



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA DESERCIÓN A UN TRATAMIENTO PARA
ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y OTRAS
DROGAS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ROSALIA PILAR BERNAL PEREZ



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
ASESORA METODOLOGICA: LIC. PATRICIA ROMERO SANCHEZ

CD. UNIVERSITARIA, MEXICO, D. F.

OCTUBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A Dios por todo lo que me ha dado, incluso sin pedirlo.

A mi Alma Mater porque más que una escuela es una parte de mi vida de la que siempre voy a estar orgullosa.

A CONACyT que por medio del proyecto G36266-H fue posible realizar este trabajo.

Al equipo del Programa para Adolescentes por apoyarme y darme la oportunidad de crear algo en lo que creí.

A mi directora y mis sinodales por ser guías imprescindibles para que esto pudiera ser posible, por su tiempo dedicado, sus conocimientos compartidos, su paciencia y confianza en mí.

Gracias.

Dedicatorias

A mi Madre.

Porque sin ti simplemente nada de esto hubiera sido posible, me haz dado y enseñado tantas cosas que es algo que nunca terminaré de agradecer. Gracias infinitas por darme los elementos para ser quien soy.

A las de casa.

Saben que no sólo son mi familia, sino parte fundamental de mi vida, y este momento no hubiera llegado sin ustedes. Gracias.

A mis amig@s.

Afortunadamente en la vida se pueden elegir personas a quien querer y querer que estén con uno. Gracias por su compañía y su cariño.

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
1 Adolescencia y Consumo de Drogas	6
1.1 Datos epidemiológicos	11
1.2 Consecuencias relacionadas con el consumo	16
1.2 Factores de riesgo	20
2 Importancia del Tratamiento	27
2.1 Aproximaciones generales enfocadas a la evaluación del individuo para el tratamiento	28
2.1.1 Indicadores psicológicos y neuropsicológicos	28
2.1.2 Personalidad, percepción y auto concepto	29
2.2 Modelos preventivos, creados y aplicados en México	30
Construye su vida sin adicciones, Centros de integración juvenil (CIJ), Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas, riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias Chimalli-DIF, Educación preventiva contra las adicciones.	
2.3 Necesidad del tratamiento	33
2.3.1 Conductas de riesgo en los adolescentes	34
2.3.2 Adaptación del tratamiento para adolescentes	35
2.3.3 Variables que deberán ser consideradas para el tratamiento	36
2.4 La intervención breve, estrategias y procedimientos.	38
2.4.1 Otras variables relevantes que intervienen en la intervención	39
2.4.2 Aprendizaje Social de Bandura	41
2.4.3 Modelo de Prochaska y DiClemente: La rueda del cambio	42
3. Intervención Breve para Adolescentes.	44
3.1 La Entrevista: definición y clasificaciones	44
3.3.1 La Entrevista Motivacional	45
3.3.2 La Entrevista Conductual	46
3.2 Entrevista Inicial	48
3.3 Estructura del Programa para Adolescentes	48
4. Deserción	51
4.1 Aspectos Cognitivos y Motivacionales en Conductas de Salud	51
4.2 Definición de Deserción	54
4.3 La Deserción en el Campo de las Adicciones	55
4.3.1 Prevalencia	55
4.4 La Deserción en población Adolescente	56

4.5 Variables que intervienen en la Deserción al Tratamiento	58
4.5.1 Variables del Paciente	58
4.5.1.1 Edad	58
4.5.1.2 Género	59
4.5.1.3 Factores Sociales	59
4.5.1.4 Nivel Socioeconómico	60
4.5.1.5 Historia de tratamientos previos	61
4.5.1.6. Motivación y Expectativas del Paciente	61
4.5.2 Variables del Tratamiento	63
4.5.2.1 Retención al tratamiento	64
5. Método	
5.1 Objetivos	66
5.2 Tipo de Estudio	66
5.3 Sujetos	66
5.4 Escenario	67
5.5 Instrumento	67
5.6 Procedimiento	68
6. Resultados	69
7. Conclusión y Discusión	86
· Referencias	94
· Anexo	
▪ Entrevista Inicial	

Resumen.

A partir de que en la práctica clínica se ha observado un porcentaje importante de personas que abandonan un tratamiento para el consumo de alcohol o drogas, surgió el interés de analizar cuáles eran algunas de las variables que estaban involucradas en dicho abandono, también llamado deserción. Aunque la deserción implica analizar qué es lo que sucede no sólo con el paciente que abandona el tratamiento, sino también con el tratamiento mismo y con el terapeuta a cargo de él, este estudio se enfocó únicamente en explorar variables relacionadas con el paciente o usuario. El objetivo del estudio fue conocer cuáles eran las características principales de aquellos usuarios que desertaba del programa en comparación con aquellos que lograban terminarlo satisfactoriamente, además de analizar si existían diferencias en el grupo de los desertores en cuanto a la etapa en la que abandonaron el programa.

La población estudiada fueron adolescentes estudiantes del Distrito Federal del nivel medio y medio superior que presentaban problemas en su consumo de alcohol y drogas y que estuvieran asistiendo al "Programa para Adolescentes que Consumen Alcohol o Drogas" (Martínez, 2003), al cual hayan desertado en su transcurso, sin previo aviso. La muestra estuvo conformada por 63 usuarios adolescentes, de los cuáles 33 fueron usuarios desertores y 30 usuarios terminadores. Se utilizaron los datos obtenidos de una entrevista Inicial que era aplicada en la sesión de Admisión del Programa con el objetivo de conocer las condiciones generales de vida del usuario, dicha entrevista exploraba 10 áreas de vida del adolescente: 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.

Para analizar los resultados obtenidos se utilizó estadística descriptiva: un análisis de frecuencia para los datos generales y la prueba no paramétrica Ji Cuadrada para observar diferencias entre los grupos. Las conclusiones a las que se llegó fueron que aquellos adolescentes que presentan un consumo menos problemático, tomando en cuenta el tipo de sustancia de consumo, la cantidad, la frecuencia y las consecuencias negativas asociadas son más probables de desertar al programa, en comparación con aquellos quienes ya presentan mayores problemas en cuanto a su consumo; estos adolescentes en su mayoría concluyeron el Programa. En general, los desertores parecen estar menos involucrados con el consumo en comparación con los terminadores, lo cual probablemente esté relacionado con que los desertores adolescentes consideren innecesario permanecer en un programa que los ayudará a resolver un problema que ni ellos mismo consideran que lo sea.

Palabras clave: Adolescentes, Consumo de Alcohol, Drogas, Tratamiento, Deserción.

Introducción.

La adolescencia se considera un periodo en el cual ocurren una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que favorecen la violación de normas.

El adolescente se enfrenta a una necesidad de consolidar su identidad, expresar sus deseos de autonomía y está cognitivamente preparado para rebatir las normas y creencias aprendidas en la niñez. Siente una cierta "invulnerabilidad" frente a los peligros que puede acarrearle las conductas desviadas; todo ello crea una situación de vulnerabilidad hacia el consumo de drogas y otras conductas de riesgo (Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999).

Las conductas adictivas en la adolescencia, por lo tanto, podrían considerarse como un ejemplo claro de violación a las normas, tanto legales, sociales y de salud.

El consumo de sustancias entre la población joven es motivo de gran preocupación, debido a que es un fenómeno que cambia continuamente y que se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos de la población. Por lo tanto, la investigación epidemiológica es indispensable para conocer la magnitud del problema y sus tendencias, y para dilucidar cuáles son los factores que influyen en la experimentación y en el abuso de sustancias (Villatoro, Medina- Mora, Rojano, Fleis, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002)

En México, el consumo de alcohol y drogas constituye un problema de salud pública. Según la última encuesta realizada por Villatoro et al., (2002) con adolescentes de nivel medio superior del Distrito Federal, muestra que el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida, el 31.9% lo consumió en el último mes, y el 21.4% de los adolescentes consume 5 copas o más en cada ocasión, por lo menos una vez al mes. La prevalencia total del consumo de drogas psicoactivas fue del 14.7% de la población total, de los cuales el 10% fue usuario experimental y el 4.7% fue usuario regular. Desde la perspectiva de salud pública, el abuso del consumo de sustancias en adolescentes, además de haber aumentado de forma considerable en los últimos años, se ha ido generalizando hacia otras áreas de la vida del individuo provocando consecuencias relacionadas con el consumo.

Se ha encontrado que aquellos estudiantes quienes tienen un consumo excesivo, de manera frecuente se exponen a situaciones riesgosas que incrementan la probabilidad de que se presenten situaciones negativas como bajo rendimiento escolar, dificultad en establecer relaciones interpersonales, enfermedades de transmisión sexual, vandalismo, violencia (Center Substance Abuse Treatment, CSAT 2001) y accidentes automovilísticos.

Debido a la problemática que representa esta situación se han invertido esfuerzos en desarrollar programas de prevención dirigidos a adolescentes

Recientemente, se han desarrollado diversos programas de tratamiento enfocados hacia el problema de consumo de alcohol y/o sustancias en población adolescente. Uno de los tratamientos que ha mostrado resultados positivos en la reducción del consumo de

alcohol y/o sustancias ha sido el tratamiento denominado de Intervención Breve (Botvin, 2000).

El tratamiento puede considerarse como el medio para evitar o cambiar las consecuencias negativas que se presentan en relación al consumo de alcohol o drogas por parte del adolescente, ya que permite darse cuenta de los riesgos e implicaciones de enfrentar dichas consecuencias (Martínez, 2003). Sin embargo, se ha observado a lo largo de diversos tratamientos, que una cantidad importante de las personas que ingresan a él, cerca del 50% y hasta en un 75% (Baekelland y Lundwall, 1975), optan por abandonarlo antes del término del mismo, rompiendo así el compromiso de llevar a cabo de forma adecuada el tratamiento.

Al no poder consolidarse tal compromiso se originan una serie de limitaciones en el desarrollo del tratamiento que van desde una falta de interés, una inconstancia, hasta el abandono total del tratamiento también denominado como deserción.

Es precisamente este fenómeno de la deserción el que se analiza en el presente estudio, enfocándose en las variables de tipo sociodemográfico, escolar, familiar, del consumo de sustancias, entre otras; que presentan los adolescentes que asisten a un programa para el consumo de alcohol y otras drogas y deciden abandonarlo.

La tesis se organiza de la siguiente manera, en el primer capítulo se aborda a la adolescencia como una etapa de desarrollo y cambios para el individuo así como su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. En el capítulo dos, se habla acerca de la importancia del tratamiento, los tipos de tratamiento utilizados en este ámbito y se presentan los componentes de la intervención breve. El capítulo tres, describe la importancia que tiene la entrevista en el programa de tratamiento así como los elementos que constituyen el "Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Drogas" (Martínez, 2003). A continuación se describe el método utilizado, los resultados obtenidos, así como su interpretación y las conclusiones a las que se llegaron. Al final se plantean posibles sugerencias para otros estudios.

1. Adolescencia y consumo de drogas.

La literatura científica menciona que existe un gran número de definiciones de adolescencia debido, tanto a la complejidad de los elementos que están inmersos en esta etapa del desarrollo humano como pueden ser: cambio, transición, crecimiento, madurez, características sexuales, psicológicas, anatómicas, fisiológicas, de personalidad, crisis etc. Así como los diversos enfoques que la abordan.

El estudio psicológico y social de la adolescencia ha sido dominado por tres orientaciones teóricas principales:

1) La visión Psicoanalítica basada en la teoría general de Sigmund Freud del desarrollo psicosexual, la cual postula que la pubertad actúa como desencadenante de una súbita descarga de fuertes y agresivos impulsos. La aparición de estos impulsos y de pensamientos eróticos infrenables suelen hacer que el adolescente joven alterne entre periodos de agresión insociables y abrumadores sentimientos de culpa. Para muchos autores con esta orientación, el hecho de que el adolescente no presente signos de confusión es un motivo de preocupación. La respuesta del adolescente a factores de estrés social y conflictos emocionales depende de mecanismos de defensa inmaduros. A medida que el adolescente madura hacia el funcionamiento adulto, mejoran el funcionamiento del ego y la adaptación.

2) Proveniente de los teóricos del desarrollo cognitivo, surge una explicación que parte de la teoría cognitiva. Sus autores consideran que la adolescencia está caracterizada por un grupo de cambios cualitativos respecto a las maneras con que un individuo joven piensa sobre el mundo. El autor fundamental de esta teoría es J. Piaget.

Durante esta etapa se observan cambios cualitativos comparables del pensamiento en un amplio número de áreas, incluidas la moralidad, las normas sociales, el desarrollo vocacional y el desarrollo general de la personalidad. En cada área, la cognición parte de conceptos globales, indiferenciados y en gran medida egocéntricos, a conceptos concretos, rígidos orientados por la autoridad y conceptos complejos, altamente diferenciados, abstractos. Conforme los adolescentes progresan hacia sistemas conceptuales complejos, muestran una mejor adaptabilidad a un medio cambiante e incierto.

3) De la tradición conductual de Skinner y Pavlov, surge la teoría del aprendizaje social parte del supuesto de que la conducta es fundamentalmente el resultado del aprendizaje. El principio básico de esta teoría es que los individuos se comportan de cierta forma que los conlleve al refuerzo. Dado que gran parte de la conducta del

adolescente está vinculada con el contexto social, es razonable enfocar los reforzadores sociales erigidos en cada contexto. Cabe destacar la importancia del concepto de auto-eficacia, es decir, los adolescentes trabajarán para obtener recompensas sólo en la medida en que crean tener potencial para alcanzarlas. Si un adolescente está convencido de que, independientemente del esfuerzo que haga, no recibirá ninguna recompensa, la probabilidad de que continúe con una determinada conducta disminuye bastante (Mc Anamey, Kreiper, Orr y Comerci, 1997).

A partir de estas tres corrientes psicológicas, y de algunas otras, han surgido una serie de definiciones de adolescencia.

Retomando a Braujos (1999):

Según Muuus (1957), la adolescencia como palabra deriva de la voz latina "adolescere" que significa "crecer" o desarrollarse hacia la madurez.

El GAP (Grupo para el Progreso de la Psiquiatría, 1968) dice que la adolescencia es "un fenómeno evolutivo específico del hombre" (p.21) y lo diferencia de la pubertad, a la que considera, primordialmente, un proceso de crecimiento, de maduración hormonal, y a la adolescencia como un proceso psicológico, social y de maduración, suscitado por la pubertad" (p.23).

Piaget (1969) dice que "psicológicamente", la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, por lo menos en cuanto a sus derechos, y más frecuentemente por encima de él (debido al narcisismo o egocentrismo) (p.45)

Dupont (1976) menciona que "el término adolescencia connota una peculiar fenomenología en la que participan complejos hechos de índole biológica, psicológica, sociológica y cultural, que interactúan y se influyen de manera importante los unos a los otros" (p.38).

Partiendo del enfoque de los factores sociales que intervienen en el proceso del adolescente Santiago Ramírez (1975) menciona que "toda edad tiene su problemática y ésta es el resultado de contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes a ella y las posibilidades que la cultura brinda en un momento dado para satisfacerlas". Así mismo Ramírez, considera que en nuestra cultura, "la adolescencia es el resultado de un conflicto evidente entre una biología propicia a la maduración y una sociedad prohibitiva" (p.95).

Coleman (1980) se refiere a la adolescencia como "un estadio del desarrollo complejo y contradictorio" (p.14) y la considera como "aquel estadio del ciclo vital que comienza en la pubertad y concluye cuando el individuo alcanza la madurez".

La adolescencia se considera un periodo en el cual ocurren una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que favorecen la violación de normas (Luengo, et al 1999).

Ahora bien, el enfoque teórico que se consideró, para fines de este trabajo fue el cognitivo, por lo que gran parte de las siguientes posturas estarán vinculadas a esta corriente psicológica.

Se debe tomar en cuenta que antes de llegar a la adolescencia el sujeto ya ha sido constantemente expuesto a esquemas familiares, patrones de conducta y sistemas de valores que va a determinar y a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable (López, 1982, en: Braujos, 1999).

En el adolescente aparecen ciertos cambios dirigidos a la búsqueda de una identidad personal, matizados por el contexto sociocultural en que se desarrolla, dentro de este contexto se pueden mencionar entre otros a la familia, los amigos la escuela, el desarrollo espiritual, las organizaciones comunitarias, las políticas, los medios de comunicación, los servicios de salud, de recreación y el ambiente socioeconómico (Monroy, 1994, en: Córdova, 2000).

Los cambios psicosociales hacen que el mundo del adolescente actual sea diferente con respecto a generaciones anteriores, por ejemplo, hay una diferenciación de los adultos que se manifiesta por la transgresión, lo que hace que los adolescentes rehusando el estatus quo y el rol que se les impone, se conviertan en personajes que se confunden en un grupo en cuyo seno busca su identidad (Córdova, 2000).

Ahora se pueden ubicar dos dimensiones del concepto de adolescencia dentro del aspecto social que se han mencionado. Una la definiría como aquello que está dado por factores externos y que hacen a la manera en que una sociedad determinada establecen parámetros que diferencian al niño del adulto al conceder derechos, prerrogativas, etc. Esto es, cómo se presenta la sociedad y qué es lo que le exige al adolescente para que pase a la "condición de adulto". La otra dimensión, que sería la interna, correspondería a los aspectos que el sujeto requiere para poder conformar su identidad (Braujos, 1999).

El entorno social y la cultura pueden ser determinantes para que el adolescente presente cierto tipo de conductas adecuadas o inadecuadas para su vida en sociedad, por ejemplo el comportamiento que presenta la sociedad ante el sujeto que utiliza drogas ilegales la gente suele etiquetarlo como mal viviente, delincuente y criminal, en cambio el uso de drogas lícitas como el alcohol o el tabaco, no generan dichas etiquetas (Córdova, 2000).

El desarrollo psicológico normal durante la adolescencia, al igual que durante otros periodos de la vida, consiste en patrones adaptativos de conducta apropiados para la edad. Los individuos jóvenes que crecen normalmente realizan con eficacia las tareas de desarrollo relativas a su edad, y piensan, sienten y actúan en gran medida de la misma manera que el resto de sus pares (Mc Anamey et al., 1997).

Durante esta transición emerge un desarrollo potencial en las habilidades cognitivas e intelectuales del adolescente; aunque los cambios que se presentan no son tan visibles como los físicos, éste va adquiriendo habilidades en el pensamiento, de tipo abstracto que le permitan realizar tareas complejas de diversa índole. Sin embargo puede no mostrar el mismo nivel de habilidad en situaciones personalmente más relevantes (Kimmer y Weiner, 1995), como puede ser el manejo de sus relaciones con su grupo de amigos, el cual puede ejercer una influencia importante sobre él.

De acuerdo con Keating (1990) el pensamiento del adolescente en general tiende a usar ideas abstractas (no se limita a una realidad concreta), ser multidimensional (no se limita a una sola idea) y tiende a ser auto-reflexivo.

En cuanto a la causa del desarrollo en la habilidad del pensamiento se cree que no se debe simplemente a la maduración o crecimiento del cerebro, sino también como consecuencia de algunas combinaciones de una serie de desarrollos interrelacionados: un mayor proceso automático de información básica, un incremento en la capacidad de trabajo de memoria y una mayor familiaridad con un conocimiento específico. Como resultado, el pensamiento llega a ser más eficiente, se puede almacenar un mayor número de dimensiones en la mente al mismo tiempo y las ideas pueden ser organizadas y reconocidas en un amplio número de patrones conceptuales (Case, 1985).

Para poder contar con bases sólidas para la adquisición de habilidades cognitivas se requiere que se éstas establezcan desde la infancia teniendo un nivel básico de conocimiento en el dominio central de la información. Estas bases hacen posible una apertura de las posibilidades de pensamiento durante la adolescencia de formas más avanzadas en comparación con aquellas que fueron empleadas en la niñez.

El desarrollo de habilidades de pensamiento no se presenta únicamente durante la adolescencia. Más bien, muchas veces es sólo un periodo de relativismo, en el cual el adolescente parece estar inseguro de la solución a un problema, aún cuando de hecho tiene suficiente información disponible para tomar una decisión.

Además, puede haber ganado una amplia perspectiva de las situaciones, pero haber perdido la certeza que tenía en la niñez para decidir; en consecuencia, durante la adolescencia puede desempeñar menor número de tareas que involucran toma de decisiones, en comparación cuando eran niños o ya adultos (Keating, 1990).

La comprensión de la importancia de este desarrollo intelectual durante la adolescencia conlleva a una variedad de otros problemas en el desarrollo de esta etapa. Por ejemplo, la complejidad con la cual un individuo piensa afecta la complejidad de su auto-imagen, sentido de identidad y la habilidad para entender sus relaciones interpersonales; además las formas en cómo piensan acerca de su familia, sus amigos, su escuela y sus propias metas futuras afectan su percepción de los elementos básicos dentro de un espacio de vida único (Kimmer, et al 1995).

Tomando en cuenta las definiciones y explicaciones anteriores acerca de la adolescencia como periodo evolutivo del ser humano, este estudio se enfocará a analizar el fenómeno del consumo de alcohol o drogas por parte de los individuos en esta etapa de su vida, es decir, se abordará el consumo de alcohol o drogas en los adolescentes.

El adolescente se enfrenta a una necesidad de consolidar su identidad, expresar sus deseos de autonomía y está cognitivamente preparado para rebatir las normas y creencias aprendidas en la niñez. Siente una cierta "invulnerabilidad" frente a los peligros que puede acarrearle las conductas desviadas; todo ello crea una situación de vulnerabilidad hacia el consumo de drogas y otras conductas de riesgo (Luengo et al., 1999).

Durante esta etapa, además de los conocidos cambios derivados del desarrollo físico, ocurren cambios psicosociales importantes, de especial relevancia, es la búsqueda de una identidad propia, el rechazo de los convencionalismos y la creciente influencia de los pares como posibles modelos y como fuentes de información y reforzamiento, desplazando así a los padres y a otros adultos de los que dependía en etapas anteriores (Medina-Mora, 1992).

El hecho de que algunas conductas estén "prohibidas", como es el uso de drogas, o tengan un referente de edad: "no se puede comprar alcohol antes de los 18 años", lleva a que muchas conductas se prueben como medio de no ser convencional o como símbolo de afirmar la madurez o de marcar la entrada a la edad adulta (Medina-Mora, 1992).

Al respecto, es conveniente hablar de los mecanismos de afrontamiento con los que puede contar el adolescente para hacer frente a esta situación que de alguna manera podría evaluarse como estresante. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) mencionan la evaluación cognitiva como un proceso mental, en el cual las personas evalúan dos factores: 1) Si las demandas amenazan con afectar su bienestar, de lo cual se pueden desprenderse 3 tipos de juicios, irrelevante, bueno y estresante (evaluación primaria) y 2) Si los recursos de los que dispone la persona pueden cubrir las demandas (evaluación secundaria) y comúnmente es utilizado cuando la situación es potencialmente estresante. La evaluación de lo eventos dependen tanto de factores relacionados con la persona, así como con la situación. En este sentido, el consumo de drogas puede ser visto por los adolescentes como una situación estresante, que le demanda ciertos recursos o puede no generarle ningún malestar, y por lo tanto éste decide no invertir ningún recurso ni esfuerzo para cambiar la situación.

El consumo de sustancias entre la población joven es motivo de gran preocupación. En donde la adolescencia es una etapa especialmente favorable para usar drogas debido a la curiosidad y a la búsqueda de sensaciones nuevas como un mecanismo para enfrentarse a los problemas emocionales por su rebeldía a las autoridades y por el proceso de búsqueda de la propia identidad. Sin embargo, es un hecho que no a todos los adolescentes les afecta igualmente este problema. La mayoría no usa drogas, una proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y aunque un porcentaje menor continúa usándolas, sólo algunos desarrollan problemas con ellas; pero es

fundamental evitar que esto ocurra (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleis, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002).

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 (ENA, 1998).

En la actualidad pareciera estar desarrollándose un ambiente más permisible para el consumo de sustancias adictivas, ya que no existen normas claras que limiten el consumo de esta población, ni en la familia, ni en los establecimientos comerciales (Medina-Mora, 1997). Con respecto al tema de las drogas, éste se convierte en un problema internacional a principios del siglo XX, siendo en los años 60's el *boom* de las drogas psicoactivas; su impacto se observó en un principio en países desarrollados y posteriormente alcanzó a países en desarrollo.

El uso de sustancias adictivas tiene un costo alto para México y para el resto de los países del mundo ya que tiene consecuencias biológicas, psicológicas, sociales, legales y políticas entre otras (ENA, 1998).

Así mismo el consumo de alcohol o drogas es un fenómeno que cambia continuamente y que se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos de la población. Por lo tanto, la investigación epidemiológica es indispensable para conocer la magnitud del problema y sus tendencias, y para dilucidar cuáles son los factores que influyen en la experimentación y en el abuso de sustancias, y también para saber cuáles son los que protegen de incurrir en esas prácticas (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleis, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002).

1.1 Datos Epidemiológicos.

La epidemiología es la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias.

Debido a que en México el consumo de alcohol y drogas constituye un problema de salud pública es imperativo estudiar todos aquellos factores que se encuentran asociados o involucrados con dicha problemática, es decir, estudiar desde la forma en cómo se presenta el problema, cuáles son las estimaciones en porcentajes de los adolescentes que están consumiendo, la cantidad que consumen, la frecuencia con que lo hacen, las situaciones en las que consumen, etc. De modo que permita entender el problema del consumo de alcohol o sustancias de manera precisa.

El abuso de sustancias psicoactivas puede enfocarse desde el punto de vista epidemiológico, si se entiende como una enfermedad comunicable que puede ser transmitida de personas enfermas a personas susceptibles y en la que juega un papel muy importante la exposición a fármacos. Siguiendo este modelo, el agente de infección son las drogas o fármacos y el vector y receptor es el usuario. Sus principales parámetros son la incidencia y la prevalencia (Medina-Mora, 1994).

El parámetro de incidencia es útil porque indica qué tan rápidamente está creciendo un fenómeno. Los casos nuevos se suman a los casos existentes (o prevalencia) e indican qué tan afectada está la población que se estudia (Medina-Mora, 1994).

La prevalencia se refiere al número de casos activos de un desorden en un momento determinado; la prevalencia total se refiere a la cantidad de casos que han presentado el desorden: en este caso el número total de personas que han usado drogas (Medina-Mora, 1994).

Los estudios epidemiológicos realizados en población adolescente permite responder a preguntas básicas sobre: 1) la extensión, magnitud y tendencias del problema, sobre las drogas que se están utilizando, sobre los subgrupos de la población más afectados y sobre las consecuencias del uso. También nos permiten conocer la asociación que existe entre el uso de drogas y otros problemas como la conducta antisocial. A partir de estos resultados, puede conocerse la asociación entre uso de drogas y factores sociales tales como la percepción de riesgo que implica usar diferentes tipos de drogas, de la tolerancia social frente al uso, de las consecuencias del consumo en el ambiente escolar, etc. y su asociación con factores internos del individuo como es la autoestima y los problemas emocionales, entre otros (Medina-Mora, 1994).

Villatoro, et al (1999) en un estudio realizado acerca de la situación de consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México, comentan que entre 1975 y 1978, las drogas que más consumían los estudiantes eran la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. A partir de 1978, los inhalables ocuparon una de las drogas principales de consumo entre la población joven, lo que representó un problema de salud, debido a sus efectos en los jóvenes, además de su asociación con un pobre rendimiento escolar y con otras conductas delictivas.

En 1986 se encontró que la zona de la ciudad más afectada fue la del norte con un consumo de marihuana de 3.7% y de cocaína fue de 1.3%; para la zona sur el consumo fue menor en ambos casos. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, las prevalencias reportadas fueron de 56.7% para el alcohol y 40.2% para el tabaco.

En un estudio nacional de 1991 realizado por Medina-Mora et al., (1993) y por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública se encontró que los inhalables seguían siendo la drogas de mayor consumo, los estados más afectados por el consumo fueron principalmente Querétaro (5.82%), Baja California (5.06%) y el Distrito Federal (5%). En tanto, el consumo de marihuana se presentó principalmente en Baja California (2.99%), Jalisco (2.87%), Distrito Federal (2.8%) y Campeche (2.74%). Así mismo, el consumo de cocaína fue mayor en Baja California (1.91%), Sonora (1.57%), Sinaloa (1.41%) y Jalisco (1.36%). En el caso del DF, el consumo de esta droga fue de 1.03%.

Con respecto al consumo de alcohol y tabaco en el DF, las prevalencias fueron de 49.07% para el alcohol y de 29.5% para el tabaco.

El consumo de alcohol, ha sufrido un aumento de casi 8% de 1991 a 1993; por lo que respecta a las drogas, el consumo de marihuana se incrementó de 1991 a 1993 en un 0.78%, la cocaína aumentó un 0.63% y los inhalables mantuvieron una prevalencia similar de cerca del 5% en las tres mediciones. En años recientes se ha reportado el uso de nuevas drogas (éxtasis o tachas, Rohypnol, Refractil), cuyas principales características son su costo relativamente barato y su alta disponibilidad en el ambiente del adolescente (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995).

En los datos de las encuestas aplicadas a la población de nivel medio superior se reportaron incrementos del consumo de alcohol al comparar un 15% en 1989 contra un 25% en 1997.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, dos terceras partes de la población consumían bebidas alcohólicas (28 millones de mexicanos) de esta porción poblacional, el 53.7% tenían entre 12 y 18 años.

Con el objeto de conocer la tendencia del fenómeno, la Subsecretaría de prevención y control de enfermedades, el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional contra las Adicciones, llevaron a cabo la tercera Encuesta Nacional de Adicciones de 1998; en la cual se encontró la siguiente información:

La prevalencia del consumo de alcohol por sexo fue la siguiente:

En hombres, un 33% reportó haber consumido alguna vez; un 27% en el último año y un 12.6% en el último mes.

En mujeres un 22.7% reportó haber consumido alguna vez; un 18.3% en el último año y un 6.4% en el último mes. Se observa una mayor prevalencia en hombres que en mujeres.

Los datos que se muestran a continuación en las tablas fueron extraídos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998.

La tabla muestra la frecuencia de consumo de alcohol en el último año de la población urbana de adolescentes del sexo masculino entre 12 y 17 años.

