reduciendo al máximo la implicación y participación del individuo en el proceso de cambio.

Esta visión tradicional del proceso de intervención requiere un modelo de sujeto totalmente motivado a ser dirigido externamente hacia el cambio. Sin embargo, hay usuarios que se resisten a ser guiados por otra persona en dicho cambio. Este factor puede ser eliminado adoptando un modelo de intervención más participativo, donde el sujeto diseña las estrategias para cambiar su conducta.

Los programas denominados de "autocontrol" tienen como objetivo final que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta, es decir, que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha ante las situaciones que sea necesario.

Skinner (1953) fue el primero en aplicar la filosofía y la teoría radical del conductismo a los procedimientos de autocontrol. En su libro clásico *Ciencia y Conducta Humana*, le dedica un capítulo a este tema:

Cuando un hombre se controla a sí mismo, escoge un curso de acción o se esfuerza por incrementar el auto-conocimiento, se está comportando. Se controla a sí mismo precisamente como controlaría la conducta de alguien más —a través de la manipulación de las variables de las cuales la conducta está en función. La respuesta controladora afecta variables de tal manera que puede cambiar la probabilidad de otra, la respuesta controlada. La respuesta controladora puede manipular cualquiera de las variables de las cuales la respuesta controlada es función, entonces, hay muchas formas de auto-control (Skinner, 1953, p. 231).

La definición de Kazdin (1995) sobre el auto-control versa sobre "la aplicación de los principios conductuales para modificar la propia conducta" (p. 189). Con esta definición, cada vez que una persona emite propositivamente una conducta para cambiar el ambiente con el fin de modificar otras conductas en su repertorio, puede hablarse de auto-control. El autocontrol es considerado propositivo en el sentido de que un individuo menciona que sus respuestas están

designadas para obtener un resultado específico (por ejemplo, para reducir el número de cigarrillos que se fuma cada día). Desde esta perspectiva se define el autocontrol como la aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio conductual que resultan en la modificación deseada de la conducta de uno mismo.

Sin embargo, el auto-control también incluye programas de cambio conductual más complejos y de más larga duración en los cuales, un cliente junto con el terapeuta, planea e implementa una o varias contingencias diseñadas para cambiar su conducta, (por ejemplo, un programa diseñado para decrementar su conducta de fumar, involucrando el uso sistemático de control de estímulos, reforzadores y castigos). Si el cambio deseado en la conducta meta no ocurre, el auto-control no ha sido demostrado; y el auto-control no ha ocurrido si el cambio en la conducta meta tomó lugar sin las respuestas de auto-control (Cooper, Heron, & Heward, 1987). Es importante destacar que las variables que van a determinar la puesta en marcha de estrategias de autocontrol son las consecuencias aversivas que a corto o largo plazo tienen las respuestas objeto de control, a pesar de sus inmediatos efectos positivos.

El entrenamiento en autocontrol, es necesario en el tratamiento de las conductas adictivas por varias razones:

- La conducta adictiva en muchas ocasiones no se presta a agentes externos de cambio.
- El auto-control puede ser un método efectivo para extender la generalidad del cambio conductual.
- Las técnicas de auto-control pueden ser utilizadas para controlar conductas que no tienen una consecuencia negativa contingente a la conducta, como es el caso del consumo de alcohol y otras drogas donde las consecuencias negativas generalmente son a largo plazo (Marlatt, & Gordon, 1980)
- Algunas personas se desempeñan mejor bajo estándares auto-seleccionados (Bandura, 1969; Felixbrod & O'Leary, 1973; Glynn, Thomas, & Shee, 1973).

El Entrenamiento en Autocontrol de la conducta adictiva, consiste en técnicas conductuales que incluyen el planteamiento de metas, auto-registro, dirección y orientación para el logro de metas, y el aprendizaje de alternativas de

enfrentamiento; es educacional en el sentido de que el cliente es introducido a componentes específicos, uno por uno, y se asignan tareas entre las sesiones. Además, el cliente mantiene la responsabilidad primaria para tomar decisiones a lo largo del entrenamiento. Por lo tanto, el entrenamiento en Auto control Conductual involucra un número de pasos que ocurren en el siguiente orden (Cooper, Heron, & Heward, 1987):

1. Establecimiento de límites de consumo.
2. Auto registro de las conductas de consumo.
3. Establecimiento de un sistema de reforzamientos para el logro de las metas.
4. Identificación de las situaciones que anteceden el consumo excesivo.
5. Aprendizaje de estrategias de enfrentamiento que sustituyan el consumo.

Estos procedimientos de Entrenamiento en Autocontrol Conductual han sido extensamente estudiados, y han sido sujetos a más evaluaciones controladas que ningún otro procedimiento de tratamiento en el campo del consumo excesivo de alcohol. Estos estudios indican que los bebedores problema responden favorablemente a esta aproximación, manteniendo el consumo moderado y sin problemas en extensos periodos de tiempo. Cuando los clientes son asignados aleatoriamente a programas con metas de abstinencia o moderación, los resultados a largo plazo son consistentes para ser comparados (Ayala, Echeverria, Sobell, & Sobell, 1998; Cooper, Heron, & Heward, 1987; Felixbrod & O'Leary, 1973; Glynn, Thomas, & Shee, 1973; Marlatt, 1985; Sobell & Sobell, 1993).

3.4 Prevención de Recaídas

Durante décadas, muchos de los programas de intervención en conductas adictivas no han utilizado estrategias para prever o prevenir recaídas en los sujetos a los que les proporcionan servicio (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Terence, 1986). Sin embargo, se han propuesto varias estrategias para reducir las recaídas y mejorar los resultados del tratamiento a largo plazo, principalmente en los programas para adultos. Las alternativas tradicionales para el problema de las recaídas son: 1) aumentar el número de sesiones en el mismo tratamiento, 2)

intensificar y ampliar el número de componentes del tratamiento, 3) adoptar el modelo de tratamiento de toda la vida, tal como el incluido en A.A y otros grupos de autoayuda (Brownell et al., 1986). Desgraciadamente, los resultados de estas estrategias no han sido totalmente exitosos para mantener el cambio a lo largo del tiempo (Annis, 1990).

Debido a las limitaciones encontradas en las estrategias tradicionales, algunos investigadores se han dedicado a estudiar el proceso de las recaídas desde diferentes aproximaciones teóricas. Uno de estos investigadores es Marlatt (1978), quién, basándose en la teoría del aprendizaje social, ha desarrollado un modelo de prevención de recaídas que ha recibido considerable atención en el campo de las adicciones (Marlatt & Gordon, 1985).

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, 1980) y la recaída es vista como un proceso de transición, como una serie de eventos que pueden o no ser seguidos por el retorno a los niveles de la línea base de la conducta blanco. De esta forma, la recaída se considera parte del proceso natural de recuperación, en el sentido de que se puede aprender de los errores y conceptualizar la recaída como una oportunidad para que ocurra un nuevo aprendizaje.

La recaída puede tener consecuencias positivas si la experiencia de alguna forma prepara al individuo para el éxito posterior. La persona que recae puede obtener información y puede aprender formas para prevenir las recaídas en un futuro. Incluso, el experimentar con recaídas programadas puede ser algo deseable (Marlatt & Gordon, 1985). Esta propuesta involucra la planeación y ejecución de las recaídas que no podrían ocurrir de otra manera, para enseñar a los pacientes en recuperación con técnicas de auto-control.

Asociado al término de recaída, están las situaciones de alto riesgo de consumo; que se refiere a cualquier situación que amenaza el sentido de control del individuo (auto eficacia) e incrementa el potencial de riesgo para la recaída (Blane & Leonard, 1987). Las situaciones en las que se consumen drogas están clasificadas con base a las ocho categorías desarrolladas por Marlatt y sus

colaboradores. Dichas categorías se derivaron de entrevistas a alcohólicos que habían sido sometidos a tratamiento y tuvieron recaídas al poco tiempo (Marlatt, 1978; 1979). De estas categorías, cinco se relacionan con situaciones personales y son:

- Emociones Desagradables
- Malestar Físico
- Emociones Agradables
- Prueba del Auto- Control
- Necesidad física

En tanto que las otras tres categorías incluyen situaciones que involucran a terceras personas y estas son:

- Conflictos con Otros
- Presión Social para el Consumo
- Momentos agradables con otros

El modelo de prevención de recaídas considera múltiples determinantes para las situaciones de alto-riesgo de consumo, pero enfatiza el proceso cognoscitivo de la auto eficacia.

En la Figura 1 se presenta el modelo explicativo del proceso de recaída, desde esta perspectiva.

Modelo Cognitivo-Conductual del Proceso de Recaída Comenzando con la Exposición a una Situación de Alto Riesgo.

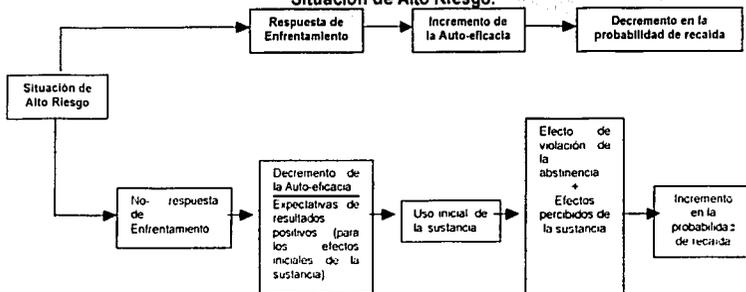


Figura 1 Estrategias de mantenimiento en el cambio de conductas adictivas Marlatt y Gordon, 1985.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este modelo, el proceso de recaída inicia con la presentación de una situación de alto riesgo de consumo, luego hay dos caminos posibles, la utilización de una estrategia de enfrentamiento efectiva (en el sentido de que decremente las probabilidades de consumir la droga), o la ausencia de una estrategia efectiva de enfrentamiento para controlar una situación de riesgo de consumo. Esta ausencia de la respuesta de enfrentamiento conduce a un decremento en la auto eficacia (Bandura, 1977; 1978), lo cuál puede ser etiquetado cognoscitivamente como la violación de la abstinencia. Este fenómeno implica la pérdida de control a las reglas auto-impuestas. De otra manera, si el individuo es capaz de ejecutar efectivamente habilidades de enfrentamiento en una situación de riesgo de consumo la probabilidad de recaída decrementa significativamente y además incrementa su percepción de auto eficacia.

Bajo el régimen de este modelo explicativo, la prevención de recaídas, para el tratamiento de las conductas adictivas en las intervenciones breves, constan de los siguientes componentes (Marlatt & Gordon, 1985): 1) Se enseñan estrategias de enfrentamiento (cognoscitivas y conductuales), con el fin de intervenir en problemas inmediatos, es decir, enfrentar las situaciones en las que se presenta la necesidad de consumo; 2) apoya la construcción de mapas que muestran la localización de las situaciones de riesgo en las que puede ocurrir el consumo ayudando así a la adquisición de habilidades de enfrentamiento para evitar el consumo; y 3) apoya en la anticipación y preparación de las posibles recaídas, interviene sobre sus expectativas, evitando que estas sean poco realistas para que sean efectivas en la prevención de estas situaciones.

A pesar de que los programas de prevención de recaídas fueron inicialmente desarrollados para mantener los resultados de otros programas de tratamiento de conductas adictivas (Marlatt & Gordon, 1980; 1985) las estrategias cognoscitivo – conductuales de los programas de prevención de recaídas se han extendido para facilitar cambios de vida positivos (Dimeff & Marlatt, 1995; Marlatt & George, 1984).

En el ámbito internacional se ha venido demostrando que las intervenciones breves basadas en la teoría del aprendizaje social y que utilizan componentes de

la entrevista motivacional, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol; son apropiadas para personas que presentan un patrón de consumo problemático y que las intervenciones intensivas deben dejarse para la población con problemas de dependencia.

CAPITULO 4

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Abusan del Consumo de Alcohol y otras Drogas

Una intervención breve es definida como una interacción mínima dada por un profesional de la salud, enfocada en los riesgos asociados con el consumo excesivo de alcohol u otras drogas. La duración de este tipo de intervenciones puede durar desde varios minutos hasta 4 sesiones (Sobell & Sobell, 1993). La OMS describe este tipo de intervención como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo riesgosa con la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad.

El estudio de intervención breve más exhaustivo hasta el momento, ha sido el proyecto de la Organización Mundial de la Salud en 11 naciones (Babor & Grant, 1991). Este estudio comparó dos intervenciones breves vs. un grupo control para probar cuál era el esfuerzo mínimo y el esfuerzo máximo que debían proveer los profesionales encargados de atender a las personas que consumían alcohol en exceso. A pesar de que se hipotetizaba que la reducción en el consumo de alcohol sería proporcional a la intensidad de la intervención no se observaron diferencias entre los dos grupos de intervención breve, ambas intervenciones fueron efectivas al reducir la cantidad promedio de consumo de alcohol. El Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1990, ha recomendado que se utilice la estrategia escalonada de tratamiento, donde los esfuerzos mínimos para proveer ayuda son seguidos de tratamiento más intensivo, solamente en el caso en que los esfuerzos mínimos no hayan tenido éxito. Este instituto señala que las intervenciones breves pueden ser particularmente efectivas en los jóvenes que consumen alcohol en exceso, que no tienen dependencia al alcohol, pero que ya pueden haber experimentado problemas relacionados a éste (IOM, 1990).

En México, a principios de los 90, se realizó una investigación para evaluar el modelo de autocontrol dirigido para adultos bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1998). Los resultados de esta investigación muestran

que a los seis y los doce meses de terminado el tratamiento con una muestra de 177 sujetos adultos, los usuarios permanecen 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, cuando consumen, reportan consumir 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 puede observar una ligera reducción en general.

Con respecto a las intervenciones breves en adolescentes que abusan de las sustancias, se deben de considerar 4 componentes principales 1) identificar a los adolescentes en las etapas tempranas del consumo de alcohol y otras drogas, 2) advertir de las consecuencias negativas de continuar con el consumo, 3) incrementar la disposición a cambiar su patrón de consumo, 4) incrementar su auto eficacia para controlar sus principales situaciones de consumo (Wagner et al., 1999).

Se espera que las intervenciones breves ayuden al adolescente a incrementar su confianza para enfrentar sus situaciones de consumo, y por lo tanto, aumentar su auto eficacia. Dos aspectos esenciales de las intervenciones breves para incrementar su disposición al cambio son: el estilo terapéutico y la retroalimentación personal. Retroalimentar al cliente dándole la oportunidad para comparar su uso y consecuencias con datos normativos también incrementa la motivación para reducir el consumo. La motivación para reducir el consumo se puede lograr incrementando la percepción del riesgo y reduciendo los costos para cambiar (Prochaska et al., 1994; Ryan & Deci, 2000). Las intervenciones breves que incluyen estrategias de prevención de recaídas, tales como identificar situaciones de alto riesgo y el desarrollo de conductas alternativas, son necesarias para incrementar la auto eficacia (Sobell & Sobell, 1993).

Desde principios de los 90, la Universidad de Washington ha desarrollado y evaluado programas de intervención breve para jóvenes universitarios que consumen alcohol en exceso. Estos programas están basados principalmente en el incremento de la motivación de los sujetos (Baer, 1993; Baer, Kivlahan, Fromme, Larimer, & Williams, 1992; Dimeff, 1997; Kivlahan, Marlatt, Fromme,

Coppel, & Williams, 1990; Marlatt et al., 1998). Sus premisas principales son que los adolescentes que consumen alcohol de forma riesgosa, que han experimentado problemas relacionados al alcohol, o que inician el consumo de otras drogas; rara vez consideran su conducta como un problema y difícilmente buscan ayuda por ellos mismos. Por esta razón, es importante desarrollar programas de intervención que tengan como primer objetivo incrementar la disposición al cambio, utilizando estrategias de la entrevista motivacional desarrollada por Miller (1985).

El papel de la motivación, en el cambio del patrón de consumo en los adolescentes debe ser considerado en cualquier programa de prevención que se enfoque a esta población. Los jóvenes generalmente están informados acerca de los riesgos que corren por consumir drogas o alcohol, además de esto, son bastante capaces de decir no, si así lo desean. Como resultado las habilidades solamente sirven en el grado en que los estudiantes quieran utilizarlas. Desde una perspectiva motivacional, la meta es incrementar la disposición de los estudiantes para cambiar sus hábitos y su estilo de vida, e incrementar la probabilidad de que pongan en práctica las habilidades aprendidas (Marlatt, 1996).

En un primer estudio de la Universidad de Washington (Kivlahan, Marlatt, Fromme, Coppel, & Williams, 1990), observaron que los estudiantes que aprendieron habilidades de consumo moderado mostraron una reducción significativa en su consumo al año de seguimiento, en comparación con el grupo que solo recibió información acerca de los riesgos de beber en exceso. En otro estudio (Baer et al., 1992) se identificó a estudiantes bebedores problema y se asignaron aleatoriamente a tres condiciones: grupo de entrenamiento en habilidades de moderación, grupo de manual de autoayuda y grupo de intervención de una sola sesión de retroalimentación y consejo acerca de los riesgos individuales de consumir en exceso. A los dos años de seguimiento los resultados mostraron que los estudiantes que participaron en las condiciones de consejo breve y entrenamiento en habilidades de moderación redujeron significativamente la frecuencia y cantidad de consumo por ocasión. Estos

resultados son consistentes con otros estudios de las intervenciones breves (Bien, Miller, & Tonigan, 1993; WHO, 1996).

Breslin et al. (2002) desarrollaron un programa que consistía en proporcionar una retroalimentación estructurada de los resultados de la evaluación y 4 sesiones de tratamiento semanales. En las sesiones de tratamiento se revisaron los costos y beneficios de cambiar, identificación de situaciones de alto riesgo asociadas con el uso de sustancias, discusión de las metas de vida y como el uso de drogas afectan su logro, aprendizaje acerca del concepto de los estados de cambio y discusión de donde se sitúa el sujeto. Así mismo, el tratamiento ofrecía la auto selección de metas de tratamiento; en su estudio piloto, Breslin et al. (Op cit.), compararon dos condiciones de tratamiento, una de las condiciones fue conformada por sujetos que participaron en una intervención breve, y otra condición estaba conformada por sujetos que participaron en la intervención breve más otra intervención. Comparo los efectos del tratamiento a los 6 meses de finalizado, con respecto a la frecuencia del uso de drogas, consecuencias relacionadas con el uso y la auto eficacia. Uno de los resultados indicó que el cambio en cuanto a los días de consumo de drogas fue significativo, pero no existieron diferencias en los participantes que habían tomado la intervención breve y los que tomaron la Intervención breve más otra intervención. Los sujetos que sólo recibieron la intervención breve disminuyeron el número de consecuencias asociadas y los que recibieron las 2 intervenciones reportaron menos cambios en el número de consecuencias. Sin embargo, no hubo cambios significativos en el nivel de auto eficacia, principalmente en los consumidores de marihuana.

Otras investigaciones que han presentado sus resultados preliminares de las intervenciones breves aplicadas a adolescentes que abusan del alcohol o marihuana son: a) entrevista motivacional en sala de urgencias con adolescentes que consumen alcohol (Monti et al., 1999) y, b) intervención en grupos escolares de adolescentes que abusan del alcohol (Wagner et al., 1999). Estos programas reportan resultados en cuanto a la reducción del número de días de consumo, número de consecuencias relacionadas y cambios en el nivel de auto eficacia a los 6 meses de terminado el programa.

Partiendo de una serie de consideraciones:

1. Aunque la mayoría de los adolescentes escolares pueden llegar a superar la etapa de consumir sustancias sin tratamiento, siguen siendo vulnerables a muchas consecuencias negativas mientras no dejen de consumir alcohol de forma excesiva u otras drogas. Por lo tanto, un objetivo razonable para los programas de prevención puede ser ayudar a los estudiantes a pasar esta etapa riesgosa de su vida de manera más segura a través del consumo moderado de alcohol y la abstinencia o reducción del daño en el caso de otras sustancias (Marlatt et al., 1998).
2. Los factores que mantienen la conducta de consumir alcohol u otras drogas en los jóvenes son diferentes a los factores que mantienen la conducta de consumo de alcohol en adultos. Una intervención breve para jóvenes será efectiva si se enfoca en los factores que son diferentes en ellos.
3. Las consecuencias relacionadas con el consumo son diferentes para los adultos y los adolescentes.
4. Las metas autoseleccionadas por los estudiantes en relación con el número de copas que van a tomar tienen mayor fuerza que las metas impuestas por otros.
5. Consumir alcohol de forma moderada para decrementar los efectos dañinos puede ser igual de agradable que consumir en forma excesiva y riesgosa.
6. Se ha demostrado que las intervenciones breves pueden ser igual de efectivas que las intervenciones más complejas (Breslin et al., 2002); por lo tanto, diseñar intervenciones de menor intensidad para adolescentes que inician el consumo problemático de drogas resultan costo-efectivas.
7. Esta puede ser una alternativa de "primer paso" para los adolescentes que requieren de una intervención más intensiva y se resisten a ingresar a tratamiento (Breslin et al., 2002).

A partir de lo anterior, se propuso el desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes, quienes abusan del alcohol u otras drogas y reportan problemas relacionados con su consumo, aunque sin presentar dependencia hacia estas sustancias. Entendiendo el abuso por: a) el uso continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema

social, escolar, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia; y b) el uso de la sustancia en situaciones en que resulta físicamente arriesgado (APA, American Psychiatric Association, 1994). También, se considera la definición de abuso propuesta por Winters (2001): a) Abuso temprano: uso más establecido, frecuente involucramiento con más de una droga, mayor frecuencia e inicio de consecuencias adversas; y b) Abuso: uso regular y frecuente, durante un periodo extenso, surgimiento de consecuencias adversas.

Esta intervención se caracteriza por utilizar procedimientos de Autocontrol (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1998; Sobell & Sobell, 1993), Entrevista Motivacional (Aubrey, 1998; Miller, 1985), Prevención de Recaídas (Marlatt, 1999), "The First Contact" (Breslin, Sdao-Jarvie, Tupker, & Pearlman, 1999). El programa tiene el objetivo central de promover un cambio en el patrón de consumo de drogas a través de establecer metas de consumo (en el caso de consumo de alcohol: moderación o abstinencia; en el caso de drogas ilegales, la abstinencia), identificar las situaciones en que es más probable que consuman y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a estas situaciones. Con la reducción del patrón de consumo se pretende reducir los posibles riesgos y problemas relacionados con la conducta de consumo excesivo de alcohol (más de 5 copas por ocasión) o el consumo de drogas ilegales (por más de 5 ocasiones), con una historia de consumo menor a los dos años.

Este programa intenta superar las barreras en cuanto a la detección y canalización de los adolescentes, la principal estrategia es la aplicación del modelo dentro del escenario escolar, realizando acciones como talleres a maestros y personal de salud para la identificación oportuna de los casos: ya que éstos mantienen una relación más directa con los adolescentes. Por otro lado, el programa intenta superar la barrera de evaluación de la eficacia del modelo, a partir de la identificación de variables mensurables directamente relacionadas con el patrón de consumo de los sujetos (antes, durante y 6 meses después de terminado el tratamiento). Finalmente, una de las barreras más importante es la falta de interés de los adolescentes de cambiar su patrón de consumo, cuando

perciben que las consecuencias positivas superan las consecuencias negativas relacionadas con el consumo, por lo que se desarrolló una sesión de inducción donde se utilizan estrategias de entrevista motivacional.