	Total
Abstemio: nunca ha bebido	72.3 %
Abstemio: no bebió en el último año.	5%
De 1 a dos veces en el último año	10.7 %
De 3 a 11 veces en el último año	2.7%
De 1 a 3 veces en el último mes	8.4%
1 o más veces por semana.	1%

Frecuencia de consumo de alcohol, 5 ó más copas completas en el último mes.

	Total
Absternio: no bebió en el último año.	72.3%
De 1 a dos veces en el último año	5%
De 3 a 11 veces en el último año	18.7%
De 1 a 3 veces en el último mes	2.5%
1 o más veces por semana.	1.1%

Patrón de consumo y su relación con consumo familiar.

	Menos de 5 copas	5 copas o más
Padre	17.3%	24.3%
Madre	1.2%	2.7%
Hermanos	5.5%	11.1%
Otro pariente	27.8%	39.4%
Su Mejor amigo	8.6%	29.2%

Ahora bien, con respecto al consumo de drogas (mariguana, cocaína, inhalables) de la población urbana de adolescentes entre 12 y 17 años.

Drogas que se han usado alguna vez en la vida por sexo

Hombres	4.9%
Mujeres	1.6%

En cuanto a la prevalencia de drogas, como se observa la proporción es mayor en el caso de los hombres en comparación con las mujeres; mientras que para los primeros la droga más común es la mariguana para las segundas son los tranquilizantes.

La última encuesta realizada por Villatoro et al., (2002) con adolescentes de nivel medio superior del Distrito Federal, muestra cómo ha cambiado el consumo de la población en los últimos 3 años. Este estudio presenta resultados en donde la población adolescente tiene preferencia por la mariguana y la cocaína, desplazando a los inhalables que antes era la droga preferida. Al analizar el total de consumidores en esta población se observó que el porcentaje de consumidores fue del 11.5% se mantuvo estable, pero se encontró que la proporción de mujeres que las usan se ha incrementado en una población mayor que la de los hombres, especialmente a lo que se refiere al consumo de la cocaína.

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, en el Distrito Federal se encontró que el 61.4% de los adolescentes entre 12 y 17 años ha usado alcohol alguna vez en su vida, y el 31.9% lo consumió en el último mes.

El consumo de alcohol en la población masculina es de 34%, siendo más afectada que la población femenina, la cual presenta un 29.9%.

En cuanto al nivel educativo, 22.6% de los adolescentes de secundaria tomó alcohol en el último mes. En las escuelas de educación media superior este porcentaje se duplica, de manera que en las escuelas técnicas, 50.1% de los adolescentes bebieron alcohol en el último mes, y de los de bachillerato el 43.3%.

El porcentaje de consumidores de 14 años o menos, está por debajo de los que tienen 18 años o más. Así como la mitad de los adolescentes de 17 años bebieron alcohol en el último mes, aún siendo menores de edad. El consumo de alcohol es ligeramente mayor (4.2% más) en los adolescentes cuando el jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o más, que cuando el jefe de familia sólo terminó la primaria o ni siquiera la terminó.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el estudio realizado por Villatoro et al (2002) muestra que la prevalencia total del consumo de drogas fue del 14.7%, el cual es un porcentaje mayor que el de 1997 en casi 3%. El consumo en el último año y en el último mes fue de 9.7% y 5.3%, respectivamente.

Los hombres son el subgrupo con mayor consumo de drogas actualmente (6.2%), en comparación con el de las mujeres (4.4%). El consumo de cualquier droga alguna vez en la vida es mayor en los hombres (16.8%). De la población total, 10% es usuario experimental, y 4.7% es usuario regular (ha tomado drogas en más de 5 ocasiones).

De las mujeres que han experimentado con drogas, se observa un incremento en su consumo de todas las drogas, en especial entre 1993 y 1997, manteniéndose niveles similares de consumo entre 1997 y el 2000.

Las mujeres prefieren los tranquilizantes (5.8%), seguidos de la marihuana (3.3%), los inhalables (3.1%) y la cocaína (2.9%); en tanto que los hombres prefieren la marihuana (8.3%), la cocaína (7.4%), los inhalables (5.5%) y los tranquilizantes (3.9%).

La marihuana (5.8%) ocupa el primer lugar en la preferencia de los adolescentes; le sigue (5.2%) los tranquilizantes (4.8%) y los inhalables (4.3%).

Tanto el consumo de marihuana como el de cocaína se han incrementado de manera significativa, en relación con la medición de 1997 (Medina-Mora et al, 1997).

En los últimos años se triplicó la proporción de adolescentes que experimentado con cocaína (de 1.6 en 1993 a 5.2% en el 2000). La experimentación con marihuana aumentó de 3% en 1993 a 5% en 1997 y a 5.8% en el 2000.

Como lo muestran los datos anteriores el consumo tanto de alcohol como de sustancias por parte de los adolescentes ha ido en aumento, no sólo en cantidad, sino que además la frecuencia, la variedad de sustancias, los lugares o situaciones de consumo, también han aumentado de forma significativa. De modo que ante este hecho es muy importante tomar medidas que nos ayuden a entender y ejercer acciones al respecto.

Por ello el estudio acerca del consumo de alcohol o sustancias en los adolescentes no se suscribe únicamente a las estadísticas que nos indican las cifras que dan cuenta del consumo mismo; sino que además debemos considerar otro tipo de indicadores, tales como las variables de tipo cognitivo mediante las cuales el individuo considera y evalúa las opciones con las que cuenta para decidir sobre un curso de acción específico (seguir consumiendo o dejar de hacerlo), las variables conductuales a través de las que emite una acción determinada, a partir de la cual se pueden originar una serie de consecuencia, que en este caso probablemente sean negativas asociadas al consumo, y las cuales en la actualidad han incrementado en cantidad y gravedad.

Desde la perspectiva de salud pública, el abuso del consumo de sustancias en adolescentes, además de haber aumentado de forma considerable en los últimos años, se ha ido generalizando hacia otras áreas de la vida del individuo provocando consecuencias relacionadas con el consumo.

1.2 Consecuencias relacionadas con el consumo.

El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas no sólo vulnera a la salud y el bienestar del bebedor, sino que las repercusiones de esta práctica alcanzan a la sociedad en general. Para el sujeto que consume bebidas alcohólicas de manera excesiva, implica dependencia económica, aislamiento social y pérdida de oportunidades de trabajo, con importantes efectos negativos para su familia y la sociedad. Una de las consecuencias principales del abuso en el consumo de alcohol es un aumento en la incidencia de los accidentes y actos de violencia, que se ubican actualmente entre las 10 primeras causa de muerte en el país (Borges, Medina-Mora, Cherpital, Casanova, Mondragón y Romero, 1998).

La evidencia sugiere que existe relación entre el nivel global de consumo de la población y la tasa de problemas de diversa índole, incluyendo problemas de salud resultantes del consumo crónico, accidentes asociados con la intoxicación aguda y violencia. Estas consecuencias son modificables a través de medidas que inciden sobre la disponibilidad global del alcohol y de la educación de la población sobre límites seguros de consumo, incluyendo la promoción de normas sociales que definen y regulan la conducta apropiada con respecto a la ingestión de alcohol. La disponibilidad se refiere generalmente, a la facilidad de comprar alcohol. Algunos estudios han demostrado que existe una relación entre las oportunidades y los niveles de consumo tales como: la barra libre, el obligar al consumo mínimo y la hora feliz (Medina-Mora, Mariño, Berezan, Juárez y Carreño, 1992)

En términos de la salud pública los desórdenes por el uso de sustancias en los adolescentes han aumentado el número de investigaciones en el área social a fin de

conocer las implicaciones y consecuencias de este hecho, incluso hasta un nivel económico.

Algunos estudios longitudinales han establecido la asociación entre el uso de sustancias en los adolescentes y las consecuencias derivadas de dicho consumo, de ello se desprenden 4 consecuencias principales: 1) impulsividad, alineación y angustia (Hansell y White, 1991; Shedler y Block, 1990), 2) delincuencia y conducta criminal (National Institute of Justice, 1994), 3) una actividad sexual irresponsable que incrementa la susceptibilidad al contraer VIH (DiClemente, 1990) y 4) problemas neurológicos o psiquiátricos asociados con el uso de drogas, especialmente inhalables y otras complicaciones médicas.

Los desordenes derivados del uso de sustancias tiene lugar a una edad temprana, especialmente cuando no hay una atención de dicho desorden originando un costo económico sustancial para la sociedad (Children's Defense Fund, 1991). La tendencia a presentar desordenes por un inicio temprano al consumo de sustancias ha incrementado en la población adolescente quienes ingresan a tratamiento con un mayor déficit en el desarrollo y tal vez un mayor déficit neurológico que previamente ha sido ya observado. Además, los riesgos de daños severos, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual son altos en la población adolescente en general. El involucramiento en drogas por parte del adolescente conlleva consecuencias adversas de alto riesgo que aún no se han estudiado profundamente en el individuo (CSAT, 2001).

Los accidentes con vehiculos de motor relacionados con el consumo de alcohol representa un problema social grave, debido al costo económico y a la pérdida de productividad. Cerca de la mitad (45.1%) de los accidentes de tráfico fatales están relacionados con el consumo de alcohol y se estima que el 18% de los conductores tienen una edad entre los 16 y 20 años y un total de 2.5 millones de adolescentes manejan bajo la influencia del alcohol. De acuerdo con el sistema de vigilancia de conductas de riesgo en los jóvenes, la cual monitorea las conductas de salud en riesgo entre jóvenes y adultos jóvenes, mencionan que los daños no intencionales, incluyendo los accidentes de vehiculos de motor es una de las mayores causas de muerte en los adolescentes, siendo el 29% del total de muertes y por lo menos la mitad de estas muertes son relacionadas con el consumo de alcohol (CSAT, 2001).

Se ha encontrado que aquellos estudiantes quienes tienen un consumo excesivo y de manera frecuente se exponen a situaciones riesgosas, incrementan la probabilidad de que se presenten situaciones negativas como: bajo rendimiento escolar, dificultad en establecer relaciones interpersonales, agresión sexual (Berkowitz y Perkins, 1986; Engs y Hanson, 1985; Koss, Gidycz y Wisniewski, 1987; Norris y Dimeff, 1996, en: Miller., Turner y Marlatt, 2001).

Los adolescentes se encuentran en un mayor riesgo, en comparación con los adultos, de adquirir enfermedades de transmisión sexual debido a un diverso número de razones. En los adolescentes existe una mayor probabilidad que tengan diferentes parejas sexuales y que en la relación sexual no utilicen protección; así como tener parejas con un

alto riesgo de tener una infección de transmisión sexual. Entre las mujeres de 15 y 19 años se ha observado el porcentaje más alto de gonorrea, mientras que las mujeres entre 20 y 24 años presentan el porcentaje más alto de sífilis primaria y secundaria (CDC, 1996).

Los adolescentes quienes consumen alcohol o drogas ilícitas son más probables, que quienes no lo hacen, de involucrarse en relaciones sexuales de alto riesgo. Se ha demostrado una correlación positiva entre el uso de alcohol y la frecuencia de actividad sexual (CSAT, 2001).

El uso de sustancias entre adolescentes se ha asociado con una actividad sexual temprana, y un factor importante en la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH. El uso de sustancias combinado con actividad sexual decreta significativamente la probabilidad del uso del condón durante el acto sexual. El uso de sustancias también decreta la discriminación individual en la elección de la pareja sexual y puede incrementar el número de parejas y la probabilidad de una práctica sexual riesgosa (incluyendo la penetración anal) (CSAT, 2001).

En 1994 el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC, 1994) realizó una encuesta de conductas de riesgo con una muestra de 10,904 estudiantes de nivel medio superior y lo que encontraron fue lo siguiente:

Más de la mitad de los estudiantes (53.1%) han tenido relaciones sexuales alguna vez, de éstos el 9% inició su vida sexual antes de los trece años; se estima que el 17.8% de los estudiantes han tenido relaciones sexuales con 4 o más parejas diferentes durante su vida; el 6.9% de las adolescentes han estado embarazadas y finalmente el 24.8% de los adolescentes han consumido alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales.

Otra consecuencia relacionada con el uso de drogas son los embarazos no deseados. Cada año, se estima que el 4.9% de las mujeres menores de 18 años (cerca de 200,000 mujeres) dan a luz a un bebé. Estos nacimientos se dan en un porcentaje de 34.7% entre mujeres de 18 a 24 años. Entre ambos grupos, se estima que el 12.4% han usado alcohol y el 21.9% ha fumado durante el embarazo (National Institute Drugs Abuse, NIDA, 1996b) y el 5.7% ha usado drogas ilícitas (mariguana o cocaína).

El riesgo de presentar el síndrome fetal de alcohol y la restricción de un crecimiento fetal adecuado durante el embarazo debido al uso de sustancias por parte de la madre, resulta un costo económico sustancial tanto en la salud como en la economía cada año (CSAT, 2001).

El vínculo entre el uso de sustancias por parte de los adolescentes y la delincuencia juvenil es complejo. Existe una fuerte y consistente asociación entre desórdenes de conducta y el uso de sustancia entre los adolescentes (Crowley y Riggs, 1995, en: CSAT, 2001).

Mucha gente joven entra al sistema de justicia juvenil teniendo una serie de problemas emocionales, psicológicos y funcionamiento educativo debido al abuso físico, victimización sexual y desórdenes por el uso de sustancias (Dembo, 1996, en: CDC,

1998). Existe una creciente tendencia del ingreso de adolescentes a tratamientos para el uso de sustancias, en donde algunos casos son remitidos por el sistema de justicia criminal (Jainchill, 1997, en: CSAT, 2001).

Existen datos que fueron recogidos durante el arresto a hombres jóvenes a través del Instituto Nacional de Justicia que confirma una fuerte y continua relación entre el extenso uso de drogas y la delincuencia juvenil (National Institute Justice, *NIJ*, 1997. En CDC, 1998). Una evidencia adicional de estos datos es que la media del porcentaje del uso de marihuana entre los arrestos de los adolescentes del sexo masculino fue de 41% en 1995 a 52% en 1996.

En un estudio realizado por Medina-Mora y Cols. En 1995 se encontró que el 1.85% de los estudiantes que se limitan a experimentar con sustancias reportó haber experimentado más de un problema derivado de su consumo, esto ocurrió en un 13% de los que continúan consumiendo. Siete veces más usuarios regulares han sido amenazados o arrestados por el uso de drogas (13% vs 1.7%), han consultado al médico orientador o psicólogo dos veces más (13% vs 7%) o han deseado dejar el consumo 4 veces más (24% vs 6%)

En un estudio realizado por Borges., et al (1999) en la ciudad de Pachuca, Hidalgo enfocado a analizar el consumo de bebidas alcohólicas en los pacientes del área de urgencias, encontraron que el consumo de bebidas alcohólicas es mayor y más frecuente en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias debido a un accidente o acto de violencia ubicándolos en la categoría de bebedores frecuentes de alta cantidad. De los pacientes que habían experimentado algún acto de violencia el 15.8% informó haber consumido alcohol en las 6 horas previas al accidente, casi el 10% de los pacientes accidentados o que habían experimentado actos de violencia informaron que se habían embriagado más de una vez el año anterior, el 3.3% informó haber consumido una o más drogas durante el año anterior.

En otro estudio realizado por Rojas-Guiot, Fleiz-Bautista, Medina-Mora, Morón y Doménech (1999) también en la ciudad de Pachuca, Hidalgo con estudiantes consumidores del alcohol o drogas, encontraron que los principales problemas físicos relacionados con el consumo de alcohol son: "tener una cruda" o enfermarse del estómago, arrepentirse de algo que hizo al beber y no recordar lo que hizo. Con respecto a los actos antisociales se consideraron como consecuencias tomar parte en riñas o peleas, dañar bienes ajenos, portar armas para defenderse, pasar la noche fuera de su casa sin permiso y tomar mercancía de tiendas sin pagarla.

Toda la evidencia anterior refleja el impacto que tiene, tanto el consumo de alcohol como de otras drogas, sobre la vida de los adolescentes en todas sus áreas y las consecuencias tanto directas como indirectas que trae consigo dicho consumo.

Para poder desarrollar formas de reducir o evitar que dichas consecuencias se presenten de la manera en que se ha venido observando, es importante conocer cuáles son las circunstancias que rodean o acompañan el consumo, y que por lo tanto, pueden favorecer o fomentar su desarrollo, para ello a continuación se presentará información

referente a todas esas situaciones o también denominados factores de riesgo, los cuales pueden precipitar el consumo desde edades muy tempranas.

El uso de alcohol o sustancias por parte de los adolescentes podría entorpecer su crecimiento emocional e intelectual. Algunos adolescentes podrían consumir la sustancia como una forma de compensar la escasez de gratificación en sus relaciones interpersonales. En lugar de desarrollar un sentido de empoderamiento para un desarrollo personal saludable, el uso de sustancias por parte del adolescente hace más probable la adquisición de una auto imagen superficial y falsa (MacKenzie, 1993, en: CSAT, 2001).

1.3 Factores de riesgo.

Dado lo anterior, ha existido un interés en conocer qué características pueden estar asociadas a que el adolescente se encuentre propenso a presentar conductas de riesgo a la salud. Estas características se han agrupado bajo un conjunto de factores, denominados factores de riesgo, los cuales se definen como una característica (personal, familiar, grupal o social) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno (Luengo, et al, 1999).

De acuerdo con Medina-Mora y López (1994), los precursores de los problemas relacionados con el uso del alcohol y drogas han sido descritos como factores de riesgo para el abuso, ocurren antes de que aparezca éste y están estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas a través de la eliminación, reducción o disminución de sus precursores.

Así mismo, consideran que muchos de los factores de riesgo para el abuso de drogas predicen otras conductas problemáticas en la adolescencia. En algunas poblaciones el abuso de drogas está correlacionado con delincuencia, embarazos, problemas de conducta escolar y deserción, entre otros.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en dos grandes grupos: a) factores sociales y culturales o contextuales y b) factores del ambiente individual e interpersonal. Los primeros proporcionan las expectativas legales y normativas de la conducta. Los segundos se asocian con la familia, los condiscipulos y los pares (Medina-Mora, Mariño, Berenzon, Juárez y Carreño, 1992).

Entre los factores contextuales que se han asociado con el consumo de drogas, tenemos:

- Leyes y normas. Tiene que ver con factores precisos, impuestos y restricciones de venta de sustancias legales y con las expectativas socioculturales al consumo de sustancias ilícitas. Existen dos hipótesis sobre sus efectos:
 - o Las leyes reflejan las normas socioculturales y en este sentido el consumo sería un reflejo de las normas del grupo. Se supone que las tasas de

consumo variarán entre los diferentes grupos en función de la aceptación social del consumo.

En relación con el alcohol, se observan claras normas con respecto a quién puede consumir y quien no. Se considera que la mujer debe de abstenerse, mientras que se ve bien que el hombre se intoxique de vez en cuando.

- La segunda hipótesis supone que las leyes afectan el consumo en función de la oferta y la demanda. Se supone que existe un relación entre disponibilidad, consumo y problemas.

Dentro de este mismo estudio se menciona que se ha observado que indicadores de desventaja económica tales como miseria, hacinamiento y precarias condiciones de vivienda, se asocian con un aumento en el riesgo de aparición de problemas de conducta durante la niñez y con la delincuencia (Farrington et al., 1990, en: Medina Mora et al., 1992). Sin embargo, investigaciones sobre la relación entre clase social y uso de drogas, tales como la marihuana, la cocaína y los inhalables, entre otras no han confirmado estereotipos populares.

Robins (1979) encontró que la pobreza extrema, era uno de los factores que aumentaron el riesgo de conducta antisocial, incluyendo el alcoholismo y el uso ilegal de drogas. Por otro lado, se ha encontrado un mayor riesgo para presentar problemas de alcoholismo y uso de drogas durante la etapa adulta, cuando existe una relación entre condiciones de pobreza y problemas de conducta en la infancia (Medina-Mora, et al., 1992).

Con respecto a las variables de edad y género, el estudio encontró que en general los hombres utilizan con más frecuencia las drogas ilegales, a diferencia de las mujeres; de esta forma, el género establece una diferencia en cuanto el uso de drogas. En la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en población urbana del país, se encontró que más de la mitad de las mujeres eran abstemias (63%), es decir que no consumieron alcohol en el año previo al estudio, mientras que lo mismo ocurrió sólo en un 37% de los hombres.

En estudios realizados tanto en México como en Estados Unidos, se ha observado que la edad es una de las variables más fuertemente asociadas al consumo de drogas, la ENA en 1988 encontró que el 75% de los usuarios de drogas que vivían en áreas urbanas, eran menores de 34 años. El uso de una droga ocurrió por primera vez antes de los 26 años y el 95% de los usuarios había empezado antes de esta edad. Se ha encontrado también que las personas que abusan del alcohol empezaron a beber a edades más tempranas.

Este mismo estudio menciona que otros factores se han asociado significativamente con el uso y abuso de drogas: la asociación con pares usuarios y las actitudes favorables al uso (Newcomb y Bentler, 1986, en: Medina-Mora, et al., 1992).

Castro y colaboradores (1982) observaron que aquellos sujetos que no habían asistido a la escuela en el año escolar anterior, que no habían sido estudiantes de tiempo completo, o quien tenía compañeros que usaban drogas, fueron más propensos a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva. El abuso de alcohol y drogas por parte de los padres se ha asociado consistentemente con el uso de drogas entre menores (Medina-Mora, et al., 1992). Cuando los padres usan drogas, existe un riesgo incrementado de iniciar el uso de drogas durante la adolescencia (McDermont, 1984, en: Medina-Mora, 1992). La percepción del hijo del abuso del alcohol por parte de la madre predice su involucración con el alcohol (Medina-Mora, et al., 1992).

Con lo que respecta a las actitudes y percepción de riesgo, De la Serna (1991) encontró que en los estudiantes mexicanos de enseñanza media y media superior del área Metropolitana de la ciudad de México, solamente cerca de la mitad de ellos consideraban que era peligroso o muy peligroso consumir drogas.

Así mismo, Castro (1988), en el estudio de Medina-Mora y Cols. (1992); al estudiar la relación entre conducta antisocial y uso de drogas en estudiantes, encontraron que los usuarios regulares de drogas reportaron mayor incidencia de conducta antisocial que los no usuarios. Cuando la conducta antisocial persiste en la infancia, se observan problemas de conducta durante la adolescencia –entre los que se incluye el uso frecuente de drogas y la delincuencia- y problemas de drogas en la edad adulta. Si la conducta agresiva persiste después de los 13 años, se convierte en un fuerte predictor de conducta agresiva en la adolescencia y el alcoholismo posterior (Loeber, 1988, en: Medina-Mora, et al., 1992.)

Otros problemas que se han asociado con el consumo de drogas son los de déficit de atención e hiperactividad. El riesgo se ve incrementado cuando estos se combinan con algún problema de conducta, incluyendo la agresión (Money, 1979, en: Medina-Mora, et al., 1992.). La violencia y la victimización son otras variables que se han asociado también con el uso de sustancias.

En un estudio enfocado a factores asociados al inicio de drogas realizado por Medina-Mora y Cols. (1990) menciona que la disponibilidad de drogas es un factor determinante, mientras más expuesto esté un individuo, mayor será el riesgo de consumo. Al profundizar en este tema, se ha encontrado factores genéticos, que tiene que ver con diferencias en la reacción a las características farmacológicas de la sustancia, y con la propensión al desarrollo de dependencia.

Factores de riesgo psicosociales que se relacionan como aprendizajes que orientan al individuo a utilizar drogas como mecanismos para enfrentar estrés y otros estados de ánimo displacenteros, y factores de riesgo socioculturales que se asocian con normas que limitan o favorecen el consumo. En relación a la obtención de la droga se obtuvo que es usual que un conocido del usuario sea quien proporcione la sustancia por primera vez, el distribuidor profesional juega un papel secundario en la iniciación del uso; la obtención por parte de un familiar o un amigo ocupa el primer abastecedor, así como son las calles o los parques los sitios donde se obtiene las drogas, seguido por,

bares, discotecas, fiestas y lugares de trabajo como lugares secundarios de provisión inicial de cocaína, y la escuela como proveedora de marihuana.

Los grupos de especial riesgo en población mexicana, son los hombres jóvenes. Por tipo de droga, los grupos de baja escolaridad inhalables, y los profesionistas marihuana; por sexo, las drogas ilícitas los hombres y las drogas médicas las mujeres; por región del país, la heroína en la zona fronteriza y centro del país.

Además también se encontró que los efectos a largo plazo pueden parecer débiles razones a los adolescente, para dejar de experimentar con drogas ahora.

Por su parte, la marihuana, cocaína y alucinógenos se consideraron como sustancias de experimentación. El sexo y la edad de inicio no distinguen a los experimentadores de los usuarios frecuentes, sólo se encontró que la baja escolaridad influyó en el mantenimiento de un uso fuerte de disolventes (Medina-Mora, Tapia, Otero, Rascón, Mariño, Solache y Lazcano, 1990).

En un estudio realizado por Sánchez, Guiza, Ortiz y De León (2002) se mencionan otros factores de riesgo que precipitan el consumo de sustancias por parte de los adolescentes, entre los que se encuentran:

- **Violencia doméstica.** Un estudio realizado por Roberts y Lawrence (1997), encontró que las víctimas de violencia doméstica presentaron más problemas psiquiátricos, incluido el abuso de sustancias. Además, existen pruebas de que el abuso de alcohol es un factor de riesgo para la aparición de violencia intrafamiliar del hombre hacia la mujer. Con lo que respecta a la población mexicana, el estudio menciona que existe una alta incidencia de al menos un acto de violencia relativo al consumo del usuario y que involucrara a la familia. La violencia doméstica en estas familias fue tanto física como verbal, con implicaciones de abuso sexual. La violencia física reportada con mayor frecuencia fue ejercida por el padre contra la mujer, seguida por golpes del padre contra los hijos.
- **Abuso sexual.** La violencia familiar, especialmente el abuso sexual en la infancia, predispone a sus víctimas a problemas de adicciones. En un estudio realizado en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), en estudiantes de secundaria y preparatoria, se exploró el abuso sexual desde la perspectiva de quienes lo perpetraron y de quienes lo experimentaron y se encontraron que los sujetos con antecedentes de abuso sexual reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin tales antecedentes.
- **Problemas escolares.** Medina-Mora, Mariño y colaboradores (1992) reportaron que el tener manifestaciones tempranas de problemas escolares o de conducta, que persisten hasta la adolescencia, así como el no asistir a clases o desertar de la escuela, aumentan la probabilidad del uso de drogas. Botvin, Baker y cols. (1990) reportaron que el uso de drogas durante la infancia y la adolescencia pueden llevar a problemas académicos, con lo que se incrementan las

respuestas negativas de los padres y maestros ante el fracaso escolar. Como respuesta a ello, los adolescentes se inclinan más hacia la adicción para disminuir la angustia que les causa el problema. Además los jóvenes muy involucrados en el consumo dejan de interesarles su desempeño académico y la opinión de sus padres.

El nivel escolar más común en adictos fue la secundaria, en tanto que en el grupo de no adictos la escolaridad se distribuyó también tanto en niveles más altos como preparatoria y profesional.

Así mismo, la reprobación escolar es mayor en el grupo de adictos, pero no la relacionan con problemas de aprendizaje, sino con conducta rebelde, inquieta y desobediente de las reglas, lo que provoca la expulsión de la escuela o bien que la dejaran por iniciativa propia al no adaptarse al ambiente escolar.

- Abuso de alcohol y otras drogas. Schydlower (1993) menciona que entre los factores de riesgo con el uso y abuso de psicotrópicos está el alcoholismo materno, paterno o de ambos, el uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos en los hermanos o amigos. Además incluye a la rebeldía, depresión, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, bajo o nulo sentido de religiosidad, confusión y pérdida de valores, y vagancia.

Los adictos perciben el abuso, tanto de alcohol como de sustancias, como problema, en tanto que el grupo de no adictos lo considera normal. Esta diferencia en la percepción puede deberse a que los adictos asocian mayormente el uso del alcohol con la aparición de violencia doméstica, según lo reportaron en las entrevistas terapéuticas.

Rojas-Guiot, Medina-Mora y Doménech en 1999 realizaron un estudio para determinar la prevalencia del consumo de drogas y bebidas alcohólicas, entre 1929 estudiantes de enseñanza media y media superior, en la Cd. de Pachuca Hidalgo. Mostró que la mayoría de las personas empiezan a consumir sustancias psicoactivas en la adolescencia, y entre los factores de riesgo que tienen estos jóvenes para consumirlas se han identificado los siguientes: pertenecer al sexo masculino, asociarse con consumidores de drogas, ausentarse frecuentemente de la escuela, falta de compromiso con la misma, percepción de falta de afecto parental, poco apego y supervisión de los padres, prácticas de manejo familiar incongruente, padre que consumen drogas o alcohol, búsqueda de sensaciones nuevas, y problemas emocionales y conductuales, entre otros.

A mayor cantidad de factores de riesgo a los que esté expuesto el adolescente, más probabilidades habrá de consumo de drogas. De esta forma, el entorno social en el que se ubica el fenómeno del consumo de drogas, como la familia, las creencias, las actitudes, las costumbres, y en general, el medio en el cual se desenvuelva el sujeto son variables que ayudan a comprender y explicar esta problemática (Rojas-Guiot, Medina Mora y Doménech, 1999).

Sobre este mismo tema, Medina-Mora y cols (1995) llevaron a cabo un estudio, en donde se hicieron los siguientes hallazgos: los estudiantes que consumen drogas son en mayor proporción hombres que los no usuarios y una mayor proporción cursan preparatoria o el nivel equivalente en comparación con los no usuarios. Sin embargo, ni el sexo ni el cursar secundaria o preparatoria fueron factores importantes para distinguir a los estudiantes que se limitan a experimentar, de aquellos que continúan usando las sustancias después de haberlas probado.

Este estudio también encontró que el carácter ilegal de las drogas no son consideradas como razones importantes para no usar marihuana, los adolescentes parecen estar más preocupados por el peligro que representa para su salud y bienestar.

Con respecto a la exposición al uso drogas se encontró que las sustancias más usadas entre los amigos están la marihuana, los tranquilizantes, los inhalables y las anfetaminas, le siguen en importancia la cocaína y por último, el crack o la heroína.

Así mismo, se observa que la percepción de riesgo en el uso de sustancias es diferente entre los usuarios y no usuarios, los primeros consideran menos peligroso el consumo. Los usuarios de drogas perciben una mayor disponibilidad de drogas que los no usuarios, y también perciben mayor aprobación social hacia su consumo y no se dan cuenta de sus consecuencias cuando se da el consumo en el ambiente escolar.

En cuanto al papel de la familia para el uso de sustancias, se encontró que la gran mayoría, tanto de los usuarios como de los no usuarios, reportó que sus familiares no usaban drogas psicoactivas; aunque el consumo eventual en familiares fue también un factor de peso para diferenciar a los experimentadores de los usuarios regulares.

Con los datos anteriores podemos darnos cuenta de la importancia que tiene trabajar con todos los factores de riesgo, pues representan una alta probabilidad de consumo de alcohol o drogas por parte de los adolescentes, de aquí la necesidad de modificar o reducir estos factores lo más posible, a fin de fomentar un ambiente, tanto proximal como distal, más favorable al adolescente y así impulsar conductas positivas en él.

Una manera de lograr la reducción de riesgos en los adolescentes que puedan desembocar en el consumo de sustancias, es a través de la creación y difusión de programas de prevención. Sin embargo, la literatura reporta que el nivel de exposición a información sobre este tema es bajo. En general, son los padres los principales agentes, y solamente en menos de la mitad de los casos se observa que el maestro juega un papel importante, los profesionistas de la salud tuvieron un papel aún menor. Al comparar las fuentes de información del tema que reportaron usuarios y no usuarios de drogas, se encontró que estos dos grupos sólo se diferencian en la obtención de información a través de amigos, los usuarios reciben significativamente mayor información de éste medio, factor de preocupación si consideramos que usualmente son los amigos los vectores más importantes para el uso.

El medio más frecuente por el cual los usuarios obtienen información es a través de pláticas informales y con poca frecuencia, usuarios y no usuarios, han recibido información oficial (Medina-Mora y López Lugo, 1994).

Evidencia como la anterior, nos muestra que los adolescentes no cuentan con la información necesaria acerca de los efectos de las drogas, por lo que probablemente se incrementa el número de usuarios de las mismas. En algunos casos sólo es por experimentar, pero en otros se vuelve una conducta parte de la vida del adolescente, lo que provoca diversas consecuencias tanto emocionales, psicológicas, sociales, y en casos más severos, físicas. Por lo tanto, en este punto del proceso de su consumo de sustancias, es muy importante poder contar con un tratamiento que obedezca a las necesidades del adolescente involucrado en el consumo de sustancias.

2. Importancia del tratamiento.

Existen dos postulados teóricos en relación con la etiología del consumo de drogas y del consumo problemático de las mismas. De ellas se desprenden dos caminos de prevención diferentes (Medina-Mora., et al, 1992). La primera considera que la distribución del consumo es logarítmica normal, en la que existen muchos usuarios leves, menos usuarios moderados y relativamente pocos usuarios fuertes. Supone que todos los usuarios provienen de la misma población, por lo que es válido diseñar programas dirigidos a la población en general. Como resultado de los esfuerzos preventivos se reducirá el número de usuarios en general y de usuarios fuertes en particular; esto es, la distribución se moverá hacia la derecha.

La segunda concepción supone una distribución bimodal del uso, en la que los usuarios problemáticos constituyen una población y los no usuarios o los usuarios que no desarrollan problemas conforman otra. De ahí que consideran que los programas orientados a la población en general, probablemente logren disuadir a los jóvenes de experimentar con drogas, o tal vez prevengan el uso más allá de la experimentación. Sin embargo, tendrán poco o ningún efecto sobre la población de usuarios problema. Esta aproximación postula que al menos que los programas de prevención se orienten a esta población, poco se hará para reducir la parte medular del problema y, aún más, señala que la prevención debe estar dirigida a los factores de riesgo que hacen más probable que aparezca la conducta y no hacia la conducta misma (Medina-Mora., et al, 1992).

Debido a que la adolescencia es una etapa durante la cual se moldean conductas importantes, tales como la personalidad; de ahí la importancia de crear programas que permitan a los jóvenes desarrollar estilos de vida sanos.

Se ha encontrado que los programas basados en el modelo afectivo (aumento de autoestima) parecen tener un impacto menor sobre el uso de alcohol, a diferencia de los programas enfocados en las influencias sociales que parecen ofrecer una mejor posibilidad de cambiar los patrones de consumo. En aquellos programas preventivos en los que se incluye un amplio rango de estrategias como las orientadas a regular la disponibilidad y se toman como base componentes de educación normativa, se obtienen buenos resultados, efectos significativos sobre el consumo de alcohol incluso, después de largos periodos de tiempo. Así la intensidad de la intervención tendrá que variar de acuerdo con el nivel de riesgo que presentan los adolescentes (Medina-Mora, 1992).

Para conocer mejor cuáles son las necesidades que debe cubrir un tratamiento de este tipo, de manera que se puedan encaminar los esfuerzos terapéuticos con base en estas necesidades; es necesario evaluarlas mediante algunos indicadores clínicos que den cuenta de aspectos relevantes y relacionados al consumo de sustancias y que contribuyen de manera importante al diagnóstico.

A continuación se presentan 2 indicadores básicos mediante los cuales se evalúan, en la mayoría de los tratamientos, el estado general del individuo, que puede estar afectados

debido a su consumo y por ello dar cuenta de qué tanto se han afectado áreas de su vida.

2.1 Aproximaciones generales enfocadas a la evaluación del individuo para el tratamiento.

Las instituciones y personal a cargo de conducir los tratamientos para el abuso de sustancias son conscientes de la importancia de una evaluación psiquiátrica completa como parte del pre-tratamiento. Debido que se ha observado que una proporción relativamente alta de pacientes alcohólicos han mostrado trastornos psicopatológicos que requieren un tratamiento adicional (Jacobson, 1989).

Dentro de las posibilidades que existen para realizar esta evaluación, hay ciertos indicadores, que por la naturaleza de su medición, se consideran más precisos y representativos del fenómeno en cuestión: el consumo de sustancias. Así nos encontramos los siguientes:

2.1.1 Indicadores neuropsicológicos y psicológicos.

Este tipo de indicadores cobran relevancia debido a la influencia que reciben del consumo de sustancias por parte del usuario, es decir, reflejan las consecuencias o deterioro que presenta el sujeto a causa de su consumo; por lo tanto, se convierten en datos esenciales para realizar una evaluación adecuada e integral. Además, no sólo son meras consecuencias del consumo, si no que también pueden dar cuenta de cierta predisposición o vulnerabilidad al mismo, es decir, ciertas características manifiestas en estos indicadores pueden exacerbar o desencadenar el consumo.

La decisión de qué información puede ser más útil para el tratamiento, debe ser guiada, en parte por los posibles recursos del mismo, así como el escenario en el que será aplicado. Sin embargo, muchos alcohólicos muestran una variedad de disfunciones y déficits cognitivos y neurofisiológicos; de esta manera algunos de estos problemas pueden interferir con el tratamiento.

En algunos casos (mayormente de consumo severo) ciertos grados de disfunción orgánica pueden ser transitorios debido a residuos significativos de intoxicación, por lo que se sugiere que la evaluación del aspecto cognitivo-intelectual debería posponerse de 1 a 4 semanas después de haber dejado de consumir (Jacobson, 1989).

El indicador psicológico, así como el neurológico representa un factor importante para determinar el curso de acción del tratamiento, pues permite conocer variables que posiblemente están influyendo en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de consumo. De ahí que, una evaluación significativa sobre éste debería incluir, validez y confiabilidad de medidas clínicamente relevantes de personalidad, percepción auto-concepto y variables relacionadas.

Para conocer cómo este tipo de variables ha sido influenciado o incide en el consumo de sustancias, se han realizado estudios que muestran características relevantes de ellas.

2.1.2 Personalidad, Percepción y Auto-Concepto.

En el caso de la evaluación con adolescentes consumidores de alcohol o sustancias mediante la aplicación de la prueba de personalidad 16-PF se ha encontrado que los adolescentes quienes son emocionalmente más inestables, menos concientes, más conservadores, menos controlados y más tensos son más probables de ser diagnosticados con el desorden de déficit de atención que podría interferir con su habilidad para beneficiarse de los tratamientos convencionales para alcohólicos. Los adolescentes quienes son emocionalmente más inestables y menos extrovertidos o más sociables, son más probables de necesitar un tratamiento médico y psiquiátrico para un desorden afectivo (depresión) adicionalmente a su tratamiento para el uso de sustancias (Jacobson, 1989).

En el caso de la aplicación del MMPI a adolescentes consumidores de alcohol o sustancias, se ha encontrado que, un subgrupo de adolescentes muestran un muy pobre o no desarrollado sentido de identidad personal, permitiendo concluir que su consumo de alcohol o drogas puede haber sido motivado por una alta necesidad para establecer su identidad a través de su ingreso con la subcultura del abuso de sustancias. En otro subgrupo de estos adolescentes se encontró una significativa escasez de defensas positivas, lo que podría hacer necesaria un tratamiento diferencial.

Esto nos muestra la bidireccionalidad de estos indicadores clínicos, en este caso el psicológico, pues los estudios que se han realizado revelan la importancia de ciertas características de personalidad que poseen los adolescentes consumidores, que deben tomarse en cuenta en el tratamiento y su influencia en aspectos específicos del mismo.

Otro concepto clínico importante y relevante para medir un tratamiento apropiado para los sujetos consumidores de alcohol o drogas es el *Locus de Control*, el cual es definido en términos de la Teoría de Aprendizaje Social por Rotter y se caracteriza por ser un conjunto de atribuciones que la persona hace con respecto a algo. Este término contempla dos distribuciones:

1. Estilo Interno. En este extremo la persona cree que sus propias habilidades y esfuerzos influyen en el desempeño de sus metas y en el acontecimiento de eventos y que esto tiene un impacto en el ambiente. Ellos sienten que pueden ejercer control sobre sus propias vidas y reconocen su sentido de responsabilidad para ellos mismos.
2. Estilo Externo. Aquí la persona es más probable de creer en el destino o en la suerte, en que "las cosas sólo pasan" para ellos, que sus esfuerzos son improbables para ser recompensados y que ellos son víctimas de las circunstancias y no son responsables de ellos mismo. Estas personas parecen no estar motivadas para un buen desempeño y piensan que tiene dificultades en aprender de sus experiencias, muchas ocasiones no pueden ver la relación causal entre su propia conducta y las consecuencias ambientales.

Otra variable que se ha asociado fuertemente al consumo de alcohol en adolescentes es la búsqueda de sensaciones, la cual es medida a través de una escala que lleva el mismo nombre. Con el fin de conocer esta variable se condujo un estudio con adolescentes consumidores de alcohol aplicándoles la escala y se encontró que el área de desinhibición fue muy elevada, aún más si estos adolescentes también presentaban Trastorno por Déficit de Atención, susceptibilidad al ocio y búsqueda de sensaciones. Además los adolescentes consumidores de alcohol fueron diagnosticados como clínicamente deprimidos y tuvieron puntajes significativamente más altos que los no consumidores a la búsqueda de sensaciones.

Debido a que hay muchas diferencias entre los adolescentes que puntúan con alto y bajo en la búsqueda de sensaciones, Jacobson (1987) ha sugerido vías separadas de tratamiento. Por ejemplo, adolescentes altamente buscadores de sensaciones podrían beneficiarse de terapias que promuevan actividad (baile, movimiento, psicodrama, arte música, etc) y que les proporcione cambios psicológicos.

Jacobson (1981) ha sugerido roles terapéuticos especiales en tratamientos de estimulación ambiental restrictiva, biorretroalimentación clínica, meditación e hipnosis en el incremento de la auto-consciencia para alcohólicos dependientes del ambiente.

McLachlan (1972) y Skinner (1982) argumentaron la importancia de relacionar paciente y terapeuta en varias dimensiones, especialmente a nivel cognitivo.

El panorama, tanto a nivel de investigación como en la práctica, parece enfocarse en la contemplación e integración de estos factores que actúan en el consumo de alcohol, como en el tratamiento del mismo; de manera que sugiere examinarlos con el objetivo de elegir el curso de acción en el tratamiento y predecir, de cierta manera, los resultados de la intervención a fin de que éstos sean maximizados.

Sin embargo, no es necesario esperar a que el problema exista para resolverlo, resultaría muy útil y conveniente trabajarlo a nivel preventivo, es decir, intervenir desde las etapas iniciales o donde ni siquiera se ha desarrollado el consumo de sustancias. Este tipo de intervención preventiva puede ir desde dar información en niveles escolares básicos, hasta difundir programas a nivel comunitario que fomenten la creación de redes de protección que eviten el consumo.

2.2 Modelos Preventivos, creados y aplicados en México

La prevención de las adicciones requiere la suma de esfuerzos de los sectores público, social y privado en acciones que permitan optimizar recursos y obtener mejores resultados

La prevención concierne a todos y debe hacerse cada vez mejor, sustentándola en Modelos Preventivos para dar lugar a la aplicación de los mismos, a fin de evaluarlos para propiciar su mejoramiento con elementos objetivos y evidencias públicas efectivas.

Así a lo largo de varios años de trabajo se han logrado crear modelos que cumplan con esta función (Belsasso, 2003). A continuación se presentan y describen brevemente algunos de ellos en materia de Adicciones que dan cuenta de los esfuerzos institucionales que se realizan en México (CONADIC, 2003).

- *Construyendo tu vida sin adicciones.* Propuesta preventiva basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones. Modelo de tipo universal que aborda un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. Así mismo es una herramienta útil para trabajar con poblaciones diversas, de manera clara y sistematizada.

La evaluación de resultados intenta medir el grado en que se cumplieron con los objetivos del plan de acción:

- ✓ Incrementar el equilibrio psico-corporal de los participantes.
- ✓ Mejorar el auto-concepto.
- ✓ Mejorar los patrones y hábitos relacionados con la alimentación.
- ✓ Disminuir o eliminar el consumo de sustancias tóxicas como alcohol, y otras drogas.
- ✓ Incrementar la expresión de los afectos.
- ✓ Encontrar nuevas maneras de usar el tiempo libre.
- ✓ Fortalecer la creatividad.

La evaluación del modelo a través de cuestionarios, indican cambios positivos en el estilo de vida de las personas a las que les fue aplicado.

- *Centros de Integración Juvenil (CJ).* El modelo se concibe a partir de la definición de prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición del proceso y los daños asociados. Esta prevención puede darse a tres niveles: universal, selectiva e indicada estratificando las acciones dirigidas a las poblaciones de acuerdo a un nivel de riesgo y sus características específicas. La intervención para prevenir el consumo de drogas se lleva a cabo en una perspectiva general, por tipo de sustancia específica y por grupos especiales de población. Se dispone de un sistema permanente de monitoreo para evaluar los procesos, los resultados y el impacto de la aplicación del Programa de Prevención. A través de la medición de variables psico-sociales que resulten de la modificación del comportamiento de los individuos. Se considera además los resultados en términos de eficacia y costo-efectividad.
- *Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF.* El Chimalli-DIF es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente, o por la zona de influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar. La forma en que se da la intervención es a través de dispositivos constituidos por la reunión de personas en pequeños grupos para trabajar en el desarrollo de habilidades de competencia social, de resolución de

problemas con un sentido propósitivo, dotando de habilidades de protección, entre las que se encuentra:

- ✓ Uso de drogas y conducta antisocial. Disfrutar sin drogas; meditación activa, abrirse a nuevos aprendizajes, unificar sentimientos, pensamientos y acciones; controlar la atención con la respiración; desarrollo del sentido de pertenencia; tomar decisiones de protección; cuidarse del daño; participación en la comunidad y ayudar a un compañero adicto.

Un plan de acción supone en realidad un ciclo preventivo que incluye aproximadamente 24 semanas abarcando el diagnóstico.

- *Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones.* Este programa es creado como una propuesta educativa para favorecer la construcción de redes protectoras que se traducen en estilos de vida saludables con la finalidad de trascender a la comunidad; surge como una alternativa encaminada a prevenir el desarrollo de las adicciones en la comunidad educativa.

La tarea de informar, recae en los docentes, coordinar y dirigir las actividades en cada escuela, de tal manera que las acciones coordinadas desde los planteles escolares se extiendan a la comunidad y desde los hogares para promover la participación conjunta entre los maestros, alumnos y padres de familia.

A partir de una fase de evaluaciones, se encontró que la población consideraba muy importante desarrollar un programa preventivo y permanente en los planteles.

Así mismo la investigación epidemiológica desarrollada ha posibilitado evaluar y conocer el impacto que diversas variables sociales, familiares, interpersonales y del individuo tienen sobre el consumo de drogas, con el objetivo de contribuir de manera más específica a los Programas de Educación Preventiva contra las Adicciones, cuyo objetivo principal es incorporar en la educación la estrategia de intervención preventiva integral, cuyos componentes permiten identificar los factores de riesgo por docentes, padres de familia y los alumnos, para fortalecer en conjunto los elementos de protección (Villatoro, et al, 1999).

Estos programas aplicados en México, tiene en común que se dirigen principalmente a la población en general o a grupos específicos que por sus características se consideran estén en riesgo, pero no se dirigen a aquellos grupos de la población que ya consumen sustancias y presentan problemas ocasionados por dichos consumos, tales como deserción y sanciones escolares, daño físico, problemas interpersonales, entre otros (Martínez, 2003). Esto nos remite a la frase: es una condición necesaria pero no suficiente, ya que los esfuerzos que se requieren para tratar el problema del consumo de manera eficaz, deberán incidir directamente en aquellos adolescentes, que aunque no tiene un consumo establecido, éste puede tornarse peligroso conforme el adolescente se involucre cada vez más en él.

Basándose en lo anterior, se recomiendan los programas de prevención indicada para quienes están consumiendo alcohol de manera riesgosa (Marlatt, 1998, en: Martínez, 2003). 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 del desorden. Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de intervención selectiva y solamente se conducen con jóvenes identificados quienes presentan el uso y abuso de drogas, y consecuencias relacionadas (Breslin, Sdao-Jarvie, Li, Tupker, y Itting-Deland, 2002; Kumfer, 1999).

Los programas de prevención indicada constituyen un servicio importante en el área de salud dado que su objetivo principal es detener la progresión del desorden (abuso de sustancias en los adolescentes) o reducir el daño que este trae consigo (consecuencias relacionadas) (Ayala, 2001; Marlatt, 1999). Estos programas tienen 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 (Martínez, 2003).

De aquí que se derive la necesidad de atender a esta población, con el objetivo de dotarla de estrategias que le permitan modificar positivamente la conducta del consumo, para ello es importante contar con programas o tratamientos, a través de los cuales el adolescente adquiera estas habilidades, como es el caso del "Programa para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas" (Martínez, 2003). El cual está enfocado a atender a una población que no sólo tiene un alto riesgo de consumir drogas o bebidas alcohólicas, sino que de hecho lo hace y ya ha presentado consecuencias asociadas a estos consumos. Así, a diferencia de los programas de prevención en donde el objetivo es intervenir antes de que se presente el problema, los programas de prevención indicada como lo es el de Adolescentes tiene por objetivo intervenir una vez que el problema ya se ha hecho presente (en este caso el consumo de alcohol o drogas).

2.3 Necesidad del tratamiento

Se ha detectado que la adolescencia es un factor de riesgo para el inicio en el consumo de sustancias, por ello desde hace unos años, se han invertido esfuerzos en desarrollar programas de prevención dirigidos a esta etapa del desarrollo (Botvin, 2000).

De acuerdo con CSAT, (2001) se sugiere que el tratamiento para los desórdenes provocados por el uso de sustancias o el uso en sí mismo reduce significativamente el uso de sustancias y la actividad criminal. La administración del tratamiento a los adolescentes podría prevenir enormemente futuros problemas relacionados con el uso de sustancias así como la transición de la adolescencia a la adultez.

Entender la relación entre el uso de sustancias y el desarrollo de la adolescencia es crucial para diseñar intervenciones efectivas y estrategias de tratamiento. Los tratamientos que se enfocan a la gente joven como "pequeños adultos" seguramente fallarán. Además, los procesos de tratamiento deben incorporar los matices de la experiencia adolescente, incluyendo el desarrollo cognitivo, emocional, moral y social; así

que los tratamientos pueden empezar por comprender por qué el uso de sustancias llega a ser parte de la identidad de los adolescentes.

La adolescencia es un periodo en donde las relaciones interpersonales son transformadas y emergen nuevas habilidades cognitivas; de manera que el adolescente se comienza a formar con un sentido individual de sí mismo. Los cambios psicosociales asociados con el pasaje dentro de la sociedad adulta ocurren dentro del contexto de los significados de los cambios psicosociales de la pubertad. Las relaciones sociales se mueven de un predominante cariño o vínculo familiar hacia un lazo e identificación con los pares.

Los adolescentes también comienzan a unirse e identificarse con instituciones fuera de la familia (escuela, iglesia, club de fans, grupos políticos, asociaciones juveniles, etc.) El vínculo extrafamiliar muchas veces tiene un carácter muy pluralístico, con grupos de pares que comienzan a influir de en cierta parte sobre el adolescente.

La adherencia a los valores familiares se involucra dentro del pensamiento independiente y el desarrollo de creencias personales, así como un sistema de valores. El pensamiento abstracto, la lógica propositiva (la habilidad para crear hipótesis y considerar posibles soluciones) y la metacognición (la habilidad para pensar acerca de procesos de pensamiento en sí mismos) son habilidades esenciales que se desarrollan durante los años de la adolescencia. Lo anterior sostiene la razón de que las funciones cognitivas son vitales para establecer el proceso terapéutico, la relación entre el paciente y el terapeuta y para el paciente la ganancia de darse cuenta de lo que representa el curso adverso del uso de sustancias, así como también la persuasión para adquirir estrategias con el fin de producir un cambio conductual (CSAT, 2001).

No toda la gente joven que experimenta con el uso de sustancias desarrolla problemas clínicos. De hecho, algunos grados de experimentación con drogas es técnicamente normal; muchos adolescentes han tratado con alcohol o drogas ilícitas al menos una vez siendo menores de 18 años (Jhonston, O'Malley y Backman, 1995). Sin embargo, estos adolescentes llegan a ser adultos independientes y responsables y asumen, a través de estrategias, que pueden incluir la exploración, experimentación, toma de riesgos, pruebas límite y cuestionar el establecimiento de reglas y fuentes de autoridad.

La experimentación con sustancias puede ser entre los adolescentes usualmente estrategias funcionales a pesar del daño potencial y los daños asociados con esta conducta. Sin embargo, el uso de sustancias puede permitir un modelo de abuso y adicción que requiere una intervención más activa, firme y constante.

2.3.1 Conducta de riesgo del adolescente.

Es conveniente situar el uso de sustancias durante la adolescencia dentro de un contexto más general de conductas de riesgo que marcan este periodo del desarrollo. Una manera útil de entender estas conductas la proporciona la teoría de la conducta problema. Esta teoría define la conducta de riesgo como una conducta que puede interferir con un desarrollo psicosocial exitoso, (Jessor y Jessor, 1997, en: CSTA, 2001). Es

decir, las conductas de riesgo incrementan la vulnerabilidad del adolescente al problema. Las conductas problemáticas tienden a agruparse en un individuo, por ejemplo, aquellos quienes experimentan con el uso de sustancias también tienden a involucrarse en prácticas sexuales de riesgo y conductas ilegales (Jessor, 1991).

Las conductas problema pueden llegar a ser un "síndrome de conducta de riesgo" cuando éstas sirven a una meta de desarrollo social o psicológico común, como la separación de los padres, el desempeño del rol como adulto o ganar la aceptación de los pares. Estas conductas también pueden ayudar al adolescente a enfrentarse con las fallas o errores, el aburrimiento, la ansiedad social o el aislamiento.

Un ejemplo de el síndrome de conducta de riesgo es el reporte de un adolescente quien hace uso de sustancias y que el significado que adquiere para él es el tener un status social, aceptación de los pares, y al mismo tiempo lograr sentimientos disfóricos y de baja valoración (DuRant, 1995, en: CSAT, 2001).

2.3.2 Adaptación al tratamiento para adolescentes.

El tratamiento para adolescentes con abuso de sustancias trabaja mejor cuando éste proporciona e implementa elementos necesarios para tratar las necesidades particulares, según sea el caso a tratar. De acuerdo con CSAT (2001) el tratamiento es definido como aquella actividad que debe comprometerse a tratar con los problemas asociados con el involucramiento de sustancias y con las manifestaciones individuales del uso de las mismas. Aunque este equipo de trabajo reconoce que la prevención primaria o secundaria del uso de sustancias es incluida en amplias definiciones de tratamiento, el equipo de trabajo limita el continuo de intervenciones a lo que es tradicionalmente visto como una intervención acertada, rehabilitación y mantenimiento. Los elementos de un *continuum* reflejan primordialmente la filosofía del tratamiento con menos énfasis en los escenarios y modalidades. A continuación se presentan algunos puntos que debe contener un tratamiento para adolescentes:

- o Los adolescentes deben ser tratados diferencialmente de los adultos debido a que sus problemas de desarrollo son peculiares, existen diferencias en sus valores y sistemas de creencias y consideraciones ambientales peculiares.
- o No todos los adolescentes quienes hacen uso de sustancias son o llegan a ser dependientes. Los programas y asesores o terapeutas deben ser cuidadosos y no dar un diagnóstico prematuro o etiquetar al adolescente o presionarlo para que acepte que tiene un problema. Esto podría ser más peligrosos que benéfico en el transcurso del tiempo.
- o Los programas deberían ser desarrollados tomando en cuenta las diferentes necesidades de desarrollo basadas en la edad del adolescente; los adolescentes jóvenes tienen diferentes necesidades que los adolescentes tardíos.
- o Algunos retrasos en el desarrollo cognitivo y social-emocional son algunas veces asociados con el uso de sustancias durante el periodo de la adolescencia (Newcomb y Bentler, 1989, en: CSAT, 2001). El tratamiento para

- estos adolescentes debería identificar estos retrasos y sus asociaciones con el desempeño académico, la autoestima y las consideraciones sociales.
- o Adicionalmente a la edad, el tratamiento para adolescentes debería tomar en cuenta el género, la raza, el status, la etapa de disponibilidad al cambio y la influencia cultural.
 - o Los programas deberían realizar grandes esfuerzos por involucrar a la familia, debido a que el rol que ésta juega en la vida del adolescente pueda ser el origen del problema y de ahí su importancia como un agente de cambio en el ambiente de éste.
 - o Aunque esto podría ser una necesidad en ciertas áreas geográficas en donde la posibilidad de tratamientos para gente joven es limitada, el uso de programas diseñados para adultos y aplicados en tratamientos para adolescentes es poco recomendable. Si esto debiera ocurrir, esto debería ser llevado a cabo con gran precaución y estando alerta a las complicaciones inherentes que podrían amenazar la efectividad del tratamiento para estos jóvenes.
 - o Muchos adolescentes han sido obligados implícita o explícitamente a ingresar a un tratamiento para ser atendidos. Sin embargo esta presión a la búsqueda de tratamiento no conduce realmente a un proceso de cambio de conducta. Consecuentemente, los responsables del tratamiento deben ser sensibles a las barreras motivacionales para cambiar, y así el adolescente decida ingresar al tratamiento.

2.3.3 Variables que deberán ser consideradas para el tratamiento.

Es importante reflexionar que, tanto al inicio, como en el transcurso del tratamiento, existen una serie de variables que intervienen de manera directa o indirecta, ya sea en el individuo como en el tratamiento mismo. Esto adquiere particular importancia cuando se trata de decidir el tipo de tratamiento que se debe aplicar, y de alguna manera, poder predecir parte de los resultados. Entre estas variables podemos mencionar y describir las siguientes, como las más representativas (CSAT, 2001).

- *La edad del adolescente.* La sociedad concede a los adolescentes incrementar su autonomía. Aunque los detalles de los roles varían de un estado a otro, los adolescentes en el rango medio de edad pueden obtener licencia de manejo, muchas veces con limitaciones y podrían trabajar mientras estudian, si ellos obtiene un permiso. Sin embargo, el profesional a cargo del tratamiento no debería admitir a aquellos menores de 14 años sin consentimiento de sus padres.
- *La madurez del adolescente.* La edad cronológica no es la única preocupación. Hay quienes a los 14 años tiene una madurez más allá de estos años y existen otros que a los 18 años son emocionalmente inmaduros con escasas habilidades sociales y de razonamiento.
- *La situación familiar del adolescente.* El involucramiento de los padres del adolescente, así como la notificación que se les hace para obtener su

consentimiento al tratamiento podría ser, en algunos casos, impráctico e imprudente. Los adolescentes quienes rechazan la notificación que se les hace a sus padres para obtener su consentimiento para ingresar al tratamiento, podrían tener buenas razones. La reconciliación con la familia podría ser vital en la recuperación del adolescente, pero las circunstancias podrían hacer que abandone o posponga hasta después de una etapa de tratamiento.

Además de las variables anteriores, las cuales podrían considerarse más de tipo externo al adolescente, ya que se encuentran en el ambiente inmediato a éste. Existen otros dos tipos de variables de tipo interno que deberán tomarse en cuenta para evaluar el estado en el que el individuo ingresa al tratamiento: a) la variable de tipo cognitivo y b) la de tipo motivacional.

a) Variable Cognitiva. Ésta se refiere a la manera en cómo el individuo evalúa una situación determinada para a partir de ahí tomar una decisión al respecto, en este caso tomar la decisión de ingresar al tratamiento.

Debido a que las personas al tomar decisiones con respecto a su salud no siempre lo hacen de manera racional, se ha tratado de explicar los mecanismos mediante los cuales las personas llegan a tomar estas decisiones. En este caso, la Teoría de Conflicto (Janis, 1984., Janis y Mann, 1977) describe una serie de etapas que la gente usa para tomar este tipo de decisiones:

- *Evaluación de los cambios.* En donde las personas se preguntan acerca de los riesgos, ya sea de cambiar o de continuar con la conducta que les genera conflicto (consumo de alcohol o drogas).
- *Explorando alternativas.* Considera cualquier alternativa que le permita modificar la conducta problema.
- *Ponderar alternativas.* La persona considera las ventajas y desventajas de cada alternativa considerada con el fin de elegir la mejor.
- *Intención y compromiso.* La persona se enfoca a su elección final y se compromete a llevarla a cabo.