5. MÉTODO

5.1. Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar y evaluar un modelo de intervención breve para adolescentes que consumen drogas, que incida en la disminución del patrón de consumo y de los problemas relacionados con su consumo.

Objetivos específicos:

- a) Identificar patrones de consumo de drogas en los adolescentes antes de iniciar el tratamiento y evaluar los cambios en este patrón al final de la intervención y en las fases de seguimiento.
- b) Identificar los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Así como identificar si existe algún cambio, de los problemas relacionados con el consumo, al final del tratamiento y en los seguimientos.
- c) Evaluar el nivel de auto eficacia percibido por el adolescente para enfrentar diferentes situaciones de consumo antes, durante la intervención y en los seguimientos.
- d) Evaluar la significancia clínica del cambio, a través de la validación social de los procedimientos y resultados.

5.2. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño de caso único A B y seguimiento al mes, tres meses y a los seis meses de concluido el tratamiento (Barlow & Hersen, 1988).

El diseño AB con seguimiento se presentó de la siguiente manera:

Línea base ----- Tratamiento ----- Seguimiento

5.3. Sujetos

Se trabajó con 27 sujetos, los cuales se seleccionaron a partir de los reportes de los maestros o padres y que decidían participar voluntariamente en el programa.

Los sujetos cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Adolescentes que reportaron consumo de alcohol o de drogas (inhalables, marihuana o cocaína), en un periodo no mayor de dos años en forma de abuso temprano o abuso en algunas situaciones (Winters, 2001), sin ser dependientes a la sustancia (de acuerdo a los criterios del DSM-IV).
- Adolescentes que reportaron problemas relacionados con el consumo.
- La edad de los sujetos fue entre los 14 y 18 años.
- Estudiantes inscritos a nivel medio y medio superior.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que no asistieron a la escuela en el momento de la aplicación del programa.
- Adolescentes con una historia mayor de dos años de consumo y/o dependencia hacia la droga.
- Presentación de desórdenes psiquiátricos.
- Adolescentes que presentaban consumo experimental de la sustancia.

5.4. Instrumentos de Evaluación

5.4.1. Lista Tamizaje de Indicadores de Dependencia del DSM-IV (Martínez & Ayala, 2000a). Es una lista de indicadores de dependencia al alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Esta lista se elaboró a partir de los indicadores del DSM IV y está conformada por 2 partes. La primer parte está constituida por 7 reactivos que miden tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, consecuencias negativas relacionadas con el consumo y tiempo que dedica el adolescente a actividades relacionadas con el consumo; la segunda parte la conforma una lista de síntomas del síndrome de abstinencia de 7 sustancias adictivas.

La validez de este instrumento se obtuvo a partir de 10 jueces expertos en el área de adicciones. A cada juez se les entregó los reactivos y una definición operacional de los conceptos que medían, y se les pidió que parearan los reactivos de acuerdo al contenido con las definiciones. El acuerdo entre jueces fue del 100%. Para validar la lista de síntomas del síndrome de abstinencia se les

entregó, a los mismos jueces, una lista que contenían los síntomas y se les pidió que indicaran a que sustancia correspondían, el acuerdo entre jueces fue del 87%.

5.4.2. Entrevista Inicial (Campos, Martínez, & Ayala, 2001). Esta entrevista fue construida especialmente para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, tomando como base la entrevista utilizada en el programa de Auto-Cambio para Bebedores Problema y el "Tratamiento Breve para Jóvenes" desarrollado en Canadá (Breslin et al., 1999). 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, historia 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.

La validez de la entrevista se obtuvo a partir de jueces expertos. Se les pidió a diez personas expertas en el área de las adicciones que parearan los reactivos con las áreas que mide el instrumento, para esto se les proporcionó las definiciones de cada una de las áreas. El acuerdo entre jueces fue del 100%.

5.4.3. 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, en el caso del consumo de marihuana se mide de acuerdo al tamaño de un cigarro de tabaco, el consumo de cocaína por líneas, el consumo de inhalables por número de inhalaciones (ver anexo 1). 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 periodo 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). Recientemente, su confiabilidad

se ha demostrado con poblaciones de bebedores que no abusan del alcohol y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y 28 años de edad (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986). La evidencia de la validez de este instrumento se obtiene de su aplicación clínica, en donde se comparó el reporte de la línea base con registros oficiales indicando un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como incidencia. Puntajes altos de la escala de dependencia al alcohol correlacionan positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y un promedio mayor de consumo por día. Por último se han encontrado correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y la de otros informantes (Echeverría & Ayala, 1997a).

5.4.4. Auto-Registro de consumo de alcohol y otras drogas (Echeverría & Ayala, 1997a). El auto-registro es un formato en donde el sujeto reporta el día de consumo, capacidad de resistir el consumo (sí, no, no fue necesario), número de copas por tipo de bebida o cantidad de droga consumida, total de copas, situación relacionada con el consumo, y pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo. La validez del auto-registro se obtiene de su aplicación clínica al encontrar un patrón de convergencia cuando el auto-reporte es comparado con reportes de otros informantes (padres y maestros) y de reportes en la escuela, también se ha encontrado una consistencia a través del tiempo.

5.4.5. Cuestionario de validación social (Martínez & Ayala, 2000b). Es un cuestionario diseñado para medir la satisfacción del usuario con las metas del tratamiento, los procedimientos empleados para lograr el cambio en el patrón de consumo y de los resultados alcanzados el final del tratamiento. Este cuestionario está conformado por 9 reactivos y su validez se obtuvo a partir jueces. Los jueces establecieron si los reactivos median satisfacción en las áreas mencionadas, existió un 100% de acuerdo entre jueces.

5.4.6. Reportes de seguimiento (Echeverría & Ayala, 1997b). El reporte está constituido por 60 reactivos, es una parte paralela de la entrevista inicial que miden las mismas áreas excepto datos de identificación y recomendaciones para iniciar un tratamiento. Las áreas son: historia 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 y evaluación del entrevistador.

La validez del reporte se obtuvo a partir de jueces expertos. Se les pidió a diez personas expertas en el área de las adicciones que parearan los reactivos con las áreas que mide el instrumento, para esto se les proporcionó las definiciones de cada una de las áreas. El acuerdo entre jueces fue del 100%.

5.4.7. Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, González- Forteza, Andrade, & Medina-Mora, 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, 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 sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias. La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de .9057.

5.4.8. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Martínez, Ruiz, & Ayala, 2003). Este cuestionario denominado "Inventory of Drug Taking Situations" fue elaborado por Annis y Martín (1985) y en México fue adaptado para población adulta por De León y Pérez (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, y necesidad física.

Posteriormente, el inventario fue adaptado para población adolescente por Martínez, Ruiz, y Ayala (2003). Se aplicó el instrumento a una muestra de 380 jóvenes usuarios de drogas entre los 14 y 19 años de edad. La adaptación del instrumento incluyó tres fases; la primer fase (piloteo) se refiere a la aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS) a 130 adolescentes. Esta fase se complementó con la aplicación de entrevistas a 10 grupos focales de 5 adolescentes cada uno con las mismas características, en los cuales se discutió

sobre las situaciones principales de consumo. La segunda fase incluyó el desarrollo de un nuevo instrumento a partir del análisis de los reactivos que mejor discriminan en el instrumento adaptado. La tercera y última fase es la estandarización del instrumento a partir de la aplicación del cuestionario a 200 adolescentes con las mismas características, evaluándose los resultados y obteniéndose nuevas normas de interpretación adecuadas a la población adolescente.

El inventario final se conformó por 27 reactivos, repartidos en cuatro categorías: momentos agradables con otros, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y emociones agradables, obtenidos a partir del análisis factorial realizado al instrumento. La confiabilidad del instrumento fue de 0.92.

5.4.9. Cuestionario de confianza situacional versión breve (Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997c) Este cuestionario consta de 8 reactivos. 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. El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo.

Las situaciones medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y colaboradores (Marlatt, 1978; 1979; Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en:

* 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

* Situaciones de grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas esta involucrada; se subdividen en 3 categorías:

- Conflicto con otros
- Presión social
- Momentos agradables con otros

Su adaptación para población mexicana estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997c) quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos 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. Para su adaptación a población adolescente se aplicó el instrumento a una muestra de 150 jóvenes usuarios de alcohol y otras drogas entre los 14 y 19 años de edad. La adaptación del instrumento incluyó tres fases; la primer fase (piloteo) se refiere a la aplicación del Inventario de confianza situacional versión breve a 50 adolescentes, esta fase tenía como objetivo realizar el análisis de contenido de los reactivos, no se realizó ningún cambio a los mismos. La segunda fase incluyó la aplicación del instrumento a 100 adolescentes con las mismas características de la muestra anterior, donde se obtuvo la consistencia interna del instrumento que fue de 0.977.

5.4.10. Escala de estados de la disposición al cambio (Mille, & Tonigan, 1996, adaptado por Salazar, Martínez, & Ayala, 2001). La escala original 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 que 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 de .90, .87 para la sub-escala de acción, y .85 para la sub-escala de reconocimiento.

Cabe mencionar que los instrumentos que se aplicaron en las diferentes fases de la investigación se validaron socialmente, es decir, a cuatro grupos focales de adolescentes que consumían alcohol u otras drogas, se les presentaron los instrumentos y se les pidió que evaluaran la claridad de las instrucciones, claridad de los reactivos, y si consideraban que se contenían todos los factores involucrados con el objetivo de evaluación de cada medida. A partir de estos grupos se cambiaron algunas palabras para mejorar la redacción y claridad de los reactivos, en ningún instrumento fue necesario agregar más factores o reactivos, los adolescentes consideraron que los instrumentos eran exhaustivos con respecto al objetivo de evaluación.

La Tabla 1, muestra la aplicación de cada uno de los instrumentos en las diferentes fases que componen la investigación.

Tabla 1. Se muestra el momento de la aplicación de los instrumentos.

Fase de la investigación	Instrumento de evaluación
Detección de casos y selección de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Lista de cotejo de los indicadores de dependencia ↓ Cuestionario de tamizaje de problemas en el adolescente POSIT
Obtención de la línea base (Admisión al tratamiento)	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Entrevista inicial ↓ Línea base retrospectiva ↓ Inventario de situaciones de consumo de drogas ↓ Cuestionario de confianza situacional
Inducción Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Escala de disposición al cambio ↓ Auto – registro del consumo de alcohol y otras drogas
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Auto – registro del consumo de alcohol y otras drogas
Conclusión del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Cuestionarios de validación social ↓ Auto – registro del consumo de alcohol y otras drogas ↓ Cuestionario de Confianza situacional
Seguimiento al mes	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Reporte de seguimiento ↓ Auto – registro del consumo de alcohol y otras drogas
Seguimiento a los tres meses	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Reporte de seguimiento ↓ Auto – registro del consumo de alcohol y otras drogas
Seguimiento a los seis meses	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Reporte de seguimiento ↓ Auto – registro del consumo de alcohol y otras drogas ↓ Cuestionario de confianza situacional

5.5. Escenario

El programa de intervención breve para adolescentes se llevó a cabo dentro de las instalaciones de 2 escuelas de nivel medio superior (Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Naucalpan y Preparatoria 7), en cubículos que proporcionaron los directivos de la institución; además, el programa se aplicó en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

TESIS CON
 FALLA DE CUBIEN

5.6. Procedimiento

5.6.1. Actividades realizadas antes de iniciar el programa de intervención.

- a) Como primera fase se adaptaron o elaboraron, para la población adolescente, los siguientes instrumentos de evaluación:
- Lista de Cotejo de los indicadores de dependencia de acuerdo al DSM-IV (Martínez & Ayala, 2000).
 - Entrevista inicial para adolescentes (Campos, Martínez, & Ayala, 2000)
 - Inventario de situaciones de consumo de drogas para adolescentes (ISCD-A, Martínez, Ruiz, & Ayala, 2003)
 - Cuestionario de confianza situacional (Echeverría & Ayala, 1997c).
 - Escala de los estados de disposición al cambio (SÓCRATES, Salazar, Martínez & Ayala, 2001).
 - Cuestionario de validación social (Martínez & Ayala, 2000b).
 - Reportes de seguimiento (Echeverría & Ayala, 1997b)
- b) Como segunda fase, se elaboraron los folletos para las sesiones del programa de intervención basados en los materiales del modelo de auto cambio dirigido para bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell, & sobell, 1998). Esta actividad se realizó a través de 4 grupos focales de 8 a 12 adolescentes cada uno, 2 grupos estaban conformados por sujetos que consumían alcohol u otras drogas, y 2 grupos estaban conformados por no consumidores. Los grupos focales se desarrollaron en una sola sesión con una duración de dos horas, en estos grupos se les presentaron los tópicos y ejercicios que se realizan en cada sesión del programa y ellos discutieron las propuestas y eligieron la más adecuada en términos de la claridad del contenido, palabras utilizadas, ejemplos e ilustraciones.
- c) En la tercera fase se piloteó el programa de intervención con 10 sujetos. Se observó que 4 de los 10 sujetos que acudieron a la admisión (canalizados por el personal de la escuela), desertaron del programa entre la sesión de evaluación y la primera sesión del tratamiento; por tal motivo se desarrolló una sesión de inducción al tratamiento que tiene como objetivo incrementar

la disposición de los sujetos al mismo (Salazar, Martínez, & Ayala, 2001). Los puntos que se desarrollaron para la sesión de inducción al tratamiento fueron: 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) ejercicio para favorecer la identificación de los posibles problemas relacionados con el consumo, 4) ejercicio para identificar dos alternativas de solución para los problemas identificados, 6) ejercicio de balance decisional (ventajas y desventajas de asistir a tratamiento).

- d) Finalmente, se escribió el manual del terapeuta, con el que se entrenaron a tres estudiantes de la maestría con residencia en adicciones, quienes participaron en esta investigación.

5.6.2. *Detección de casos y selección de la Muestra.*

El objetivo de esta etapa, fue la identificación de adolescentes que abusan de alcohol u otra droga. Para lograr este objetivo, se llevaron a cabo reuniones informativas para maestros, personal de psicología y jurídico en 7 escuelas del Distrito Federal. Una vez que se desarrollaron las reuniones informativas a los asistentes, el personal jurídico y de orientación de la escuela se encargó de canalizar los posibles casos encontrados a través de los reportes de maestros y del personal de vigilancia, ya que los alumnos se presentaban a clase con aliento alcohólico o se les encontraba ingiriendo alguna sustancia dentro de las instalaciones de la escuela. Cabe mencionar que sólo dos escuelas proporcionaron espacio para trabajar en sus instalaciones, las otras 5 instituciones canalizaban los sujetos al Centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En tres años de trabajo de campo, las instituciones educativas canalizaron 276 adolescentes. En el momento que los adolescentes fueron entrevistados por primera vez dentro del programa de intervención para adolescentes, se les aplicó el POSIT y la lista de cotejo de los indicadores de dependencia según el DSM IV; estos instrumentos se aplicaron para conocer si los adolescentes cumplían con los criterios de inclusión al programa. El 20% de los sujetos cumplió con los criterios

de inclusión, el resto de la muestra eran adolescentes que tenían uno o dos consumos sin problemas relacionados. Además, en esta entrevista se les explicaron las características del programa y firmaron un formato de consentimiento cuando aceptaban participar en la investigación. De los 52 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, 38 firmaron el formato de consentimiento y de estos 27 completaron todas las fases del programa.

Cabe mencionar, que a los sujetos que no cumplieron con los criterios de inclusión se les proporcionó un taller de una sesión de dos horas, dicho taller tuvo como objetivo enseñarles las estrategias generales de consumo moderado de alcohol.

5.6.3. Obtención de la línea de base. Admisión al programa.

A los adolescentes que cubrieron las características de inclusión y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, se les aplicó, en una sesión de dos horas en forma individual, los siguientes instrumentos de evaluación: Entrevista inicial, línea base retrospectiva, inventario de situaciones de consumo de drogas, y el cuestionario de confianza situacional. Los resultados de esta evaluación permitieron conocer el patrón de consumo (frecuencia y cantidad de consumo por ocasión), identificar las principales situaciones de consumo excesivo de drogas y la confianza percibida por el usuario para enfrentar adecuadamente situaciones de probable consumo de drogas.

5.6.4. Inducción al programa.

Esta etapa tuvo como objetivo sensibilizar a los adolescentes acerca de la importancia de asistir al programa de tratamiento. La inducción al tratamiento estuvo constituida por cuatro fases que se llevaron a cabo en una sesión de 90 minutos en forma individual:

- Entrega de los resultados de la evaluación: En esta fase se le entregó al adolescente los resultados de los instrumentos aplicados en las etapas de admisión al tratamiento y línea base. Además, se analizaron estos

resultados en términos de los riesgos relacionados con el patrón de consumo del adolescente evaluado.

- Presentación y discusión acerca de las consecuencias relacionadas con el patrón de consumo y los efectos farmacológicos de las drogas.
- Características del tratamiento: En esta fase se dio a conocer al sujeto las características de la intervención. Se discutió con el adolescente la importancia de asistir al tratamiento, y las ventajas y desventajas de asistir o no asistir al mismo.
- Con estos elementos, el adolescente tomó la decisión de asistir o no al programa. Los adolescentes que aceptaron participar en el programa, llenaron el formato de contrato conductual donde se explicaron las características de la intervención.
- Disposición al cambio: En esta última fase se aplicó la escala de los estados de disposición al cambio (SOCRATES), que permitió evaluar en cual de las tres etapas, que mide la escala, de disposición al cambio se encuentra el sujeto.

5.6.5. Intervención.

El procedimiento de intervención se apego estrictamente al manual de "Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas" (Martínez & Ayala, 2002). El programa incluyó:

- * Cuatro sesiones de tratamiento de 90 minutos cada una en formato individual.
- * A través de folletos, en cada sesión se realizaron ejercicios de acuerdo a los siguientes tópicos:

1. Discusión de costos y beneficios del cambio.
2. Establecimiento de límites o metas de consumo (abstinencia o moderación en el caso de consumo de alcohol y reducción gradual o abstinencia en el caso de otras drogas).
3. Revisión del cumplimiento de las metas de consumo durante las semanas del tratamiento.

4. Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo, y como influye el consumo de drogas en la ejecución de estas metas.
5. Identificación de las situaciones principales de consumo de drogas.
6. Desarrollo de estrategias de enfrentamiento para las situaciones principales de consumo.

A continuación se describe brevemente el contenido de cada una de las sesiones:

Sesión 1.

Objetivo:

Que el adolescente considere la importancia de los costos y beneficios de cambiar su consumo y establezca una meta de reducción de consumo.

Actividades:

1. Auto-registro

El terapeuta junto con el adolescente revisan el formato de auto-registro, explorando los días de consumo, cantidad consumida, situaciones de consumo y la posibilidad de que los adolescentes hayan empleado alguna estrategia nueva para la reducción de su consumo durante esta semana.

2. Resumen de los puntos tratados en la sesión anterior

El terapeuta recuerda junto con el adolescente la información de la sesión anterior en cuanto a sus principales razones de cambiar su consumo.

3. Balance Decisional

a) Decisión de Cambiar

El terapeuta lee junto con el adolescente la lectura del Ejercicio 1 "Balance Decisional" del Folleto 1, analizando las opciones de acción, las consecuencias positivas y negativas de su consumo. El terapeuta enfatiza la importancia de un cambio a través de un ejemplo cercano a la vida del adolescente, identificando los elementos mencionados en la lectura. Posteriormente, se lee el ejercicio de "Decisión de Cambiar" primeramente el ejemplo, con la finalidad de que el adolescente comprenda el ejercicio, el terapeuta pide al adolescente que responda su ejercicio. Juntos comentan sobre las respuestas de su ejercicio, comparan ambas partes de éste y evalúan las opciones de mayor peso.

b) Estableciendo una meta de consumo

Con base en la información que se evaluó en el ejercicio anterior, el terapeuta junto con el adolescente analizan la importancia de considerar sus decisiones para el cambio y para el establecimiento de metas de consumo a través del ejercicio de "Establecimiento de Metas". El terapeuta explica objetivamente al adolescente las metas del programa (abstinencia, moderación o reducción del consumo). Cuando el adolescente establece como meta la moderación, el terapeuta explica la forma de medir un trago estándar, y guía al adolescente para concretar la forma en que consumirá durante la semana (días de consumo, cantidad y las condiciones).

4. Meta de la semana

El terapeuta hace el resumen de la sesión, considerando los elementos más importantes de ésta, es decir, las razones por las cuales quiere cambiar, la importancia de cambiar y el establecimiento de la meta de consumo. El terapeuta recuerda al adolescente su meta establecida durante la sesión y pide que registre su consumo en el formato de auto-registro.

Sesión 2.

Objetivo:

Que el adolescente identifique las situaciones de consumo y plantee opciones para enfrentar esas situaciones.

Actividades:

1. Auto-registro

El terapeuta junto con el adolescente revisan el formato de auto-registro, explorando los días de consumo, cantidad consumida, situaciones de consumo y la posibilidad de que los adolescentes hayan empleado alguna estrategia nueva para la reducción de su consumo durante esta semana.

2. Resumen de los puntos tratados en la sesión anterior

El terapeuta recuerda junto con el adolescente la información de la sesión anterior en cuanto a los beneficios de cambiar y sus razones para cambiar. El terapeuta pregunta al adolescente sobre su convencimiento para cambiar.

3. Situaciones de Riesgo

a) Montaña de Recuperación

El terapeuta explica al adolescente la importancia de las recaídas en cuanto al consumo como parte del proceso de cambio, a través de la lectura 1 "Montaña de Recuperación", enfatizando que el aprendizaje de una nueva conducta requiere práctica y por ello en ocasiones se presenta una recaída, pero que es necesario continuar con el cambio y no estancarse.

b) Identificación de Situaciones de Consumo

El terapeuta explica al adolescente la importancia de identificar las situaciones en las que consume con la finalidad de planear acciones para enfrentar esas situaciones a través de la lectura del Folleto 2 "Situaciones de Riesgo y Solución de Problemas", el terapeuta muestra el ejemplo de una situación riesgosa, que incluye los antecedentes, la situación y los consecuentes con la finalidad de que el adolescente identifique dos situaciones en las que consume, mencione qué pasa antes de que consuma y qué consecuencias le trae ese consumo.

Posteriormente, el terapeuta analiza junto con el adolescente cada una de las situaciones y enfatiza las consecuencias positivas (que son a corto plazo) y pregunta al adolescente si las consecuencias positiva que obtiene por el alcohol únicamente las puede conseguir por éste. Así mismo, el terapeuta explica al adolescente que las consecuencias negativas (a largo plazo) son únicamente resultado del consumo. Con base a esta información, el terapeuta explica al adolescente el resultado de su Inventario Situacional de Consumo de Alcohol o Drogas. Identificando las principales situaciones en las que se presenta su consumo.

4. Solución de Problemas

A partir de la identificación de las situaciones de riesgo, el terapeuta explica al adolescente la importancia de enfrentar esas situaciones a partir de una estrategia de acción, por lo que le muestra el ejemplo de solución de una situación riesgosa, donde se incluyen las consecuencias de dicha solución.

El terapeuta pide al adolescente que plantee las estrategias de acción para enfrentar sus situaciones de riesgo de consumo. El trabajo del terapeuta es guiar

al adolescente a que planteé opciones reales y factibles para el logro de estas estrategias y el análisis de las consecuencias que trae consigo esta estrategia.

5. Meta de la semana

El terapeuta hace el resumen de la sesión, considerando los elementos más importantes de ésta, es decir, identificación de las situaciones en las que consume, planes de acción y la importancia de llevarlas a la práctica. El terapeuta recuerda al adolescente su meta establecida durante la sesión y pide que registre su consumo en el formato de auto-registro.

Sesión 3.

Objetivo:

Que el adolescente analice las metas de vida a corto y largo plazo, sus expectativas y la relación del consumo de alcohol y/o drogas con el cumplimiento de dichas metas.

Actividades:

1. Auto-registro

El terapeuta junto con el adolescente revisan el cumplimiento de la meta establecida para esa semana, a través del análisis del formato de auto-registro, explorando la posibilidad de que los adolescentes hayan empleado alguna estrategia nueva para la reducción de su consumo durante la última semana.

2. Resumen de los puntos tratados en la sesión anterior

El terapeuta recuerda junto con el adolescente la información de la sesión anterior en cuanto a las principales consecuencias que ha tenido como resultado de su consumo y los precipitadores que lo llevan a iniciar y mantener el consumo, relacionadas con las situaciones de riesgo para cada usuario.

3. Metas de Vida y Expectativas

a) Establecimiento de Metas a corto y largo plazo

El terapeuta le pide al adolescente que analice sus metas de vida a corto y a largo plazo y las expectativas hacia éstas. Con el Folleto 3, se explica la importancia de establecer metas reales y factibles, teniendo como apoyo para el adolescente la lista de los diferentes aspectos de la vida, por otro lado, se establecen las metas más importantes para los usuarios en un lapso que va desde

seis meses hasta cinco años. Así mismo, el terapeuta debe analizar junto con el usuario qué está haciendo para, alcanzar esas metas y qué hará para conseguirlas, así como la relación entre los logros de éstas y su consumo de alcohol y/o drogas.

b) Planes de acción

El terapeuta guía al usuario en la planeación de pasos y acciones para el logro de sus metas establecidas, por medio del análisis de la lectura del Folleto 3 "Los caminos para lograr tus metas".

4. Meta de la semana

El terapeuta hace el resumen de la sesión, considerando los elementos más importante de ésta, es decir, el establecimiento de metas de vida, la consideración de los elementos con los que cuenta y las estrategias para el logro de sus metas. El terapeuta recuerda al adolescente su meta establecida de la sesiones anteriores y pide que registre su consumo en el formato de auto-registro.

Sesión 4.

Objetivo:

Que el adolescente establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de moderación o la abstinencia; así mismo, revise su progreso en cuanto a la reducción de su consumo y realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio.

Actividades

1. Auto-Registro

El terapeuta revisa junto con el adolescente el cumplimiento de la meta establecida para esa semana, a partir del análisis del formato de auto-registro. Se explora la posibilidad de que los adolescentes hayan empleado alguna estrategia nueva para la reducción de su consumo durante la última semana.

2. Resumen de los puntos tratados en la sesión anterior

El terapeuta recuerda junto con el adolescente la información analizada durante la 3era Sesión en cuanto al establecimiento de metas de vida, lo que el usuario está haciendo para lograrlas y la relación del consumo con el logro de éstas.

3. Parte Establecimiento de la Nueva Meta

a) Análisis del cumplimiento de las metas de consumo

El terapeuta revisa junto con el adolescente el cumplimiento de la meta establecida desde el inicio de éste, es decir, la reducción del consumo de alcohol y/o drogas, por medio del análisis de la gráfica de consumo general a través de cada uno de los registros correspondientes a las sesiones de tratamiento.

La tarea más importante del terapeuta en esta sesión es la de reforzar y motivar al adolescente en cuanto al éxito de su tratamiento, así como la consideración de las estrategias que le han permitido alcanzarlo y el logro de sus metas en otras áreas de su vida.

El terapeuta guía al usuario en la decisión que tome en cuanto al futuro del tratamiento y el establecimiento de una nueva meta de consumo ya sea la abstinencia o la moderación.

b) Confianza del usuario

El terapeuta debe evaluar junto con el adolescente la confianza con la que cuenta el usuario para enfrentar las situaciones en las que posiblemente se presente el consumo, a través de la aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional.

4. Cierre del tratamiento

Como parte final del tratamiento, el terapeuta pregunta al usuario si cree necesario agregar sesiones a su tratamiento. Se hace un resumen general del proceso terapéutico, tomando en cuenta los logros del usuario, se le recuerda su nueva meta y las estrategias para la moderación.

5.6.6. Seguimiento.

La fase de seguimiento consistió de tres evaluaciones posteriores al término del tratamiento: al mes de concluido el tratamiento, a los tres meses y a los seis meses. Cabe mencionar que los seguimientos los llevó a cabo otro investigador distinto al terapeuta.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

1. Al mes de concluido el programa, se evaluó a los usuarios que concluyeron la intervención, a través del auto-reporte sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas.
2. A los 3 meses también se evaluó al sujeto, a través del auto-reporte sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas.
3. A los 6 meses se evaluó por última ocasión a través del auto-reporte, el cuestionario de confianza situacional con la finalidad de evaluar la confianza percibida por el usuario para afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo y por último, se aplicó una entrevista de seguimiento para conocer aspectos como satisfacción con su estilo de vida, percepción de la severidad del problema, tratamientos adicionales y cumplimiento de la meta de consumo.

En la Figura 2, se resume el procedimiento y las variables que se midieron en cada etapa del mismo.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES.

PROCEDIMIENTO

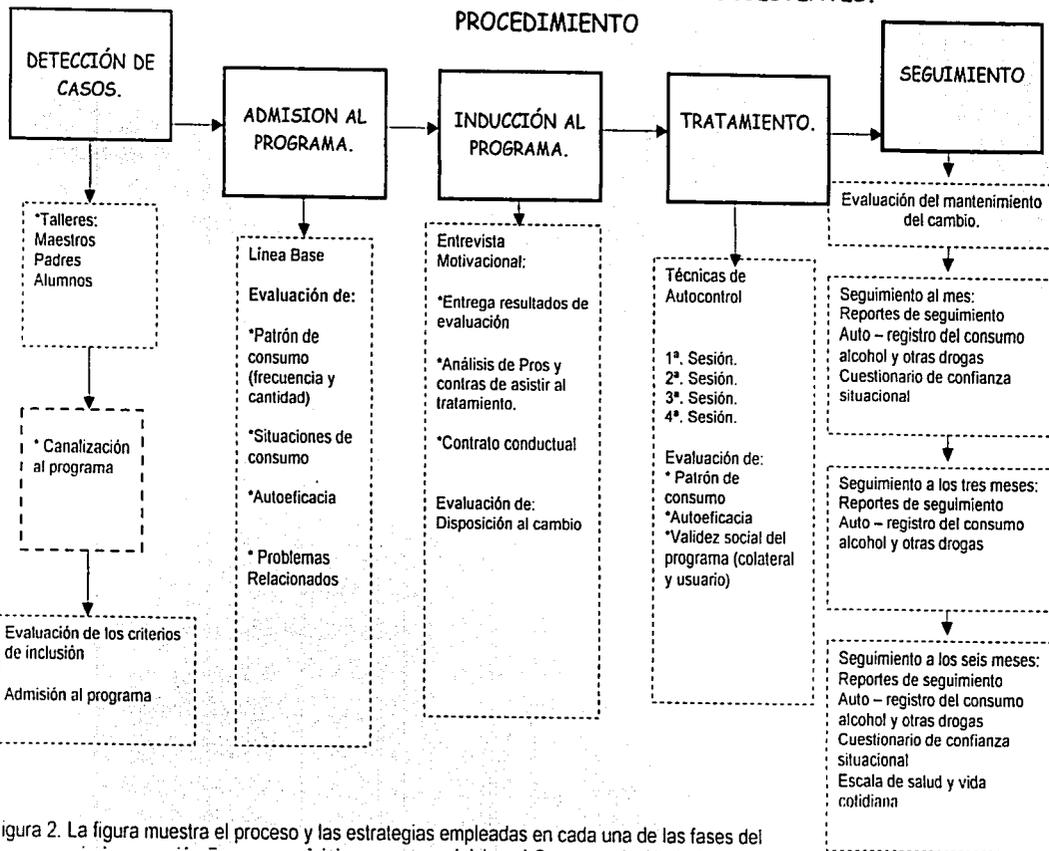


Figura 2. La figura muestra el proceso y las estrategias empleadas en cada una de las fases del

6. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de los 27 sujetos que concluyeron el programa (17 consumidores de alcohol, 8 consumidores de marihuana, 1 usuario de cocaína, y 1 usuario de inhalables). En la Tabla 2 se muestran las características de los 27 adolescentes.

La evaluación del programa se realizó a partir de los cambios en el patrón de consumo de los sujetos y de una serie de indicadores tales como: nivel de auto eficacia, nivel de problemática asociada al consumo, percepción de la severidad del problema, solicitud de tratamientos adicionales, estrategias utilizadas para el mantenimiento del cambio, satisfacción con su estilo de vida, y validez social de los procedimientos y resultados.

Para determinar los efectos del programa de intervención sobre el patrón de consumo, se utilizó un diseño de caso único A B y seguimiento al mes, tres meses y seis meses de concluido el tratamiento. Este tipo de diseño especifica claramente la conducta objetivo (patrón de consumo) y se toman medidas de manera repetida a lo largo de las fases de línea base (A), tratamiento (B) y en el seguimiento. Como toda investigación de caso único, la fase A implicó una serie de observaciones de la línea base para observar la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol u otras drogas. En la fase B se introdujo la variable independiente y se tomaron notas de los cambios en la variable dependiente. De esta forma, los cambios que se observaron se atribuyen a los efectos del tratamiento (Barlow & Hersen, 1988). Los seguimientos programados tuvieron como objetivo observar el mantenimiento del cambio conductual de interés a través del tiempo.

Los tres elementos de la lógica del diseño de caso único con seguimiento (predicción, verificación y replicación) quedaron explicados de la siguiente manera. La predicción se refiere a que después de haber obtenido un patrón estable de respuesta (en este caso del patrón de consumo de los sujetos) o una tendencia contra terapéutica durante la Línea base, al introducirse la variable independiente (intervención breve) se observó que los datos durante la fase de intervención cambiaron el nivel predicho por la línea base (Cooper, Heron, & Heward, 1987).

Tabla 2. Se muestra las características de los sujetos que finalizaron el Programa de Prevención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas.

variable	Media	Desviación Estándar	Porcentaje
Edad	16.59	1.72	
Genero			
Mujer			26
Hombre			74
Promedio escolar	6.9		
Trabaja			17
Edad de Inicio	14.03	1.72	
Tiempo de Consumo (meses)	18.22	12.83	
Interrupción por 6 meses o más en la escuela			17
Disposición al Cambio (Sócrates)			
Reconocimiento			56.7
Acción			43.3
Calificación del Posit	7.63	3.00	
Diagnostico DSM IV			
0 Síntomas			48.1
1-2 síntomas			40.7
3 o más síntomas			11.1
Numero de consecuencias asociadas al consumo	2.41	2.65	
Usuario regular de tabaco			83
Padre con problemas de abuso de alcohol			36
Mejor amigo que consume alcohol			76
Mejor amigo que consume Drogas			43
Sustancia de consumo			
Alcohol			63.0
Mariguana			29.6
Cocaína			3.7
Inhalables			3.7
Consumo en los últimos tres meses			
Una vez al mes			11.1
Dos o tres veces al mes			11.1
Una o dos veces a la semana			44.4
Tres a seis veces a la semana			11.1
Diario			22.1
Consumo de otras drogas (uso experimental menos de 5 ocasiones)			
Cocaína			7.14
Inhalables			7.14
Situaciones principales de consumo			
Emociones Desagradables			57.96
Emociones Agradables			56.48
Momentos agradables con otros			51.30
Lugar donde se aplicó el programa			
CCH-Naucaipan (Oriente)			55.6
Preparatoria Num. 7			14.0
Centro de Servicios Psicológicos (CSP)			29.6

En la fase del seguimiento, la verificación de la predicción y la replicación del efecto se observó con los cambios en el patrón de consumo de las réplicas que se realizaron del experimento. La identificación de cambios robustos (a partir de la inferencia visual) del patrón de consumo en las diferentes fases del programa, permitió verificar la relación funcional entre la variable independiente y la variable dependiente.

La Línea Base Retrospectiva (LIBARE) se obtuvo en la sesión de evaluación, en esta sesión se pidió a los sujetos que mencionaran la frecuencia y cantidad de su consumo en los últimos seis meses (181 días). El patrón de consumo durante el Tratamiento (31 días) se obtuvo a partir del registro que los sujetos hacían de su consumo diario, y con respecto al patrón de consumo durante el Seguimiento este se obtuvo a partir del un auto reporte de seguimiento y tuvo una duración de 181 días.

Los análisis realizados sobre el patrón de consumo se presentan por droga principal de consumo, primeramente se presentan los análisis de inferencia visual de los 17 sujetos que consumen alcohol, seguido de los análisis de los sujetos consumidores de marihuana, cocaína e inhalables. Posteriormente, se presentan los resultados de las pruebas estadísticas que verifican los resultados en el cambio del patrón de consumo.

En las Figuras 3 a 8 se muestra el patrón de consumo de alcohol a lo largo de las fases de Línea Base, Tratamiento y Seguimiento de cada uno de los 17 sujetos. En las gráficas también se presenta, con una línea horizontal, el promedio de copas estándar consumidas en las ocasiones de consumo en las diferentes fases del diseño. En la Figura 3 (gráfica superior) se puede observar el patrón de consumo para el Sujeto 1, se observa que durante la línea base el sujeto consumió en 45 ocasiones, siendo su media de consumo de 7.37 copas estándar; en el tratamiento se observa que el sujeto consume en 4 ocasiones con una media de 5.20 copas; en el seguimiento el sujeto consumió alcohol en 13 ocasiones con una media de 3.26 copas estándar.

Patrón de consumo de alcohol

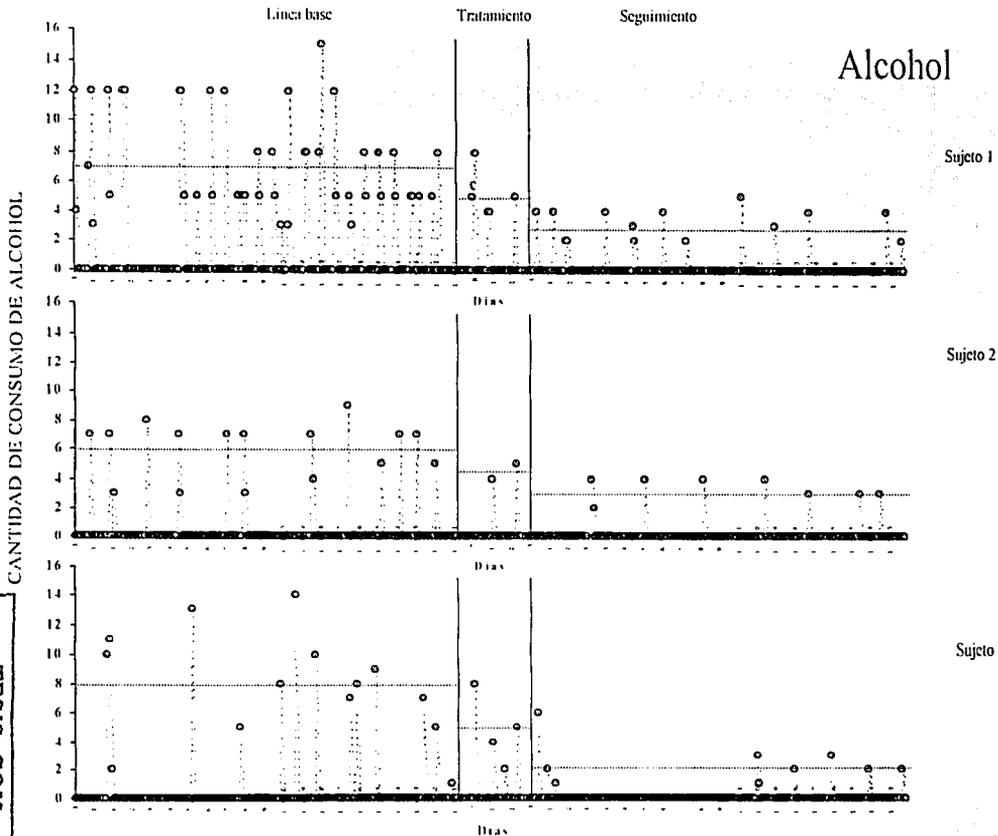


Figura 3. Se muestra la cantidad de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

105

El Sujeto 2 (ver Figura 3, gráfica del centro) disminuyó su patrón de consumo con la introducción del tratamiento, y este cambio también se mantuvo en la fase de seguimiento. En la línea base el sujeto consumió en 16 ocasiones con una media de consumo de 6.06 copas estándar; en la fase de tratamiento el sujeto consumió en 2 ocasiones (4 y 5 copas respectivamente).

En el seguimiento el sujeto consumió en 8 ocasiones, en promedio 3.26 copas estándar. En la misma Figura 3 (gráfica inferior) se presenta el patrón de consumo para el Sujeto 3, en esta gráfica se observa que el patrón de consumo presentado en la línea base (14 ocasiones de consumo con un promedio de 7.69 copas estándar) disminuyó en el tratamiento (4 ocasiones de consumo con un promedio de consumo de 4.75) y en el seguimiento (9 ocasiones de consumo con un promedio de 3.37 copas estándar), cabe mencionar que en el seguimiento sólo una vez superó las 3 copas estándar.

En la Figura 4 se representa el consumo para el Sujeto 4 (gráfica superior), Sujeto 5 (gráfica del centro), y Sujeto 9 (gráfica inferior). Con lo que respecta a los Sujetos 4 y 5 se observa una disminución en el número de días de consumo de la fase de línea base (22 y 25 días respectivamente), en comparación a la fase de tratamiento (4 y 3 días respectivamente), y de seguimiento 11 y 10 días respectivamente; sin embargo, el promedio de copas estándar consumidas por ocasión de consumo se reduce de la línea base (Sujeto 4, $M=4.09$; y Sujeto 5, $M=2.68$) al tratamiento (Sujeto 4, $M=2.75$; y Sujeto 5 $M=1.33$), no así del tratamiento al seguimiento (promedio de 3.36 copas consumidas en el seguimiento del Sujeto 4, y 2.20 copas del Sujeto 5); cabe destacar que el promedio de consumo en el seguimiento no superó el promedio de consumo en la línea base. Con respecto al Sujeto 9, éste disminuyó tanto el número de días de consumo, como el promedio de consumo en los días de consumo en las fases de línea base (47 días con un promedio de consumo de 4.46), tratamiento (6 días de consumo con un promedio de 3.66 copas estándar), y seguimiento (13 días con una media de 1.76 copas en las ocasiones de consumo).

El Sujeto 14 (ver Figura 5 gráfica superior) mostró un consumo en 11 ocasiones en la línea base ($M=8.63$ copas), en el tratamiento consumió en 2 ocasiones (5 copas por ocasión), y en el seguimiento consumió alcohol en 7 ocasiones ($M=3.71$). Con respecto al Sujeto 15 (gráfica del centro) se puede observar que en la fase de línea base consumió en 17 ocasiones con una media de 4.29 copas por ocasión de consumo, en el tratamiento redujo su consumo a 5 ocasiones con un promedio de consumo de 1.6 copas por ocasión, y en el seguimiento se puede observar que el sujeto consumió en 13 ocasiones, pero con un promedio de 2 copas estándar por ocasión. Cabe resaltar que este sujeto no superó las 3 copas estándar en las fases de tratamiento y seguimiento.

En la gráfica inferior de la Figura 5, se puede observar el patrón de consumo para el Sujeto 16; este sujeto reportó un consumo en la línea base en 33 ocasiones con un promedio de 3.48 copas, siendo 11 copas el límite superior de consumo; en el tratamiento reportó consumo en tres ocasiones (13 copas en la primera ocasión y 1 copa en la segunda y tercera ocasión de consumo); con respecto al seguimiento disminuyó el número de días de consumo (13 días de consumo), en comparación con la línea base (33 días de consumo), con un promedio de consumo de 4.53 copas, sin embargo, en esta fase de seguimiento el sujeto reportó consumir en una ocasión 15 copas.

En la Figura 6 (gráfica superior) se muestra el patrón de consumo para el Sujeto 18; este sujeto reportó una disminución en los días de consumo en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento (30, 6 y 15 días respectivamente), así como del promedio de consumo en las ocasiones de consumo (4.03, 2.83, y 2.33 respectivamente). El sujeto 20 (gráfica del centro) no presentó consumo en la fase de tratamiento, sin embargo, incrementó las ocasiones de consumo en el seguimiento (15 días) en comparación con la línea base (11 días), sin embargo disminuyó el promedio de copas consumidas (5.09 copas en la Línea Base y 2.60 copas en el Seguimiento). El Sujeto 21 (ver gráfica inferior de la misma figura) presentó consumo en 11 ocasiones con una media de 5.81 copas durante la fase de línea base, en el tratamiento consumió sólo una ocasión 1 copa, y en el seguimiento consumió en 4 ocasiones (1 o 2 copas por ocasión de consumo).