La Teoría de Conflicto propone, que todas las decisiones importantes, particularmente aquellas relacionadas a la salud, producen estrés el cual provoca que se origine un conflicto en las personas debido a que no saben como actuar, y asume que frecuentemente este estrés es la causa principal de cometer errores en esta toma de decisiones. En el caso específico de ingresar a un tratamiento para uso de sustancias, implica tomar una decisión, que requiere contemplar una serie de elementos para actuar al respecto.

Además la teoría supone que la manera en que las personas afrontan el conflicto depende de la percepción de la presencia o ausencia de tres factores: 1) Riesgos, 2) Expectativas y 3) Tiempo adecuado. En el capítulo 4 se tratará más profundamente estos factores y su relación con la deserción de las personas a un tratamiento (Sarafino, 1990). Es importante considerar cuáles de estos elementos

se encuentran presentes en el usuario al momento de que éste ingresa al programa.

b) *Variable Motivacional*. La motivación se considera un estado de disponibilidad o deseos para cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro y puede ser influido por varios factores (Miller y Rollnick, 1999). Prochaska y DiClemente (1982) desarrollaron un modelo que intenta explicar las etapas por las que atraviesan las personas para poder decidir hacer algún cambio en su estilo de vida, dicho modelo se explica más adelante en este mismo capítulo.

Si consideramos la motivación que una persona tiene para ingresar a un tratamiento con el fin de modificar alguna conducta problema, a menudo ésta suele valorarse por lo que el paciente dice verbalmente, aún y cuando se considere a éste como "motivado", esto no es una garantía de que realmente el paciente cambiará. Lo que parece predecir el cambio es el seguimiento real de una persona de un tratamiento o a un plan terapéutico, seguir un programa estructurado a fin de cambiar está asociado con resultados positivos. La motivación no es un rasgo de personalidad existente en la persona, sino depende del contexto; se convierte así en una parte importante de la tarea del terapeuta. Así el motivar al paciente aumenta la probabilidad de que el paciente siga acciones concretas cuyo objetivo es el cambio. La motivación es una parte central e inherente a las tareas de un profesional (Miller y Rollnick, 1999).

2.4 La Intervención Breve, Estrategias y Procedimientos.

Las intervenciones breves proveen la oportunidad para ayudar a las personas de manera temprana en el curso del problema de su consumo de alcohol, antes de que la dependencia a éste se desarrolle a un nivel, en donde el tratamiento convencional se dificulte y antes de que el consumo excesivo produzca daños permanentes. Las intervenciones breves no son dirigidas para aquellas personas quienes tiene problemas lo suficientemente serios para recibir la etiqueta de "alcohólico", pero sí para aquellos que apenas se están iniciando en el consumo o tienen problemas menos serios (Heather, 1989).

El reciente "boom" en el interés en la Intervención Breve es el resultado de muchas influencias (Heather, 1989), algunas de ellas se mencionarán a continuación:

1. No es menos efectiva en modificar la conducta de consumo que las formas más tradicionales de terapia.
2. Recientemente ha habido un crecimiento en el reconocimiento de que el o los daños causados por el consumo excesivo de alcohol, muchas veces no pertenece a un grado alto de consumo; es decir, que no necesariamente debe existir una dependencia severa al alcohol o consumir cantidades muy altas de éste para que las consecuencias provocadas por ello sean graves.
3. Debido al incremento de los costos empleados en tratamientos para el consumo de alcohol y a la disminución del presupuesto económico en el área de salud, ha

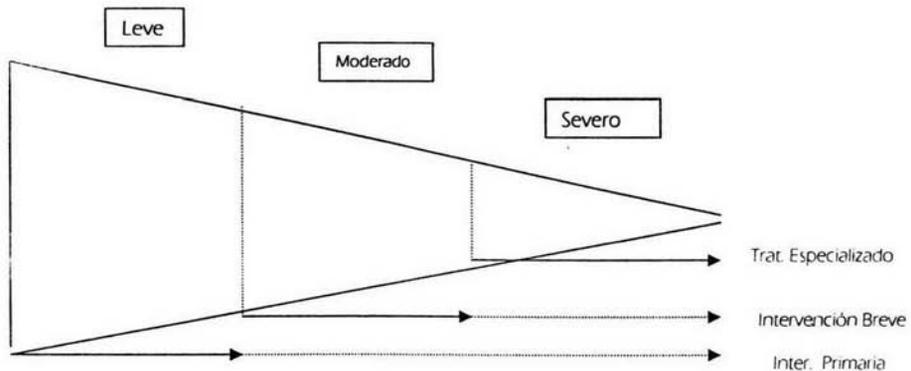
surgido la necesidad de desarrollar formas de tratamiento menos costosas y con una labor más intensiva.

Las intervenciones breves son mejor descritas para la población como "educación" más que "tratamiento", ya que incluye métodos de cambio conductual de la misma forma en que lo hace los principios de aprendizaje social, y más que muchas de las formas y métodos de los tratamientos intensivos convencionales (Hester y Miller, 1989).

Un objetivo importante de las intervenciones breves es tratar el numeroso grupo de personas quienes están por encima de las normas del consumo de alcohol que ya han sido informados por otras personas (como médicos, maestros, padres, etc.) con respecto a su consumo, pero que aún no muestran señales evidentes de problemas relacionados con el alcohol.

Así existen tres grupos clave para las Intervenciones Breves a los cuales se enfoca su trabajo:

- a) Bebedores de consumo peligroso.
- b) Bebedores con problemas de dependencia moderada.
- c) Bebedores con problemas de alta dependencia al alcohol, pero para quienes los servicios de tratamientos convencionales no están a su alcance.



Winters, 1999

El esquema indica la forma en que la población se distribuye de acuerdo al consumo de alcohol, y a partir de ello saber el tipo de intervención o tratamiento que el usuario requiere.

2.4.1 Otras Variables Relevantes que Intervienen en la Intervención Breve.

En la decisión entre trabajar con una intervención breve y una intervención intensiva es conveniente considerar algunas variables que permitan tomar la decisión correcta, estas

variables son relevantes adicionalmente al nivel de dependencia en el que se encuentre el usuario (Heather, 1989):

- o Decisión del paciente. Se considera que en la meta del tratamiento, es importante que el usuario pueda decidir la intensidad del tratamiento. Aunque en muchos casos la atención debería enfocarse a persuadir al usuario de la conveniencia de tener un contacto más frecuente con el profesional a cargo de la conducción del tratamiento, el último recurso del tratamiento sólo es más probable de ser útil si el propósito de éste es congruente con los deseos y expectativas del usuario. Lo que podría ser una ventaja para asegurar que el usuario ha recibido un suficiente nivel de ayuda para sus necesidades.
- o Personalidad del Usuario. Los usuarios con un mayor locus de control interno (quienes se ven a sí mismos con mayor control sobre sus propias vidas más que una consecuencia de los eventos externos o del "destino") son más probables para desempeñarse mejor en el tratamiento en donde se requieren habilidades de auto-manejo.
- o Estabilidad Social del Usuario. Cuando hay un alto nivel de estabilidad social, en términos de seguridad de empleo, un estilo de vida estable, relaciones personales coercitivas, entre otras; el pronóstico de un resultado exitoso en la intervención breve, es notablemente mayor.
- o Funcionamiento Cognitivo del Usuario. Cuando existe alguna indicación de un daño neuropsicológico irreversible, debería ser preferible un intervención intensiva. Esto debido a que el daño cognitivo podría dificultar utilizar procedimientos de auto-manejo.
- o Etapa de cambio. La etapa en el proceso del cambio de la perspectiva del usuario ha sido considerada por la literatura como un factor importante (Prochaska y DiClemente, 1986) y el criterio más importante para decidir la intensidad de la intervención.
- o Habilidades del consejero o terapeuta. La literatura sugiere que cuando el curso del tratamiento es conducido por el personal con un alto grado de empatía es mejor para los resultados del tratamiento (Miller, 1985).

Enfocándonos en la etapa del desarrollo que es de nuestro interés: la adolescencia y siguiendo la misma línea de intervenciones que he venido describiendo a lo largo de este capítulo, recientemente, se han desarrollado diversos programas de tratamiento enfocados hacia el problema de consumo de alcohol y/o sustancias en población adolescente. Uno de los tratamientos que ha mostrado resultados positivos en la reducción del consumo de alcohol y/o sustancias ha sido precisamente el tratamiento de intervención breve, que como lo menciona Miller et al., (2001) tiene como características principales:

- La retroalimentación que se da al usuario acerca de los riesgos y perjuicios personales.
- La responsabilidad del usuario para el cambio.
- Una advertencia por parte del profesional de la salud hacia el usuario para dicho cambio.

- Alternativas de auto-ayuda para el usuario.
- Establecimiento de empatía por parte del profesional de la salud hacia el usuario.
- Auto-eficacia u optimismo por parte del usuario.
- Modalidad clínica utilizada para reducir el riesgo de daños, así como para producir cambios y efectos significativos en el comportamiento.
- Es menos costosa, muestra una favorable relación costo-beneficio; menor tiempo de tratamiento; se adecua al tipo y severidad del problema.

En el contexto de las adicciones, no es un sustituto para el cuidado de pacientes con un alto nivel de dependencia y no se puede utilizar con pacientes que presentan daños psicopatológicos severos. Dentro de este tipo de intervenciones, se encuentra la utilizada en el campo de las adicciones, la cual se fundamenta a partir, de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura. Uno de los objetivos de este tipo de intervención es incrementar el compromiso y motivación por parte del adolescente para la reducción del consumo del consumo o la abstinencia (Martínez, 2003).

2.4.2 Aprendizaje Social de Bandura.

La Teoría de Aprendizaje Social (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 diversas situaciones; b) procesos cognoscitivos: las personas van adquiriendo la información necesaria del ambiente, 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 las conductas se da a través de observar las variaciones simultáneas entre las conductas, las disposiciones biológicas y ambientales a largo tiempo. La TAS puede ser considerada una teoría interaccionista, dado que señala que los factores personales y ambientales, son interdependientes (Martínez, 2003).

La TAS explica el desarrollo y el mantenimiento de la conducta adictiva a través de los siguientes elementos (Abrahms y 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 adolescente pruebe la sustancia, este aprendizaje se da de manera indirecta, por la actitudes, expectativas y creencias que los individuos tienen acerca de las drogas, y de forma directa, por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo.
2. Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso; estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica o psicológica, de naturaleza heredada o aprendida; estos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo. La ausencia de modelos de consumo

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

3. Las experiencias directas con el alcohol u otras 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.
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 TAS, 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.
7. Existe una serie de factores que afectan el consumo de sustancias: factores sociales, situacionales e individuales, estos 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 adicta, un marcador genético o situaciones medio-ambientales específicas ni 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.

2.4.3 Modelo de Prochaska y DiClemente: La Rueda del Cambio.

Dentro de la perspectiva del Aprendizaje social, un modelo útil para entender cómo es que se da el cambio del individuo, con respecto a su consumo, es el modelo de Prochaska y DiClemente (1986), el cual explica cómo y por qué cambian las personas. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio del consumo, a continuación se muestra cuáles son esas etapas y en qué consisten:

1. Precontemplación. No hay una intención para un cambio de conducta en un futuro previsto.
2. Contemplación. Las personas están conscientes de que existe un problema y tienen que empezar a considerar vencerlo, pero aún no han tomado un curso de acción para ello.
3. Preparación. Se ha dado cuenta de que han sido inútiles sus esfuerzos en el pasado e intenta tomar cursos de acción para el futuro más inmediato.
4. Acción. El individuo modifica su conducta, experiencias y/o ambiente para vencer sus problemas.

5. Mantenimiento. El individuo trabaja para prevenir recaídas y mantener los cambios logrados en la etapa de la acción.

Estos autores (Prochaska y Diclemente, 1986) desarrollan una serie de estrategias para incrementar la disposición al cambio de los sujetos, tomando como eje directivo la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario en un programa de intervención (Martínez, 2003).

El que el individuo tome la decisión de hacer algo para cambiar su consumo y lo lleva a la acción, algunas veces no es suficiente para mantener constante el cambio, pues existen una serie de circunstancias que pueden llevarlo a consumir nuevamente, sin que esto signifique haber fracasado. En este sentido, el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt (1984), explica por qué se debe considerar este fenómeno dentro de un programa de tratamiento. La prevención de recaídas es un programa de autocontrol diseñado para enseñar a los individuos quienes están tratando de cambiar su conducta cómo anticipar el problema de las recaídas a un rompimiento o falla de la atención del individuo para cambiar o modificar su conducta problema.

Basada en los principios de la TAS; a prevención de Recaídas es un programa psicoeducacional que combina procedimientos de técnicas de habilidades conductuales con técnicas de intervención cognitiva.

Este modelo fue desarrollado como un programa de mantenimiento conductual para el uso de tratamientos de conductas adictivas (Marlatt y George, 1984).

Lo anterior nos deja ver que el hecho de que el adolescente, durante el tratamiento vuelva a consumir en la forma en que lo hacía anterior a éste, no se considera como un fracaso en el tratamiento o en sus resultados, sino que estas recaídas deben considerarse como parte del progreso del adolescente dentro del tratamiento.

Por otra parte, se ha considerado que el grado de dependencia a la sustancia, por parte del adolescente, es un determinante importante del tratamiento así como el ambiente familiar, aquel que comparte con los pares, entre otros. La información arrojada por este tipo de ambientes debería ser usada para orientar al adolescente a ingresar a un tratamiento apropiado (Winters, 1999).

3. Intervención Breve para Adolescentes.

Como ya se explicó en el capítulo anterior, este tipo de intervención ha sido desarrollado por especialistas en problemas del consumo de alcohol para después difundir esta información a otros grupo de profesionales (Heather, 1989), con la idea de que ellos puedan trabajar con esta problemática. Se considera que tanto el desempeño de las personas a cargo de llevar este tipo de tratamientos (personas calificadas, pero no especialistas en el área), como los parientes del paciente y sus amigos son elementos importantes en este tipo de estrategias. (Heather, 1989).

Un elemento que hace diferente a la Intervención Breve de los demás tratamientos para tratar el consumo de alcohol u otras sustancias, es el hecho de que la primera considera a la moderación del consumo como una meta en sí misma, sin que necesariamente se tenga que llegar al abstinencia total, es decir, es flexible en cuanto a las metas y decisiones de los usuarios.

Una herramienta muy importante para conocer los elementos de los cuales puede disponer el profesional de la salud, así como obtener información que dirija a un curso de acción o tratamiento en cuanto a la conducta problema (el consumo de alcohol o drogas); es la entrevista.

3.1 La Entrevista, definición y clasificaciones.

Una entrevista es una interacción de, al menos, dos personas. Cada participante contribuye al proceso y cada uno influye sobre las respuestas del otro. La entrevista clínica se inicia con una meta o conjunto de metas en mente. El entrevistador aborda la interacción de manera propositiva, tiene la responsabilidad de mantener el rumbo de la entrevista y avanzar hacia una meta. De esta manera se considera que una buena entrevista es aquella que se planea con cuidado, se ejecuta de manera deliberada y hábil y se orienta por completo hacia una meta (Phares y Trull, 1999).

La entrevista constituye uno de los instrumentos más sencillos pero a la vez más valiosos. Su validez y frutos dependen de la habilidad de quien los emplea, así mismo es una de las técnicas con menor costo y de fácil aplicación. Pueden prepararse de un modo amplio y flexible, bastando sólo la experiencia (Guillén, 2002).

Existen muchas variedades de entrevista; sin embargo, existen dos factores principales que las distinguen. 1) Las entrevistas difieren en cuanto a su propósito, ejemplos de este tipo de entrevista pueden ser las entrevistas de valoración, de diagnóstico, de admisión, etc. 2) el segundo factor principal que las distingue es si la entrevista es estructurada o no estructurada (con frecuencia llamada entrevista clínica). En las entrevistas estructuradas se requiere que los clínicos hagan al pie de la letra un conjunto de preguntas estandarizadas en una secuencia específica. Las entrevistas no estructuradas permiten que el clínico haga cualquier pregunta que le venga en mente, en cualquier orden (Phares y Trull, 1999). También existe otro tipo de entrevista, de acuerdo a la misma clasificación; es la entrevista mixta o semi-estructurada, que es una combinación de la

estructurada y la no estructurada. Es conveniente al inicio de la entrevista hacer algunas preguntas directas, pero conforme se desarrolla el clima propicio, se le da pauta al entrevistado, de esta forma, las intervenciones del entrevistado serán solamente para aclaraciones y utiliza las tácticas de acuerdo con el contexto situacional de la entrevista (Guillén, 2002).

Así para cualquier tratamiento de tipo terapéutico es muy importante evaluar la situación que la persona reporta como motivo de consulta, a través de la entrevista, sea la modalidad que ésta adquiera, pero con el fin de conocer y explorar las situaciones que pueden estar inmersas en el problema.

Una parte de la evaluación conlleva extraer información sobre los antecedentes de la persona, especialmente cuando están relacionados con las quejas o problemas presentes. A menudo los problemas cotidianos se precipitan y mantienen con sucesos que pueden localizarse en el historial del paciente. El proceso de obtención de este tipo de información se denomina recogida del historial, ésta se realiza durante la entrevista inicial y se denomina "entrevista de entrada", esta a su vez, se considera más informativa que terapéutica (Comier y Cormier, 2002).

El objetivo principal de la entrevista inicial consiste en recoger datos relevantes, integrarlos en un descripción con significado u formular finalmente un modelo para explicación y predicción de los problemas conductuales evaluados (Buela-Casal, et al, 1996). El estilo de la entrevista es empático, pero también puede ser directivo. Para facilitar la recogida sistemática de información se formula una hipótesis que guiará la entrevista. Este proceso empieza desde el primer contacto con el paciente.

Cualquier tipo de información proporcionada por el paciente se trata de esta manera y el proceso total de la preguntas se guían por esa información y comprobación de hipótesis. De este modo, conforme se progresa hacia una formulación amplia, se recoge la información de una manera lógica y sistemática.

3.1.1 La Entrevista Motivacional.

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 hacia 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 recrear una atmósfera positiva para el cambio (Martinez, 2003).

La incorporación de la entrevista motivacional, dentro de los programas de intervención, ha reducido la deserción y ha incrementado la participación del paciente al tratamiento sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de conducta (Bien, Miller y Tonigan, 1993).

La entrevista motivacional es una herramienta prometedora en el tratamiento de adolescentes con problema de 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, en: Martínez, 2003). 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 en el énfasis puesto en facilitar al paciente las consideraciones necesarias del efecto del uso de sustancias sobre diferentes áreas de su vida, así como 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. En ocasiones los jóvenes perciben su uso de sustancias como normativo y no problemático, y se encuentran ambivalentes acerca de cambiar su conducta. Además los adolescentes presentan una historia de consumo corta y en pocas ocasiones han experimentado consecuencias serias de salud, que al parecer incrementan la disposición al cambio en los adultos. Sin embargo, las repercusiones interpersonales y emocionales 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 (Martínez, 2003).

3.1.2 La Entrevista Conductual.

La entrevista conductual se considera parte del procedimiento de análisis conductual, la cual tiene por objetivo que la información recogida pueda proporcionar una dirección operacionalizada para el programa de modificación terapéutica (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Uno de los enfoques más representativos de la entrevista conductual es el de Stuart (1970), citado por Turkat en 1986:

El sistema de Stuart para la evaluación empieza con una identificación precisa de las conductas problema. Luego, el clínico trata de identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta, los primeros en términos de estímulos y variables, y los segundos en términos de reforzamientos y acontecimientos. Las decisiones sobre el tratamiento se basan en este tipo de análisis funcional.

De acuerdo con Buela-Casal (1996) en el enfoque analítico conductual se considera a la entrevista conductual inicial como el aspecto más importante del procedimiento clínico total. Se espera que la calidad y resultados de la entrevista sean cruciales para fomentar la motivación y la introspección del problema por parte del paciente, así como constituir un instrumento para establecer el comienzo de una constructiva relación terapéutica.

La entrevista inicial es de una importancia fundamental, ya que se trata de lograr un marco plausible, la formulación del problema, para explicar la conducta en cuestión en términos de su historia causal y de los factores que la mantienen. Así mismo, se espera que permita hacer predicciones sobre las conductas futuras, guiando el diseño de intervenciones para el tratamiento.

Otro elemento muy importante para contemplar dentro de la entrevista conductual es el análisis descriptivo, el cual se obtiene a partir del punto de vista del paciente. Busca una afirmación operacional de los problemas que se presentan. Se anima al paciente para que exprese sus puntos de vista y sus expectativas sobre el cambio terapéutico y los resultados del mismo. En esta misma línea, la pregunta sería ¿Cómo se empieza la primera entrevista? Normalmente explicando al paciente el propósito de la entrevista y discutiendo brevemente varias formas de enfocar el problema conductual. También es significativo considerar la inspección visual de la lista de problema conductuales proporciona señales sobre cómo las quejas actuales pueden relacionarse y explicarse mutuamente, examinando primero la conducta incapacitante.

Así mismo, el análisis funcional está diseñado para examinar la información recogida en el análisis descriptivo, según los principios del aprendizaje. Lo más importante de este análisis es el examen de los sistemas de respuesta, una forma de hacerlo es mediante el modelo de Lang quien ha propuesto tres sistemas relacionados: cognitivo-verbal, fisiológico-autónomo y motor conductual. Esta conceptualización nos permite estudiar la naturaleza interactiva de estos sistemas de respuesta, también son considerados otros parámetros de la conducta como intensidad, frecuencia y cantidad para conseguir una comprensión más profunda de las quejas actuales. La evaluación de las consecuencias tiene como propósito clarificar los operantes de la conducta perturbada en cuestión. Es importante identificar los factores que la mantienen y si hay un conflicto entre las consecuencias a corto y a largo plazo.

Todo lo anterior da lugar a la formulación del problema, el cual asume un papel central como lugar de interacción de datos, a partir de los cuales debe surgir toda intervención terapéutica para finalmente aplicar un método orientado al tratamiento terapéutico con el fin de modificar la(s) conducta(s) en cuestión.

Finalmente la entrevista analítica-conductual es un proceso dinámico, innovador y orientado hacia el objetivo, que implica y se apoya en cuerpos relacionados de conocimiento cuando es necesario. Implica una recogida de información y una comprobación de hipótesis de forma continua y está guiada en todo momento por los principios de la psicología experimental en general y por los principios de aprendizaje en particular (Buela-Casal, et al, 1996).

Una vez que se ha revisado información importante acerca de las bases teóricas de la entrevista, esto adquiere una particular importancia en el presente trabajo, debido a que éste se enfocará en el estudio y análisis de los datos arrojados por una entrevista inicial que es aplicada al inicio del tratamiento y la cual nos dará cuenta de las características de la población que se estudiará, a través de las diferentes áreas que abarca dicha

entrevista. A continuación se presentará una breve descripción de las bases y validez de esta entrevista.

3.2 Entrevista Inicial.

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 de manera general, 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 adicciones que aparearan los reactivos con las áreas que mide el instrumento, para ello se les proporcionó las definiciones de cada una de las áreas. El acuerdo entre jueces fue del 100%.

La relevancia de esta entrevista está en función de la información que proporciona, pues la integra a partir de 10 áreas relevantes en la vida del adolescente. De manera que nos ofrece un panorama general de la situación en la que se encuentra en usuario, a la vez que nos ofrece un buen punto de partida para iniciar el tratamiento.

3.3 Estructura del Programa para Adolescentes.

Dacla la importancia de contar con un programa que contenga los elementos suficientes para lograr una modificación de la conducta de consumo de alcohol o sustancias en la población adolescente, que si bien, por una parte ya hay un consumo, éste no es suficientemente fuerte como para canalizar a los adolescentes a un tratamiento tradicional. Surge del sub-proyecto: "Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas", el cual tiene por objetivo modificar el patrón de consumo del adolescente, así como los problemas relacionados a éste. El programa se deriva del proyecto "Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México" (Ayala, 2002) (Financiado por CONACYT 36266H), el cual plantea el estudio y abordaje al problema de las adicciones y su particular expresión en comunidades urbanas y rurales en nuestro país, a través del estudio de los factores de riesgo y protectores asociados al consumo de alcohol y drogas, del desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas y de la diseminación de los programas para instrumentarse a diversos niveles en instituciones educativas y de atención a la salud.

El "Programa Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas" tiene la siguiente estructura (Martinez, 2003):

- o *Admisión al programa.* Sesión en la que se aplican una serie de instrumentos, con el fin de recabar información acerca del consumo del adolescente. Los instrumentos utilizados son: Entrevista Inicial, Lista de Tamizaje de Indicadores de Dependencia del DSM-IV, POSIT, CIDI, SÓCRATES (escala de disposición al cambio).
- o *Evaluación.* Sesión en la que se continua explorando, a través de instrumentos, las características del consumo del adolescente, las cuales permiten decidir la el curso de acción a ejecutar. Los instrumentos que se aplican en esta sesión son: HDL (Inventario de Salud y Vida Cotidiana), Inventario de Situaciones de Consumo, Cuestionario de Confianza Situacional, Cuestionario de Percepción sobre el Rol del Adolescente y del Terapeuta al Tratamiento y el LIBARE (Línea Base Retrospectiva, del consumo de adolescente, 6 meses antes de haber ingresado al programa).
- o *Inducción al Programa.* Esta sesión tiene como objetivo sensibilizar a adolescente acerca de la importancia de asistir al programa de tratamiento. Está constituida por 4 fases que se llevan a cabo en una sesión de 90 minutos en forma individual:
 - Entrega de los resultados de la evaluación.
 - Presentación y discusión de las consecuencias relacionadas con el patrón de consumo.
 - Se le da a conocer al adolescente las características del tratamiento, a través de la presentación de éste.
 - Disposición al cambio. Se aplica el SÓCRATES, el cual permite evaluar en cuál de las 3 etapas, que mide la escala, de disposición al cambio se encuentra el sujeto.
- o *Intervención.* El procedimiento incluye: 4 sesiones de tratamiento de 90 minutos cada una en formato individual, esto a través de folletos en donde se realizan ejercicios de acuerdo al tema de cada folleto. Las 4 sesiones eran las siguientes:
 1. 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 su consumo.
 2. Sesión 2. Objetivo. Que el adolescente identifique las situaciones de consumo y planteé opciones para enfrentar esas situaciones.
 3. Sesión 3. Objetivo. Que el adolescente analice las metas de vida a corto y a largo plazo, sus expectativas y la relación del consumo de alcohol y/o drogas con el cumplimiento de dichas metas.
 4. 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.

- o Seguimiento. Esta fase consiste en 3 evaluaciones posteriores al término del tratamiento: al mes, a los 3 y a los 6 meses. Esto a través de un auto-reporte para conocer como ha sido el consumo una vez que ya no se está dentro del tratamiento.

En el caso específico del Programa para Adolescentes, se reportan los resultados de 27 usuarios que concluyeron el programa de manera satisfactoria. La evaluación se realizó a partir de los cambios en el patrón de consumo de los sujetos y otro tipo de indicadores.

Uno de los aspectos para lograr un resultado satisfactorio en este tipo de tratamiento implica un compromiso formal tanto por parte del terapeuta, y aún más, por parte del adolescente ya que es el beneficiario directo del cambio que se pueda producir a partir del trabajo terapéutico.

El tratamiento puede considerarse como el medio para evitar o cambiar las consecuencias negativas que se presentan en relación al consumo de alcohol o drogas por parte del adolescente, ya que permite darse cuenta de los riesgos e implicaciones de enfrentar dichas consecuencias (Martínez, 2000); Sin embargo, se ha observado a lo largo de diversos tratamientos, que una cantidad importante de las personas que ingresan a él, optan por abandonarlo antes del término del mismo, del 50 al 75% lo hacen (Baekeland y Lundwall, 1975) rompiendo así el compromiso de llevar a cabo de forma adecuada el tratamiento.

Al no poder consolidarse tal compromiso se originan una serie de limitaciones en el desarrollo del tratamiento que van desde una falta de interés, una inconstancia, hasta el abandono total del tratamiento también denominado como deserción.

Obviamente lo que una intervención pretende es elevar el número de casos exitosos, es decir, concluidos satisfactoriamente; pero para lograrlo también es importante conocer cuáles pueden ser los factores o variables que intervienen para que esto no suceda así; o sea los factores que hacen más vulnerable el hecho de que no se concluya un tratamiento, como era el objetivo original. De aquí la importancia de estudiar el fenómeno de la deserción, específicamente en el programa que reviste nuestro interés, con la intención de conocer las características representativas de dicho fenómeno.

4. Deserción al Tratamiento.

4.1 Aspectos Cognitivos y Motivacionales en Conductas de Salud

Es conveniente que antes de profundizar en lo que reporta la literatura acerca de la deserción a tratamientos para conductas adictivas; se revise, de manera general, cuáles son las creencias que las personas tienen con respecto a realizar conductas en pro de su salud, en donde el abandono al tratamiento sería justamente la conducta opuesta, pues obstaculiza que se genere un cambio en beneficio de su salud.

En este sentido, el Modelo de Creencias de Salud (Becker y Rosenstock, 1984) menciona que existen una serie de factores que influyen en cómo las personas perciben la amenaza de enfermedad o daño hacia ellas:

- Percepción de la seriedad del problema de salud. Entre más serio consideren las personas el problema es más probable que tomen acciones preventivas.
- Percepción de la susceptibilidad del problema de salud. Mientras más vulnerable se perciba la persona, será más probable de tomar acciones preventivas.
- Señales de acción. La gente que permanece alerta a sus problemas de salud es más probable que actúe de manera preventiva.

Además, la percepción de amenaza de enfermedad o daño asociada con la evaluación de los costos y los beneficios, determinan la probabilidad de acciones preventivas. En el caso del consumo de sustancias, es común que la gente evalúe su consumo como peligroso, a partir de ciertas consecuencias negativas derivadas de él, mientras que en ausencia de éstas muy probablemente permanezcan consumiendo de la misma manera, sin realizar acciones que propicien un cambio en dicho consumo.

Las personas que no perciben una amenaza o evalúan que los costos de un cambio son mayores, son menos probables de asistir a revisiones médicas periódicas (Sarafino, 1990).