Patrón de consumo de alcohol

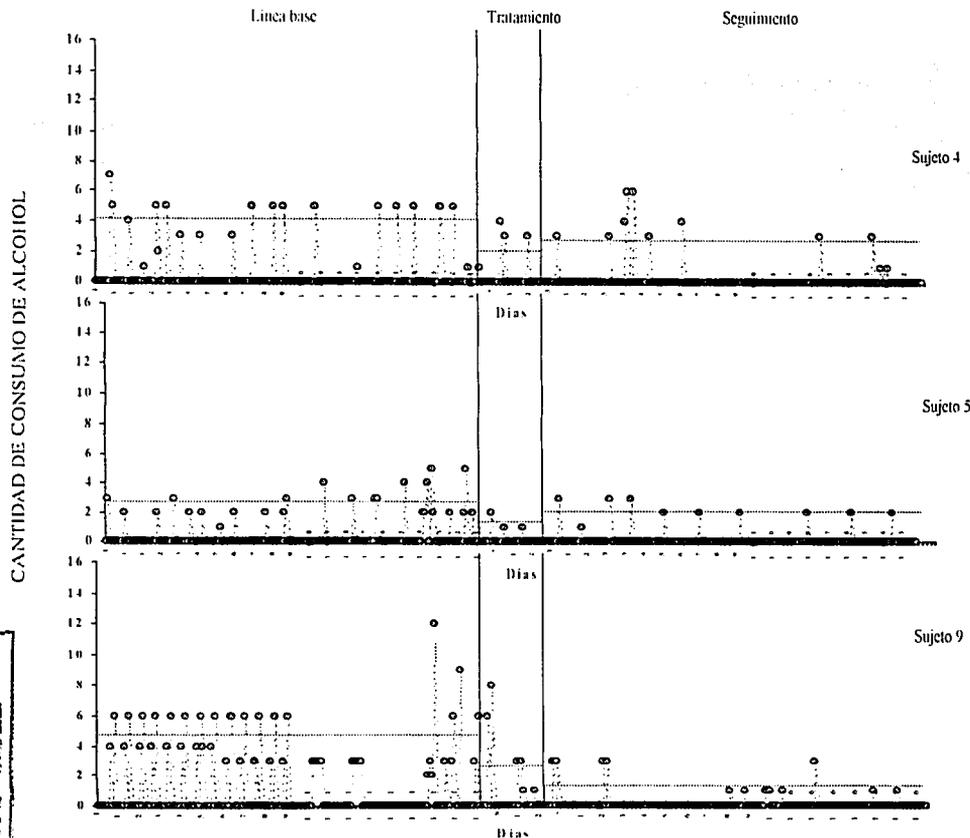


Figura 4 Se muestra la cantidad de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Patrón de consumo de alcohol

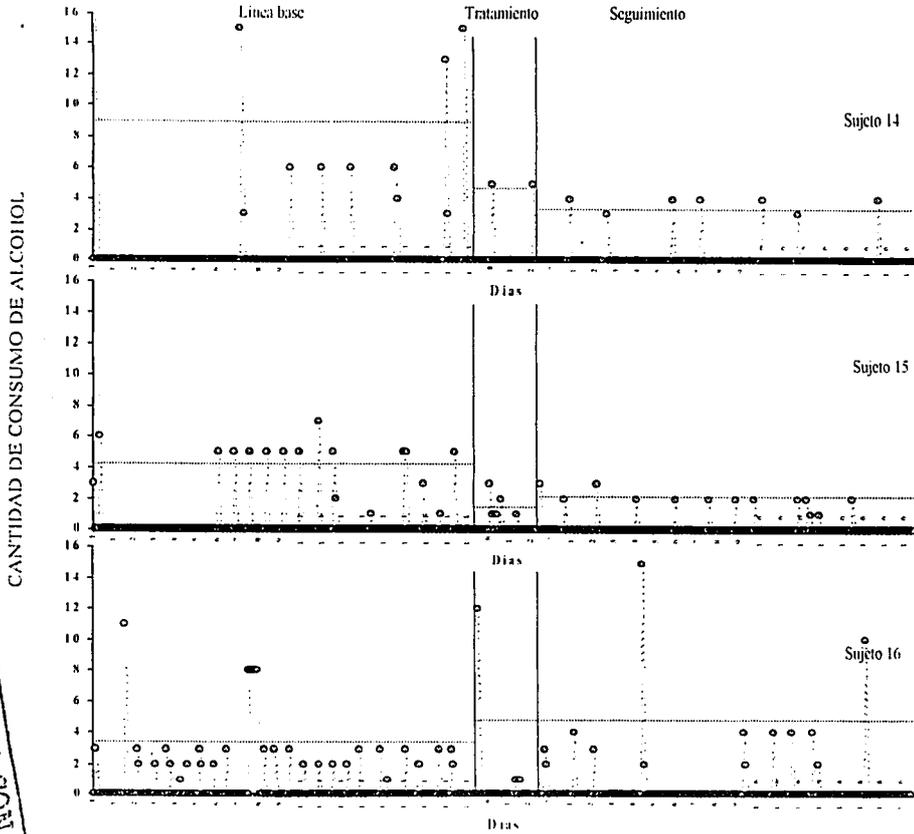


Figura 5. Se muestra la cantidad de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Patrón de consumo de alcohol

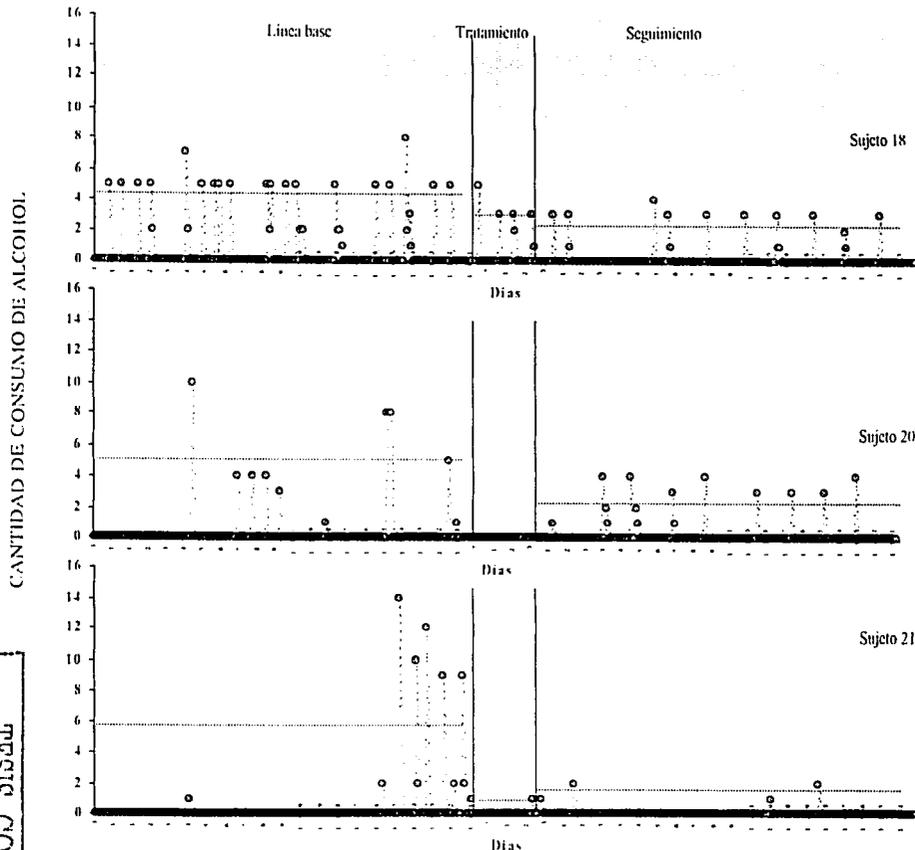


Figura 6. Se muestra la cantidad de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

90

El Sujeto 23 (Figura 7, gráfica superior) en la línea base consumió en 16 ocasiones con un promedio de 9.18 copas, en el tratamiento consumió en 4 ocasiones con un promedio de 3.25 copas, y en el seguimiento consumió en 7 ocasiones con un promedio de consumo de 3.57 copas. El Sujeto 24 (Figura 7, gráfica del centro) consumió en 4 ocasiones las cuales variaron en un rango de 2 copas hasta 35 copas; en las fases de tratamiento y seguimiento el sujeto no presentó consumo.

El Sujeto 25 (gráfica inferior de la Figura 7), consumió, en la línea base, 31 ocasiones con un promedio de 4.67 copas, en un rango de 2 a 8 copas; en el tratamiento se puede observar que el sujeto consumió en 3 ocasiones y en ningún consumo superó las tres copas estándar; con respecto al seguimiento el sujeto se mantuvo abstemio.

El Sujeto 26 en la línea base presentó consumo en 37 ocasiones con un promedio de 6.51 copas, en el tratamiento presentó consumo en 9 ocasiones con un promedio de 3.11 copas por ocasión, y en el seguimiento consumió en 8 ocasiones, y en sólo dos ocasiones rebasó el límite de 3 copas estándar (ver Figura 8, gráfica superior). Por último, el Sujeto 27 consumió 23 ocasiones en la línea base con un promedio de 5.69 copas, en un rango de 1 a 15 copas; en el tratamiento consumió en 4 ocasiones con un promedio de 6.66 copas en un rango de 4 a 9 copas; y en el seguimiento consumió en 6 ocasiones y en dos de ellas superó las tres copas estándar (9 y 7 copas).

Al hacer un análisis de inferencia visual agrupando los 17 sujetos consumidores de alcohol se encontró (ver Figura 9): en la fase de línea base los sujetos reportaron un consumo que varió en un rango de 0 a 35 copas estándar, con una media de consumo de 1.82 copas estándar durante los días que duró la fase, así mismo se observa un promedio de consumo de 6.37 copas estándar en los días de consumo. En el tratamiento el consumo se presentó en un rango de 0 a 12 copas con una media de consumo de 0.83 durante los días que duró la fase, por otro lado se puede observar un promedio de consumo de 3.10 copas estándar por ocasión de consumo. Con respecto a la fase de seguimiento se observa que el consumo varió de 0 a 15 copas con una media de 0.26 copas durante los días que

duró la fase, también se puede observar un promedio de consumo de copas estándar de 2.61 en las ocasiones de consumo. El promedio de días de consumo fueron (con desviación estándar entre paréntesis) en la fase de línea base 22.94 (12.64), en el tratamiento 3.53 (2.27), y el promedio de días de consumo en el seguimiento fue de 8.88 (4.09). En la gráfica se puede observar como el patrón de consumo disminuyó con la introducción del tratamiento y este cambio se mantuvo en la fase de seguimiento.

En la Figura 10, se muestra el porcentaje de días de abstinencia, consumo moderado y consumo excesivo de los 17 sujetos que consumían alcohol en las diferentes fases del programa. El orden de las barras (representación de los sujetos) se hizo de forma descendente de acuerdo al porcentaje de días de abstinencia que presentaron los sujetos en la fase de tratamiento, este mismo orden se respetó para la presentación de las gráficas de las fases de línea base y seguimiento. En la gráfica se puede observar que en la fase de línea base los sujetos reportaron un rango de porcentaje de días de consumo de 1.6% a 25.8%; también, se observa que los sujetos presentaron un porcentaje promedio de consumo moderado de 33.31%, esto significa que el 76.69% de sus ocasiones de consumo fueron excesivos (es decir más de tres copas estándar). En la fase de tratamiento el porcentaje de ocasiones de consumo de los sujetos varió de 0 a 29% ($M=11.45$); en la figura se puede observar que dos sujetos presentaron un 100% de días de abstinencia (Sujetos 24 y 20), y 3 sujetos presentaron un 100% de consumo moderado en sus ocasiones de consumo (Sujetos 21, 25 y 15); sin embargo, en 4 sujetos el 100% de sus ocasiones de consumo fue excesivo (Sujetos 2, 14, 27, y 1). Con respecto a la fase de seguimiento, se puede observar que el porcentaje de días de consumo varió entre el 0 y 8.2% ($M=5.065$). Sólo los Sujetos 24 y 25 permanecieron en abstinencia, los demás sujetos presentaron consumo, sin embargo, el promedio de consumo moderado para los sujetos se incrementó a un 68.14% ($DE=27.57$) en las ocasiones de consumo, en comparación con la fase de línea base donde el promedio fue de 33.31% ($DE=22.29$), y en el tratamiento de 57.22% ($DE=40.56$).

Patrón de consumo de alcohol

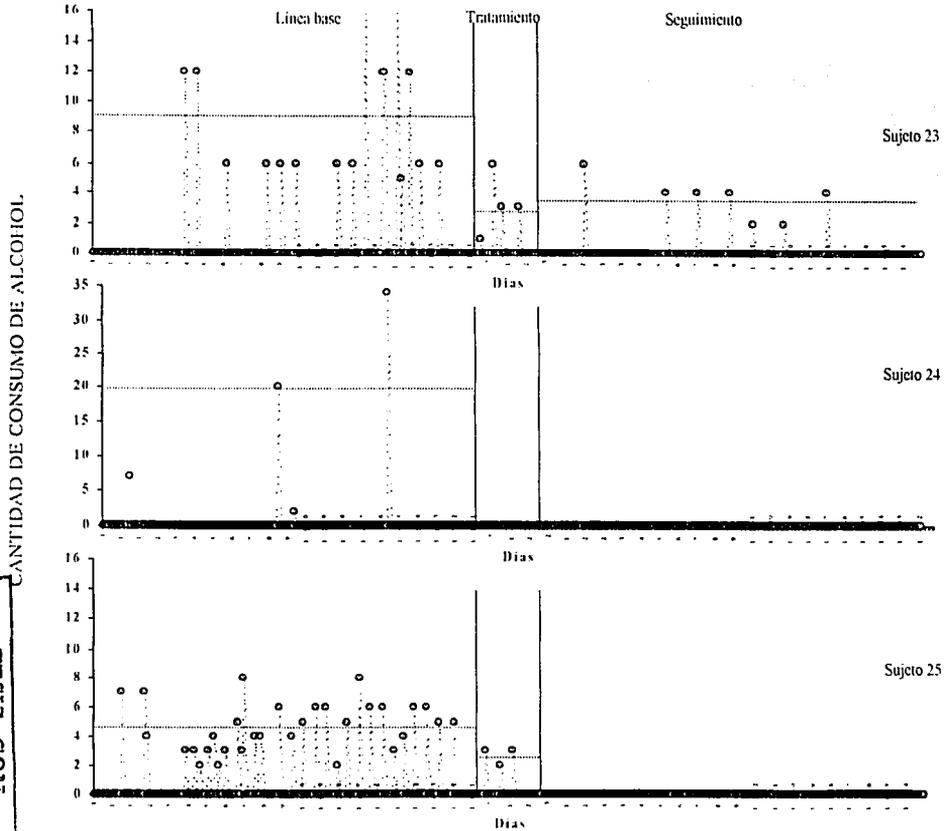


Figura 7. Se muestra la cantidad de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro

TESIS CON
 FALLA DE CIEGEN

93

Patrón de consumo de alcohol

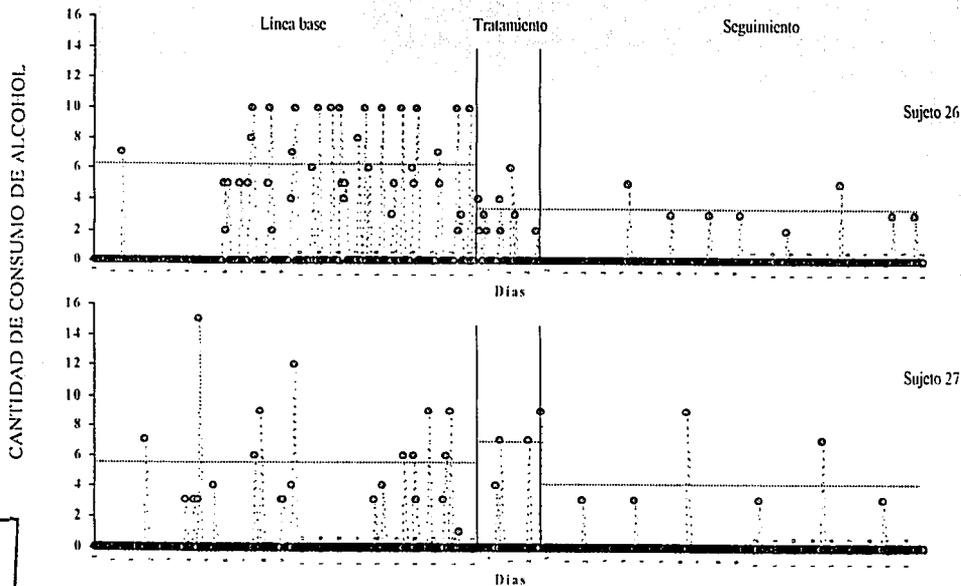


Figura 8. Se muestra la cantidad de consumo de alcohol antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

qu

Patrón de consumo de los sujetos consumidores de alcohol

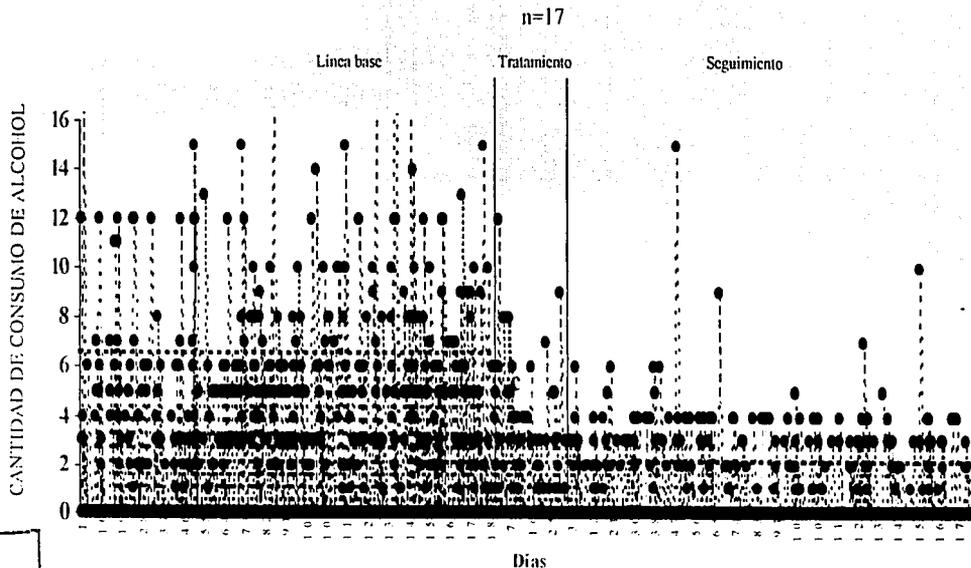


Figura 9 Se muestra la cantidad de consumo de alcohol, antes durante y después del tratamiento, de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el auto-registro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Porcentaje de los días de consumo y abstinencia de los adolescentes consumidores de alcohol

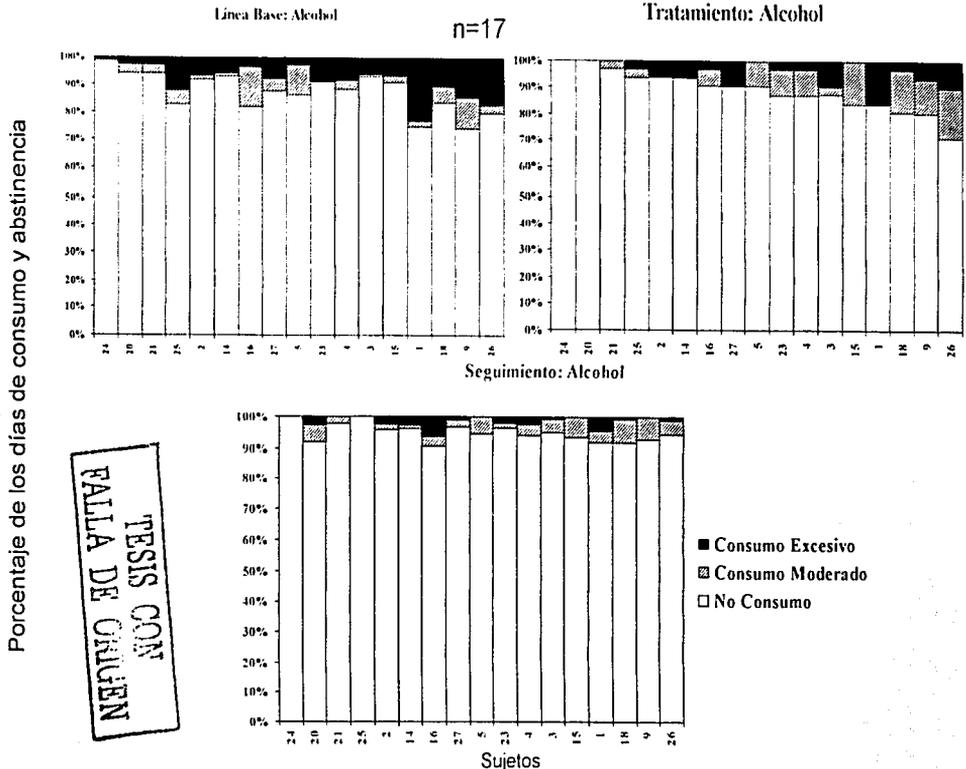


Figura 10. Se muestra el porcentaje de los días de consumo moderado, consumo excesivo, y abstinencia de alcohol, antes durante y después del tratamiento, de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

A continuación, se presenta el análisis de caso de los sujetos que consumían marihuana. En las Figuras 11 a 13 se muestra el patrón de consumo de cigarrillos de marihuana, a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento de cada uno de los 8 sujetos. En las gráficas también se muestra el promedio de cigarrillos consumidos en las ocasiones de consumo. Cabe mencionar que 3 Sujetos (6, 8 y 22), presentaron más de tres síntomas de acuerdo a la lista tamizaje de indicadores del DSM IV, estos síntomas se presentaron de manera ocasional, por lo que no cubren el criterio de persistencia o recurrencia de los síntomas de dependencia por un largo periodo de tiempo, por lo que se consideran como abusadores de acuerdo a Winters (2001), y Edwards y Gross (1976).

En la Figura 11 (gráfica superior) se muestra el patrón de consumo para el Sujeto 6, se puede observar que en la fase de línea base el sujeto consumió en 155 ocasiones con un promedio de 6 cigarrillos por ocasión de consumo. En el tratamiento el sujeto consumió en 3 ocasiones (2 cigarrillos en la primera ocasión y 1 cigarrillo en las siguientes 2 ocasiones). Con respecto al seguimiento, el sujeto consumió en 9 ocasiones un cigarrillo y en una ocasión consumió 2 cigarrillos.

El Sujeto 7 (ver Figura 11, gráfica del centro) en la línea base reportó consumo en 96 ocasiones con un promedio de 1.35 cigarrillos, en el tratamiento consumió en 5 ocasiones con un promedio de 1.2 cigarrillos por ocasión, y en el seguimiento consumió en 13 ocasiones, 12 de las cuales fumó un cigarrillo y una ocasión fumó 2 cigarrillos. El Sujeto 8 (misma figura gráfica inferior) consumió en 140 ocasiones de la línea base con un promedio de 5.97 cigarrillos por ocasión; en el tratamiento el sujeto consumió en 5 ocasiones, y en dos de ellas sólo consumió medio cigarrillo; en el seguimiento consumió en 5 ocasiones, en una ocasión consumió cuatro cigarrillos, en otra ocasión consumió dos cigarrillos, y en las tres ocasiones restantes consumió un cigarrillo.

En la Figura 12 (gráfica superior) se puede observar que el Sujeto 11, en la línea base consumió en 45 ocasiones con un promedio de consumo de 1.82 cigarrillos, en el tratamiento consumió en 3 ocasiones un cigarrillo, y en el seguimiento consumió en 2 ocasiones un cigarrillo. El Sujeto 13 (gráfica del

centro) reportó consumo en 133 ocasiones en la fase de línea base con un promedio de 1.33 cigarrillos por ocasión de consumo, en el tratamiento no consumió, y en el seguimiento reportó consumo en 12 ocasiones, 1 o 2 cigarrillos ($M=1.21$). Con respecto al Sujeto 17 (ver gráfica inferior), se puede observar en la línea base un consumo en 14 ocasiones ($M=2.5$), en el tratamiento 2 ocasiones (un cigarrillo por ocasión), y en el seguimiento consumió en 3 ocasiones (2 cigarrillos en una ocasión y 1 cigarrillo en dos ocasiones).

En la Figura 13, se muestra el patrón de consumo para el Sujeto 19 (gráfica superior) y para el Sujeto 22 (gráfica inferior). El Sujeto 19, consumió en 162 ocasiones de 181 días que duró la fase de línea base, el promedio de consumo en esta fase fue de 1.65 cigarrillos; en las fases de tratamiento y seguimiento se mantuvo abstemio. Con respecto al Sujeto 22, se puede observar que en la línea base consumió en 122 ocasiones ($M=5.86$), en el tratamiento consumió en 7 ocasiones ($M=1.14$), y en el seguimiento consumió sólo en una ocasión, un cigarrillo.

En la Figura 14 se muestra el patrón de consumo de los 8 sujetos consumidores de marihuana, en esta figura se observa que el patrón de consumo disminuyó en las fases de tratamiento y seguimiento en comparación con el consumo presentado en la fase de línea base. Las medias (con sus desviaciones estándar entre paréntesis) de días de consumo en la línea base fue de 108.38 (53.34), en el tratamiento fue de 3 (2.39), y en el seguimiento el promedio de días de consumo fue de 7 (6.99). Con respecto a la cantidad de consumo, en los días de consumo, el promedio en la línea base fue de 3.30 cigarrillos, en el tratamiento 0.83 cigarrillos y en el seguimiento el promedio de consumo fue de 1.04 cigarrillos; el patrón de consumo de cigarrillos de marihuana disminuyó en cantidad y frecuencia en las fases de tratamiento y seguimiento en comparación con la fase de línea base.

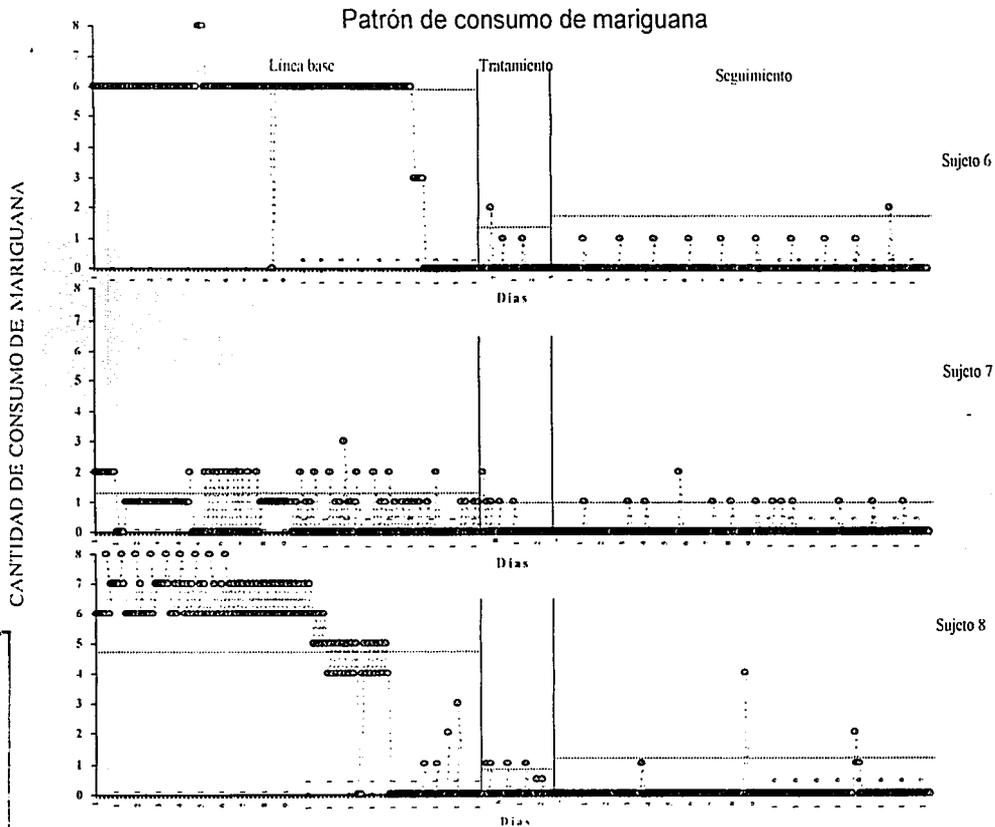


Figura 11. Se muestra la cantidad de consumo de marihuana antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

aa

Patrón de consumo de marihuana

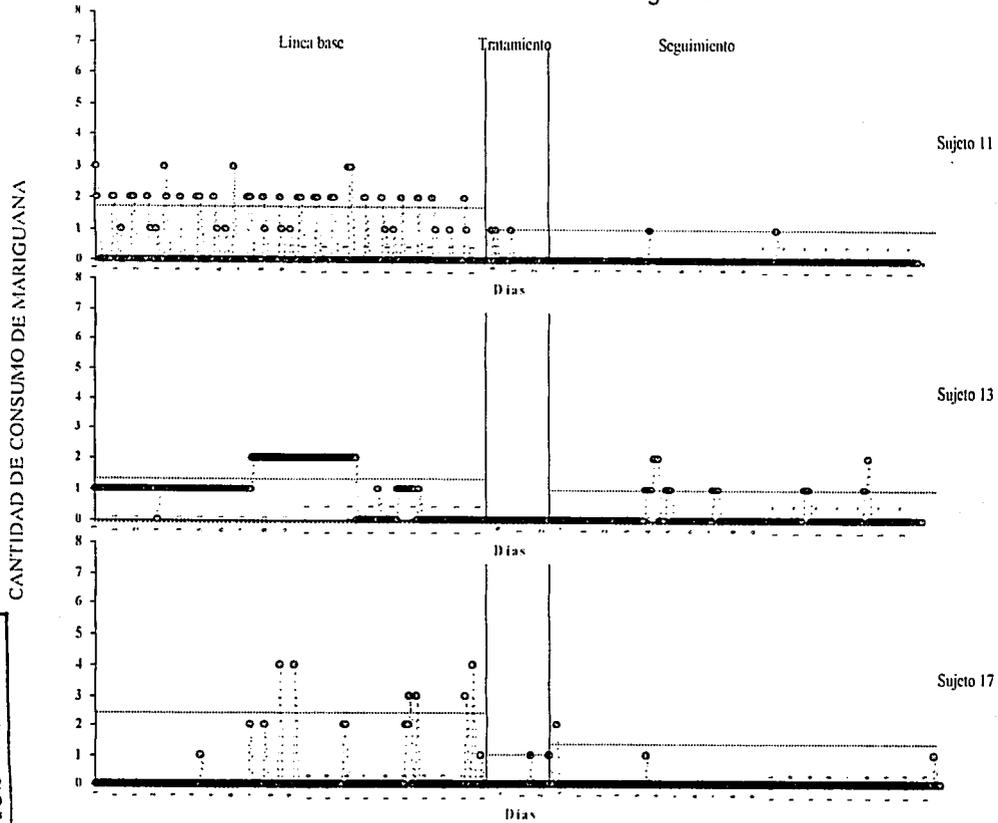


Figura 12. Se muestra la cantidad de consumo de marihuana antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro

Patrón de consumo de marihuana

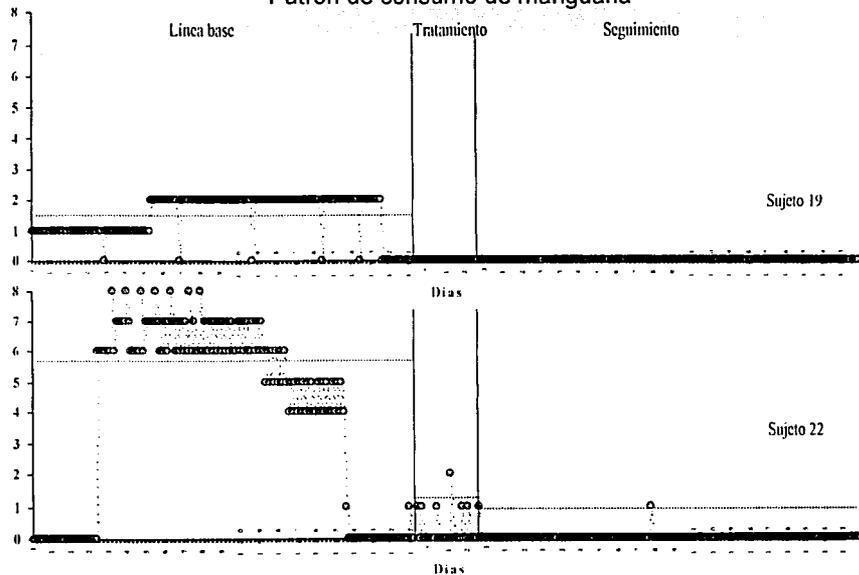


Figura 13. Se muestra la cantidad de consumo de marihuana antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

201

Patrón de consumo de los sujetos consumidores de marihuana

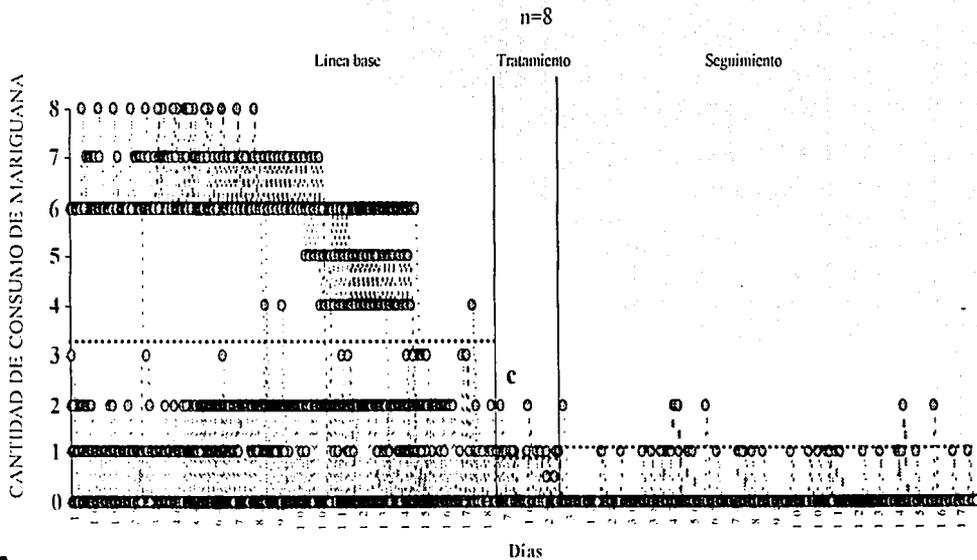


Figura 14 Se muestra la cantidad de consumo de marihuana, antes durante y después del tratamiento, de los sujetos que recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Linea Base Retrospectiva y el auto-registro.

TESIS COM
 FALLA DE CUMPLIR

En la Figura 15, se muestra el porcentaje de días de abstinencia y consumo de los 8 sujetos en las tres fases del programa. Para la presentación de la gráfica se siguió el mismo procedimiento de la Figura 10, es decir, el orden de las barras (representación de los sujetos) se hizo de forma descendente de acuerdo al porcentaje de días de abstinencia que presentaron los sujetos en la fase de tratamiento, este mismo orden se respetó para la presentación de las gráficas de las fases de línea base y seguimiento. En la gráfica se puede observar que en la fase de línea base todos los sujetos reportaron un porcentaje de días de consumo de 7.7% a 89%, con un porcentaje promedio de días de consumo de 60.28. En la fase de tratamiento el porcentaje de ocasiones de consumo de los sujetos fue de 0 a 22.6% ($M=10.5$); en la figura se puede observar que dos sujetos presentaron un 100% de días de abstinencia (Sujetos 13 y 19). Con respecto a la fase de seguimiento, se puede observar que el porcentaje de días de consumo varió entre el 0 y 10.4% ($M=3.81$), sólo el Sujeto 19 permaneció en abstinencia.

Con respecto al sujeto que consumía cocaína, en la Figura 16 se puede observar su patrón de consumo. En la fase de línea base el sujeto consumió en 20 ocasiones 1.75 líneas en promedio. En las fases de tratamiento y seguimiento el sujeto no reportó consumo.

Por otro lado, en la Figura 17, se puede observar el patrón de consumo para el sujeto que consumía inhalables, en esta figura se observa que en la fase de línea base consumió en 4 ocasiones, y para las fases de tratamiento y seguimiento se mantuvo abstemio.

Con los resultados obtenidos se puede decir que el patrón de consumo (frecuencia de consumo y cantidad de consumo en las ocasiones de consumo) de los sujetos se modificó con la entrada del tratamiento y estos cambios se mantuvieron en la fase de seguimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1001

Porcentaje de los días de consumo y abstinencia de los adolescentes consumidores de marihuana

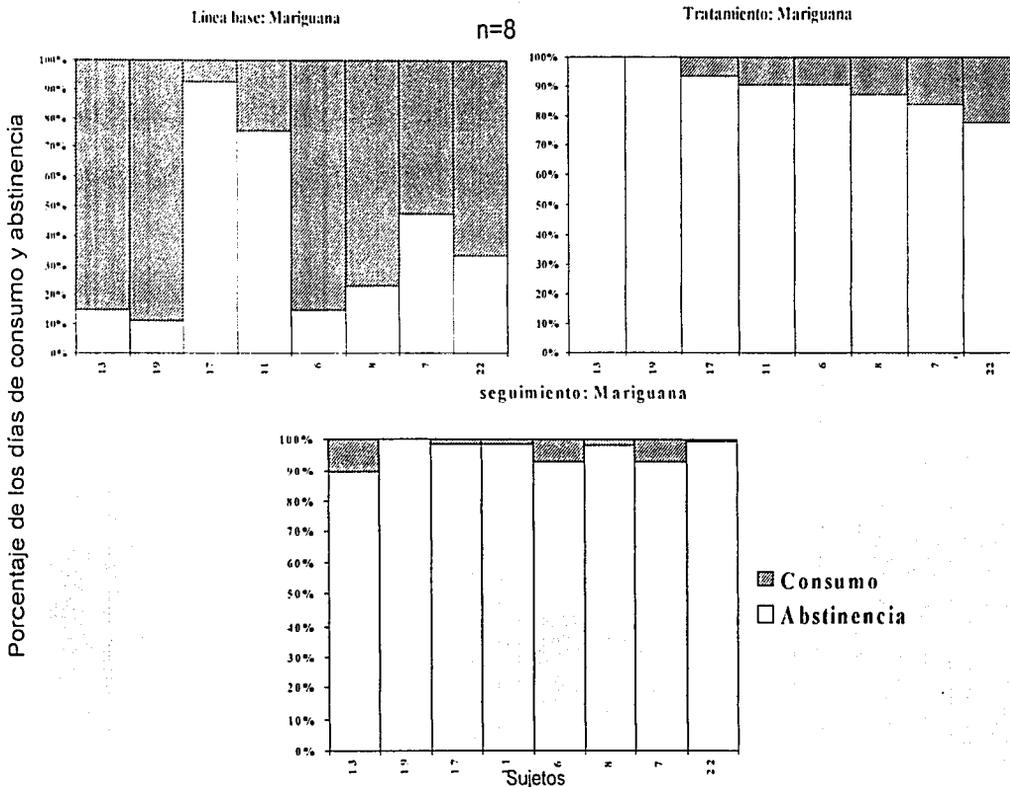


Figura 15. Se muestra el porcentaje de los días de consumo y abstinencia de marihuana, antes durante y después del tratamiento, de los sujetos uue recibieron el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Linea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

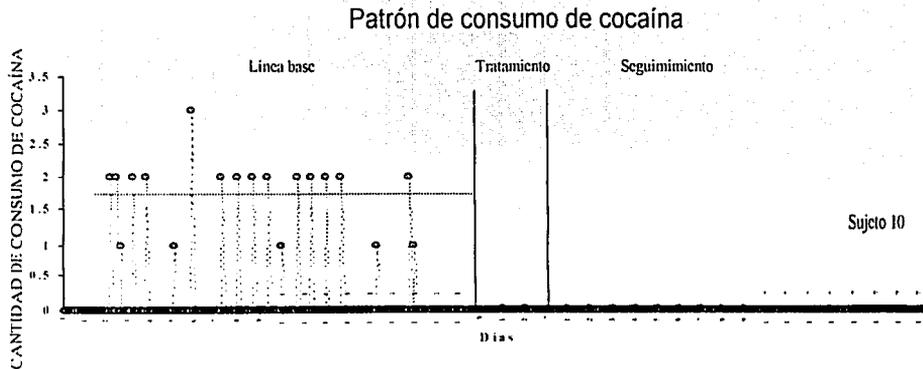


Figura 16. Se muestra la cantidad de consumo de cocaína antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo del sujeto que recibió el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.

106

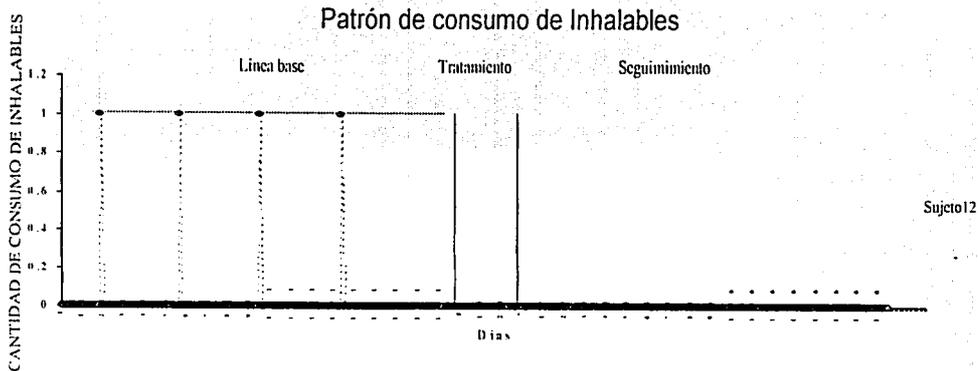


Figura 17. Se muestra la cantidad de consumo de inhalables antes, durante y después del tratamiento, y la media de consumo del sujeto que recibió el Programa de Atención para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron de la Línea Base Retrospectiva y el Auto-Registro.



Para corroborar estos resultados se procedió a realizar un análisis estadístico que determinara si los resultados presentaban significancia estadística. La prueba que se realizó fue un ANOVA de una vía, en ésta se comparó el patrón de consumo de cada uno de los sujetos en las tres fases del programa: línea base, tratamiento y seguimiento. Posteriormente, se realizó una prueba Post Hoc (Tukey HDS) para identificar el cambio de las medias en las diferentes fases de cada uno de los sujetos. El análisis destacó que de los 17 sujetos que consumían alcohol, 12 mostraron un efecto significativo en el cambio de su patrón de consumo entre las diferentes fases del programa. Con respecto a los sujetos que consumían marihuana y cocaína los análisis mostraron cambios estadísticos significativos del patrón de consumo en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento; el sujeto que consumía inhalables no mostró un efecto significativo en el cambio de su patrón de consumo (ver Tabla 3).

Otra de las variables analizadas para evaluar la efectividad del programa fue la auto eficacia (percepción de la capacidad de los sujetos para controlar sus situaciones de consumo), se midió a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Se realizó un ANOVA de una vía, para verificar cambios significativos en el puntaje de cada una de las escalas del Cuestionario en las diferentes fases del programa (línea base, tratamiento y seguimiento).

En todas las escalas del Cuestionario Breve de Confianza Situacional se encontró un efecto significativo; las escalas de Emociones Desagradables, Emociones Agradables, Probando Autocontrol, Conflicto con Otros, Presión Social y Momentos Agradables con otros, mostraron un nivel de significancia de $p < 0.01$, $F(2, 78) = 24.30, 12.47, 11.34, 11.02, 16.91$ y 25.62 respectivamente. Con respecto a las escalas Malestar Físico y Necesidad Física presentaron un nivel de significancia de $p < 0.05$ $F(2, 78) = 3.97$ y 3.26 respectivamente (ver Figura 18).

Tabla 3. Se muestra la media de consumo de sustancia en la fases de Línea Base, Tratamiento y Seguimiento, el valor del estadístico F, y su nivel de significancia de cada uno de los sujetos que recibieron el programa.

Sujetos	Sustancia de Consumo	Promedio de consumo en la Línea Base	Promedio de consumo en el Tratamiento	Promedio de consumo en el Seguimiento	F (2, 392)	
1	Alcohol	1.8242	0.8387	0.2692	16.575 **	
2		0.5000	0.2903	0.1484	3.211 *	
3		0.5495	0.6129	0.1209	3.499 *	
4		0.4945	0.3548	0.2033	2.730	
5		0.3681	0.1290	0.1209	4.954 **	
9		1.1538	0.7097	0.1264	18.484 **	
14		0.5220	0.3226	0.1429	2.115	
15		0.4011	0.2581	0.1319	3.295 *	
16		0.6319	0.4516	0.3242	1.553	
18		0.6648	0.5484	0.1923	6.363 **	
20		0.3077	0.0000	0.2143	1.134	
21		0.3516	0.03	0.03	3.214 *	
23		0.8077	0.4194	0.1374	4.898 **	
24		0.3077	0.0000	0.0000	1.180	
25		0.7967	0.1613	0.1319	11.101 **	
26		1.3242	0.9032	0.1758	13.760 **	
27		0.7198	0.6452	0.1538	5.007 **	
6		Marijuana	5.0604	0.1290	0.1044	520.267 **
7			0.7143	0.1935	0.0769	50.194 **
8			4.5989	0.1613	0.0275	286.752 **
11			0.4505	0.0968	0.0275	23.178 **
13			1.0000	0.0000	0.1264	122.043 **
17			0.1923	0.0645	0.0220	5.170 **
19	1.4725		0.0000	0.0000	488.617 **	
22	3.9286	0.2581	0.0055	183.045 **		
10	Cocaína	0.1923	0.0000	0.0000	11.803 **	
12	Inhalables	0.0220	0.0000	0.0000	2.375	

*p < 0.05. **p < 0.01 Las cifras resaltadas significan diferencia de medias de acuerdo a la prueba de Tukey HDS.

Para evaluar los efectos del programa sobre los problemas que los sujetos asocian con su consumo de alcohol u otras drogas, éstos se clasificaron en 7 áreas: Escolares, de Salud, Cognoscitivos, Interpersonales, Familiares, Legales y Financieros. Al final del tratamiento se observó una reducción en el número de sujetos que presentaron problemas relacionados en las 7 áreas, en comparación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con el número de sujetos que reportaron problemas al iniciar el programa (ver Figura 19).

Al comparar la forma en que los adolescentes evaluaron la percepción de la severidad de su problema, se observó un decremento en la percepción de la severidad al finalizar el tratamiento (ver Figura 20). Al inicio del tratamiento un 25.9% de los sujetos percibían su problema como mayor o un gran problema, al terminar el tratamiento ningún sujeto valoró el problema como mayor o gran problema. Por otro lado, al inicio del tratamiento, ningún sujeto mencionó que el consumo no era un problema y al finalizar el tratamiento el 63% de los sujetos mencionó que su consumo no era un problema.

Con respecto al indicador solicitud de ayuda de tratamientos adicionales, antes del tratamiento 1 sujeto mencionó haber solicitado tratamiento antes de ingresar al programa, y un sujeto (Sujeto 10, consumo de cocaína) reportó haber solicitado otro tipo de intervención al terminar el programa de intervención breve. sin embargo, mencionó que este tratamiento alternativo no fue de ayuda para el mantenimiento en el cambio del patrón de consumo.

Otro de los indicadores que se evaluaron fue el empleo de estrategias utilizadas por los sujetos para lograr el mantenimiento en el cambio del patrón de consumo, para esto se les pidió a los sujetos enumeraran las estrategias empleadas que les ayudaron a mantener el cambio en su conducta. Las estrategias que emplean la mayoría de los sujetos son: Establecimiento de Metas (70.4%), Balance Decisional (66.7%), Consumo Moderado (70.4%), y Cambio de Amigos o Escenarios donde se consume (66.7%). Por otro lado, la estrategia que menos emplean los sujetos para el mantenimiento del cambio fue la de autorregistro (25.9%) –ver Figura 21–.

En términos con la satisfacción de su estilo de vida, antes del tratamiento un 87.8% de los sujetos reportó estar insatisfecho o inseguro con su estilo de vida, al final del tratamiento un 88.8% reportó estar satisfecho con su estilo de vida. 3.7% reportó estar insatisfecho y 7.4% mencionó estar inseguro con su estilo de vida (ver Figura 22).