Las creencias de las personas, tienen un rol muy importante en la percepción de los riesgos de su salud, y dichas creencias no siempre son lógicas. Backer y Rosenstock (1984) mencionan que las personas quienes practican conductas que protegen su salud tienden a sentirse más susceptibles y se relacionan más fácilmente con problemas de salud. Por otro lado, algunos estudios (Sarafino, 1990), han encontrado que cuando las personas han tenido experiencias previas relacionadas con conductas de salud, ya sea a favor o en contra, tales como hacer ejercicio (para el primer caso) o el uso de alcohol o drogas (segundo caso); estas experiencias son un fuerte predictor de prácticas futuras de dichas conductas.

Así mismo, las personas no siempre toman decisiones con respecto a sus conductas de salud de manera racional. En este sentido, la Teoría de Conflicto (Janis, 1984; Janis y Mann, 1977) describe una serie de etapas que las personas pueden utilizar para tomar decisiones importantes (ingresar a un tratamiento que mejore el estado de salud y permanecer en él o abandonarlo):

1. Evaluación del cambio. Las personas se preguntan si el hecho de no cambiar generará grandes riesgos. Si la respuesta es no, la conducta permanecerá igual y el proceso de toma de decisión habrá terminado, pero si la respuesta es sí, se procede a la siguiente etapa.
2. Explorando Alternativas. Una vez que se ha decidido hacer un cambio en alguna conducta (P.E. dejar de consumir alcohol o drogas), el individuo comienza a buscar posibles alternativas que le permitan lograr el cambio.
3. Evaluando las alternativas. Esta etapa consiste en decidir cuál de las alternativas con las que cuenta la persona es la mejor.
4. Pensando en el Compromiso. Se refiere a que la persona sea conciente que el cambio implica un compromiso y se haga responsable de cumplirlo.

Esta teoría propone que las decisiones importantes producen estrés y provocan que la persona entre en conflicto acerca de que hacer o cómo actuar en esa situación; dicho estrés frecuentemente es la principal causa de que se cometan errores al decidir la acción a ejecutar. Además, la manera en cómo las personas afronten este tipo de situaciones complejas depende de su percepción acerca de la presencia o ausencia de tres factores: riesgos, expectativas y el transcurso del tiempo; a su vez estos tres factores producen 4 patrones de afrontamiento:

1. Permanencia de la conducta o situación. Las personas quienes no perciben riesgo importantes de su conducta tenderán a continuar con ella permaneciendo en un status quo, ya que solo genera un nivel bajo de estrés.
2. Cambios que no Generan Conflicto. Las personas que perciben grandes riesgos en su conducta problema y bajos riesgos en las alternativas para cambiar, aunque el estrés sigue siendo bajo, ellas tenderán a adoptar una conducta alternativa.
3. Conducta Evitativa. Cuando las personas perciben los mismos riesgos en cuanto a mantener la misma conducta o cambiarla, el nivel de estrés es muy alto, por lo que tratan de evitar enfrentarse con la situación; a través de responsabilizar a alguien más o negándose.
4. Vigilancia. Las personas que perciben grandes riesgo en todas las alternativas que han considerado, pero creen que pueden encontrar una mejor alternativa, tienden a buscarla a través de elecciones racionales.

Los dos primeros patrones de afrontamiento muchas veces surgen cuando las personas tienen una escasa motivación, así como cuando fallan al considerar los riesgos potenciales que existen en la acción.

Ahora bien, cuando una persona finalmente decide ingresar a un tratamiento, ya sea de tipo médico o terapéutico, existen dos posibilidades: que permanezca en él, o lo abandone antes de que éste sea concluido. Al respecto, Sarafino (1990) habla acerca de la adherencia al tratamiento para referirse al grado con el que el paciente lleva a cabo las indicaciones que el profesional de la salud le prescribió.

La adherencia implica cambios en el estilo de vida y en los hábitos de las personas, tales como cambiar la dieta alimenticia, hacer ejercicio, dejar de fumar o consumir alcohol, etc. Sin embargo se ha visto que aquellos pacientes que tiene que hacer este tipo de cambios, son menos probables a adherirse a las recomendaciones médicas que aquellos quienes sólo requieren tomar medicamentos.

¿Existen características que hagan más probable que una persona se adhiera al tratamiento? DiMatteo y DiNincola (1982) mencionan que los rasgos de personalidad no intervienen, ni influyen en cuanto a que una persona se adhiera al tratamiento o no. Sin embargo, Amaral (1985) señala que los adolescentes pueden ser menos probables de completar un tratamiento a largo plazo, a diferencia de grupos de edades mayores.

Las personas que no siente su problema de salud como una amenaza o evalúan que los costos del tratamiento son mayores que los beneficios son menos probables de completarlo (Sarafino, 1990).

El abandono a un tratamiento de cualquier tipo implica una serie de costos y pérdidas, para el paciente, para el terapeuta, para la institución y hasta para el tratamiento mismo, ya que no se le da un aprovechamiento adecuado a los recursos y esfuerzos invertidos por alguna o todas de estas partes. Sin embargo y a pesar de que existen esta serie de desventajas, por mencionar solo algunas, el número de personas que deciden abandonar el tratamiento por diversas razones, sigue siendo considerable, situación que nos lleva a preguntarnos ¿qué es lo que puede estar sucediendo al respecto?

Este problema es especialmente típico en las instituciones de salud mental, donde cerca del 40% de los pacientes dan por terminado el tratamiento después de sólo 1 o dos visitas (Ciarlo, 1979, en: Pekarik, 1983). Así mismo Acosta (1980) y Garfield (1963) en dos estudios diferentes encontraron que algunas de las razones más comunes que daban los pacientes que abandonaron un tratamiento eran el considerar un ambiente que los restringía, insatisfacción con el servicio y el no percibir un mejoramiento.

La literatura menciona algunas de las razones más comunes por las que los pacientes abandonan o desertan del tratamiento. En un estudio con una muestra de 103 participantes, Pekarik (1983) encontró que el 37% de los pacientes mencionó "no necesitar el servicio", el 17% de los pacientes estaban a disgusto con el servicio proporcionado, el 9% no tenía una preferencia específica por el tratamiento, el 9% tenía problemas de transportación para recibir el servicio, el 4% tenía problemas económicos y de falta de tiempo y finalmente, el 2% el clínico había sido el que había abandonado el tratamiento, hospitalización del paciente debido a algún problema médico o ausencias prolongadas por la realización de algún viaje.

Por lo mismo se han realizado una serie de estudios en donde se analizan variables que podrían estar relacionadas con la deserción al tratamiento, de las cuales hablaremos más adelante. Sin embargo es muy importante considerar qué es lo que lo expertos en el tema dicen al respecto, pues existen ciertas discrepancias en cuanto a la definición de deserción, ya que muchos autores la consideran en términos del tiempo del tratamiento, mientras que para otros está más en función de los resultados obtenidos en el tiempo

del mismo, en donde no importa cuánto tiempo haya permanecido el paciente en él, mientras los resultados hayan sido satisfactorios.

Por ello es que a continuación se darán las principales definiciones de deserción al tratamiento.

4.2 Definición de Deserción.

Algunos investigadores han propuesto que la inconsistencia en la literatura de la deserción al tratamiento, podría deberse a la manera en que ha sido definida (Pekarik, 1985). Baekeland y Lundwall (1975) reportaron que la mayoría de estudios que revisaron definían a la deserción en términos de la duración al tratamiento, posición que a su vez presenta un par de problemas: 1) diferentes investigadores emplean diferentes números de visitas como criterio para categorizar al paciente como desertor; y 2) la duración no está directamente relacionada con el estado de desertor, es decir, el tiempo de tratamiento no es un indicador universal de la mejoría lograda en el paciente. El concepto de deserción asume la terminación unilateral por parte del paciente o bien la terminación del tratamiento sin haberle avisado al terapeuta.

De esta manera, Baekeland y Lundwall (1975) mencionan tres tipos de pacientes que pueden encontrarse bajo el rubro o clasificación de desertores:

- Aquellos pacientes quienes no regresan al tratamiento.
- Aquellos pacientes quienes se rehúsan a regresar al mismo.
- El paciente que es expulsado del tratamiento por falta de cooperación al programa y una pobre respuesta al tratamiento.

En este sentido es importante distinguir a un paciente desertor de un paciente terminador prematuro, ya que se están hablando de dos situaciones diferentes; la primera considera una decisión unilateral por parte del paciente de abandonar el tratamiento, y la segunda implica considerar características distintas que contribuyen a una corta duración del tratamiento, por ejemplo un menor número de síntomas relacionados con el padecimiento del paciente, por mencionar sólo alguno (Pekarik, 1985). Sin embargo, el interés del presente estudio se centrará solo en la primera situación: la deserción al tratamiento, pero se creyó conveniente hacer esta aclaración. Asimismo un paciente quien ha desertado a un tratamiento previamente, es mucho más probable que lo vuelva a hacer al ser admitido en uno nuevo a diferencia de alguien quien lo solicita por primera vez (Baekeland y Lundwall 1975).

Además Baekeland y Lundwall (1975) formulan la siguiente clasificación de desertores a un tratamiento:

- *Desertor Inmediato*. Abandono al tratamiento después de una visita.
- *Desertor Rápido*. Abandono al tratamiento después de un mes.
- *Desertor Tardío*. Abandono al tratamiento entre los 2 y 6 meses de asistencia al tratamiento.

En el caso particular de este estudio decidimos considerar como desertores al tratamiento a aquellos usuarios que no regresaron al programa después de su primer visita y que de acuerdo al criterio del terapeuta debían recibir el tratamiento por la naturaleza de su caso, ya que en esta primer visita se les realizaba una evaluación, a partir de algunos instrumentos, para determinar el tipo de atención que debían recibir. El usuario al no asistir sin previo aviso a la siguiente cita que le fue asignada para continuar con la evaluación o en su defecto con la iniciación o continuación del tratamiento, además de habersele contactado un par de veces más y no acudir a dichos llamados, se consideró desertor al mismo.

4.3 La Deserción en el Campo de las Adicciones.

De acuerdo con Stark (1993) la deserción en tratamientos para el uso o abuso de sustancias suele ser una fuente de frustración para el profesional de la salud y constituye uno de los mayores gastos para las instituciones que proporcionan el tratamiento, además que los resultados obtenidos suelen ser inferiores en comparación con aquellos usuarios que lo completan, pues éstos son más probables de estar libres de drogas, tener menor número de recaídas, así como un menor porcentaje de desempleo o arrestos a diferencia de los usuarios que desertan (Siqueland et al., 1998). De igual manera, se ha establecido una asociación entre la deserción al tratamiento y resultados negativos del mismo (Stark 1993).

Debido a que la motivación se considera un componente crítico de la disponibilidad de la persona para participar en intervenciones que tienen como objetivo el cambio de su conducta problema, que este caso es el consumo de alcohol, Ryan, Plant y O'Malley (1995) mencionan a la escasez de motivación como una de las razones más frecuentemente citadas por los pacientes para desertar, fallar, recaer o tener resultados negativos en el tratamiento para abuso de sustancias.

4.3.1 Prevalencia.

Se ha observado que el número de personas que desertan a un tratamiento para el consumo de alcohol es mayor que el de las personas que lo completan de manera satisfactoria, Baekelland y Lundwall (1975) encontraron lo siguiente en usuarios adictos a la heroína: a) del 26 al 68% fueron dados de alta, del 23 al 39% estaban en programas de desintoxicación, b) cerca del 80% desertaron dentro de los primeros tres meses de tratamiento. También se determinó que del 52 al 75% de los usuarios de alcohol desertaron en la cuarta sesión.

Saucedo, Cortés, Salinas y Berlanga (1997) señalan que la inasistencia a tratamientos de salud genera grandes problemas ya que interrumpe el tratamiento del paciente, produciendo serias consecuencias adversas tanto de tipo médico, como psicológico; así mismo, incrementa los costos de operación y genera el aumento excesivo en el tiempo de consulta. Se calcula que la tasa de inasistencia a una consulta en las instituciones de salud en diversos países, es del 12 al 60%.

Gainey (1993), revisó 6 estudios de pacientes con dependencia a la cocaína y reportó del 55 al 74% de todos los pacientes quienes iniciaron el tratamiento desertaron antes de la quinta sesión.

Sayre Schmitz, Stotts, Averill, Rhoades y Grabowski (2002) mencionan que el porcentaje de personas que abandonan un tratamiento para abuso de sustancias es del 55%, por lo cual es de gran importancia estudiar las variables que ayuden a predecir quienes desertaran a un tratamiento y quienes podrán permanecer en él, así estos esfuerzos se pueden utilizar para lograr la retención de los pacientes, además de lograr un mejoramiento en los resultados obtenidos.

Finalmente Fiester y Rudestam (1975) encontraron que entre el 37 y el 45% de pacientes adultos que asistían a algún tratamiento de salud, lo dieron por terminado después de la primera o la segunda sesión. La deserción a los tratamientos de abuso de sustancias es aún mayor, cerca del 50% de usuarios adictos a la heroína desertaron dentro de las tres primeras semanas de tratamiento y entre el 52 y el 75% de usuarios de alcohol desertaron en la cuarta visita al tratamiento.

Todos los datos anteriores son extraídos de estudios realizados en poblaciones de personas adultas o en edad productiva, en donde el consumo puede estar más establecido en el repertorio conductual de la persona. Sin embargo, existe una población, que actualmente esta creciendo de manera alarmante en el uso y abuso de alcohol y otras sustancias: los adolescentes.

4.4 La Deserción en Población Adolescente.

Frecuentemente los niños y adolescentes que reciben tratamiento de tipo terapéutico son tratados de manera homogénea, es decir, no existe o es mínimo el reconocimiento de los cambios en su desarrollo y los diferentes niveles en los cuales transcurre la adolescencia y la adultez joven, lo que hace probable que la participación al tratamiento se vea afectada (Baruch et al., 1998).

En un estudio realizado por Pina, Silverman, Weems, Kurtines y Goldman (2003) con una muestra de 137 niños y adolescentes que participaron en un programa de tipo cognitivo conductual, encontraron que el porcentaje de pacientes que desertaron a dicho tratamiento fue del 22.6% y el 74.4% lograron terminar el tratamiento, pero no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a variables de tipo sociodemográfico, como edad, sexo, raza, ingresos de los padres etc.

Sin embargo, no se ha definido un perfil claro de los tipos de niños y adolescentes que podrían desertar al tratamiento y las condiciones bajo las cuales eso podría suceder (Armbuster y Kazdin, 1994).

En el caso de los adolescentes, se espera que cuando éste es quien decide asistir al tratamiento es más probable que le sea atractivo, ya que el adolescente se encuentra motivado para ingresar en él, y parte de esta decisión muchas veces depende también de padres, maestros, hasta policías (Baruch, Gerber y Fearon, 1998).

Además García y Weiz (2002) consideran que cuando los niños ingresan a un programa de tipo terapéutico y lo abandonan por una variedad de razones, los padres son un factor clave para esta decisión, igualmente consideran a la relación terapéutica como más importante que incluso el tipo de técnicas utilizadas dentro del tratamiento, lo cual coloca a ésta última como parte importante en la decisión de abandonar el tratamiento.

Con respecto a los estudios realizados en población adolescente en cuanto a tratamientos para el consumo de alcohol y otras sustancias, Blood y Cornwall (1994) menciona que existen pocos estudios publicados que examinen específicamente variables que predigan la terminación del tratamiento por parte de los adolescentes. En este mismo estudio se menciona que el uso de diversas drogas ha sido relacionado con un fracaso para completar el tratamiento (Rush, 1979, en: Blood 1994) y a la marihuana como droga principal asociada a la deserción al tratamiento para abuso de sustancias.

Feigelman (1987) reportó que los adolescentes que se describían con una depresión moderada a severa, eran menos probables de completar el tratamiento que aquellos sin sintomatología depresiva. Sin embargo, Friedman y Glickman (1987) reportaron evidencia que sugiere que el tratamiento podría ser más efectivo con los adolescentes que reportan mayores dificultades psiquiátricas que para aquellos que presentan una mínima sintomatología.

En cuanto a las variables socio-ambientales, se ha encontrado que a mayor número de antecedentes criminales por parte de los adolescentes, habrá una menor probabilidad de que éstos terminen el tratamiento (Friedman 1986). Además menciona que un estatus socioeconómico alto, una disciplina equilibrada por ambos padres y la identificación con algún grupo religioso son factores relacionados positivamente con la terminación de los adolescentes al programa de tratamiento.

Por otro lado, en un estudio realizado por Blood y Cornwall (1994), el cual estudiaba las variables que podían predecir la terminación al tratamiento de uso de sustancias para adolescentes entre 13 y 20 años de edad, encontraron que existían ciertas circunstancias en la vida de los adolescentes que podían dificultar su permanencia en el tratamiento; entre los datos más relevante se encuentran: que sólo el 30% de los adolescentes vivían con ambos padres, el 58% vivía con al menos uno de los dos padres quienes tenía problemas con el uso de sustancias, el 74% de los adolescentes había repetido un o más grados escolares, el 69% estuvo involucrado en algún problema legal y finalmente el 94% de los adolescentes ya habían recibido tratamiento en otras instituciones, como clínicas de salud mental u hospitales. Dentro de este estudio, el 42% de los adolescentes desertaron la tratamiento.

Esta situación nos deja claro la necesidad de estudiar aquellas variables, tanto del paciente como del terapeuta y del programa de tratamiento que puedan estar interviniendo en que el fenómeno de deserción tenga lugar, y sobre todo en una situación tan específica como lo es el consumo de alcohol o sustancias en la población adolescente, ya que como lo hemos venido mencionando la cantidad de casos al respecto cada vez es más grande.

En cuanto a los usuarios que han sido atendidos dentro del programa para adolescentes, cabe aclarar que su forma de ingreso ha sido en su mayoría mediante la canalización de las autoridades de la escuela a la que asisten, cuando los adolescentes son sorprendidos consumiendo dentro de la escuela, o en su defecto llegan al centro de atención acompañados por algún familiar, principalmente por sus padres, quienes reportan ya alguna consecuencia negativa derivada del consumo. Por lo tanto es mayor la proporción de usuarios que llegan al programa de manera obligatoria que de manera voluntaria.

4.5 Variables que intervienen en la Deserción al Tratamiento.

4.5.1 Variables del Paciente.

Debido a la importancia de una deserción prematura para el tratamiento de abuso de sustancias, se han realizado una serie de estudios que consideran factores y variables asociados con este fenómeno. Dentro de estas variables mencionadas se encuentran las de tipo demográfico, historia de tratamiento, síntomas psiquiátricos y severidad del uso de la droga. Sin embargo aún existen algunos desacuerdos en cuanto a la generalización de esta evidencia (Sayre et al., 2002).

Por otro lado Siqueland (1998) menciona que la edad, la raza, el estado civil así como la historia de consumo no está relacionado con la tasa de deserción a un tratamiento para uso de sustancias, no siendo así para aquellos que presenten un mayor número de síntomas psiquiátricos (especialmente ansiedad y depresión) así como mayor número de tratamientos previos, además el desorden de personalidad antisocial ha sido asociado con un mayor porcentaje de deserción a tratamientos para el uso de sustancias.

4.5.1.1 Edad.

Baekeland y Lundwall (1975) señalan que una edad menor está moderadamente relacionada con la deserción, ya que el ser más joven puede estar asociado con un mayor desplazamiento geográfico, lo que dificulta establecer un núcleo familiar o cierta estabilidad para poder hacer los esfuerzos necesarios para asistir al tratamiento.

Szapocznick y Ladner (1977) encontraron que los pacientes de mayor edad tienden a permanecer en el tratamiento, mientras que Babst, Chambers y Wener (1971) no encontraron ninguna relación entre ser más joven y desertar o ser más grande y permanecer en el tratamiento. En general, muchos estudios han reportado que una menor edad está asociada con un mayor porcentaje de deserción en tratamientos para el uso de sustancias.

En un de estudio de Baruch et al., (2002) con 134 adolescentes y jóvenes menores de 25 años, que asistían a un centro de psicoterapia, encontraron que el 41% fueron desertores. Sin embargo, aquellos que lograron completar su tratamiento fueron más jóvenes o de menor edad que quienes desertaron.

En el estudio de Blood y Cornwall (1994) con adolescentes que asistían a un tratamiento para uso de sustancias, no encontraron diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas de edad, lugar de residencia (urbana o rural), número de grados repetidos en la escuela, historia familiar de abuso de sustancias, tipos de tratamientos previos (en caso de que los haya habido) y la persona con la que vivían; esto al comparar 2 grupos de adolescentes: adolescentes que asistieron al tratamiento y lo terminaron, y aquellos quienes desertaron al mismo. Lo cual indica en este estudio que estas variables no se pueden considerar como predictoras para el término exitoso del tratamiento.

4.5.1.2 Género.

Baekeland y Lundwall (1975) encontraron que el género está relacionado con la deserción a un tratamiento, en 13 de 29 estudios (44.8%) se concluyó que las mujeres fueron más probables de abandonar el tratamiento que los hombres. Sin embargo, estos mismos autores comentan que el género no parece ser un predictor importante de continuar en el tratamiento. Así mismo, Stark (1998) señala que cuando hay una interacción entre género, deserción y otras variables, los resultados muestran pocas relaciones significativas que sugieren que el género no es un factor poderoso en la permanencia al tratamiento.

Aunque Stark (1998) encontró en su estudio que los hombres son más probables que las mujeres de desertar a un tratamiento, otros estudios como el de Sayre (2002) no han encontrado que el género sea un predictor significativo en los resultados del tratamiento.

4.5.1.3 Factores Sociales

Dentro de esta categoría se considera tanto el desajuste social, la estabilidad social y el estado socioeconómico (representado por el nivel educativo y la ocupación actual), aspectos que por su naturaleza se sobrelapan y debido a ello se consideran dentro de un solo factor. Baekeland y Lundwall (1975), mencionan que el desajuste social del paciente fue asociado con los resultados del tratamiento. En 20 de 41 estudios se encontró que una menor estabilidad social de los pacientes puede causar una terminación prematura al tratamiento y finalmente el estado socioeconómico fue relacionado en 35 de 57 estudios con la deserción.

Feigelman (1987), realizó un estudio para conocer algunas variables que intervenían en el completamiento de un tratamiento para el consumo múltiple de sustancias en adolescentes, encontró que la tasa de terminación fue de 33% si ambos padres estaban involucrados en el proceso de tratamiento, el 10% si sólo el padre estaba involucrado, 5% si sólo la madre era la única involucrada y 0% si ninguno de los dos padres estaban involucrados. Dentro de este mismo estudio encontró que el 50% de los adolescentes completaron el tratamiento cuando los padres describen una participación mutua en la disciplina de su hijo, además menciona que problemas de salud mental en la madre, están relacionados con la tasa de deserción en los hijos.

Estos datos implican que el apoyo de la familia, así como un bienestar de la misma ayudará a que el paciente se mantenga en el tratamiento, sobre todo si éste es adolescente. Sin embargo, la influencia socio-familiar también puede ser negativa, ya que de los pacientes del estudio que tenían hermanos mayores sólo el 6% completó el tratamiento, a diferencia del 17% de aquellos que no tenían hermanos mayores.

Blood y Cornwall (1994) mencionan que los adolescentes con mayores problemas de conducta externos e internos, reportan sus relaciones familiares como angustiantes, mientras que las relaciones con sus pares o amigos estaban generalmente dentro de un rango normal. Lo cual podría estar vinculado con una mayor y mejor identificación del adolescente con su grupo de amigos más que en su entorno familiar, de ahí la influencia de los primeros sobre el adolescente y la realización de conductas de éste más por imitación que por convicción. Igualmente se encontró que la relación con los pares fue un predictor significativo para que el adolescente completara el tratamiento, sugiriendo que aquellos que tienen mayores problemas en sus relaciones con los pares tienen, a su vez, una mayor probabilidad de completar el tratamiento.

En un estudio realizado por Sayre et al., (2002) con pacientes ambulatorios usuarios de cocaína, encontraron que el factor social es un predictor de la deserción a un tratamiento para dicho consumo, es decir, un pobre funcionamiento social está asociado al abandono al tratamiento.

El estado civil parece jugar un rol importante en el establecimiento de relaciones funcionales. Así, se observó que aquellos usuarios que contaban con relaciones estables, ya sea de empleo o estaban involucrados en algún movimiento organizacional tenían un mejor ambiente social y por lo tanto, también era más probable que permanecieran dentro del tratamiento.

Además el nivel de educación es otro factor de importancia para la terminación al tratamiento. Los usuarios que completaron el programa tuvieron más años de escuela que aquellos que desertaron al tratamiento, lo cual es consistente con la idea de que a menos años de educación escolar existe una tasa más alta de deserción, esto probablemente esté vinculado con una dificultad por parte del usuario para completar las evaluaciones, expresarse en la terapia o sentimientos de inferioridad.

4.5.1.4 Nivel Socioeconómico

Baekeland y Lundwall (1975) encontraron que a aquellas personas que pertenecían a un medio socio-económico más bajo correlacionaban positivamente con la deserción. Por su parte, Feigelman (1987) encontró que la ocupación de padres de adolescentes en tratamiento fue relacionado con la retención o mantenimiento al mismo, menciona que el 22% de estos pacientes quienes sus padres tenían trabajos como gerentes, profesionistas o propietarios de algún negocio completaron el tratamiento a diferencia del 9% de aquellos pacientes cuyos padres tenían una ocupación inferior.

Garfield (1986) señala que en un tratamiento para el abuso de sustancias el nivel de educación o el nivel de inteligencia no se relacionan con la deserción.

4.5.1.5 Historia de tratamientos previos.

De acuerdo con Stark (1993), los efectos de la historia de tratamientos previos para el abuso de sustancias es, a menudo, confundido con la edad y la severidad del uso de la sustancia. Se considera que los pacientes con mayor edad han tenido una mayor oportunidad de tratamientos y como consecuencia una historia más larga de severidad a la sustancia. Sin embargo, algunos clínicos creen que la deserción al tratamiento se debe a que el paciente no está listo para el cambio, lo cual indica que es importante que el clínico complete la primera cita o el primer contacto con el paciente, de manera que haga más probable una segunda visita en un intento activo para prevenir una deserción temprana en la historia de tratamiento del paciente.

En el estudio de Sayre et al., (2002) se encontró que aquellos usuarios con una historia de consumo más prolongada de las sustancias, eran más probables de permanecer en el tratamiento. Sin embargo se menciona que el número de tratamientos previos al actual, es un fuerte predictor de deserción, aunque existen ciertas diferencias al respecto.

En cuanto a las mediciones realizadas a los adolescentes consumidores de sustancias antes del tratamiento, Blood y Cornwall (1994) mencionan que aquellos quienes tienen un uso más problemático de alcohol, así como un uso reciente de otras drogas tales como alcohol, cannabis y tabaco fueron más probables de completar el tratamiento que aquellos adolescentes quienes reportaron un uso menos frecuente de las mismas sustancias. Esto podría deberse, comentan ellos, a que aquellos adolescentes quienes reportan un mayor uso de drogas, y como consecuencia un impacto problemático de éstas en sus vidas, es más probable que completen un programa de tratamiento intensivo que aquellos adolescentes quienes reportan menores dificultades con el alcohol y un uso menor de sustancias.

4.5.1.6. Motivación y Expectativas del Paciente.

Miller (1985) señala que los clínicos comúnmente atribuyen los problemas en los tratamientos para el consumo de alcohol a la escasez de motivación por parte del paciente y confieren una baja motivación a éste, auto-cumpléndose la profecía de un bajo mejoramiento. Miller indica que la negación, la cual muchas veces parece ser la interferencia clave para la motivación del paciente, no puede predecir los resultados del tratamiento.

Garfield (1986) menciona que la discrepancia de expectativas entre el terapeuta y el paciente se relaciona con una terminación prematura en psicoterapia.

La confusión o incertidumbre por parte del paciente acerca de la naturaleza del tratamiento puede ser una fuente de terminación prematura al mismo, así como el no contar con expectativas claras acerca del mismo. Zweben y Li (1981) encontraron que el 39% de sus pacientes en tratamiento con una alta discrepancia asistieron a sólo 4 sesiones del tratamiento, mientras que el 58.3% con una baja discrepancia permanecieron hasta el término de su tratamiento. En los tratamientos para abuso de sustancias, algunas de las razones que dan los pacientes para dar por terminado su

tratamiento son problemas financieros que a su vez generan problemas para acudir a sus citas, o mencionan estar a disgusto ya sea con la terapia o con el terapeuta.

Al estudiar este fenómeno (Velásquez, 2000) encontró que uno de los componentes más importantes, con los que debe de contar un paciente, es tener una buena disposición en el intento para cambiar su consumo, ya que de ésta motivación, dependerá que un paciente se mantenga en tratamiento, se fije metas a largo plazo, y que tenga una participación activa dentro del tratamiento.

Existen algunas causas que provocan, en ocasiones que el paciente no se apegue al tratamiento, y por tanto, decida abandonarlo, según Velásquez, (2000), estas causas pueden ser:

- Que la persona no entiende o comprende lo que el profesional de la salud le dice, o porque desconfían de sus actitudes y razonamientos.
- Que el paciente, al sentirse mejor o haber observado mejorías en la problemática, considere que ya no es necesario continuar con el programa de tratamiento.
- Las expectativas del usuario no son cubiertas.
- Dificultades para cubrir los costos del tratamiento.
- Diversas problemáticas como las familiares o las laborales.
- Una pobre relación profesional de la salud-paciente

Por su parte, el terapeuta atribuye las fallas del paciente al tratamiento a una disposición negativa como puede ser: deshonestidad, resistencia, negación y falta de disponibilidad al tratamiento (Craig, 1985).

Una diferencia importante entre el paciente consumidor de sustancias y el resto de los pacientes, es que el primero supone que la solución a su problema o su mejoramiento se dará en un periodo más corto de tiempo, lo cual es menos probable que suceda en comparación con otras atribuciones.

Stark (1993) llega a una serie de conclusiones con respecto a las expectativas del paciente hacia el tratamiento, éstas son:

1. Las expectativas del paciente son mejores indicadores que el número de sesiones actuales, las cuales son menores para el paciente de las que el terapeuta estima, quiere.
2. Los pacientes tienden a permanecer en el tratamiento si ellos ven que sus problemas con el uso de sustancias es más serio, además de tener expectativas de mejoramiento.
3. Los pacientes y terapeutas difieren en su comprensión de por qué los pacientes desertan al tratamiento. Los pacientes mencionan como razones su disgusto, ya sea por el tratamiento o por el terapeuta y éstos, a su vez, mencionan la disposición negativa, que puede estar representada por escasa motivación o indisponibilidad al tratamiento.