Para evaluar la satisfacción de los sujetos hacia el tratamiento y su utilidad, se les pidió a los usuarios evaluar el tratamiento con un cuestionario. Los resultados se muestran en la Figura 23, donde se observa que el 100% de los sujetos estuvo satisfecho con la utilidad del programa para solucionar su consumo de alcohol u otras drogas; el 70.4% de los sujetos mencionó estar satisfecho con la duración del programa (1 mes), y el 25.9% mencionó no estar seguro con la duración del programa. El 78.8% mencionó estar satisfecho con el contenido de los materiales, y el 100% los calificó como fáciles e interesantes. Por último, el 100% de los sujetos recomendaría el programa a otros consumidores de alcohol u otras drogas.

Nivel de auto eficacia de los sujetos para controlar su consumo en diferentes situaciones

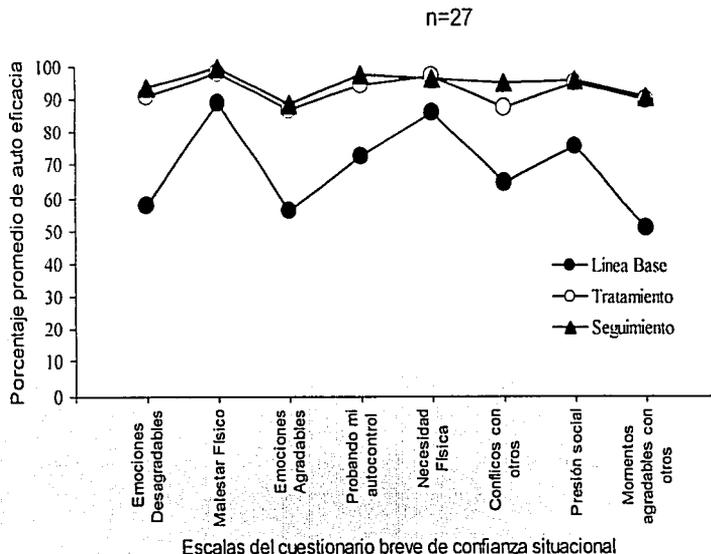


Figura 18. Se muestra el porcentaje medio de cada una de las escalas del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, durante las fases de la aplicación del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo problemático de Alcohol y Otras Drogas.

TESIS COM
 FALLA DE CALIFICAR

Problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas

n= 27

112

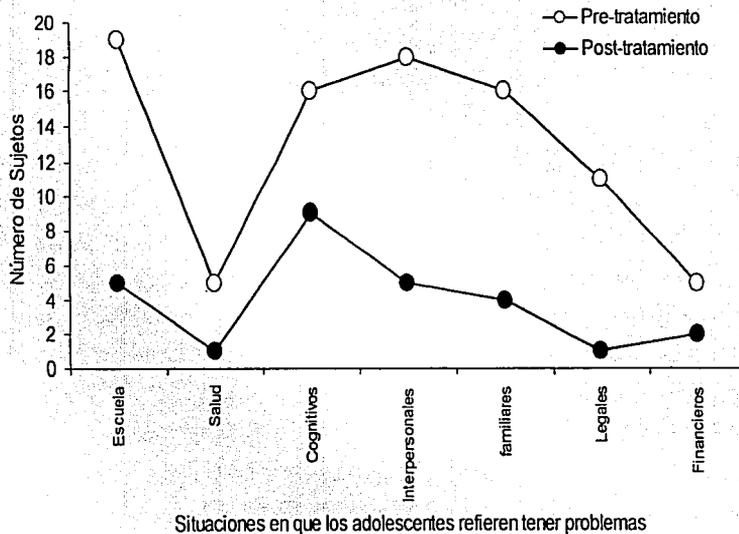


Figura 19. La gráfica muestra el número de sujetos que presentan problemas asociados en cada una de las 7 áreas evaluadas, antes y después de recibir el programa de prevención de consumo de alcohol y otras drogas. Estos datos se obtuvieron a partir de la entrevista inicial y el reporte de seguimiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Percepción del nivel del problema

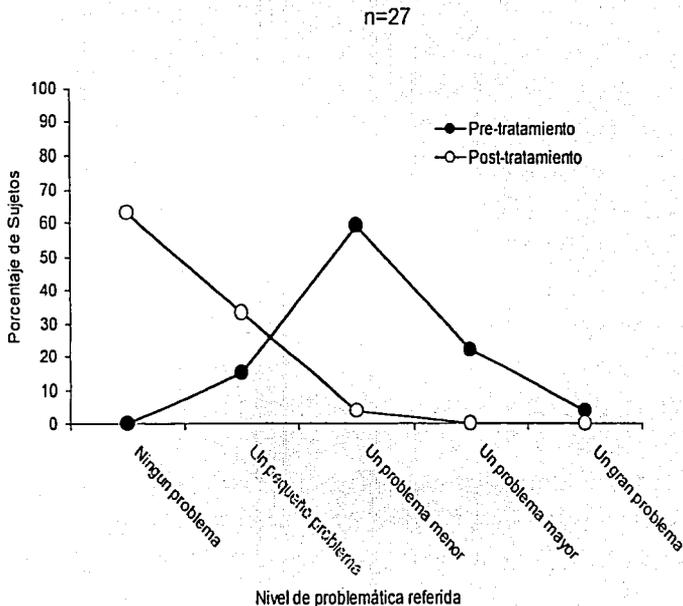


Figura 20. La gráfica muestra el porcentaje de sujetos de la percepción del nivel del problema que representa el consumo de sustancias, antes y después de recibir el programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Estos datos se obtuvieron de la entrevista inicial y los reportes de seguimiento antes y después del tratamiento respectivamente

Estrategias empleadas para mantener el cambio en el patrón de consumo

114

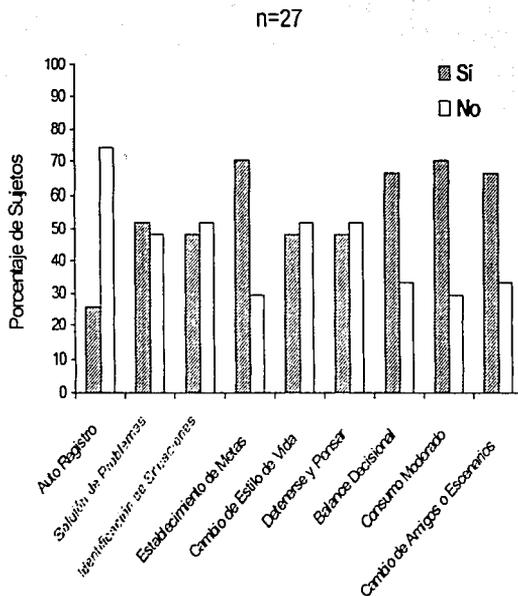


Figura 21. La gráfica muestra el porcentaje de sujetos que emplean cada una de las estrategias para mantener el cambio en el patrón de su consumo en las situaciones de riesgo, obtenidos a partir del reporte de seguimiento.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Satisfacción de los sujetos con su estilo de vida

115

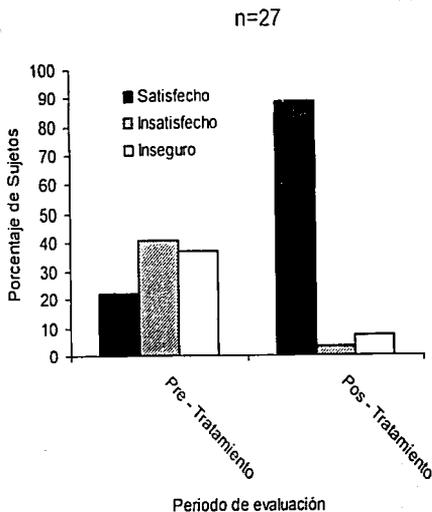


Figura 22. La gráfica muestra el porcentaje de satisfacción de los sujetos con su estilo de vida, obtenidos en la entrevista inicial y el reporte de seguimiento, aplicados antes y después de recibir el programa de intervención respectivamente.

TESIS ORIGINAL
FALTA DE ORIGEN

Satisfacción de los sujetos con el programa

116

n=27

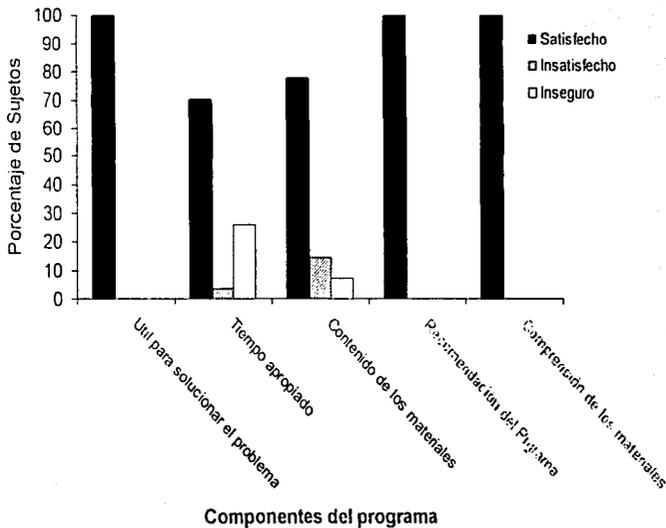


Figura 23. La gráfica muestra el porcentaje de satisfacción de los sujetos con cada uno de los componentes del Programa de Prevención Breve para Adolescentes que Inicial el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Estos datos se obtuvieron del cuestionario de validación social.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

7. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para adolescentes que se inician en el consumo problemático de alcohol y otras drogas. Para la evaluación del programa se consideraron las propuestas del informe sobre las ciencias de la prevención del Instituto de Medicina (Institute of Medicine Report, Mrazek & Haggerty, 1994) y del informe de la Comisión de la Dirección de Investigación sobre Prevención del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH, 1993). En estos reportes se señala la importancia de que las intervenciones estén respaldadas por datos que abarquen el curso de la vida, que se articulen las relaciones entre antecedentes de desarrollo y consecuencias de desadaptación y se orienten en particular a la intervención, tomando en cuenta el curso de vida y etapa de desarrollo del individuo.

Las intervenciones breves han sido evaluadas ampliamente en el tratamiento del alcohol y otras drogas, por ejemplo con adultos bebedores problema (Annis, Sobell, Ayala, Rybakowski, Sandahl, Saunders, Thomas, & Ziolkowski, 1996). En México, Ayala et al., (1997) probaron el modelo de autocontrol dirigido para bebedores problema, usuarios de cocaína (Oropeza & Ayala, 2001), en fumadores (Lira, 2002). Campillo, Díaz, Romero, Cerrud, & Villatoro (1992) probaron el efecto del consejo breve en el escenario de la consulta médica sobre los patrones de consumo de alcohol. Sin embargo, hasta la fecha existen pocas investigaciones que permitan evaluar el impacto de las intervenciones breves en adolescentes. Esta investigación es uno de los primeros esfuerzos por demostrar el impacto de las intervenciones breves en el patrón de consumo de los adolescentes y de otras variables asociadas al consumo. Con este fin se adaptó el modelo de auto cambio dirigido para bebedores problema (Ayala et al., 1998), los instrumentos de evaluación empleados, los materiales, y se desarrolló una sesión de inducción al tratamiento.

El programa de intervención breve para adolescentes quedó constituido en 5 etapas: admisión, evaluación, inducción, tratamiento y seguimiento. El objetivo

del tratamiento consistió en que los adolescentes establecieran metas de reducción de consumo, identificaran sus situaciones principales de consumo, desarrollaran planes de acción para enfrentar estas situaciones, y analizaran el impacto del consumo de alcohol u otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto y largo plazo.

Los principales resultados de esta investigación fueron que los 27 estudiantes adolescentes entre los 14 y 18 años de edad, que iniciaban a tener problemas con su consumo de alcohol u otra droga, mostraron una reducción en el patrón de consumo, comparando las mediciones de los datos a lo largo de las fases de línea base, tratamiento y seguimiento; así mismo, se observó un incremento de la confianza situacional de los sujetos para el consumo de drogas (auto eficacia); la reducción del número de problemas asociados al consumo; el empleo de estrategias para mantener el cambio alcanzado; el incremento en la satisfacción con el estilo de vida; y la satisfacción de los usuarios con el tratamiento.

Los resultados de este estudio coinciden con los reportados por Breslin et al. (2002). En su investigación encontraron una disminución en el número de días de consumo en el seguimiento a los 6 meses. Estos resultados son alentadores en la aplicación de estos procedimientos a adolescentes, sin embargo, en ese estudio los investigadores sólo evaluaron una parte del patrón de consumo (días de consumo). En la presente investigación se consideraron diferentes indicadores que garantizan una evaluación integral del patrón de consumo, tales como el promedio de consumo, días de consumo y abstinencia, promedio de consumo en los días de consumo, así como el nivel, tendencia y estabilidad a lo largo de las diferentes fases del programa. Al evaluar múltiples dimensiones de la conducta de consumo, se incrementa la probabilidad de la eficacia del tratamiento en el cambio de la frecuencia, cantidad y magnitud del comportamiento (Sobell, Sobell, & Galvin, 1995).

Cabe destacar que el patrón de consumo se evaluó a partir del auto reporte. El empleo del auto reporte como estrategia de medición ha recibido diversas críticas, una de las principales es que estos pueden ser falseados por los sujetos

(Winters, 2001). Sin embargo, diferentes investigaciones han demostrado la validez del auto reporte como estrategia de evaluación (Brown, Myers, Lippke, Tapert, Stewart, & Vik, 1998; Maisto, Connors, & Allen, 1995; Rosovsky, 1992; Stephens, Pare's, Rodés, & Rosovsky, 1992; Winters, Stinchfield, Henly, & Schwartz, 1991). Además, cuando se acompaña al auto reporte con entrevistas y cuestionarios estandarizados incrementan la validez del auto reporte, ya que se pueden evaluar otros factores asociados al comportamiento adictivo de los sujetos (v.g. nivel de auto eficacia, problemas relacionados con el consumo, situaciones de consumo y disposición al cambio).

Dentro del enfoque conductual, un elemento importante para asegurar la eficacia de los programas, es la medición de las áreas del funcionamiento de la persona en la interacción con el medio ambiente a partir de evaluaciones continuas. Esto permite conocer la evolución del tratamiento en el tiempo, garantizando una evaluación de los efectos de la intervención al comparar los periodos o fases de ausencia o presencia de intervención. Incorporar el tiempo en la estructura del diseño constituye uno de los avances más importantes de la metodología psicológica (Vallejo, 1996). El auto reporte es una estrategia que permite garantizar la evaluación de los efectos incorporando el tiempo en las fases del programa.

En esta investigación se midió el patrón de consumo de cada uno de los sujetos a partir del empleo de una metodología de diseño de caso único, esto garantizó la evaluación continua de los cambios y la identificación de la relación funcional de la variable independiente (tratamiento) con la variable dependiente (patrón de consumo) en cada uno de los sujetos, aumentando la probabilidad de que el tratamiento fuera el responsable de los cambios. El análisis de inferencia visual permitió corroborar que el cambio en el patrón de consumo de los sujetos se relacionara con la introducción del tratamiento, y este cambio fue de suficiente magnitud como para asegurar que no se cometió el error tipo 1 (Baer, Wolf, & Risley, 1968; Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza, & Ayala, 2002). El propósito de una metodología de intervención, basada en el análisis conductual aplicado, es obtener efectos determinantes en el cambio conductual, estos deben ser evidentes

por inspección visual. Para llevar a cabo el análisis de inferencia visual se han determinado tres lineamientos: a) observar si el nivel de conducta durante la fase de intervención se traslapa con el nivel visto en la fase de línea base, cuando no existe traslapamiento del nivel de la conducta en las fases, se ha presentado cambio conductual, b) observar cambios en la tendencia de los datos, y c) la media de nivel de conducta de la fase de línea base debe diferenciarse de la media de nivel de conducta de la fase de tratamiento (Barlow & Hersen, 1988; Kazdin, 1984).

Los resultados demuestran que con la introducción del tratamiento, 15 de los sujetos que consumían alcohol mostraron una disminución, tanto de la frecuencia de consumo como cantidad de consumo; uno de los sujetos presentó un incremento en la cantidad de consumo pero una disminución en la frecuencia, y otro de los sujetos presentó una disminución en la cantidad de consumo pero un incremento en la frecuencia de consumo. Con respecto a los sujetos que consumían marihuana, inhalables y cocaína, se observó que todos presentaron una disminución tanto de la frecuencia y cantidad de consumo. Un análisis estadístico demostró cambios significativos en el patrón de consumo en las tres fases que conformaron el programa.

El promedio de consumo de los adolescentes en la línea base, principalmente de los consumidores de alcohol, fue bajo (en 15 sujetos se presentó un promedio menor a una copa diaria), una explicación podría ser que los adolescentes presentaron muchos días de abstinencia, por lo que al promediar la cantidad de consumo en los días de consumo, con los días donde no se presentó consumo, la media inicial es baja; a pesar de esto, en 12 sujetos se muestran cambios estadísticamente significativos. Al realizar un análisis del promedio de consumo de los 27 sujetos tomando en consideración sólo los días de consumo, los cambios en el patrón, al introducir el tratamiento, son evidentes en todos los sujetos; excepto en uno de los adolescentes quien incrementó su promedio de consumo de alcohol (dentro de los rangos de consumo moderado), pero redujo significativamente el número de días de consumo. Con respecto al patrón de consumo de los sujetos consumidores de marihuana, inhalables y

cocaína, se observó una reducción en la frecuencia y cantidad de consumo. Estos resultados hacen de esta investigación un logro notable para la intervención breve, ya que produce cambios similares a los logrados por tratamientos intensivos (Friedman, Utada, & Glickman, 1987).

A la luz de los resultados, surge una pregunta acerca de la eficacia del programa de intervención: ¿cuál de los componentes del modelo fue el ingrediente activo que logró un cambio en los sujetos?. La investigación no tenía como objetivo probar y comparar la efectividad de cada uno de los componentes del programa, se puede responder que el modelo en su conjunto fue el responsable del cambio en el patrón de consumo de los sujetos. Sin embargo, se ha sugerido que el impacto de las intervenciones breves puede recaer en la motivación para el cambio (Miller & Rollnick, 1991). Una vez que el sujeto está motivado para cambiar se requiere de un mínimo de ayuda adicional para lograr un cambio. Al respecto, fue por esta razón que en el programa se desarrolló la sesión de inducción al tratamiento, que tiene como objetivo promover la disposición al cambio en el patrón de consumo.

Otro de los componentes determinantes en el cambio del patrón de consumo, desde la teoría del aprendizaje social, es la expectativa de los individuos. La expectativa es un aprendizaje de la relación entre un estímulo, una respuesta y el resultado de la respuesta (Abrams & Clayton, 2001). Los individuos cuando pasan de la infancia a la adolescencia ya tienen formadas diferentes expectativas de los efectos del tabaco, alcohol y otras drogas, frecuentemente éstas son positivas (Miller, Smith, & Goldman, 1990); inclusive cuando los adolescentes se inician en el consumo buscan las gratificaciones inmediatas y no consideran que el consumo puede afectar la consecución de metas a mediano y largo plazo, por lo que se presenta una discrepancia entre el nivel del problema actual y las metas que el adolescente desea alcanzar. Al respecto, la sesión tres del modelo de intervención breve tiene como objetivo que el adolescente analice cómo el consumo de alcohol u otras drogas puede afectar la consecución de las metas de vida a corto y largo plazo.

Otro elemento clave en el cambio del patrón de consumo se refiere a las habilidades de enfrentamiento, determinantes en el auto control que el sujeto pueda ejercer en situaciones demandantes. Los adolescentes ante situaciones demandantes del ambiente pueden presentar habilidades de enfrentamiento más o menos adaptativas. Las habilidades menos adaptativas ejercen falsas expectativas a los sujetos sobre el consumo de alcohol y otras drogas, por ejemplo, el consumo de una sustancia adictiva puede llevar a creer a los adolescentes que ese es el mejor camino para lograr una meta deseada. Si para el adolescente no es clara otra estrategia de enfrentamiento, ante situaciones demandantes, el consumo de sustancias adictivas llega a ser la única forma disponible para hacer frente a una situación social (timidez, presión social de los amigos) o sentimental (depresión, ansiedad, frustración). Aprender otras habilidades de enfrentamiento, como las que se incluyen en la sesión dos, es esencial para disminuir el patrón de consumo por situaciones demandantes del ambiente.

El auto control empieza a consolidarse durante la adolescencia y esta puede ser una razón de porqué las intervenciones breves llegan a ser efectivas (Delval, 1998; Lerner & Galambos, 1998). Naturalmente el desarrollo cognoscitivo del adolescente influye en la posibilidad de autocontrol, ya que la capacidad de abstracción ayuda a la anticipación de consecuencias futuras.

El auto control es una habilidad determinante en la prevención de recaídas, si el sujeto adquiere habilidades para hacer frente a situaciones demandantes se incrementará la auto eficacia (Sobell & Sobell, 1993). La auto eficacia percibida por los consumidores de sustancias para enfrentar las situaciones de riesgo para el consumo, es determinante para alcanzar una meta establecida en relación con su consumo (Collin & Garduño, 1996). Las ventajas de incrementar la auto eficacia de los adolescentes son similares con estudios en adultos. Por ejemplo, Annis y Davis (1988) encontraron que la auto eficacia se asocia con resultados positivos en la reducción del patrón de consumo y la prevención de recaídas.

De acuerdo a los principios del NIDA dos de las aproximaciones teóricas más efectivas son la prevención de recaídas y las estrategias de entrevista

motivacional. Técnicas derivadas de estas aproximaciones fueron parte de este modelo de intervención, como por ejemplo, las estrategias de consumo moderado, el balance decisional, el establecimiento de metas, identificación de situaciones de consumo y planes de acción para estas situaciones, que se ha comprobado permiten mantener el cambio del patrón de consumo. La reducción de riesgos puede continuar de forma indefinida; los estudiantes pueden continuar practicando lo que aprenden en el modelo de intervención y pueden mejorar a través del tiempo (Breslin et al., 2002; Marlatt et al., 1998). Por lo tanto, el efecto del programa en el patrón de consumo de los adolescentes es probable que se deba a la implementación de los diferentes componentes (motivación para el cambio, expectativa de los individuos, habilidades de enfrentamiento y auto control). Cada componente modifica una variable que mantiene el consumo de sustancias, enseñar sólo un elemento no habilita al adolescente a producir un cambio en el patrón de consumo, la enseñanza de estas habilidades potencializa un cambio en el patrón de consumo. Sin embargo, es necesario determinar los efectos de cada uno de los componentes por separado, para conocer el efecto sobre el patrón de consumo y sí este es comparable con los resultados alcanzados cuando se emplean como una estrategia de tratamiento múlticomponente.

Por otro lado, adicional a la disposición al cambio del adolescente, el auto control y las habilidades de enfrentamiento, se ha demostrado que en las intervenciones breves el estilo terapéutico y la retroalimentación personalizada, son indispensables para que el individuo logre un cambio en el patrón de consumo. El estilo terapéutico no confrontacional basado principalmente en la escucha reflexiva, permite una reducción de la resistencia del cliente hacia el tratamiento. En cuanto a la retroalimentación, el hecho de proporcionarle al cliente la oportunidad de comparar su consumo y consecuencias relacionadas con el consumo normal de la gente de su edad, permite aclarar mitos como el de "todo el mundo lo hace y no es peligroso". Esta estrategia incrementa la percepción de riesgo, reduce los costos del cambio y sostiene la motivación intrínseca (Prochaska et al., 1994; Ryan & Deci, 2000).

Los componentes del programa de intervención probablemente fueron los responsables del cambio en el patrón de consumo de los adolescentes, sin embargo, no todos logran la abstinencia en la fase de tratamiento, y no todos los adolescentes que logran la abstinencia la mantienen en los seguimientos programados en esta investigación. La abstinencia es considerada por muchos investigadores y personal del área de la salud como la meta ideal por varias razones, entre ellas: 1) la abstinencia es la meta de la mayoría de los programas de tratamiento en adultos, 2) cualquier uso de drogas por menores de edad es ilegal, y 3) el uso de drogas por lo menores es generalmente inaceptable entre los adultos. Sin embargo, se reconoce que cualquier cambio en la conducta que reduce el daño puede ser considerado como un cambio positivo para el sujeto (Baer, McLean, & Marlatt, 1998; Marlatt, 1996).

Los resultados de esta investigación demuestran que los sujetos incrementaron el porcentaje de días de abstinencia de la línea base al tratamiento y al seguimiento. Por ejemplo, en los consumidores de alcohol en la fase de seguimiento el porcentaje de días de abstinencia se elevó significativamente (del 92% al 100%), sólo dos sujetos se mantuvieron abstemios en la fase de seguimiento, cabe mencionar que en el caso de consumo de alcohol la meta del tratamiento podía ser abstinencia o moderación. Con respecto a los consumidores de cocaína e inhalables, la abstinencia fue del 100% en el tratamiento y el seguimiento, sin embargo, estos sujetos presentaban un consumo reducido en la fase de línea base, lo que pudo haber facilitado el logro de estos resultados. En los consumidores de marihuana, sólo dos sujetos se mantuvieron abstemios en el tratamiento, y uno de ellos logró mantener este cambio en el seguimiento, cabe mencionar que estos sujetos presentaban un patrón de consumo establecido, diario y de varios cigarrillos por día.

Aunque, el objetivo del tratamiento para adolescentes debe ser la abstinencia, el dejar fuera la posibilidad de una reducción importante en el consumo, como un resultado de tratamiento favorable, puede ocasionar un daño en la salud de los sujetos y una desvalorización de las ganancias del tratamiento.

Reconociendo que los cambios de vida generalmente ocurren a través del tiempo, los clínicos que manejan el modelo de reducción de daños enfatizan que los cambios deben darse con metas proximales en vez de metas distales, y observan que acercarse a la reducción de daños es un éxito; estos principios no son distintos a los principios generales de la conducta de moldeamiento en la que un terapeuta refuerza por aproximaciones sucesivas una nueva conducta (Marlatt et al., 1998; Miller, Turner, & Marlatt, 2001).

En este sentido, la estrategia de un modelo escalonado es primordial para lograr un impacto significativo de los programas de intervención. El primer paso en un modelo escalonado se refiere a que las intervenciones menos intensivas deben estar dirigidas a grupos de la población que están en contacto con individuos en riesgo, el segundo paso indica que las intervenciones breves o moderadas deben dirigirse a grupos en riesgo y pueden ser un escalón para intervenciones más intensivas (paso 3) para adolescentes que presentan un mayor número de problemas relacionados con el consumo, y que continúan en un progreso hacia patrones de consumo típicos de poblaciones mayores con consumos crónicos (Abrams et al., 1996; Sobell & Sobell, 1999).

La aproximación de un modelo escalonado es compatible con un modelo de reducción del daño. Un ejemplo de un modelo de reducción del daño es el programa denominado BASICS (Marlatt, 1999) utiliza una estrategia de acercamiento al problema que se relaciona con la reducción de daños; esto quiere decir que su meta principal es reducir el riesgo de conductas mal adaptativas y reducir los efectos dañinos de consumir alcohol en exceso u otras drogas. En contraste con los programas cuya meta es la abstinencia la reducción de daño se encuentra en un continuo en relación con el cambio (Breslin et al., 2002; Marlatt, 1999).

Una intervención breve puede ser el inicio para reducir el daño y las consecuencias relacionadas con el consumo y ser el eslabón para intervenciones más intensivas (Marlatt et al., 1998). Ante este hecho se ha recomendado fortalecer acciones de prevención, no sólo que busquen la abstinencia como meta sino la reducción del consumo, que descansen en la identificación temprana de

patrones de consumo que ponen en riesgo al adolescente a diferentes problemas relacionados con el uso y abuso de las drogas. La identificación temprana de adolescentes que inician el consumo problemático, sin dependencia a la sustancia, presenta diferentes dificultades. Una de las principales barreras es que los adolescentes cuando son detectados en los centros de tratamiento, presentan un problema de dependencia severa y consecuencias negativas graves asociadas con el consumo.

En esta investigación se intentó hacer la detección de adolescentes que abusan de las sustancias, a partir de reuniones informativas para maestros, personal de psicología y jurídico de las escuelas. El personal jurídico y de orientación de la escuela se encargó de canalizar los posibles casos encontrados a través de los reportes de maestros y del personal de vigilancia, ya que los alumnos se presentaban a clase con aliento alcohólico o se les encontraba ingiriendo alguna sustancia dentro de las instalaciones de la escuela; sin embargo, la mayoría de los casos canalizados presentaban un consumo experimental, por lo que no eran candidatos viables a recibir el programa de intervención. Por este motivo, es necesario encontrar formas más efectiva de detección de casos en las etapas tempranas de abuso, desarrollar estrategias de evaluación costo-eficientes, breves, potencialmente validas y capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios (Babor, Ritson, & Hodgson, 1986; Heather, 1989; 1996; Minicucci, 1994).

Otra dificultad, en la identificación temprana de los adolescentes, se refiere a la definición de dependencia en esta población. Los síntomas de abuso entre los adolescentes no siempre preceden a la dependencia y un elevado porcentaje de consumidores fuertes presentan 1 ó 2 síntomas de dependencia pero no de abuso, algunos individuos presentan más de tres síntomas pero no son recurrentes y persistentes por un período largo de tiempo. Por otro lado, un diagnóstico basado en el DSM IV, presenta algunas limitaciones para evaluar a los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas, por ejemplo, algunos criterios limitan la utilidad del diagnóstico ya que presentan baja prevalencia, aun en muestras clínicas (Martin & Winters, 1998; Winters, 2001). En esta investigación

se presentaron 3 casos que presentaron más de tres síntomas de acuerdo a la lista tamizaje de los indicadores de dependencia del DSM IV; pero estos síntomas se presentaron de manera ocasional, por lo que no se pueden clasificar como dependientes a la sustancia.

Una alternativa para realizar un diagnóstico oportuno sería conceptualizar el umbral del abuso y las fases que lo preceden, y las consecuencias negativas asociadas al consumo. Así, se asume que abuso debe ser reemplazado por un concepto más específico, la diferencia entre abuso temprano y abuso es un ejemplo que permite delinear el tipo de tratamiento (Newcomb & Bentler, 1988). Dentro de las intervenciones breves delimitar el nivel de consumo es esencial para ofrecer el tratamiento oportunamente y poder evaluar los resultados de manera objetiva.

Otro de los supuestos de los modelos de intervención breve es que las recaídas se consideran como algo normal y parte del proceso de aprendizaje. Definir una recaída puede tener complicaciones de tipo conceptual, una recaída se puede conceptualizar como cualquier consumo que presente el sujeto (en el caso de alcohol y otras drogas), como un consumo fuera de los límites del consumo moderado (en el caso de consumo de alcohol), o un incumplimiento en la meta de consumo propuesta por el sujeto; aunque bajo esta perspectiva cuando el sujeto consume una sustancia diferente al alcohol o al tabaco, se estaría aceptando un consumo de drogas ilegales, no es objetivo del autor analizar esta implicación, sin embargo, se reconoce que es necesario conceptualizar a las recaídas desde el marco de referencia en que se desarrollan los programas de intervención. Para fines de esta investigación se conceptualizó la recaída como cualquier consumo que sobrepasara las metas propuestas por los adolescentes.

Los consumidores de marihuana no presentaron recaídas a lo largo de las fases del tratamiento, ya que su meta fue la reducción en el patrón de consumo, y un sujeto se propuso como meta la abstinencia. Todos los sujetos que consumían marihuana lograron sus metas del tratamiento. Una pregunta que surge aquí, es ¿por qué los consumidores de marihuana no buscan como meta de tratamiento la abstinencia?. Algunos estudios han demostrado que entre los consumidores de

mariguana tienen un mayor apoyo social, pocas contingencias adversas al consumo y padres que favorecen el consumo de la sustancia (Smart & Jansen, 1991). Por lo tanto, los consumidores de mariguana no consideran indispensable dejar de consumir y una reducción del patrón de consumo es suficiente para seguir funcionando en los diferentes ambientes en que se desenvuelve.

Con respecto a los consumidores de alcohol, en esta investigación 11 sujetos presentaron recaídas de consumo en el seguimiento, es decir, no cumplieron con el límite que propusieron. Sin embargo, las recaídas fueron un escenario de aprendizaje, donde los adolescentes realizaban un análisis funcional, tanto de los días de consumo como de los días en donde existía el riesgo de consumo. En este análisis, se detectó que la influencia de los compañeros fue el riesgo más común para el consumo del alcohol. Cambiar de amigos o alejarse de los amigos en escenarios de alta probabilidad para el consumo fue una de las estrategias que los adolescentes empleaban con mayor frecuencia.

Al respecto se ha concluido que los compañeros son el mejor predictor de consumo en la adolescencia (Jessor & Jessor, 1977; Kandel & Andrews, 1987). Los compañeros sirven como modelos a imitar y refuerzan el consumo de alcohol u otras drogas. Es interesante que la influencia de los compañeros recae sobre el proceso de selección de las personas con las que el individuo se relacionará. Las personas prefieren asociarse con personas similares, que siguen un estilo de vida semejante al de ellas (Kandel, 1986).

Los amigos son un factor de riesgo para el inicio del consumo, sin embargo, los factores asociados con la iniciación del consumo del alcohol, su consumo regular y el abuso del alcohol en jóvenes adultos, involucran un proceso de desarrollo complejo, influencias ambientales y diferencias individuales en respuesta al alcohol; además, los factores asociados con la iniciación del consumo de alcohol o drogas frecuentemente difieren de aquellos asociados con el uso continuado y el abuso. Es necesario contar con investigación que examine cómo ciertos factores de riesgo combinados crean un perfil de riesgo. El riesgo de un individuo puede incrementar en una forma aditiva o multiplicativa (Bry, McKeon, & Pandina, 1982).

Zucker, Fitzgerald, y Moses (1995) sugieren que el riesgo de un individuo para involucrarse en problemas relacionados con el consumo de drogas se basa probablemente en el grado en que existe una estructura pre-existente de factores biológicos que a su vez son exacerbados por factores ambientales. Al respecto, sería importante realizar un perfil de los sujetos que terminaron el tratamiento a diferencia de los que desertan, con el objetivo de identificar los factores asociados al consumo y a la terminación prematura del tratamiento. El tamaño de la muestra de esta investigación no permite establecer un perfil de riesgo de los sujetos, sin embargo, proporciona características de los adolescentes que presentaron resultados exitosos por el programa de intervención.

Los adolescentes que asistieron al programa de intervención breve se caracterizaron por no presentar dependencia a la sustancia, con una historia menor de dos años de consumo, tener entre 14 a 18 años, estar inscritos en la escuela de nivel medio y medio superior, y no presentarlos desordenes psiquiátricos. De acuerdo a los resultados podemos afirmar que el programa fue exitoso con los adolescentes que presentaron estas características. Estos resultados nos permiten proponer líneas de investigación en dos vertientes: 1) investigación enfocada a definir las características de los sujetos para los cuales es efectivo el tratamiento, a través de una muestra más grande de adolescentes; y 2) evaluar el modelo de intervención breve en otras poblaciones y contextos, ya que algunos autores mencionan que las intervenciones breves son costo efectivas en diferentes poblaciones (por ejemplo, adolescentes con problemas psiquiátricos) y contextos (hospitales, comunidades rurales, consulta externa, atención primaria, consejo tutelar y escuela) (Myers, Brown, Tate, Abrantes, & Tomlinson, 2001). En México es importante continuar con estas líneas de investigación debido al porcentaje de adolescentes escolares que abusan del alcohol y otras drogas que se han identificado en las encuestas de los últimos años (Villatoro et. al., 2002).

Wagner et al., (1999) mencionan que es bien conocido que los adolescentes con consumos problemáticos pertenecen a grupo heterogéneos, con diferencias en factores como los efectos anticipados y las consecuencias resultantes de los efectos, y el contexto y la motivación bajo la cual ocurre el

consumo. Ciertas intervenciones pueden ser efectivas para cierto tipo de adolescentes dependiendo a las contingencias a las que están expuestos (grupos escolares, grupos religiosos, adolescentes de comunidades urbanas, adolescentes de comunidades rurales, disposición de la droga, etc.)

Al respecto, Schinke, Botvin, y Orlandi (1991) señalan que en la actualidad se desconoce cuales de las intervenciones son efectivas para los diferentes sujetos. En la gran mayoría de estas intervenciones no se ha evaluado su efectividad, la única conclusión que se tiene al respecto es que una intervención es mejor que nada (Catalano, Hawkins, Wells, & Miller, 1990). Sin embargo, la estrategia de intervención evaluada en esta investigación, presenta resultados favorables en la reducción del patrón de consumo y en la reducción del daño, dado que los sujetos reportan menos problemas relacionados y mayor auto eficacia para controlar sus situaciones de consumo. Una innovación en el campo de las intervenciones breves, es que este programa se implemento en adolescentes escolarizados. Su aplicación en las escuelas fue bien recibido y de fácil acceso, lo puede aplicar cualquier persona capacitada, y cubre una necesidad importante de las escuelas, ya que las autoridades aprenden a canalizar oportunamente a los casos que detectan. Lo que hace de este programa una intervención costo efectiva (tiempo, capacitación a otras personas, aplicación en grupo, no se necesitan muchos recursos).

El siguiente paso sería evaluar este modelo con poblaciones diferentes de adolescentes y diseminarlo en escenarios escolares de alto riesgo. Sin embargo, al evaluar un programa de intervención de estas características se encuentran diversas barreras para su aplicación. Una barrera común para crear programas efectivos de prevención es la idea de que el proveer de información acerca del alcohol u otras drogas o dar mensajes de reducción de daños y promover la moderación a estudiantes menores de edad equivale a permitirles que consuman alcohol. Otra barrera, que ha obstaculizado el avance en la creación de programas efectivos, incluye diferencias de opinión acerca de si el abuso del alcohol u otras drogas es solamente a veces o siempre, el precursor de una dependencia al alcohol si no se trata a tiempo (Marlatt et al., 1998). Estas diferencias de opinión,

las podemos observar en los modelos predominantes de adicción: Los doce pasos y el Modelo de enfermedad vs. el Modelo biopsicosocial. Las personas que apoyan a los doce pasos y al modelo de enfermedad ven las adicciones en modelos dicotómicos (Ejemplo: La persona tiene o no tiene la enfermedad).

El concepto de ajustar el tratamiento a la población adolescente, está basado en la noción de que diferentes personas tienen diferentes patrones de consumo de alcohol y otras drogas, manifiestan diferentes tipos de problemas, y de que no hay ninguna estrategia de tratamiento que sea efectiva para tratar a todas las personas que tengan problemas relacionados con el consumo (NIDA, 1999). Algunos programas van a ser mejores para cada tipo de población; las características individuales consideradas para ajustar el tratamiento al individuo pueden incluir edad, sexo, severidad de los síntomas, creencias acerca del tratamiento, y otras características individuales del sujeto (Mattson et al., 1994). Sin embargo, el uso de tratamientos de aplicación a partir de manuales facilitaría su difusión, ya que el empleo de manuales ha sido una herramienta eficaz para difundir intervenciones que han probado su efectividad en la investigación. El manual desarrollado a partir de la aplicación de este programa facilita la transferencia de los protocolos y puede permitir ensayos clínicos en diferentes escenarios (Kendall & Southam-Gerow, 1995).

A pesar de los resultados favorables que arrojó esta investigación, desarrollo y evaluación de la intervención breve a población adolescente, existen ciertas limitaciones. La primera limitación se refiere a que no se evaluó a largo plazo los efectos del programa, un seguimiento de los sujetos a lo largo de las etapas de la vida y de las transiciones entre las etapas, podría indicar los alcances del programa sobre las habilidades enseñadas para el manejo de nuevas contingencias a las que se va enfrentando el sujeto, y podría indicar si existe generalización a otros comportamientos antisociales en etapas posteriores de la vida.

Otra limitación se refiere al empleo de un diseño de un solo sujeto, ya que este tipo de diseño a diferencia de las estructuras experimentales adolece de una potencia inferencial o validez interna, ya que como señala Campbell (1969), se

halla constantemente amenazado por factores relevantes tales como historia, maduración, instrumentación, etc. Sin embargo, el diseño de un solo sujeto informa de la relación funcional de la variable independiente sobre la variable dependiente, por lo que al identificar las variables que mantienen el comportamiento adictivo es suficiente para demostrar la potencia de la intervención.

Un elemento que requiere de mayor investigación es el papel de los padres en la permanencia, terminación y reducción del patrón de consumo de los adolescentes que asistieron al programa. Se ha documentado la importancia del involucramiento de los padres en el desarrollo del comportamiento del individuo y en la permanencia y éxito de las intervenciones con niños y adolescentes. Por ejemplo, pobre supervisión, rechazo del niño, y bajo involucramiento en las actividades que realiza el niño, son factores relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia (Farrington, 1994). El involucramiento y el monitoreo pueden conceptualizarse como requisito indispensable para un manejo efectivo de la familia y por ende del cambio de la conducta dentro de un proceso terapéutico. Tres fases del cambio conductual, dentro de las intervenciones, estimulan el modelo conceptual de paternidad: a) motivación, b) monitoreo de los padres, y c) manejo conductual. La base de la motivación de los padres, el monitoreo y el manejo conductual, hacen referencia a la calidad de la relación padre - hijo (Dishion & McMahon, 1998). Por lo tanto, una relación positiva padre - hijo propicia una motivación, por parte de los padres, para monitorear las conductas de sus hijos y para utilizar prácticas de manejo conductual efectivas en el control de problemas de conducta antisocial.

Por último, a pesar de las limitaciones el programa desarrollado puede ser una herramienta eficaz en la reducción del consumo de alcohol y otras drogas, y de los problemas asociados al consumo, sin embargo, es necesario realizar más investigación respecto a programas de prevención y tratamiento de conductas adictivas, identificar variables biológicas, sociales y psicológicas que jueguen un papel preponderante en la gestación y mantenimiento de las conductas adictivas,

para así desarrollar estrategias de intervención multifactoriales e interdisciplinarias.

Esta intervención puede ser una estrategia costo – efectiva aplicada en escenarios escolares, por el personal de salud y de orientación. La posibilidad de incorporar este tipo de intervenciones breves en un primer nivel de atención en instituciones de salud pública e instituciones escolares, haría posible ampliar la oferta de este tipo de servicios para un sector que no tiene, en general, opciones adecuadas de atención, pero cuyo patrón de consumo lo ponen en riesgo de tener problemas relacionados a corto y largo plazo. La mayoría de estos adolescentes asisten a la escuela, en estos lugares se puede hacer una detección temprana que permita una intervención que impida que el problema avance y que resulte más costoso para nuestros sistemas de atención a la salud, ya que estas conductas, cuando no se identifican y se previenen a tiempo, pueden llevar al adolescente a sufrir alta reprobación y deserción escolar, falta de preparación para el trabajo, accidentes, suicidios, enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos e hijos no deseados; hechos que afectan de manera permanente su salud y tienen consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y económico para el adolescente, su familia y la sociedad en que vive (WHO, 1995).

8. REFERENCIAS

- Aberasturi, A. & Knobel, M. (1992). *La adolescencia normal*. México: Paidós.
- Abrams, D. B. & Clayton, R. R. (2001). Transdisciplinary Research to Improve Brief Interventions for Addictive Behaviors. En P. M. Monti., S. M. Colby., & T.A. O'Leary. (Eds.) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Abrams, D. B., Elder, J., Lasater, T., Carlton, R., & Artz, L. (1986) A comprehensive framework for conceptualizing and planning organizational health promotion programs. En M.T. Cataldo y T. Coates (Eds.) *Behavioral Medicine in Industry*. New York: John Wiley & sons.
- Abrams, D. B. & Niaura, R. S. (1987). Social Learning Theory. En Blane, Howard T. & Leonard Kenneth E. (Eds.) *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*. (pp. 131 – 172) New York: Guilford Press.
- Abrams, D. B., Orleans, C. T., Niaura, R. S., Goldstein, M. G., Prochaska, J. O. & Velicer, W. (1996). Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: A combined stepped care and matching model. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 290-304.
- Alden, L. (1988). Behavioural self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 280-286.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D. C.: Author.
- Annis, H. M. (1990). Relapse to Substance Abuse. Empirical Findings within a Cognitive Social Learning Approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 117- 124.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. En D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of Addictive Behaviors*, (pp 84-111). New York: Praeger.

- Annis, H. M. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug - Taking Situations*. Toronto, Canada. Addiction research Foundation.
- Annis, H. M., Sobell, L., Ayala, H., Rybakowski, J., Sandahi, C., Saunders, B., Thomas, S. & Ziolkowski, M. (1996). Drinking-related assessment instrument: cross cultural studies. *Substance use & Misuse*, 11-12, 1525-1546.
- 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.
- Ayala, H. E. (2001). *Desarrollo Y Evaluación de Modelos de intervención para comportamientos adictivos en poblaciones urbanas y rurales*. Proyecto CONACYT G36266 H.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113-127.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta comportamental*, 1, 71-93.
- Babor, T. F., & Grant, M (eds) (1991). *Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1991.
- Babor, T. F., Ritson, E. B. & Hodgson, R. J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care settings: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addictions*, 81,23-46.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R., (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Baer, J. S. (1993). *Etiology and secondary prevention of alcohol problems with young adults*. En: J. S., Baer, G. M., Marlatt, & R. J. McMahon (Eds.).