Friedman y Glickman (1987) proponen que los adolescentes quienes se auto-evalúan y estén dispuestos a revelar sus pensamientos y sentimientos que les generan problemas, es más probable que estén dispuestos y motivados para el tratamiento. Además, para aquellos adolescentes que han experimentado angustia, ésta podría ser un motivador para ingresar al tratamiento, involucrarse en él y concluirlo exitosamente.

4.5.2 Variables del Tratamiento.

La mayoría de los estudios de deserción, se enfocan mayormente en analizar las posibles variables o factores que intervienen en dicho fenómeno, pero estas variables son más de tipo sociodemográfico o centradas únicamente en el paciente. Pocas veces estos estudios exploran variables relacionadas al terapeuta o al programa de tratamiento mismo, pero no por ello estos dos aspectos dejan de ser igual de importantes y relevantes para el estudio del tema. Es por ello que en este apartado se mencionarán algunas investigaciones que lo han hecho de esta manera.

García y Weisz (2002) reportaron los resultados de una investigación para conocer los problemas en la relación terapéutica y otras razones que 344 adolescentes dieron para abandonar un tratamiento de salud mental. En este estudio se identificaron 6 factores que agrupaban los problemas que tanto los adolescentes como sus padres habían identificado en la relación terapéutica de la cual eran parte.

Los factores eran: 1) Problemas de la relación terapéutica, 2) La familia y problemas con la práctica clínica, 3) El escenario y problemas con las citas, 3) Tiempo y esfuerzos, 5) No necesidad del tratamiento y 6) Problemas económicos. De estos seis factores, sólo 2 pudieron predecir la deserción al tratamiento y fueron: Problemas en la relación terapéutica con afirmaciones como "el terapeuta no parece estar haciendo las cosas correctamente", "el terapeuta parece no entender o falla al explicar a los padres el tratamiento de forma clara" o "simplemente ni al adolescente ni a sus padres les agrada el terapeuta" y el factor de los problemas económicos. Los otros 4 factores restantes fueron el Rol de la Familia y Problemas Clínicos (algún miembro enfermo, problemas de transportación), Problemas con el escenario y las citas, en donde el primero parecía como inapropiado y las segundas eran en horarios inconvenientes, con respecto al factor tiempo y esfuerzo, el problema era el largo tiempo de trayecto empleado y finalmente se encontraba la no necesidad de tratamiento.

Estos autores concluyen que el estudio de la deserción a un tratamiento en los contextos de la práctica clínica podría reflejar la escasez de alguna precisión metodológica que es posible en las investigaciones clínicas. Sin embargo, esto ofrece una mayor validez externa, ya que se acerca más a las necesidades de un mundo real, a diferencia de cuando sólo existe en un protocolo de investigación.

En esta misma línea de investigación, Pina et al., (2003) encontraron en un estudio realizado con una muestra de 137 niños y adolescentes entre 6 y 16 años, que asistían a un tratamiento de tipo cognitivo conductual que una de las principales razones por las que abandonaron el tratamiento fue que, principalmente los padres, consideraban que existían ciertos obstáculos o problemas en el tratamiento; como la relación con el

terapeuta, el tiempo y esfuerzos invertidos en él y problemas de tipo económico. Sin embargo sugieren que tal vez el hecho de contar con una terapia en la cual exista un tiempo limitado, directrices en cuanto al manejo de la misma, es decir, actividades específicas prescritas por el terapeuta; esté asociado a un menor porcentaje de deserción por parte de los pacientes al programa de tratamiento.

En otro estudio, Baruch et al., (1998) encontraron que la aproximación terapéutica en la que esté basado el programa de tratamiento juega un rol significativo en la continuación de la terapia, sobre todo al comparar a la población de adolescentes desertores con aquellos que la continuaron. Los adolescentes son más probables de continuar en el tratamiento con una aproximación de apoyo que con una aproximación interpretativa. Estos autores sugieren que esto puede deberse a que la terapia de apoyo está enfocada a ayudar a los adolescente a entender la naturaleza del escenario terapéutico y a desarrollar ciertas capacidades cognitivas para reconocer e identificar el significado de sus sentimientos y cómo éstos se relacionan con sus acciones. Esto confirma la amplia impresión clínica de que los pacientes con desórdenes de conducta son difíciles de permanecer en el tratamiento y subraya la necesidad de investigar técnicas que hagan que dichos pacientes permanezcan en el tratamiento

4.5.2.1 Retención al tratamiento.

Chafetz (1970) en una serie de estudios que realizó muestra que la permanencia al tratamiento inmediata y a largo plazo podría ser dramáticamente mejorada por: a) dar la bienvenida a los pacientes y tratarlos con respeto durante el contacto inicial, b) reducir el tiempo de espera e incrementar el contacto directo con el paciente, c) tratar temas concretos con el paciente y d) hacer visitas a domicilio.

Al respecto, Craig (1985) propone que una vez que el paciente es admitido al tratamiento, éste deberá recibir el beneficio de procedimientos que reduzcan la deserción al tratamiento, éstos incluyen: a) usar un contrato de admisión al tratamiento, b) establecer reglas y tratar con las frustraciones del paciente y c) precisar que todo paciente que requiera ausentarse a alguna cita, antes de hacerlo se reúna con otros pacientes del mismo grupo. Este tipo de procedimientos es relativamente fácil y de naturaleza costo-efectiva, lo cual ayuda a reducir una terminación prematura al tratamiento por parte del paciente y puede hacerse extensiva a diferentes aproximaciones de tratamiento.

Miller (1985) revisó una serie de estudios en donde se menciona que los seguimientos por medio de llamadas telefónicas y cartas hacen más probable que la persona regrese.

Baekeland y Lundwall (1975), Meichenbaum y Turk (1987), y Miller (1985) mencionan que para alentar a los pacientes a permanecer en el tratamiento, se podría: a) asegurar que el paciente entiende y está de acuerdo con lo que se espera del tratamiento; b) solicitar y discutir las razones por las que los pacientes no acuden a sus citas, incluyendo experiencias previas de tratamiento; y c) ayudarlo a anticipar, desarrollar planes de acción y responder constructivamente si surgiera algún problema.

Como se ha observado, durante el tratamiento para la reducción del consumo de alcohol, no todos los adolescentes terminan el programa, de hecho el número de estudiantes que lo abandona es muy grande, las causas pueden ser diversas que pueden ir desde el desagrado por el tratamiento, la falta de compromiso, el no darse cuenta del o los problemas que implica el consumo, etc. El presente estudio se propone explorar la gama de posibles factores que puede estar influyendo para dar lugar a la deserción.

La importancia de estudiar la deserción, además de ser un fenómeno que se presenta con frecuencia en los tratamientos, es que sirve como un indicador para conocer la efectividad del tratamiento, así como también, predecir el éxito de los individuos que ingresan al tratamiento dependiendo de las variables que se consideren como predictoras o precipitantes de la deserción.

Es hasta cierto punto común que en un tratamiento de tipo terapéutico, cualquiera que sea su enfoque, se contemple un porcentaje de desertores al mismo, es decir, un abandono prematuro al tratamiento. Considerando una amplia variedad de causas y/o factores que lo provocan o precipitan, los cuales pueden ir desde el terapeuta, el paciente, hasta el tratamiento mismo. Sin embargo, esta situación puede considerarse poco relevante siempre y cuando el número de desertores no sobrepase en número en comparación con aquellos sujetos quienes si concluyeron su tratamiento.

El tema de deserción en cualquier tratamiento cobra importancia cuando la proporción de ésta con respecto al número de tratamientos concluidos exitosamente es considerablemente mayor. Como proporción mayor de desertores a un tratamiento terapéutico entendemos alrededor del 30% o más del total de casos atendidos. Por lo tanto, el hecho de tomar en cuenta las cifras de los individuos quienes concluyen un tratamiento y quienes lo abandonan antes de tiempo puede ser un buen parámetro o buen criterio para considerar a la deserción como un fenómeno importante dentro de los tratamientos terapéuticos (Saucedo, 1997).

Centrándose en la importancia de la deserción en los tratamientos de salud, específicamente en el campo de las adicciones, es preciso analizar este fenómeno dentro del "Programa de Intervención Breve para Adolescentes Consumidores de Alcohol o Drogas" (Martínez, 2003), ya que aproximadamente el 50% de los adolescentes atendidos dentro de él lo abandonaron, principalmente en la sesión de admisión, evaluación e inducción. Por lo cual es necesario conocer cuáles son las variables que están interviniendo para que los adolescentes deserten del tratamiento, con el fin de una vez que son identificadas, poder trabajar en estas variables y reducir el porcentaje de deserción, y por tanto aumentar la adherencia al programa.

5. Método

5.1 Objetivos.

Objetivo General: Conocer cuáles son las variables que caracterizan la población de adolescentes que desertan a un tratamiento para consumo de alcohol y otras drogas.

Objetivos específicos:

Objetivo 1. Analizar si existen diferencias en las variables analizadas entre los adolescentes que desertaron al programa y los que lo concluyeron.

Objetivo 2. Identificar cuál es la sesión más representativa o común en la cual los adolescentes desertan al tratamiento.

5.2 Tipo de estudio.

La naturaleza del estudio se considera de tipo exploratorio, ya que solamente se enfoca a revisar, entre una amplia gama de variables, cuáles podrían estar interviniendo en el fenómeno de la deserción de los adolescentes al tratamiento.

5.3 Participantes

Se trabajó con 63 adolescentes que ingresaron al "Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas" (Martínez, 2003) durante el periodo de 1999 al 2003. De estos adolescentes, 33 (grupo a) lo abandonaron o desertaron a él y 30 terminaron el tratamiento (grupo b).

En cuanto al grupo de los desertores 58% pertenecía al CCH- Naucalpan, 3% al Centro de Servicios Psicológicos, 29% a la Preparatoria N. 7 "Ezequiel A. Chavez y 3% a la Universidad Autónoma de Chapingo". La media de edad para este grupo fue de 17.21.

Para el grupo de los Terminadores 46.7% Pertenecía al CCH-Naucalpan, 33.3% al Centro de Servicios Psicológicos, 6.7% a la Preparatoria N. 7 "Ezequiel A. Chavez y 1% a la Universidad Autónoma de Chapingo" y un 10% a la Secundaria Técnica N. 229 "Ludmila Yáskova". La media de edad fue de 16.43.

Criterios de inclusión.

- 1) Adolescentes que presentan consumo de alcohol o de drogas en un periodo no mayor de dos años en forma ocasional; habitual y/o abuso en algunas situaciones sin ser dependiente a la sustancia.
- 2) La edad de los sujetos deberá ser entre 14 y 21 años.
- 3) Estudiantes de nivel medio y medio superior.

- 4) Que hayan ingresado al tratamiento de intervención breve para el consumo de alcohol y/o sustancias y lo hayan abandonado desde la sesión de admisión hasta la cuarta sesión del tratamiento.

Criterios de Exclusión.

- 1) Adolescentes que no asisten a la escuela.
- 2) Adolescentes con una historia mayor a 2 años de consumo y/o dependencia severa hacia la droga.
- 3) Presentación de desórdenes psiquiátricos.

TIPO DE MUESTREO: no probabilístico accidental

5.4 Escenario.

La población de adolescentes que se utilizó para este estudio pertenece a dos escuelas públicas de nivel medio superior: Al CCH Naucalpan y a la Preparatoria "Ezequiel A. Chavez" N. 7, así como a la Secundaria Técnica N.229 "Ludmila Yabkova", y al Centro Comunitario Acasulco, el cual proporciona el servicio para trabajar con conductas adictivas.

Diseño de Investigación.

Se utilizó un diseño no experimental ex-post-facto, ya que ninguna de las variables estudiadas se manipularon en ningún momento, sólo se observaron tal y como se presentaban.

5.5 Instrumentos.

Entrevista inicial. (Campos, Martínez y Ayala, 2000) Esta entrevista tiene por objetivos principales obtener información general acerca del adolescente, la de su historia de consumo y conocer, de manera general, los problemas relacionados con el consumo que ha estado presentando el adolescente. Consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas del adolescente: Datos de identificación, historial de tratamiento, historia de consumo de drogas, área de salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, grado de 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 10 personas expertas en el área de adicciones que aparearan los reactivos con las áreas que mide el instrumento, para ellos se les proporcionó las definiciones de cada una de las áreas. El acuerdo entre jueces fue del 100%.

Se utilizó la información completa arrojada por este instrumento para someter a análisis estadístico cada una de las variables que contiene esta entrevista y así poder obtener características generales de los adolescentes que desertaron al programa.

5.6 Procedimiento.

Los sujetos se seleccionaron a partir de la información obtenida de sus expedientes o directamente de sus terapeutas. Los adolescentes canalizados fueron evaluados a partir de una serie de instrumentos adaptados especialmente para la población adolescente con el fin de detectar las características del consumo, factores de riesgo y protectores, tiempo, frecuencia de consumo, entre otras. De acuerdo a los resultados de esta evaluación, los sujetos decidían participar o no en el programa, esto lo manifestaban a través de un contrato conductual que ellos firmaban aceptando así su ingreso al programa.

Además en algunos escenarios, tales como el CCH Naucalpan y la Preparatoria No 7, se llegó a un acuerdo con las autoridades, el cual consistía en que cada alumno que fuera sorprendido consumiendo alcohol o alguna otra sustancia dentro del plantel o se encontrara bajo los efectos de la sustancia dentro del mismo, sería canalizado al programa para ser evaluado y atendido de acuerdo a la naturaleza de su caso; de esta manera se ayudaría al adolescente en lugar de que tuviera una sanción por parte de las autoridades de la escuela.

A lo largo del programa se llevó un registro de todos los expedientes de los adolescentes que ingresaban en él, este expediente contenía desde los instrumentos de evaluación hasta las sesiones de tratamiento, también contenía unas hojas donde se hacían anotaciones u observaciones acerca del caso para llevar una mejor descripción de éste. Para el presente estudio se procedió a hacer lo siguiente:

1. Se revisaron todos los expedientes de los casos que se han llevado a lo largo del programa, tanto de los adolescentes que concluyeron el tratamiento como de aquellos que desertaron a partir de la sesión de admisión.
2. Se revisaron y seleccionaron las entrevistas de cada uno de los casos atendidos y se clasificaron de acuerdo al curso de acción del tratamiento, así como al grado de avance del mismo y su situación actual (terminador o desertor).
3. Se elaboró una base de datos con el programa estadístico SPSS Versión 11.0 para cada uno de los dos grupos, es decir una base de datos de los casos de desertores y otra base de datos para los casos que concluyeron el programa, incluyendo cada una de las variables contenidas en la entrevista.
4. Se comparó la información obtenida de ambos grupos de tratamiento, aquellos que concluyeron de manera exitosa el tratamiento y los que desertaron a él.

6. Resultados.

Debido a los objetivos del estudio, los resultados se presentan en dos secciones, la primera, que es la que se muestra a continuación, está conformada por las características generales de la muestra, así como los resultados de la comparación de los 2 grupos: desertores (52.4%) y terminadores (47.6%). Para ello se aplicó la prueba no paramétrica Ji cuadrada de Homogeneidad.

La segunda sección está integrada por los resultados obtenidos según la etapa en la que los usuarios abandonaron el programa para uso de alcohol o drogas: desertores en evaluación (90.9%) y desertores en inducción (9.1%).

En esta sección se presentan las características generales de la muestra con respecto a las variables que se midieron. El sexo predominante fue el de los hombres (67%), la media edad fue de 16.8 años, todos los participantes eran estudiantes, predominantemente de primer y último semestre de bachillerato (60%). El 76.7% de los usuarios viven con ambos padres, siendo el 49.2% de ellos el hijo menor.

Tabla A: Datos Socio-demográficos.

Variable	% de Usuarios
Escolaridad del Padre: • Bachillerato	25.4%
Escolaridad de la Madre: • Primaria	28.6%
Motivo de consulta: • Alcohol.	81%
Percepción del consumo de alcohol: • Un pequeño Problema	33%

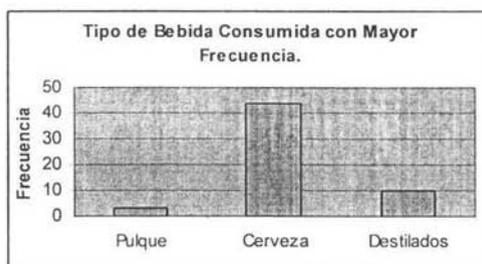


Figura 1. Bebida alcohólica que los adolescentes consumen más frecuentemente.

En esta figura se observa que la cerveza es la bebida de uso más común entre los adolescentes, pues 43 de los 63 adolescentes de la muestra del estudio la consume, procedida por los destilados como el tequila o el mezcal (10 adolescentes los consumen) y siendo el pulque la bebida de menor consumo.



Figura 2. Número de copas que consumen con mayor frecuencia los adolescentes.

En esta figura se puede notar que la cantidad que con más frecuencia consumen los usuarios es de 4 a 6 copas por ocasión, seguida por la cantidad de 1 a 3 copas (única cantidad que habla de un consumo moderado), en todas la demás ya se habla de un abuso (incluyendo la primera) o hasta un exceso en el consumo; que aunque se presenta con menor frecuencia, sigue siendo considerable el número de casos que lo reportan.

Al preguntarle si alguna persona cercana a ellos consumía alguna droga, que no fuera alcohol o tabaco, el 33.3% contestó que su mejor amigo consumía drogas; con respecto al consumo de alcohol o tabaco, el 44.4% reportó el consumo de estas sustancias por parte del padre.

Tabla B. Área Escolar.

Variable.	% de Usuarios
Asiste de manera regular a la escuela: • Si. • No.	87.5% 12.5%
Interrumpido sus estudios por 6 meses o más: • Si. • No.	28.6% 71.4%
Problemas en la escuela por el consumo de drogas. • Si. • No.	41.3% 58.7%
Trabaja y estudia la mismo tiempo: • Si. • No.	23.8% 76.2%

Aquí se presentan las variables pertenecientes a esta área que resultaron más sobresalientes y la manera en cómo han sido impactadas por el consumo que el adolescente hace del alcohol o drogas.



Figura 3. Personas que los adolescentes consideran que los presionan para consumir alcohol o drogas.

En cuanto a la presión que los usuarios perciben para consumir alcohol o alguna droga, la mayoría no considera ser presionado a hacerlo, ya que 42 de los 63 adolescentes así lo consideraron, y cuando responde que si, esta presión es, en su mayoría ejercida por los amigos y en el mínimo de los casos por algún familiar o por ambos.



Figura 4. Descripción de los adolescentes de la cómo evalúan la relación afectiva que mantienen con sus padres.

Con respecto a la relación de los usuarios con su padres, se observa que la mayoría la considera como buena, quedando a los extremos, el que se sea muy buena, regular o mala, esta última categoría como la más baja de todas. Lo que probablemente hable de que en general el trato con los padres no es deficiente o disfuncional y el 61.9% de los usuarios reporta mantener una buena relación con sus padres.

Tabla C. Actividades de Tiempo Libre.

Variable	% de Usuarios.
Practicar algún deporte	39.7%
Salir con los amigos	75%
Beber con ellos	84.1%
Ayudar en las labores de la casa.	44.4%
Hacer tareas o estudiar.	57.1%
Estas actividades están relacionadas con el consumo de drogas	71.4%

Esta tabla muestra las principales actividades que los usuarios llevan a cabo en su tiempo libre, de las cuales (como se verá), la única que resultó estadísticamente significativa fue salir con los amigos.

Tabla D. Conductas anti-sociales.

Variable	% de Usuarios
Golpear o dañar algo que no te pertenece. • Sí • No	23.3% 76.6%
Golpear o herir a propósito a alguien. • Sí • No	20% 80%
Tomar parte en riñas o peleas. • Sí • No	43.3% 56.7%

Entre este tipo de conductas, consideradas antisociales por la naturaleza de sus consecuencias negativas, ya sea legales o por daños a terceras personas; se observa que las principales conductas antisociales entre los usuarios se relacionan con actos violentos y con sanciones legales.

Área de Sexualidad

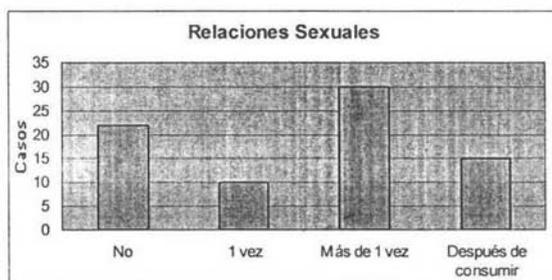


Figura 5. Muestra si los adolescentes ya mantienen una vida sexual activa.

Aquí se observa que la mayoría ya cuenta con una vida sexual activa, aunque también una gran parte de ellos todavía no la inicia. Por otro lado, tener relaciones sexuales después de haber consumido alcohol o drogas tiene un número importante, por encima de quienes sólo han tenido relaciones sexuales una vez.

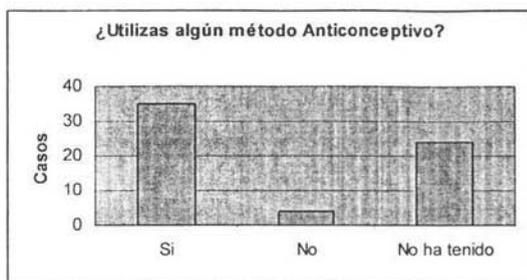


Figura 6. Uso de algún método anticonceptivo durante las relaciones sexuales.

Como se nota, la mayoría de los usuarios utiliza algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales, seguido por un número importante de usuarios que aún no las han tenido y pocos casos que no utilizan ningún tipo de protección cuando tienen relaciones sexuales.

En cuanto a las variables del estado emocional del usuario, el 42.9% se siente triste con frecuencia y el 55.6% se siente satisfecho con su estilo de vida.

Cada tabla contiene los porcentajes de cada variable, así como el valor de la Ji cuadrada obtenida, de acuerdo al área de la entrevista que corresponda, como se puede observar algunas áreas han sido omitidas en esta presentación debido a que dichas áreas no mostraron diferencias.

En las siguientes figuras se observa la distribución de la muestra de este estudio, con respecto a las variables de género, escuela de procedencia y media de edad; de acuerdo al grupo al que pertenece, es decir al grupo de los usuarios desertores y usuarios terminadores. Esto con el fin de mostrar algunas de las características específicas de cada grupo, antes de conocer las diferencias encontradas en cada uno de ellos.

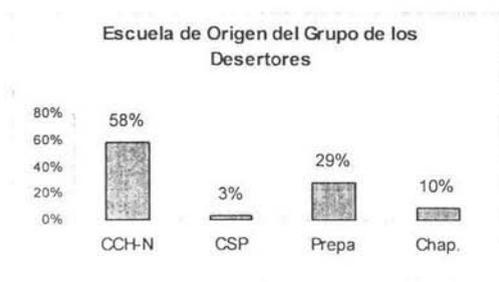


Figura A. Plantel escolar al que pertenecían los desertores.

La figura muestra la distribución de los usuarios que desertaron al programa de acuerdo a la escuela a la que pertenecían, como se observa el plantel predominante fue el CCH-N, seguido por la Preparatoria N. 7, después se encuentra la Universidad

Autónoma de Chapingo; finalmente y con la menor proporción está el Centro de Servicios Psicológicos (CSP). Lo cual habla de que la muestra de distribuyó de manera más concentrada en algunos escenarios más que en otros, y por tanto que esto podría estar relacionado con ciertas características diferentes en cada grupo.



Figura B. Plantel escolar al que pertenecían los terminadores.

Esta figura contiene la distribución de la muestra del grupo de los terminadores con respecto a la variable de la escuela de procedencia de los usuarios del programa; una vez más, al igual que en la Figura B del grupo de los desertores en la misma variable, existe una concentración mayor en el plantel CCH- Naucalpan, seguida por el Centro de Servicios Psicológicos, y con baja proporción la Secundaria, le procede Preparatoria N. 7 y finalmente la Universidad Autónoma de Chapingo. En este caso, a diferencia del grupo de los desertores, se agregó la escuela secundaria.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

	Desertores	Terminadores	
Variable.	Porcentaje %	Porcentaje %	Ji Cuadrada.
<i>No de Hermanos:</i>			
• De 1 a 2.	39.4%	80%	$\chi^2_{(4)}=p.009$
• De 3 a 4.	36.4%	6.7%	
• 5 o más.	15.2%	6.7%	
• No tiene.	9.1%	6.7%	
<i>Escolaridad Mamá.</i>			
• Primaria.	36.4%	24%	$\chi^2_{(5)}=p.048$
• Secundaria.	21.2%	16%	
• Bachillerato.	12.1%	40%	
• Licenciatura.	24.2%	16%	
• No tiene estudios.	6%	4%	
<i>Ocupación Mamá:</i>			
• Empleada.	21.2%	16.6%	$\chi^2_{(7)}=p.031$
• Comerciante.	12.1%	12.5%	
• Trabaja por su cuenta.	9.1%	37.5%	
• Hogar.	48.5%	20.8%	
• Ejerce su profesión.	9%	12.5%	

Esta tabla pertenece al área de datos sociodemográficos. Aquí se puede observar que en el grupo de los terminadores predomina un número reducido de hermanos, a diferencia del grupo de los desertores, para quienes esta distribución es diferente, este grupo presenta un número mayor de hermanos; por lo tanto una familia de tipo más extensa. Además, el nivel escolar de la madre muestra variaciones importantes entre los dos grupos; mientras que en el grupo de los desertores el nivel educativo de la madre que predomina es el básico, para el grupo de los desertores el nivel educativo predominante es el de bachillerato. En cuanto a la ocupación de la madre en ambos casos la principal actividad es el hogar.

Tabla 2. Tiempo Libre

	Desertores	Terminadores	
Variable.	Porcentaje %	Porcentaje %	Ji Cuadrada
<i>Salir con amigos.</i>	75.8%	43%	$X^2_{(3)}=p.046$

Aquí se muestran los datos correspondientes al área de administración del tiempo libre, es decir las actividades que los usuarios acostumbran a realizar para divertirse. En este caso, la única que mostró un diferencia importante fue el salir con amigos, el grupo de los desertores acostumbra hacerlo, a diferencia de quienes terminan el tratamiento, quienes menos de la mitad suele salir con los amigos.

Tabla 3. Consumo de Sustancias.

	Desertores	Terminadores	
Variable.	Porcentaje %	Porcentaje %	Ji Cuadrada
<i>¿Fumas?</i>			
• Si.	46.2%	32.7%	$X^2_{(7)}=p.049$
• No.	53.8%	67.3%	
<i>Principal sustancia de consumo.</i>			
• Alcohol.	88.1%	63%	$X^2_{(4)}=p.019$
• Otras drogas.	11.9%	37%	
<i>Último año de Consumo de alcohol:</i>			
• 2001.	3.1%	26.9%	$X^2_{(3)}=p.010$
• 2002.	87.5%	53.8%	
• 2003	12.5%	19.2%	
<i>Mayor periodo de abstinencia.</i>			
• Menos de 1 mes.	68.9%	31.8%	$X^2_{(2)}=p.011$
• De 1 a 6 meses	31%	69.1%	
<i>Has recibido algún tratamiento?</i>			
• Si.	0%	13.3%	$X^2_{(1)}=p.030$
• No.	100%	86.7%	

<i>Consumo de Cocaína.</i> • Si. • No.	0% 100%	7.4% 92.5%	$\chi^2_{(2)}=0.050$
<i>Frecuencia de Consumo</i> • No consume. • Menos de 1 vez al mes. • 1 ó 2 veces a la semana.	100% 0% 0%	75% 7.1% 17.8%	$\chi^2_{(3)}=p.009$
<i>Problema Financieros:</i> • No consume. • Ninguno. • Más de 2 ocasiones	100% 0% 0%	75% 7.1% 17.8%	$\chi^2_{(3)}=p.009$
<i>Consumo de Inhalables.</i> • Si. • No.	3% 97%	17.8% 82.1%	$\chi^2_{(2)}=p.050$
<i>Agresión.</i> • No consume. • Ninguna.	3% 97%	17.8% 82.1%	$\chi^2_{(2)}=p.050$

Una de las áreas de vida de la entrevista que resultó con mayor número de variables significativas para ambos grupos y para diferenciarlos entre sí fue la del consumo de sustancias. Con los datos anteriores se puede ver que la sustancia de principal consumo es el alcohol, en el caso de los desertores, mientras que para el grupo de los terminadores, casi la cuarta parte consume drogas como principal sustancia; así mismo, el número de tratamiento previos es mayor para el grupo de los terminadores, al igual que un mayor periodo de abstinencia. En general, existe un mayor número de sustancias consumidas por parte del primer grupo (terminadores), por ejemplo ellos muestran haber consumido además del alcohol, marihuana, alucinógenos, e inhalables, también presentan algunas consecuencias causadas por estos consumos (p.e problemas financieros y agresión). Sin embargo, los desertores presentan consumos de alcohol más recientes.