- Addictive Behaviors across the life span; prevention, treatment and policy issues, (p.p.111-137). Newbury Park, CA: Sage.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Fromme, K., Larimer, M., & Williams, E. (1992). An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 974-979.
- Baer, J. S., McLean, M. G., & Marlatt, G. A. (1998). Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: Toward a better match. In R. Jessor (Ed.), *New perspective on adolescent risk behaviors*, (p.p.182-220). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modifications*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Barlow, D., & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barnes, G. M. (1984). Adolescent Alcohol Abuse and Other Problem Behaviors: Their Relationship and Common Parental Influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 13-4.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief Interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*. 88, 315-336.
- Blane, H. T., & Leonard, K. E., (1987). *Psychological theories of drinking and alcoholism*, New York: Guilford.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long – term follow – up results of a randomized drug abuse prevention trial in a

- white middle – class population. *Journal of The American Medical Association*, 273, 1106 – 1112.
- Botvin, G. J., Schinke, S., & Orlandi, M. A. (Eds.) (1995). *Drug abuse prevention with multiethnic youth*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bowers, K. (1973). Situationism in psychology: An analysis and critique. *Psychological Review*, 80,307-336.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Sanford, M., & Fleming, J. E. (1996). Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: Issues and prospects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1440 – 1448.
- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Itting-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 1, 10-16.
- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Tupker E. & Pearlman S. (1999). *First Contac a brief treatment for young substance users*. Canada: Center for Addiction and Mental Health.
- Brooke, J. E., (1993). International theory : Its utility in explaining drug use behavior among African-American and Puerto Rican youth. En. M. R. De la Rosa & J. Recio-Adradoes (Eds.) *Drug abuse among minority youth : Advances in reseach and methodology* (Reseach monographs No. 130, pp. 79-101).Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Brown, S. A., Myers, M. G., Lippke, L., Tapert, S. F Stewart, D. G., & Vik, P. W. (1998). Psychometric evaluation of the Customary Drinking and Drug Use Record (CDDR): A measure of adolescent alcohol and drug involvement. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 427-438.
- Brownell, D. K., Marlatt, A. G., Lichtenstein, E., & Terence, W. G. (1986). Understanding and Preventing Relapse. *American Psychologist*, 41. 765-782.

- Bry, B. H., McKeon, P., & Pandina, R. J. (1982). Extent of Drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 273-279.
- Campbell, D. T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-429.
- Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Cerrud, J., & Villatoro, J. (1992). Mexico City, México. En: T. F. Babor, & M. Grant (Eds.). *Programme on Substance Abuse. Project on Identification and management of alcohol-related problems. Reporte on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. WHO/PSA/91.5, (pp. 129-142). México: World Health Organization.
- Campos, E., Martínez, K., & Ayala, H. (2000) *Desarrollo y Validación de Entrevista Inicial para Adolescentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York. Basic Books.
- 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*, 4,
- Castro, M. E., Llanes J., Margain M., & Carreño A. (1999). Evaluación de Planes de Accion Preventiva de Riesgos Psicosociales con el Modelo CHIMALLI-DIF. *Psicología Iberoamericana*, 4,
- Castro, M. E., Rojas, E., García, G., & de la Serna, J. (1986). Epidemiología del uso de Drogas en la población Estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9, 4-40.
- Castro, M. E., Rojas, E. & De La Serna, J. (1988). Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. *Salud Mental*, 3, 1-11.
- Catalano, R., Hawkin, J., Well, E., & Miller, J. (1990). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of the Addictions*, 25,1085-1140.

- Cellucci, T. (1982). The prevention of alcohol problems: Conceptual and methodological issues. En P. M. Miller & T.D. Nirenberg (Eds.) *Prevention of Alcohol Abuse* (pp. 15-33) New York: Plenum Press.
- Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Treatment of Adolescents With Substance Abuse Problems*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. No. 32. DHHS Publication No. (SMA) 99-3283. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 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. Mexico D.F. UNAM, Facultad de Psicología.
- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Columbus, Ohio: Merrill.
- Cooper, M. L., Russell, M., & George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol use: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 218-230.
- Crowe, A. H. (1998). *Drug Identification and Testing in the Juvenile Justice System: Summary*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Chung, H. & Elias, M. (1996). Patterns of Adolescent Involvement in Problem Behaviors: Relationships to Self-Efficacy, Social Competence and Life Events. *American Journal of Community Psychology*, 4, 24-6.
- De Leon, B. L., & Pérez, F. L (2001). "Adaptación, Validación y Confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)". Tesis de Licenciatura, UNAM
- Delval, J. (1998). *El desarrollo humano*. España: Siglo XXI.
- Delval, J. (1994): Stages in the child's construction of social knowledge. En M. Carretero & J.F. Voss (Eds.), *Cognitive and instructional processes in history and the social sciences*. Hillsdale: LEA.

- DiClemente, C. C. (1991). Motivational interviewing and stages of change. En: Miller, W.R., & Rollnick, S., (Eds.) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* (Pp. 191-202). New York: Guilford.
- Dimeff, L. A. (1997). *Brief intervention of heavy and hazardous college drinker in a student primary health care setting.* UnpublISHED doctoral dissertation, University of Washington, Seattle.
- Dimeff, L. A., & Marlatt, G.A. (1995). Relapse prevation. En: R.K. Hester & W. R. Miller (Eds.) , *Handbook of alcoholism treatment approach : effective alternatives* (pp. 176-194). Boston: Allyn & Bacon .
- Dishion, T; Andrews, D; & Crosby, L.. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: relationship characteristics quality, and interactional process. *Child Development*, 66: 139-168.
- Dishion, T. J., Andrews, D. W., Kavanagh, K., & Soberman, L. H. (1996). Preventive interventions for high risk youth: The adolescent transitions problem. En R. Peters & R. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 184-214). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dishion, T, J., & McMahon, R. (1998) *Parental monitoring and the prevention of problem behavior. A conceptual and empirical reformulation.* Reseach Monography: NAIDA.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997a). *Auto registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997b) *Reportes de seguimiento: traducción y adaptación.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L. & Ayala H., (1997c) *Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación.*_México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Edwards, E., & Groos, M. M. (1976). Alcohol dependence provisional description of a clinical syndrome. WHO technical report, 1, 1051-1068.

- Ellickson, P. L., & Bell, R. M. (1990). Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test. *Science*, 247, 1299-1305.
- Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México.
- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1976). *International psychology and personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. (pp.397) Ney York: Norton.
- Farell, A. D. (1994). Structural equations modeling with longitudinal data: Strategies for examining group differences and reciprocal relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 477-487.
- Farell, A., Danish, S. & Howard, C. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*. 5, 705-712.
- Farrel, A., Danish, S., & Howard C. (1992). Factores de Riesgo y Protección Contra Problemas de Alcohol durante la Adolescencia y la Primera Etapa del Joven Adulto. Implicaciones y Prevención del Abuso de Sustancias. Grupo de investigaciones de Desarrollo Social. *Programa de Servicio Social de la Universidad de Washington*.
- Farrington, D., (1994). Childhood, adolescent and adult factors of violent males. En L. R. Huesmann (Ed.), *Agresive behavior: Current perspectives*, (pp. 225-240) New York:Plenum.
- Feldman, S. S., & Elliott, G. E. (1990). *At the Threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Felixbrod, J. J., & O'Leary, K. D., (1973). Effects reinforcement on children's academic behavior ask a function of self determined and externally imposit systems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 241-250.
- Flay, B. R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology*, 4:449-488.
- Friedman, A., Utada, A., & Glickman, N. (1987). Outcome for court-referred drug-abusing male adolescents of an alternative activity treat-ment program in a

- vocational high school setting. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174,680-688.
- Gainer, P. S., Webster, D. W., & Champion, H. R. (1993). A youth violence prevention program: Description and preliminary evaluation. *Archives of Surgery*, 128, 303-308.
- Glynn, E. L., Thomas, J. D., & Shee, S. M., (1973). Behavior and self control of on task behavior in an elementary classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 105-114.
- Gordon, D. A. (1987). An operational classification of disease prevention. En: steinberg, J. A., & silverman, M. M., (Eds). *Preventing mental Disorders*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.
- Hall, G. S. (1916). *Adolescence* (vols. 1-2). New York:Appleton.
- Hansen, W. B. (1996). Pilot test results comparing the All Stars program with Seventh Grade D.A.R.E.: Pilot test integrity and mediating variable analysis. *Substance Use and Misuse*, 31, 1359-1377.
- 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, 64-105.
- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addictions*, 84, 357-370.
- Heather, N. (1996). The Public Health and brief interventions for excessive alcohol consumption: The British experience. *Addictive Behaviors*, 21, 857-868.
- Heather, W. R., Wodak, A., Nadelmann, E.A., & O'hare, P. (1993) *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London: Whurr Publishers.
- Hernández, J. T., Lodico, M. & Diclemente, R. J. (1993). The effect of child abuse and race on risk taking in male adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 85, 593-597.
- Hershon, H. I. (1977). Alcohol withdrawal symptoms and drinking behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 953-971.

- Hester, R. K., & Miller, W. R. (1995). *Handbook of alcoholism treatment approach: effective alternatives*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hurrelmann, K., (Ed.) (1994). *International Hand book of Adolescence*. Westport, CT Greenwood. 470 pp.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC. National Academy Press.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1998). El abuso de alcohol en estudiantes ¿Qué podemos hacer padres y maestros? Instituto Mexicano de Psiquiatría/ Consejo Nacional contra las Adicciones, México.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48,117-126.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2000). *The monitoring the future. National Results on Adolescents drug use: Overview of Key Findings*, 1999. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Kaczynski, N. A., & Martin, C.S. (1995). *Diagnostic orphans: adolescents with clinical alcohol symptomatology who do not qualify for DSM-IV abuse or dependence diagnosis*. Trabajo presentado en la reunión anual Research Society on Alcoholism, Steamboat Springs, CO.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and Drinking Behavior Among Youth. *Annual Review of Social Psychology*. 6, 235-285.
- Kandel, D. B. (1986). Prozesse of peer influence adolescence. En R. Silberstein (Ed.), *Development as action in context: Problem behavior and normal youth development* (pp. 203-228). New York: Springer-Verlag.
- Kandel, D. B., & Andrews, k. (1987). Prozesse adolescent socialization by parents and oears. *International Journal of the Addictions*. 22. 319-342.

- Kandel, D. B. & Logan, J. A. (1984). Patterns of Drug Use from adolescence to young adulthood: I. Periods of Risk for initiation, continued use and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- Kazdin, A. E. (1984) *Behavior modification in applied settings*. California: Dorsey Press.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kendall, P. C. & M. A. Southam-Gerow (1995). Issues in the transportability of treatment: The case of anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 702-708.
- Kivlahan, D. R., Marlatt, G. A., Fromme K., Coppel, D. B., & Williams (1990). Secondary Prevention with college drinkers. Evaluation of an alcohol skill training program. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 58, 805-810.
- Kleyn, J., & Lake, L. (1990) Factors associate with willnegness to enter drug treatment: some implications for policy. *AIDS Public policy Journal*. 5, 112-116.
- Kumpfer, K. L. (1999). *Identification of Drug Abuse Prevention Programs*. National Institute on Drug Abuse. Resource Center for Health Services Research. University of Utah.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Kendall, K. (1996). *Evaluation of the Hispanic Youth Leadership program: Final report*. Department of Health Education, University of Utah, Salt Lake City, Utah.
- Kumpfer, K. L., Turner, C., & Alvarado, R. (1991). A community change model for school health promotion. *Journal of Health Education*, 22, 94-110.
- Lerner, R. M. (1993). Investment in youth the role of home economics in enhancing the life chances of America s children. AHEA Monography Series, 1, 5 - 34. America s Youth in Crisis Challenges and Options for Programs and Policies. Thousand Oaks, CA Sage.

- Lerner, R. M., & Galambos, N. (1998). Adolescent Development: Challenges and Opportunities for Research, Programs, and Policies. *Annual Reviews*, 49, 413-446.
- Lerner, R. M., Ostrom, C. W., & Freel, M. A. (1997) Preventing health compromising behaviors among youth and promoting their positive development: A developmental contextual perspective. En J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.). *Health risks and developmental transitions during adolescence*. (pp. 498 – 521). New York: Cambridge University Press.
- Lerner, R. M., Spanier, G. B. (1978). A dynamic international view of child and family development. En R. M. Lerner & G. b. Spanier (Eds.) *Child influences on Marital and Family. International A Life Span Perspective*, New York:Academic.
- Lira, M. J. (2002). *Desarrollo y evaluacion de un programa de tratamiento para la adiccion a la nicotina*. Tesis de Maestria, Mexico, D.F. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Maisto, S. A., Carey, K. B., & Bradizza, C. M., (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism: Social Learning Theory*. New York, London:The Guilford press.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., y Allen, J. P. (1995). Contrasting self-report screens for alcohol problems: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1510-1516.
- Mariño, M. C., González-Forteza, G. C., Andrade, P., & Medina Mora, M. E.. (1997). Validación de un Cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental*, 1, 27-36.
- 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*. (pp. 271-314). New York: Plenum.
- Marlatt, G. A. (1979). *Alcohol use and problem drinking: A Cognitive-behavioral analysis*. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds). *Cognitive-Behavioral*

- Intervention: Theory, Research and Procedures.* (pp. 319-355). Nueva York: Academic Press.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779-788.
- Marlatt, G. A. (1999). *Effective Relapse Prevention and Harm Reduction Therapy*. AABT Workshop Handout February. 20.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., & Williams, E. (1998). Screening and brief interventions for high-risk college students drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). "Determinans of Relapse: Implications for the maintenance of behavior change". En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. (pp. 410-452) Nueva York: Brunner-Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, C. S., Kaczunski, N. A., Maisto, S.A., & Tarter, R. E. (1996). Polydrug use in adolescent drinkers with and without DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 1099-1108.
- Martin, C. S., & Winters, K. C. (1998). Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol health and Research World*, 22, 95-106.
- Martínez, K., & Ayala, H. (2000*). *Lista de Cotejo de los Indicadores de Dependencia del DSM IV*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, K., & Ayala, H. (2000b). *Cuestionario de Validación Social. Desarrollo y Validación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Martínez, K., & Ayala, H. (2002). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (mariguana, cocaína e inhalables)*. México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología.
- Martínez, K., Carrascoza, C., & Ayala, H. (2003). Una Estrategia de Diseminación en la Psicología: Los Talleres Interactivos. *Salud Pública de México*, 1, 5-12.
- Martínez, K., Ruiz, G., & Ayala, H. (2003). *Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México (en prensa).
- Mattson, M. E., Allen, J. P., Longabaugh, R., Nickless, C. J., Connors, G. J., & Kadden, R. M. (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. En D. M. Donovan & M. E. Mattson (Eds.), *Alcoholism treatment matching research: Methodological and clinical approaches*. *Journal of Studies on Alcohol Monograph* (Suppl. 12), 16-29.
- Medina-Mora, M. E. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En R. Tapia (comp.). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 21-44). México: Manual Moderno.
- Medina-Mora, M. E. & López, E. K. (1993). Prevención en Materia de Adicciones. En: Galvan E., Reid J. B. & Garcia V. (comp.) *Prevención en Psicología*. UNAM CONACYT: México.
- Medina-Mora, M. E., Ortiz, A., Caudillo, C & López, S. (1982). Inhalación deliberada de sustancias en un grupo de menores mexicanos. *Revista de Salud Mental*, 5, 77-81.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S., & Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 383-393.
- Meilman, P. W., Yanofsky, N., Gaylor, M. S., & Turco, J. H. (1989). Visits to the college health service for alcohol-related injuries. *Journal of college Health Association*, 37, 205-210.

- Miller, P. M., Smith, G. T., & Goldman, M. S. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 343-349.
- Miller, T. E., Tuner, P. A., & Marlatt, A. 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*. New York, London: The Guilford Ppress.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R. (1989). Follow-up Assessment. En R. K. Hester, & W. R. Miller, (Comps.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective alternatives*. New York: Pergamon Press.
- 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, 81-89.
- Minicucci, D. S. (1994). The challenge of change: Rethinking alcohol abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 973-380.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Rohsenow, D.J., Spirito, A., Woolard, R., Myers, M. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol – positive older adolescence in a hospital emergency room. En: R. Longabaugh & P. M. Monti, *Brief motivational interventions in the emergency departament for adolescence and adults*. Symposium conducted at the annual meeting of the research society on alcoholism , Santa Barbara, C.A.

- Monti, P.M., Colby, S.M., & O'Leary, A. (2001). Brief Intervention for Harm Reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 989-994.
- Morehouse, E. R. (1979). Working in the schools with children of alcoholic parents. *Health and Social Work, 4*, 145-162.
- Morehouse, E. R., Tobler, N., & Kleinman, P. H. (1995). *Comprehensive student assistance in residential setting*. Report submitted to Center for Substance Abuse Prevention, Rockville, MD.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol, 50*, 54-88.
- Mrazek, P. G. & R. J. Haggerty (Eds.) (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D. C.:National Academy Press.
- Muus, R. E. (1999). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós.
- Myers, M. G., Brown, S. A., Tate, S., Abrantes, A., & Tomlinson, K. (2001). Toward brief interventions for adolescents with substance abuse prevention and comorbid psychiatric problems. En: P. M. Monti, S. M. Colby, & T. A. O'Leary. *Adolescents, alcohol, and substance abuse* (pp. 275-296). New York, London: The Guilford Press.
- Nathan, P. E. (1983). Failures in Prevention. *American Psychologist, 38*, 459-467.
- National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (1999). *Back to School—National Survey of American Attitudes on Substance Abuse V: Teens and Their Parents*. New York, NY: National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- National Institute of Mental Health (NIMH), (1993). *Prevention Research Steering Committee, The prevention of mental disorders: A national research agenda*. autor, Bethesda, Maryland.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. NIH Publication No. 99-4180. Rockville, MD: NIDA, National Institutes of Health.

- Nazar-Beutelspacher, A., Tapia, R., Villa, A.; León, G., Medina-Mora, M. E., & Salvatierra, B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública México*, 36, 646-654.
- Newcomb, M. D., y Bentler, P. M. (1988). *Consequences of adolescent drug use*. Newbury Park, CA: Sage.
- 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., y Ayala, V. H. (2001). Resultados del piloteo de un modelo de intervención breve para usuarios de cocaína. *XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Analizos de la Conducta*. 19-21 Julio, Toluca, Edo. De Mexico.
- Papalia, D. E. (1982). *A child's world. Infancy Through adolescence*. USA: McGraw-Hill.
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R., y Ayala, H., (2002). Evaluación del Cambio Clínico en las Intervenciones Psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 73 - 84.
- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y., & Johnson, C. A. (1989). A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Petersen, A. C. (1988). Adolescent development. *Annual Review Psychology*, 39, 583-506.
- Piaget, J. (1966): Autobiographie. En *Jean Piaget et les Sciences Sociales*. Cahiers Vilfredo Pareto, 10, pp. 128-159. Trad. Cast. de M.A. Quintanilla y otros en *Jean Piaget y las ciencias sociales*. Salamanca: sigueme, 1974, pp. 147-181. Versión ampliada hasta la fecha en *Les sciences sociales avec*

- et apres Jean Piaget, n° especial de la Revue Europeenne des Sciences Sociales, 14,1976, pp.1-43.
- Plant, M. A. (1979). Learning to drink. En M. Grant y P. Gwinner (Eds.). *Alcoholism in perspective*. Baltimore: University Park Press.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller, & N. Heather. *Treating addictive behaviors: Processes of change*, (pp 3 – 27). New York: Plenum press.
- Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakawsky, W., Fiore, C., Harlow, L., Redding, C., Rosenbloom, D., & Rossi, S. (1994). Stage of change a decisional Balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 19, 39-46.
- Rosovsky, H. (1992). El componente de auto ayuda en el tratamiento del alcoholismo: Alcohólicos anónimos. En: J. Villarreal (comp.), *Drug Dependence: From the molecular to the social level*. Amsterdam: Elsevier Publication.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- 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 (SÓCRATES)". 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.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H.M., Bornett, R. & MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking : Evaluation of a cognitive-behavioural program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52,390-403.

- Sanjuán, M. P., & Langenbucher, L., (1999). Age Limited Populations Youth, Adolescents, and Olders Adults 477, end McCrady, Epstein. *Addictions A Comprehensive Guidebook*. Oxford.
- Schinke, S. P., Botvin, G. J., & Orlandi, M. A. (1991) *Substance Abuse in Children and Adolescents: Evaluation and Intervention*. Newbury Park, CA, Sage Publications.
- Schinke, S. P., Orlandi, M. A., & Cole, K. C. (1992). Boys and Girls clubs in public housing developments: Prevention services for youth at risk. En R. P. Lorion & J. G. Ross (Eds.), *Programs for Change: Office for Substance Abuse Pprevention Demonstration Models*. Journal of Community Psychology, (OSAP Special lissue), 118-128.
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *American psychologist*, 45, 612-630.
- Skinner, B.F., (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Smart, G. R., & Jansen, A. V. (1991). Youth Substance Abuse. En A. M. Helen & D. S. Christine (Eds.) *Youth and drugs. Drug use by adolescents: Identification, assessment and intervention*. Canada:Alcoholism and Drug Addiction Reseach Foundation.
- Sobell, L. C., Maisto, S., Sobell, M. B., & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17,157-160.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G., & Cancilla (1988). Reability of a Timeline Method: Assessing normal drinker's reports of recent drinking and a comparative evaluation across several population. *British Journal of Addiction*, 83,393-402.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En Baer, J., Marlatt, G. y MvMahon, R. (Eds.). *Addictive Behaviors Accros the Life Span: Prevention, Treatment and Policy issues*. Newbury park: Sage.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993b). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.

- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En J. A. Tucker y G. A. Marlatt (Ed.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 331-343). New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., & Galvin, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Klajner, F., Pavan, D., & Baisan, E. (1986). The reality of a time method of assessing normal drinker college students? Recent drinking history: Utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 11, 149-161.
- Stephens, C. J., Pare's, A., Rodés, J. & Rosovsky, H. (1992). Validity of self – reported alcohol consumption in the emergency room: Data from the United States, Mexico and Spain. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 203 – 207.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity. *American Psychologist*, 48, 400-407.
- 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: Guildford Press.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-Analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of programs participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16,537-567.
- Tobler, N. S., & Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128.
- Vallejo, C., (1996). *Diseño de Series Temporales interrumpidas*. España:Ariel.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro & Suárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de estudiantes, medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 1, 43 - 54.

- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Alcántar, E, Hernández, S. & Parra, J., (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. *Salud Mental*, 1,
- Wagner, E., Brown, S., Monti, P., Myers, M., & Waldron, H. (1999). Innovations in adolescents in adolescent substance abuse intervention. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 236-249.
- Watson, M. (1991). Harm reduction Why do it?. *The International Journal of Drug Policy*, 2 13 - 15.
- Wayne, H. E., & Black, M. M. (1999). Theory and Concepts of Prevention Science as Applied to Clinical Psychology. *Clinical Psychology Review*. 19, 391-401.
- Winters, K. (2001). Assessing Adolescent Substance use problems and others areas of functioning: State of the art. En P: M. Monti., S. M. Colby., & T.A. O'Leary. (Eds.) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Winters, K. C., Stinchfield, R.D., Henly, G. A., y Schwartz, R. H. (1991). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *International Journal of Addictions*, 25, 1379-1395.
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th Rev.). Geneva: Author.
- World Health Organization (1995). *International digest of healthlegislation*. Geneva: Author.
- World Health Organization (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86, 948 – 955.
- Yahne, C. E. & Miller, W. R. (1999). Enhancing Motivation for Treatment and Change. En: B.S. McCrady & E. E. Epstein (Eds). *Addictions. A Comprehensive Guidebook*, New York: Oxford University Press.
- Zhang, Z. F., Morgenstern, H., & Spitz, M. R., (1999) Marijuana Use and Increased Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, and Prevention* 8, 1071-1078,

- Zucker, R. A. (1979). Developmental aspects of drinking through the young adult years. En H. T. Blane & M.E. Chafetz (Eds.) *Youth, Alcohol and Social Policy*. New York: Plenum.
- Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., & Moses, H. D. (1995). Emergence of alcohol problems and several alcoholisms: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 2, pp. 677-711). New York: Wiley.