Tabla 4. Consumo de Marihuana

	Desertores	Terminadores	
Variable.	Porcentaje %	Porcentaje %	Ji Cuadrada
<i>Consumo de Marihuana.</i> • Si. • No.	12.1% 87.9%	46.4% 53.5%	$X^2_{(4)}=p.004$
<i>Total de Años de Consumo:</i> • Menos de 1 año. • Un año. • Dos años. • Tres años. • Cuatro años. • No consume.	3% 3% 3% 0% 0% 90.9%	7.6% 15.3% 7.6% 7.6% 3.8% 57.6%	$X^2_{(7)}=p.014$
<i>Último año de consumo (Marihuana):</i> • No consume. • 1999. • 2000. • 2001. • 2002. • 2003	90.9% 0% 0% 0% 9.1% 0%	53.8% 3.8% 3.8% 15.3% 7.6% 15.3%	$X^2_{(7)}=p.006$
<i>Frecuencia de Consumo (Marihuana).</i> • No consume. • Menos de 1 vez al mes. • 1 vez al mes. • 1 ó 2 veces por semana. • 3 a 6 veces por semana. • Diario.	90.9% 3% 0% 3% 3% 0%	59.2% 11.1% 3.7% 18.5% 3.7% 3.7%	$X^2_{(6)}=p.046$
<i>Cantidad de Consumo de Marihuana.</i> • No Consume. • Menos de 1 cigarro. • 1 cigarro. • 2 cigarros. • Más de 3 cigarros	90.9% 6.1% 0% 0% 3%	53.3% 10% 6.7% 20% 10%	$X^2_{(4)}=p.010$

<i>Daño Cognitivo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • No consume. 90.9% • Ninguno. 3% • 5 ó menos 6.1% ocasiones. 0% • Más de 5 ocasiones. 0% 	<ul style="list-style-type: none"> 50% 32.1% 7.1% 10.7% 	$\chi^2_{(4)}=p.002$
<i>Daño Afectivo:</i> <ul style="list-style-type: none"> • No consume. 90.9% • Ninguno. 6.1% • Menos de 5 3% ocasiones. 0% • Más de 5 ocasiones. 0% 	<ul style="list-style-type: none"> 50% 20% 16.7% 6.7% 	$\chi^2_{(4)}=p.009$
<i>Daño físico:</i> <ul style="list-style-type: none"> • No consume. 87.9% • Ninguno. 12.4% • 5 ó menos 0% ocasiones. 0% • Más de 5 ocasiones. 0% 	<ul style="list-style-type: none"> 53.5% 25% 17.8% 3.5% 	$\chi^2_{(4)}=p.011$
<i>Problemas Financieros:</i> <ul style="list-style-type: none"> • No consume. 90.9% • Ninguno. 9.1% • Menos de 5 0% ocasiones. 0% • Más de 5 ocasiones 0% 	<ul style="list-style-type: none"> 46.4% 32.1% 14.2% 7.1% 	$\chi^2_{(3)}=p.027$

En esta tabla se presenta información únicamente del consumo de Marihuana, que fue la sustancia que arrojó mayor información acerca del consumo y sus características, fue aún más representativa que el consumo mismo de alcohol; incluso se presentan un mayor número de consecuencias relacionadas; esto probablemente esté asociado a cambios con respecto al consumo de esta sustancia. En cuanto al número de consumidores de marihuana en el grupo de los terminadores es de casi el 50%, mientras que para los desertores sólo cerca de un 13% la consume; la frecuencia de consumo es mayor para el primer grupo (terminadores); así como la cantidad y las consecuencias que presentan los usuarios, entre éstas se encuentran: daño cognitivo, el cual se refiere a problemas de memoria, confusiones o dificultad de concentración; daño afectivo asociado a cambios repentinos del estado de ánimo; daño físico como síntomas ocasionadas por el consumo, tales como dolor de cabeza, de estómago, ojos irritados y/o náuseas y finalmente problemas financieros, es decir, gastar demasiado dinero para comprar la sustancia o tener que pedir prestado para ello. Todas estas consecuencias las presentan, aunque en menor grado el grupo de los terminadores.

Tabla 5. Conductas Antisociales.

		Desertores	Terminadores	
Variable.	Porcentaje %	Porcentaje %	Ji Cuadrada	
¿Has golpeado o herido a alguien?	9.3%	32.1%	$\chi^2_{(2)}=p.003$	
• Si.	90.6%	67.8%		
• No.				

Con lo que respecta al área antisocial, la única variable que mostró diferencia en ambos grupos fue la de si el usuario ha golpeado o herido a alguien, en donde nuevamente el grupo de los desertores son quienes presentan menos problemas relacionados con esta variable, ya que sólo el 9% lo ha hecho a diferencia del grupo de los terminadores quienes lo han hecho en un 30%.

La información que se ha presentado hasta aquí muestra más que variables de tipo sociodemográfico, escolar, familiar, tiempo libre, entre otras áreas que se evaluaron en este estudio, la que mostró resultados más significativos fue el área de consumo de sustancias y sus consecuencias asociadas. La sustancia que presentó mayores consecuencias fue la marihuana, inclusive por encima del alcohol, hecho que da cuenta de los cambios que se están presentando en el tipo de sustancia consumida por los adolescentes.

En la siguiente sección se revisarán los resultados obtenidos a partir de la comparación del grupo de desertores de acuerdo a la etapa en la que abandonaron el programa.

Los datos que se presentan en esta sección corresponden únicamente a los resultados del grupo de los desertores. Cabe mencionar, que la proporción entre un subgrupo y otro es desproporcional, debido al número de casos que cada uno contiene.

Cada tabla contiene los datos más representativos, de acuerdo al área a la que pertenecen y su respectiva descripción. Nuevamente el área que predominó fue la del consumo de sustancias.

Tabla 1a. Consumo de Sustancias.

Variable	% Desertores: Evaluación	% Desertores: Inducción.
<i>Motivo de Abstinencia.</i>		
• Petición de alguien.	16.7%	0%
• Probar Auto-control.	20%	33.3%
• No tenía ganas.	16.7%	33.3%
• Otro.	36.7%	33.3%
<i>Fumador Regular.</i>		
• Menos de 1 mes.	13.6%	0%
• 1 año.	36.6%	33.3%
• 2 años.	9%	33.3%
• 3 años.	13.6%	33.3%
• 4 años.	9%	0%
• No fuma.	18.1%	0%

En esta tabla se puede observar las variables que corresponden al área de consumo de sustancias, observando una distribución diferente en cuanto a las razones por las que los usuarios se han abstenido de consumir la sustancia, mientras que para los desertores en evaluación (de) predomina probar el auto-control, para los desertores en inducción (di) tanto esta razón, como el no tener ganas de consumir y el dejar de hacerlo a petición de alguna persona mantienen la misma prevalencia. En cuanto al tiempo que los usuarios han sido fumadores regulares, se nota que los (de) llevan mayor número de años fumando a diferencia de los (di), cuya distribución es igual para cada caso.

Tabla 2b. Consumo de Marihuana

Variable	% Desertores: Evaluación	% Desertores: Inducción.
<i>Tiempo de consumo: Marihuana</i>		
· No consume.	93.3%	33.3%
· Sólo 1 vez.	3.3%	0%
· 2 años.	3.3%	66.7%
<i>Último año de consumo:</i>		
· No consume.	93.3%	66.7%
· 2002	6.7%	33.3%
<i>Frecuencia de Consumo:</i>		
· No consume.	93.3%	66.7%
· Menos de 1 vez al mes.	3.3%	0%
· De 3 a 6 veces x semana.	3.3%	33.3%
<i>Cantidad consumida:</i>		
· No consume.	93.3%	66.7%
· 1 cigarro	3.3%	33.3%
· 3 cigarros	3.3%	0%
<i>Problemas Interpersonales:</i>		
· Ninguno.	6.7%	33.3%
· No consume	9.3%	66.7%
<i>Agresión:</i>		
· Ninguno.	6.7%	33.3%
· No consume.	93.3%	66.7%
<i>Problemas Legales:</i>		
· Ninguno.	6.7%	33.3%
· No consume.	93.3%	66.7%
<i>Problemas Financieros:</i>		
· Ninguno.	6.7%	33.3%
· No consume.	93.3%	66.7%

La sustancia que muestra mayor número de consecuencias negativas en este grupo, es la marihuana, que como se observa en las variables aquí contenidas, tienen porcentajes más altos los desertores en evaluación que los de inducción. Aunque, en realidad esto representa una relación inversamente proporcional, ya que a mayor porcentaje existe menores riesgos o problemas causados por el consumo de la marihuana. Es decir, que el sub-grupo de los desertores en evaluación ha presentado menores consumos de marihuana, así como menores problemas asociados al consumo, por tanto es el subgrupo menos afectado.

Tabla 3c. Consumo de otras drogas y sus consecuencias.

Variable.	% Desertores: Evaluación.	% Desertores: Inducción.
<i>Total de años de consumo (Tranquilizantes):</i>		
• No consume.	93.3%	100%
• Menos de 1 año.	3.3%	0%
• 2 años.	3.3%	0%
<i>Problemas financieros (Tranquilizantes):</i>		
• No consume.	93.3%	100%
• Ninguno.	3.3%	0%
• 5 ocasiones.	3.3%	0%
<i>Total de años de consumo (Inhalables):</i>		
• No consume.	96.7%	100%
• 1 año.	3.3%	0%

En esta tabla se agruparon tanto el consumo de tranquilizantes como inhalables, 2 sustancias que mostraron un consumo diferente para cada subgrupo. Se nota que el caso de los desertores en inducción no existe el consumo de ambas sustancias, y por tanto no se presentan consecuencias; a diferencia de los desertores de evaluación, quienes si lo consumen y en algunas ocasiones se presentan consecuencias de tipo financiero.

Tabla 4d. Actividades de Tiempo Libre

Variable.	% Desertores: Evaluación.	% Desertores: Inducción.
<i>Ver televisión.</i>		
• Nunca.	16.7%	0%
• Algunas veces.	70%	0%
• Casi siempre	13%	100%

La actividad que mostró diferencias importantes en cuento a este grupo, fue el ver la televisión que el caso de los desertores en evaluación se observa una proporción diferente, en cuanto al tiempo que dedican a esta actividad, en contraste con los desertores en inducción que lo hacen de manera más frecuente.

Tabla 5. Conducta Antisocial.

Variable.	% Desertores: Evaluación.	% Desertores: Inducción.
<i>¿Has golpeado o herido a propósito a alguien?</i>		
• Si.	10%	0%
• No.	90%	100%

El golpear o herir a propósito a alguien fue la única conducta antisocial que resultó ser diferente en este grupo, en donde para los desertores en evaluación si se ha presentado y los desertores en inducción no han realizado dicha conducta.

Tabla 5e. Estado Emocional.

Variable.	% Desertores: Evaluación.	% Desertores: Inducción.
<i>Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto:</i>		
• 0 días.	90%	33.3%
• De 1 a 3 días.	0%	0%
• De 4 a 6 días	10%	66.7%

En esta variable, los desertores en inducción muestran en estado emocional más lábil, ya que como se nota pasaron mayor número de días pensando que su familia estaría mejor sin ellos, en comparación con los desertores en evaluación, quienes este pensamiento lo tuvieron un menor número de días o no lo tuvieron.

7. Discusión y Conclusiones.

El ser adolescente la gran mayoría de la veces acarrea una serie de conflictos, que ya de por sí son inherentes a la edad. El tomar decisiones en esta etapa de la vida puede ser más difícil que en cualquier otro momento, ya que pocas veces se está seguro de cuál es la mejor decisión. Si se toma en cuenta lo que dice Santiago Ramírez (1975) acerca de que la adolescencia es el resultado de un conflicto evidente entre una biología propicia a la maduración y una sociedad prohibitiva, lo que se obtiene es una disonancia entre lo que el adolescente quiere para sí mismo y lo que de hecho encuentra en la sociedad en la que vive. Además de ser receptor a los estímulos sociales, primero lo es a los esquemas familiares, que según López (1982) es de donde obtiene patrones de conducta y sistemas de valores que va a determinar y a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable. El comportamiento que tiene la sociedad ante el sujeto que utiliza drogas generalmente es de etiquetarlo como mal viviente, delincuente y criminal, en cambio el uso de drogas lícitas como el alcohol o el tabaco, no generan dichas etiquetas (Córdova, 2000).

Es por ello que muchas veces el consumir estas sustancias puede considerarse tan normal como cualquier otra conducta durante la adolescencia, y en caso de no serlo, el adolescente cree estar preparado, como lo menciona Luengo (1999) para rebatir normas y realizar conductas anti-sociales que pueden tener repercusiones negativas importantes.

El adolescente al no percibir su consumo como peligroso o amenazante hacia su persona, ya sea en el aspecto físico, mental o emocional, muy probablemente, como lo señala la Teoría de Conflicto (Lanis., et al, 1984) tenderá a permanecer consumiendo de la manera en que lo hace, pues tal vez los costos que implica realizar un cambio en su consumo sea mayor para ellos en su estilo de vida que permanecer igual. En este momento el adolescente se encuentra indeciso de su forma de actuar ante esta situación. Por un lado, a él le agrada el consumo que tiene, pues le permite sentirse parte del grupo al que pertenece, le proporciona una sensación placentera y existe una manera relativamente fácil de obtener la sustancia, lo cual está relacionado con lo que menciona Medina-Mora (1992) en cuanto a la disponibilidad de la oferta y la demanda de la sustancia. Pero, por el otro lado, el adolescente sabe que existen ciertas restricciones tanto legales como sociales y familiares que limitan el uso que hace de la sustancia y que de no apegarse a estas normas las consecuencias pueden ser desastrosas. En este sentido el adolescente, como cualquier persona, cuenta con una serie de elementos que le permiten afrontar esta situación, Lazarus (1983) habla de los mecanismos de afrontamiento mediante los cuales la persona evalúa la situación en la que se encuentra y actúa de una forma determinada. En el caso del consumo de alcohol o drogas, éste puede generar en el adolescente cierto grado de estrés o puede no hacerlo; en el primer caso el adolescente buscaría cambiar este consumo, pero en el segundo la situación seguiría igual.

El reconocimiento de un abuso en el consumo de alcohol o drogas por parte del adolescente, la gran mayoría de las veces resulta no ser algo fácil, ya que como lo señala Prochaska y DiClemente (1986) tiene que atravesar por una serie de etapas que lo conduzcan a decidir hacer un cambio. Pero si ya de por sí es difícil que el adolescente

reconozca esta situación, lo es aún más que realice acciones enfocadas a tratar con este problema y por si fuera poco, a mantener su decisión de cambiar.

No es una regla que siempre que se presente un consumo de alcohol éste necesariamente deba ser peligroso o de riesgo, ya que por ello se habla de un consumo moderado. Sin embargo, si es una situación común que exista un abuso en dicho consumo por parte del adolescente o incurra en el uso de otro tipo de sustancias, es en este punto cuando las consecuencias, ya sea directas o indirectas que comienzan a presentarse. En el caso del estudio se pudo identificar consecuencias tales como: tener relaciones sexuales después de haber consumido, no utilizar algún método anti-conceptivo al tenerlas, participar en riñas o peleas y golpear o herir a propósito a alguien; situaciones que son típicas de este tipo de conductas tal y como lo señala la CSTA (2001).

A lo largo de este estudio se ha venido analizando qué es lo que podría estar sucediendo, una vez que el adolescente ingresa a un programa para cambiar su consumo de alcohol o drogas y lo abandona.

Un aspecto importante a considerar en este estudio de tipo *expost-facto* es que por su naturaleza hubieron algunas variables que fueron difíciles de controlar, una de las más significativas fue la constitución de la muestra, la cual estuvo sesgada en cuanto a la escuela de procedencia de los usuarios predominando el CCH Naucalpan, sobre el resto de los planteles, y por lo tanto habrá que ser cuidadoso en cuanto a la generalidad de los resultados obtenidos. Sin embargo, éstos muestran información sustancial y dan cuenta de una primera línea de investigación para posteriormente delimitar el tipo de variables a estudiar.

Con respecto a las características del género, se encontró que la población masculina sigue siendo predominante en comparación con la femenina, aunque la diferencia ya no sea tan grande como años anteriores tal y como lo menciona Villatoro (2002); además es notable la influencia que tiene los patrones de comportamiento de los padres sobre estos adolescentes, ya que como señala la ENA (1998) existe una fuerte asociación entre el que el padre consume y que el hijo también lo haga, además de la percepción que éste tiene de dicho consumo, aspecto que se hizo presente en los resultados de este estudio, al observar que un alto porcentaje de los padres de los usuarios (44.4%) presentan problemas en su forma de consumir alcohol. Sin embargo Bloet y Cornwall (1994), no encontraron que las variables sociodemográficas pudieran ser consideradas como predictoras para el término exitoso del tratamiento. En el caso de este estudio sólo 3 variables resultaron significativas: El Número de hermanos y la escolaridad y ocupación de la madre.

En cuanto al tipo de sustancia que los adolescentes consumen, se corrobora lo citado por Villatoro., et al (2002) al mencionar a la marihuana como la principal sustancia de consumo, además del alcohol. Sin embargo, ésta es consumida mayormente en cantidad, frecuencia y consecuencias negativas asociadas a ella por el grupo de los que terminan, donde algunos de ellos tienen la característica, de ser poliusuarios, es decir consumir más de una sola droga, y de acuerdo con Rush (1979) la característica de ser

poliusuario se asocia con el fracaso de completar el tratamiento, hecho que se presentó de manera inversa en este estudio.

Casi todos los usuarios de la muestra mencionan percibir o evaluar su consumo como un pequeño problema, muy pocos lo consideraron como un problema grave, esto se asocia con lo que menciona De la Serna (1991), quien señala que sólo la mitad de los adolescentes que consumen drogas consideran este consumo como peligroso a diferencia de quienes no consumen.

Ahora bien, ya centrando la atención en la comparación entre el grupo de los usuarios que desertaron al programa y los que lo terminaron, se encontró que el grupo de los desertores pertenecen a familias más numerosas, con un número mayor de hermanos.

La ocupación de la madre es muy distinta para ambos grupos, mientras que para el grupo de los desertores casi la mitad de las madres se dedica al hogar, en el grupo de los terminadores la mayoría de las madres trabaja por su cuenta; lo cual muestra que la presencia de la madre en la casa es mayor en el grupo de los desertores. Debido a esto, se esperaría mayor supervisión por parte de ésta al adolescente, así como mayor tiempo de convivencia; según Feigelman (1987) cuando ambos padres están involucrados en el tratamiento de su hijo será más probable que éste lo termine, esta probabilidad decrementa cuando es un solo padre el que está pendiente de ello y es casi nula cuando ninguno de los padres se involucra en este proceso. En este caso al parecer esta condición no se cumple, ya que son los hijos de las madres que pasan más tiempo con ellos los que desertan. Ahora bien, sería importante analizar en estudios posteriores la relación que existe entre que la madre trabaje o no y el tipo de atenciones y cuidados que ésta tiene para con su hijo adolescente, ya que no se sabe si el hecho de trabajar influya en el tipo de supervisión que tiene la madre con el adolescente, y tampoco se sabe que si por no trabajar la calidad de tiempo dedicada al adolescente es adecuada o no.

Por otro lado, la relación con los padres de la mayoría de los usuarios pertenecientes a los dos grupos fue descrita como una buena relación. En este sentido como lo mencionan Blood y Cornwall (1994) este es un buen predictor para que el adolescente complete el programa; situación que sólo se vio reflejada parcialmente en los resultados del estudio, pues no todos los adolescentes que describían la relación con sus padres como buena, concluyeron el programa.

Con lo que respecta a las actividades de los usuarios en su tiempo libre, se encontró que la más representativa es salir con amigos, sobretodo en el grupo de los desertores, quienes al parecer conviven más con sus amigos, a diferencia de los terminadores; esto se presenta en contraste con lo que menciona Sayre., et al (2002) al decir que un pobre funcionamiento social hace más probable el abandonar un programa para uso de sustancias, pero en este caso mientras más conviven con los amigos (mejor funcionamiento social) existe una mayor probabilidad de que abandonen el tratamiento y que de hecho lo hacen, pues esta es una característica propia del grupo de los desertores.

El tiempo que los usuarios intentaron dejar de consumir por sí solos mostró ser diferente para los dos grupos. Los desertores tiene períodos más cortos de abstinencia (1 mes), mientras que los terminadores se mantuvieron más tiempo sin consumir la sustancia (seis meses), lo cual está relacionado con el auto-control que cada usuario tiene para manejar su consumo. En este sentido Heather (1989) habla acerca de los diferentes locus de control presentes y predominantes en cada persona, en el caso de los desertores se podría hablar de un locus de control externo, ya que estos tienden a pensar que gran parte de los eventos de sus vidas dependen del ambiente y no de ellos, por tanto ceden el control de su conducta a estímulos externos. En cambio, los terminadores que podrían tener un locus de control interno, son más probables de desempeñarse en un tratamiento donde se requieren habilidades de auto-manejo, como es el caso del programa para adolescentes, el cual está basado en los principios y técnicas cognitivo conductuales.

Además, el hecho de que el adolescente mantenga cierto patrón de consumo, también está influenciado por el aprendizaje que éste ha venido recibiendo desde pequeño, tal y como lo menciona la TAS, en cuanto a que el adolescente desde niño está expuesto tanto de manera indirecta como directa al aprendizaje observacional que recibe por parte de los padres y de quienes lo rodean. Así en ausencia de modelos de consumo moderado o en presencia de modelos de consumo excesivo, el adolescente va creando su propio repertorio conductual con respecto al consumo. Como lo señala la ENA (1998) el empezar a consumir alcohol o drogas a edades tempranas hacen más probable que la persona abuse de estas sustancias cuando sea adulto.

Por otro lado, el haber recibido tratamientos previos para el consumo de alcohol o drogas mostró también ser diferente para los dos grupos. En el grupo de los desertores, ninguno de los adolescentes recibió algún tratamiento previo. En cambio en el grupo de los terminadores si han tenido tratamientos previos. Al respecto Blood y Conrdwall (1994) mencionan que uno de los factores que favorecen la deserción, es el haber recibido tratamientos previos al programa que abandonaron y Baekelland y Lundwall (1975) hablan de que los usuarios que han desertado a tratamientos previos, son mucho más probables de lo vuelvan a hacer, a diferencia de quien solicita el servicio por primera vez.

Para las consecuencias derivadas del consumo de sustancias, principalmente del alcohol y la marihuana, se observa que éstas son mayores en cantidad y severidad para el grupo de los terminadores, que como ya se indicó es el grupo que tiene un mayor consumo. Por lo tanto, es el que presenta mayores consecuencias o daños provocados por su consumo.

Con respecto a la presencia de conductas anti-sociales por parte de los usuarios, se encontró que éstas se encuentran presentes en menor proporción en el caso del grupo de los desertores, y mayormente en el grupo de los terminadores. Hablando específicamente de haber golpeado o herido a alguien a propósito, esta conducta sólo se presentó en el caso de los desertores en un 9.3%, a diferencia del grupo de los terminadores donde el porcentaje fue de 32.1%, situación que Riojas Guiot et al., (1999)

señala como una fuerte relación entre consumir sustancias y participar en actos antisociales como el tomar parte en riñas o peleas.

La TAS señala que no existe una personalidad adicta o un marcador genético, sino múltiples rutas psicosociales y que la recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternativas de enfrentamiento. No obstante si existen factores de riesgo que hacen más probable que una persona consuma de manera moderada o no y también factores que hacen que modifique este consumo en pro de su bienestar, en cuyo caso esta decisión podría estar representada por la asistencia a un programa para lograr un cambio. Sin embargo, como se ha visto muchas veces el darse cuenta del problema no es suficiente para cambiar y para mantener dicho cambio. En este sentido, el grupo de los desertores parece mostrar una evaluación menos negativa de su consumo, es decir creen tener menores costos de consumir como lo hacen, de hecho tiene menores costos que el grupo de los terminadores. Lo que muy probablemente esté asociado con su decisión de permanecer o no en un programa que ayude a modificar su consumo y disminuir los problemas que éste le acarrea.

Como lo menciona Ciarlo (1979); Fioster y Rudestam (1975) el porcentaje promedio de abandono de los pacientes a un tratamiento entre la primera y la segunda visita es del 40%, en el caso de este estudio el porcentaje de desertión fue del 53%, de acuerdo con Amaral (1985), los adolescentes son menos probables de permanecer en un tratamiento, en comparación con las personas de otros grupos de edad debido a la serie de cambios por los que atraviesa en esta etapa de crecimiento que se caracteriza por ser conflictiva e inestable, además de considerar que es una edad en la que probablemente existe un cambio de residencia constante, lo que podría impedir el asistir de manera frecuente al tratamiento. De igual manera y atendiendo a la clasificación de desertores citada por Baekeland y Lundwall (1975), los desertores del estudio pertenecen a la clasificación de desertores inmediatos, ya que abandonaron el programa entre la primer y la tercera cita. Al respecto, cabe mencionar que esta situación muy probablemente esté relacionada con el hecho de que los usuarios de este estudio pertenecían a los 3 primeros años de aplicación del Programa para Adolescentes; y por lo tanto las condiciones de éste se han podido ir consolidando a lo largo del tiempo propiciando cambios en la interacción usuario-terapeuta; situación que sería conveniente analizar en estudios futuros.

Es importante mencionar que un posible factor que haya intervenido en la decisión del adolescente de abandonar el programa para el consumo de alcohol y drogas, es que la mayoría llegaban a él por indicación de otra persona que podía ser un profesor, personal de la escuela o por sus padres y muy pocas ocasiones lo hacían por voluntad propia y como lo señala Baruch (1998) se espera que cuando el adolescente es quien decide ingresar al tratamiento es más probable que permanezca en él, a diferencia de cuando es forzado a hacerlo.

En cuanto a esta comparación entre el grupo de desertores y terminadores, se observa de manera general que el grupo de los terminadores ha sido más afectado por el consumo de alcohol o drogas, consumen en cantidades mayores, con mayor frecuencia, presentan mayores consecuencias negativas relacionadas, a diferencia del grupo de los

desertores quienes en su mayoría presentan todas estas características de manera inversa, es decir el consumo es menos peligroso y fuerte. Esta situación muy probablemente se relacione con el hecho de que los adolescentes del grupo de los terminadores deciden permanecer en el programa y concluirlo debido a que perciben o experimentan mayores costos o desventajas de su consumo, y por lo tanto deciden hacer un cambio que los beneficie; en contraste con los adolescentes del grupo de los desertores, quienes al tener un consumo de menor riesgo y una evaluación de la situación menos amenazante creen no necesitar permanecer y completar un tratamiento para problemas que ellos mismos no consideran lo sean. A este respecto Blood y Cornwall (1994) hablan de que aquellos adolescentes quienes tiene un uso más problemático del alcohol y un uso reciente de otras drogas son más probables de completar el tratamiento, a diferencia de quienes reportan un uso menos frecuente de la sustancia; igualmente Stark (1993) coincide en este punto al mencionar que los usuarios que evalúan como serios sus problemas con el consumo de sustancias tienden a permanecer en él.

Ahora bien, en cuanto a la comparación únicamente del grupo de los desertores de acuerdo al momento en que abandonaron el programa, se obtuvieron resultados muy similares a los de la comparación entre grupos. Nuevamente se observó que los adolescentes que abandonaron de manera más prematura el programa (en la sesión de evaluación), son usuarios que no reportan demasiados problemas en cuanto a su consumo, a diferencia de quienes lo hicieron 1 ó 2 citas más adelante (desertores en la sesión de inducción). Una vez más, la sustancia que resultó ser de principal consumo fue la marihuana, así como presentar mayor número de consecuencias provocadas por dicho consumo, incluso ni el alcohol presenta tantos problemas como la marihuana. En el caso del grupo de los desertores en la sesión de admisión este consumo fue menor, así como el número de consecuencias provocadas. En cuanto a la presencia de conducta antisocial tal como golpear a alguien, este grupo no la presentan a diferencia del grupo de los desertores en inducción quienes si lo han hecho.

No obstante, en el caso del consumo de otras drogas excluyendo a la marihuana, los tranquilizantes y los inhalables son sustancias que los desertores en evaluación si han consumido y que los usuarios de la sesión de inducción se han abstenido de hacerlo, además de que este grupo también ha presentado la conducta antisocial de golpear o herir a propósito a alguien y el grupo de desertores en la sesión de inducción no. Por lo que en esta parte se observa una variante del patrón que se había venido presentando a los largo de los resultados expuestos, a menor número de problemas causados por el consumo o que éste sea más leve, menor probabilidad de permanecer en el tratamiento.

Pero como se observa, esta variación sólo se presenta en sólo 3 variables, por lo que es una situación que se presenta de manera excepcional, haciendo más conveniente conservar la idea de que a un consumo considerado como poco peligroso, una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento.

Una variable que no se había venido presentando y que en este grupo cobró importancia fue la del estado de ánimo del usuario, pues mostró que los usuarios que desertaron en la sesión de evaluación están menos deprimidos y presentan un menor

porcentaje de días teniendo pensamiento acerca de la muerte (10%), en contraste con los usuarios de la sesión de inducción, cuyo porcentaje fue de 66.7%. En este sentido Feigelman (1987) comenta que los adolescentes que muestran estar más deprimidos son más probables de desertar al tratamiento. Sin embargo, en este caso se dio de manera contraria, pues aunque finalmente los usuarios de la sesión de inducción abandonaron el programa, lograron permanecer una sesión más antes de hacerlo. Lo anterior sugiere que tal vez el hecho de sentirse triste o poco satisfecho con el estilo de vida haga que los adolescentes vean en el programa de tratamiento una opción de cambiar o mejorar esta emoción desagradable, por lo que permanecen o retardan el momento, en caso de que lo abandonen.

Finalmente se retomarán aquellas variables que resultaron significativas para el grupo de los desertores, con el fin de poder identificarlas ya durante el desempeño del programa para adolescentes, y así prestarles atención a dichas variables, de manera que se refuerce la permanencia de los usuarios al programa al mismo tiempo que se reduzca el índice de deserción al mismo.

Los desertores son adolescentes que en general provienen de una familia numerosa, con un número mayor de hermanos, donde la escolaridad de la madre es en su mayoría únicamente de primaria (36.4%) y casi la mitad de ellas se dedica al hogar.

En cuanto al consumo de alcohol y sustancias; fuman mayor número de cigarros, consumen mayormente alcohol que drogas, además de ser monousuarios (consumir sólo una sustancia); tienen un tiempo de consumo de alcohol y drogas relativamente corto (de 1 a 2 años), en el consumo de marihuana presentan una menor frecuencia de consumo, han tenido periodos cortos de abstinencia (menos de un mes, la mayoría) y ninguno de los usuarios había recibido tratamientos previos para tratar su consumo. Las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y marihuana que han experimentado son menores, tales como olvidos temporales, cambios repentinos de humor y golpes.

El golpear o herir a alguien fue la única conducta antisocial que mostró ser significativa. Con respecto a las actividades que realizan en su tiempo libre, el salir con los amigos también resultó ser la única variable significativa de este grupo.

Por otro lado los desertores que asistieron a un menor número de sesiones, muestran fumar de manera más regular, tener consumos menos frecuentes de marihuana, así como menor número de consecuencias asociadas al consumo de ésta y un estado emocional más favorable, ya que presentan pocas manifestaciones de tristeza.

Un aspecto a destacar es la manera en como llegaron los usuarios al programa, ya que la gran mayoría llegaban a petición de los padres, maestros o autoridades de la escuela a la que asistían; lo cual muy probablemente está relacionado con una baja motivación al ingresar al programa y que se veía reflejada en un pobre desempeño o abandono al mismo. Por lo tanto, ésta es una variable que debe ser considerada para trabajar la motivación del usuario en la sesión de Inducción del Programa para Adolescentes, es decir buscar elementos que permitan retener al usuario, aún y cuando éste no esté

totalmente dispuesto a permanecer en él, además de tomar en cuenta las variables ya descritas; ya que de esta forma se podrá reducir el porcentaje de deserción y así lograr cambios positivos en el consumo de alcohol o drogas.

La información anterior son los resultados de una primera línea de investigación, que proporciona algunas directrices, en cuanto a estudios posteriores sobre el tema. Algunas sugerencias serían:

- Tener contacto con los usuarios después de que éstos deserten al programa con el objetivo de conocer las razones por las que lo hicieron.
- Analizar la deserción en sesiones posteriores a las que se exploraron en este estudio, es decir, la deserción en sesiones más avanzadas de tratamiento.
- Estudiar variables que no se circunscriban únicamente al paciente, sino que también evalúen qué es lo que está sucediendo con el programa de tratamiento y el terapeuta.
- Explorar la deserción al programa de acuerdo a las características del consumo de los usuarios, es decir en cuanto a considerarlos usuarios experimentales, leves o moderados, ya que podrían presentarse diferencias importantes.
- Conformar una muestra con características más homogéneas o balanceadas, de manera que permita una generalización más amplia de los resultados obtenidos.

Referencias.

- Abrams, D. B & Niaura, R. S. (1987). Social Learning Theory. En Martínez, M, K (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. México, Facultad de Psicología. UNAM.
- Acosta, F., X. (1980). Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by Mexican American, Black American and Anglo-American patients. *Psychological Reports*, 47, 435-443.
- Armbruster, P., & Kazdin, A.E. (1994). Attrition in child psychotherapy. En Baruch et al., *British Journal of Medical Psychology*, 71, 233-245.
- 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 G 36266 H.
- Babst, D. V., Chambers, C.D., & Werner, A. (1971). Patient characteristics associated with retention in a methadone maintenance program. *British Journal of Addiction*, 66, 195-204.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738-783.
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop outs, late-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 233-245.
- Becker & Rosenstock, 1984. En Sarafino, E. P. *Health Psychology, Biopsicosocial Interactions*. Wiley John Wiley & sons, 1990. p.p 76-89, 189-197, 308-314.
- Behavioral Treatment for Phobic and Anxiety Disorders in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 701-705.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief Interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*, 88.
- Blood, L. & Cornwall, A. (1994). Pretreatment variables that predict completion of an adolescent substance abuse treatment program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(1), 14-19.

Borges, G., Medina-Mora, M., Cherpital, CH., Casanova, L., Mondragón, L & Romero, M. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud pública de México* 41(1): 3-11, 1996.

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence approaches targeting individual-level etiologic factor. *Addictive Behavior*, 25 (6) 887-897

Botvin, G.L., Baker, E & Cols. Preventing in adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a three-year study. *Journal of Clinical Psychology*. 58(4): 437-446, 1990. En Sánchez, et al. Detección Temprana de Factores de Riesgo para el Consumo de Sustancias Ilícitas. *Salud Mental* 25(3): 1-11, 2002.

Braujos, O. A. (1999). *La adolescencia desde la Perspectiva del Adolescente*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Pearlman, S. (1999). *First Contact a Brief Treatment for young substances users*. Canada: Center for Addiction and Mental Health.

Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Tupker, E & Ittin-Deland, V. (2002). Brief Treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), pp. 10-16.

Buela-Casal, G., Caballo, V. E., & Sierra, J.C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo Veintiuno Editores, Madrid.

Case, 1985. En Kimmer, D & Weiner, I (1995). *Adolescence a Developmental Transition*. Wiley John Wiley & Sons. p.p 27-33.

Castro, M.E. (1998). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. *Salud pública de México* 30(2)216-226.

Consejo Nacional Contra las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. CONADIC, Secretaría de Salud, 887-97, México 1992.

Catalano, R.F., Wells, E.A., Miller, J., & Brewer, D. (1991). Evaluation of the effectiveness of adolescents drug abuse treatment, assessment of risk for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal Addictive*, 25, 1085-1140.

Center for Disease Control and Prevention. *Leading Causes of Mortality and Morbidity and Contributing Behaviors in the United States, 1998*. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/ahsumm/ussumm.htm> [Accesed August 31, 1998.]

Center for Disease Control and Prevention. *Pregnancy, Sexually Transmitted Diseases, and Related Risk Behaviors Among U.S. Adolescents*. Adolescents Health: State of the Nation Monograph Series, No. 2. CDC Pub. No.099-4630. Atlanta: CDC, 1994.

Center for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance-United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 45 (No. SS-4):1-86, 1996.

Center for Substance Abuse Treatment: CSAT (2001). *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.

Chafetz, M. E., Blane, H.T., & Hill, M.J (1970). *Frontiers of Alcoholism*. New York: Science House

Children's Defense Fund (1991). *The Adolescent and Young Adult Fact Book*. Washington, DC: Children's Defense Fund.

Ciarlo, J. A (1979). Annual evaluation report for 1975 of the northwest Denver Mental Health Center. En Stark, M. J (1992). Dropping Out of Substance Abuse Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.

Coleman, J. C (1980). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata. En: Braujos, O. A. (1999). *La adolescencia desde la Perspectiva del Adolescente*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Córdova, A. A (2000). *Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes*. Tesis de Maestría. Facultad de psicología, UNAM.

Cormier, W.H., Cormier, L. Sh. (2002). *Estrategias de entrevista para los Terapeutas*. Descleé de Brouwer, España.

Craig, R. J (1985). Reducing the Treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 209-219.

Crowley, T.J., & Riggs, P.D. Adolescent substance use disorder with conduct disorder and comorbid conditions (CSAT, 2001).

Cunningham, J., Sobell, L., Sobell, M., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347-353.

De la Serna, J. Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989. Anales 2, *Reseña de la VI Reunión de Investigación 181-186*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991.

DiClemente, C. The emergence of adolescents as a risk group for human immunodeficiency virus infection. *Journal of Adolescent Research* 5:7-17, 1990. En CSAT, 2001.

DiMatteo & DiNincola (1982). En Sarafino, E. P. *Health Psychology, Biopsicosocial Interactions*. Wiley John Wiley & sons, 1990. p.p 76-89, 189-197, 308-314.

Dupont, M.A (1976). *El desarrollo humano, 7 estudios psicoanalíticos*. México. En Center for substance abuse treatment. Treatment of adolescents with substance abuse problems. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 32. DHHS Publications N. (SMA) 99-3283. Rockville, MD: Substance abuse and mental health services administration, 1999.

Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Feigelman, W. (1987). Day care-Treatment for multiple-drug abusing adolescents: Social factors linked completing treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(4), 335-343.

Friedman, A. S., Glickman, N. W. (1987). Effects of psychotherapy symptomatology on treatment outcome for adolescent male drug abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 425-430.

García, J., & Weisz, J. (2002). When youth mental health care stops: therapeutic relations problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443.

Garfield, S. L (1986). Research on client variables psychotherapy. En Stark, M. J (1992). Dropping Out of Substance Abuse Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.

Guillén, R. A. (2002). *Importancia de la Entrevista antes, durante y después del Proceso de Selección de Personal*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Hansell, S., & White, H.R. Adolescent drug use, psychological distress, and physical symptoms. *Journal of Health and Social Behavior* 32(2):288-301, 1991. En CSAT, 2001.

Heather, N. (1989). Brief Intervention Strategies. En Hester, R. K & Miller, W. R. (1989)

Handbook of Alcoholism Treatment Approches (1989). *Effective Alternatives*. Pergamon General Psychology Series. United of America. p.p 54-66 y 93-116.

Hester, R. K & Miller, W. R. (1989) *Handbook of Alcoholism Treatment Approches*. *Effective Alternatives*. Pergamon General Psychology Series. United of America. p.p 54-66 y 93-116

Jacobson, G. R. (1981). *Alternative states of awareness: new possibilities in the treatment of alcoholism*. Paper present at Second Annual Symposium on Advances in Alcoholism, New-port Beach, California. En Hester, R. K & Miller, W. R. (1989) *Handbook of Alcoholism Treatment Approches*. *Effective Alternatives*. Pergamon General Psychology Series. United of America.

- Jacobson, G. R. (1985). Characteristics of personality, self-perception, and psychiatric diagnoses among court-referred juveniles with substance use disorders. En Hester, R. K & Miller, W. R. (1989) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Pergamon General Psychology Series. United States of America.
- Jainchill, N. Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same. In: De León, G., ed. *Communities as Meted: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Westport, CT: Preger, 1997. pp. 161-177. En CSAT, 2001.
- Janis, 1984; Janis & Mann, 1977. En Sarafino, E. P. *Health Psychology, Biopsicosocial Interactions*. Wiley John Wiley & sons, 1990. p.p 76-89, 189-197, 308-314.
- Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence: A Psychology framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health* 12:597-605. En CSTA (2001)
- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1997). *Problem Behavior and Psychological Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- Johnston, L., O'Malley, P., & Bachman, J. (1995). *National Surveys Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study 1975-1995*. En CSTA (2001).
- Keating, 1990. En Kimmer, D. & Weiner, I. *Adolescence a Developmental Transition*. Wiley John Wiley & Sons, 1995. p.p 27-33.
- Kimmer, D. & Weiner, I. *Adolescence a Developmental Transition*. Wiley John Wiley & Sons, 1995. p.p 27-33.
- Kumpfer, K. L (1999). Identification of Drug Abuse Prevention Programs. National Institute on Drug Abuse. Resource Center for Health Services Research. University of Utah.
- Lazarus & Folkman, 1984. En Sarafino E. P. *Health Psychology, Biopsicosocial Interactions*. Wiley John Wiley & Sons, 1990. p.p 76-89, 189-197, 308-314.
- Lazarus & Launier, 1978. En Sarafino E. P. *Health Psychology, Biopsicosocial Interactions*. Wiley John Wiley & Sons, 1990. p.p 76-89, 189-197, 308-314.
- López, M.J (1982). *La Resolución de la adolescencia y el logro de las relaciones objetivas adultas*. Cuaderno de Psicoanálisis. En: Braujos, O. A. (1999). *La adolescencia desde la Perspectiva del Adolescente*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Luenigo, M.M., Romero, T.E., Gómez, F., Guerra, L & Lence, P (1999). La Prevención del Consumo de Drogas y la Conducta Anti-social en la escuela: Análisis y Evaluación de un Programa. Plan Nacional sobre Drogas.
- Marlatt, G. A (1998). *Effective Relapse Prevention and Harm Reduction Therapy*. AABT Workshop Handout February. 20.

Marlatt, G.A., & George, W.H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *British Journal of Addiction* 79. 261-273.

Martinez, M, K (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. Mexico, Facultad de Psicología. UNAM.

Mc Anamey, E., Kreiper, R., Orr, D & Comerci, G. *Medicina del Adolescente*: Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1997. p.p 120-132.

McDermott, D. The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence* 9. 89-97, 1984. En Medina-Mora, et al. Factores Asociados con la Experimentación y con el Uso Problemático de Drogas *Consejo Nacional Contra las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. CONADIC, Secretaria de Salud, 887-97, México 1992.*

McKenzie, R.G. Influence of drug use on adolescent sexual activity. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 4(2):112-115, 1993. En CSAT, 2001.

McLanchlan, J. F (1974). Therapy strategies, personality orientation, and recovery from alcoholism. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, 25-30. En Hester, R. K & Miller, W. R. (1989) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. Pergamon General Psychology Series*. United of America.

Medina-Mora Ma., Tapia, R., Otero, B., Rascón, Ma., Mariño, Ma., Villatoro, J., Solache, G & Lazacano, F (1990). Factores Asociados con el Inicio en el Consumo de Drogas Resultados de una Encuesta Nacional. *La Psicología Social en México* 3: 214-218.

Medina-Mora ME., Rojas, E., Berenzon, S., Carreño, J., Galvan, J., Villatoro, J., López, E., Olmedo, R., Ortiz, E Y Nequiz, G (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16(3): 2-8, 1993

Medina-Mora ME., Villatoro J., López E., Berenzon G., Carreño S y Juárez G; (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(4): 383-393.

Medina-Mora, ME, & López E, K (1994). Prevención en Materia de Adicciones. *Prevención en Psicología*. México UNAM. p.p 99-120

Medina-Mora, ME (1994). La adicciones: Su Situación Actual. En Berruecosl & Diaz-Leal, L. (Eds.), *Curso Básico sobre las Adicciones. Centro contra las Adicciones (CENCA). Fundación "Ama la Vida" I.A.P* (p.p 9-52). México.

Medina-Mora, ME., Mariño, H.M., Berenzon, Sh., Juárez, G.L & Carreño, G.S (1992). Factores Asociados con la Experimentación y con el Uso Problemático de Drogas.

Consejo Nacional Contra las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. CONADIC, Secretaría de Salud, 887-97, México.

Medina-Mora, ME., Villatoro, J.A., López, E.K., Berenson, Sh., 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 Mexicana* 131(4): 383-393.

Miller, W.R. (1985) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

Miller, E.T., Turner, A. P., & Marlatt (2001). *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse. Researching Teens through Brief Intervention*. New York. The Guilford Press. 61

Modelos Preventivos. 60 años de Servir a México 1943-2003. Consejo Nacional Contra las Adicciones. CONADIC.

Muñoz, R (1957). *Teorías de la adolescencia*. México: Piados. En: Braujos, O. A. (1999). *La adolescencia desde la Perspectiva del Adolescente*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

National Institute of Justice. Drug Abuse Forecasting: 1993 Annual Report on Juvenile Arrestees/Detainees. *Research in Brief*. Washington, DC: National Institute of Justice, 1994. En CSAT, 2001

National Institute on Drug Abuse. *National Pregnancy and Health Survey: Drug Use Among Women Delivering Live Births*, 1992. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Division of Epidemiology and Prevention Research, 1996b. En CSAT (2001)

Newcomb, M. D., & Bentler, P. M (1989). Substance Use and Abuse among Children and Teenagers. *American Psychology* 44(2): 42-284. En CSTA (2001)

Pekarik, G. (1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39(6) 909-913.

Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in drop out research. *Psychotherapy*, 22, 86-91.

Phares, J.E., & Trull, T. J. (1999). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica: El Manual Moderno*, México.

Piaget, J. (1969). *El desarrollo intelectual del adolescente*. Buenos Aires: Psique. En: Braujos, O. A. (1999). *La adolescencia desde la Perspectiva del Adolescente*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Pina, A., Silverman, W., Weems, C., Kurtines, W & Goldman, M. (2003). A Comparison of Completers and Noncompleters of Exposed-Based Cognitive and Behavioral Treatment

for Phobic and Anxiety Disorders in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4) 701-705.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). *Toward a Comprehensive Model of Change*. En W. R. Miller, & Heather, N. *Terating Addictive Behaviors: Process of Change*, pp 3-27. New York: Plenum Press.

Ramírez, S. (1975). *Infancia es destino. México. Siglo XXI*. En: Braujos, O. A. (1999). *La adolescencia desde la Perspectiva del Adolescente*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Ramos-Liral, L., Saldivar-Hernández, G & Medina-Mora, ME y cols. Prevalencia en el abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública México* 40(3):221-233, 1998. En Sánchez, et al. Detección Temprana de Factores de Riesgo para el Consumo de Sustancias Ilícitas. *Salud Mental* 25(3): 1-11, 2002.

Roberts, G.L., Lawrence, J.M. y cols. Domestic Violence en the emergency departement. General Hospital Psychiatric, 19(1): 5-11, 1997. En Sánchez, et al. Detección Temprana de Factores de Riesgo para el Consumo de Sustancias Ilícitas. *Salud Mental* 25(3): 1-11, 2002.

Robins, L.N., Ratcliff, K.S. Continuation of antisocial behavior into adulthood. *International Journal of Mental Health* 7. 96-116, 1979. En Medina-Mora, et al. Factores Asociados con la Experimentación y con el Uso Problemático de Drogas. *Consejo Nacional Contra las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. CONADIC, Secretaria de Salud, 887-97, México 1992*

Rojas-Guiot, E., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M., Morón, M & Doménech-Rodríguez, M (1999). Consumo de Alcohol y Drogas en Estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41(4) 297-308.

Rush, T.V. (1979). Predicting treatment outcomes for juvenile and young adult clients in the Pennsylvania substance-abuse system. En Blood, L., & Cornwall, A. (1994). Pretreatment variables that predict completion of an adolescent substance abuse treatment program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(1), 14-19.

Ryan, R., Plant, R., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for Alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and drop out. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.

Sánchez, H.R., Guisa, C.V., Ortiz, E.R & De León, P.G (2002). Detección Temprana de Factores de Riesgo para el Consumo de Sustancias Ilícitas. *Salud Mental* 25(3): 1-11.

Smailino, E. P. *Health Psychology, Biopsicosocial Interactions*. Wiley John Wiley & sons, 1990. pp 76-89, 189-197, 308-314.

Saucedo, A. M., Córtes, R. M., Salinas, G., & Berlanga, C. (1997). Frecuencia y causas de deserción que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 20, 13-18.

Sayre, S., Schmitz, J., Stotts, A., Averill, P., Rhoades, H., & Grabowski, J. (2002). Deterring predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 28(1), 55-72.

Schydlower, M. Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics* 91:1010-1013, 1993. En Sánchez, et al. Detección Temprana de Factores de Riesgo para el Consumo de Sustancias Ilícitas. *Salud Mental* 25(3): 1-11, 2002.

Siqueland, L., Christoph, P., Frank, A., Daley, D., Weiss, Chittams, J., Blain, J., & Luborsky, L. (1998). Predictors of drop out from psychological treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 1-13.

Skinner, H. A. (1981). Different strokes for different folks: differential treatment for alcohol abuse [U.S. DHHS Pub. No. ADM 81-1033]. En Hester, R. K & Miller, W. R. (1989) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. Pergamon General Psychology Series. United of America.

Stark, M. J. (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.

Stuart, R. B. (1970). *Trick of Treatment: how or when psychotherapy fails*. Champaign, Illinois. Research Press. En Buéla-Casal, G., Caballo, V. E., & Sierra, J.C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo Veintiuno Editores, Madrid.

Tarter, R. E., & SUGERMAN, A. A. (1976). *Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem*. Reading, MA: Addison-Wesley. En Hester, R. K & Miller, W. R. (1989) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. Pergamon General Psychology Series. United of America.

Tober, G. (1991). Motivational Interviewing with young people. En Martínez 2003.

Turkat, I. D. (1986). The Behavioral Interview. En Buéla-Casal, G., Caballo, V. E., & Sierra, J.C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo Veintiuno Editores, Madrid.

Velásquez, R. J. (2000). *Deserción y Seguimiento de pacientes Psiquiátricos atendidos en consulta externa*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

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* 25(1).

Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, S., Parra, J y Nequiz, G (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición otoño de 1997. *Salud Mental* 22(2):18-30.

Winters, K, C (1999). *Treatment of Adolescents with Substance Use Disorder. Treatment Improvement*. U.S Department of Health and Human Services.

Zweben, A., & Li, S. (1981). The efficacy of rol induction in preventing early drop out from outpatient treatment of drug dependency. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 171-183.

A n e x o

ENTREVISTA INICIAL

Fecha: ___/___/___

DATOS GENERALES

Nombre: _____		
1. Eres: Hombre Mujer	2. ¿Cuántos años tienes?	
3. ¿Qué año escolar estás cursando actualmente?		
4. ¿Con quién vives?		
5. ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes?	Hermanos	Hermanas
6. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?		
7. ¿Qué edad tiene tu papá?		
8. ¿Qué edad tiene tu mamá?		
9. ¿Hasta qué año estudio tu papá?		
10. ¿Hasta qué año estudio tu mamá?		
11. ¿A qué se dedica tu papá?		
12. ¿A qué se dedica tu mamá?		
13. ¿Cuál es tu Dirección?		
Teléfono		
14. Aproximadamente ¿Cuánto dinero gana tú papá y/o mamá al mes?		

15. Motivo de Consulta

CONSUMO DE SUSTANCIAS

16. Principal sustancia de consumo (marca sólo uno):

___ (1) Alcohol ___ (2) Tabaco ___ (3) Cocaína ___ (4) Heroína ___ (5) Marihuana ___ (6)

Pastillas

___ (7) Otra _____

___ (8) Consumo varias drogas que considero de igual importancia

17. ¿En caso de consumir alcohol, qué tipo de bebida consumes con mayor frecuencia?

___ (1) pulque ___ (2) cerveza ___ (3) cooler ___ (4) vino ___ (5) destilados

18. De acuerdo con la siguiente escala, señala la alternativa que mejor describa tu CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS durante el año pasado (marque sólo una opción):

___ (1) Sin problema

___ (2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)

___ (3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)

___ (4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)

___ (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

19. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cual es el mayor tiempo consecutivo en que no has consumido? (El mayor periodo de abstinencia. Si no lo hay, marcar "0").

_____ ¿Cuándo ocurrió?

_____/_____
mes año

20. ¿Porque te abstuviste en esa ocasión?

21. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de ALCOHOL O DROGAS? ___ (1) Si ___ (2) No

22. Tipo de Tratamiento/ayuda

___ (1) Centro de desintoxicación ___ (2) Tratamiento C. Externa ___ (3) Tratamiento de C. Interna
 ___ (4) Asesoría medica ___ (5) Asesoría psiquiátrica ___ (6) Grupos de auto-ayuda

Fecha: mes _____ año _____ Alcohol / Drogas

(Para ex - fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

23. ¿Fumas?

___ (1) Nunca he fumado ___ (2) Actualmente fumo ___ (3) Ex - fumador (< de 1 año)

___ (4) Ex-fumador (> de 1 año) no. de años: _____

24. ¿Por cuanto tiempo has sido un fumador regular?: _____

25. Promedio de cigarrros fumados diariamente: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE DROGAS PSICOACTIVAS

<p>INSTRUCCIONES: Marcar en el cuadro la respuesta correspondiente, tomando en cuenta las claves asignadas.</p> <p>* Nota: Si en el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco.</p>	<p>** CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO</p> <p>0 = No consume 1 = Menos de una vez al mes 2 = Una vez al mes 3 = 1 a 2 veces a la semana 4 = 3 a 6 veces por semana 5 = diariamente</p>
--	---

TIPO DE DROGA	*Consumo 1 = Si 2 = No	Total de años de consumo	Ultimo año de consumo	** Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Cannabis: manguana, hashish					
Estimulantes: cocaína, crack					
Estimulantes: metanfetaminas.					
Antifetaminas/ estimulantes: ritalin, benzedrina, dexadrina					
Benzodiazepanes / tranquilizantes: valium, librium, halcion, xanax, diazepam, roofies					
Sedativos/ Hipnóticos/ Barbitúricos: amytal, seconal, dalmene, qualude, pentobarbital					
Heroína					
Metadona callejera o ilícita					
Otros opiáceos: tylenol #2 y #3, 282's, percodan, percocet, opio, morfina, demerol, dilaudid					
Alucinógenos: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina, peyote, hongos. éxtasis (MDMA), óxido nítrico					
Inhalables: cemento, gasolina, rush, aerosol, thiner, poppers locker room					
Otros (especificar) _____					

26. Algunas de estas personas ha usado algún tipo de drogas (que no sea alcohol o tabaco)

a) Tu papá	(1)SI	(2)NO
b) Tu mamá	(1)SI	(2)NO
c) Alguno de tus hermanos (as)	(1)SI	(2)NO
d) Tu mejor amigo	(1)SI	(2)NO
e) Algún familiar que viva contigo	(1)SI	(2)NO

27. Algunas de estas personas han tenido algún problema debido a su consumo de alcohol

e) Tu papá	(1)SI	(2)NO
f) Tu mamá	(1)SI	(2)NO
g) Alguno de tus hermanos (as)	(1)SI	(2)NO
h) Tu mejor amigo	(1)SI	(2)NO
e) Algún familiar que viva contigo	(1)SI	(2)NO

AREA DE SALUD

28. ¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

___ (1) Si ___ (2) No

29. ¿Estas tomando algún medicamento por prescripción médica o te estás auto-medicando?

___ (1) Si ___ (2) No

AREA ESCOLAR Y LABORAL

30. ¿Asistes a la escuela de manera regular? ___ (1) Si ___ (2) No

31. ¿Cuál fue el promedio escolar que obtuviste el año pasado?

___ (1) 10 ___ (2) 9 ___ (3) 8 ___ (4) 7 ___ (5) 6 ___ (6) 5

32. ¿Cuál es tu promedio general actual?

___ (1) 10 ___ (2) 9 ___ (3) 8 ___ (4) 7 ___ (5) 6 ___ (6) 5

33. ¿Debes alguna materia? ___ (1) Regular ___ (2) Irregular

34. ¿Cómo consideras tu desempeño escolar?

___ (1) Muy Bueno ___ (2) Bueno ___ (3) Regular ___ (4) Malo ___ (5) Muy malo

35. ¿Has interrumpido tus estudios durante 6 meses o más? ___ (1) Si ___ (2) No

36. ¿Cuántos días has faltado a la escuela durante este año escolar?

___ (1) Ninguno ___ (2) 1 a 2 días ___ (3) 3 a 5 días ___ (4) 6 o más días

37. ¿Has tenido algún problema serio en la escuela relacionado con tu consumo de alcohol o drogas?

___ (1) Si ___ (2) No

38. ¿Trabajas? ___ (1) Si ___ (2) No

39. ¿Cuál es tu situación laboral? (Marcar sólo una opción)

___ (1) Tiempo completo ___ (2) Medio tiempo ___ (3) Trabajo por su cuenta ___ (4) Trabajo ocasional

40. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces faltaste a tu empleo como resultado de consumir alcohol o drogas?

ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

41. ¿Qué acostumbrabas hacer cuando no estás en la escuela? (Marcar una respuesta para cada inciso)

	Nunca	Algunas veces	Casi Siempre
1) Veo la televisión en casa	1	2	3
2) Practico algún deporte	1	2	3
3) Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
4) Nada y me aburro	1	2	3
5) Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
6) Hago tarea o estudio	1	2	3
7) Juego nintendo o voy a las máquinas y a los juegos electrónicos	1	2	3
8) Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
9) Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
10) Escucho música	1	2	3
11) Hablo por teléfono	1	2	3
12) Voy a fiestas	1	2	3
13) Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc.)	1	2	3
14) Voy al cine	1	2	3
15) Otro (especifica)	1	2	3

42. ¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o drogas?

___ (1) Si ___ (2) No

___ (2) No

AREA FAMILIAR

43. ¿Cuándo estás con amigos o familiares éstos te presionan a consumir alcohol o drogas?

___ (1) No ___ (2) Sí, pero sólo mis amigos

___ (3) Sí, pero sólo mi familia ___ (4) Sí, tanto mis amigos como mi familia

44. ¿De tus amigos o familiares, quienes te ayudarían a cambiar tu consumo de alcohol o drogas?
 ___ (1) Padres ___ (2) Hermanos ___ (3) Abuelos ___ (4) Tíos ___ (5) Primos
 ___ (6) Amigos ___ (7) Pareja
45. ¿En los últimos 12 meses has tenido algún conflicto familiar grave? ___ (1) Si ___ (2) No
46. ¿Cómo describes tu relación con tus padres?
 ___ (1) Muy Buena ___ (2) Buena ___ (3) Regular ___ (4) Mala ___ (5) Muy mala
47. ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?
 ___ (1) Muy Buena ___ (2) Buena ___ (3) Regular ___ (4) Mala ___ (5) Muy mala
48. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? ___ (1) Si ___ (2) No ¿Cuánto?
49. ¿Cuánto dinero utilizas a la semana en alcohol o drogas?

AREA DE SEXUALIDAD

50. ¿Has tenido relaciones sexuales? ___ No ___ Una vez ___ Más de una vez
51. Cuando tienes relaciones sexuales ¿utilizas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo o para no contraer alguna enfermedad? ___ (1) Si ___ (2) No
 ¿Cuál? _____
52. ¿Con qué frecuencia?
 ___ (1) Siempre ___ (2) Casi siempre ___ (3) Frecuentemente ___ (4) Algunas Veces ___ (5) Nunca
53. ¿Has tenido problemas relacionados a tu conducta sexual? ___ (1) Si ___ (2) No
54. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas? ___ (1) Si ___ (2) No

AREA DE CONDUCTA ANTISOCIAL

55. ¿Has realizado las siguientes actividades en los últimos doce meses? (Marcar una opción para cada respuesta).

	SI	NO
1) Tomar un auto sin permiso del dueño	1	2
2) Tomar dinero o cosas con valor de \$50 o menos que no te pertenecen	1	2
3) Tomar dinero o cosas con valor de \$500 pesos o más que no te pertenecen	1	2
4) Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa.	1	2
5) tomar mercancía de alguna tienda sin pagarla (causar daños)	1	2
6) Golpear o dañar algo (objeto o propiedad) que no te pertenece	1	2
7) Atacar a alguien usando algún objeto como arma. (cuchillo, palo, navaja, etc.)	1	2
8) Vender drogas (marihuana, cocaína)	1	2
9) Golpear o herir a propósito a alguien, sin considerar pleitos o discusiones con tus hermanos.	1	2
10) Tomar parte en riñas o peleas	1	2
11) Prender fuego a propósito a objetos que no te pertenecen	1	2
12) Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	1	2

DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA

56. ¿Te sientes triste con frecuencia? ___ (1) Si ___ (2) No
57. Durante el último mes has sentido que:

Número de días	0	1 a 3	4 a 6	7 o más
a) No puedes seguir adelante	1	2	3	4
b) Tenías pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
c) Sentías que tu familia estaría mejor si tu estuviera muerto	1	2	3	4
d) Pensé en matarme	1	2	3	4

SATISFACCIÓN PERSONAL

58. ¿Qué tan satisfecho estás con tu forma (estilo) de vida en este momento?
 ___ (1) Muy satisfecho ___ (2) Satisfecho ___ (3) Inseguro ___ (4) Insatisfecho ___ (5) Muy insatisfecho
59. ¿Cuáles son tus metas para el futuro?
