



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN E  
INTERVENCIÓN BREVE EN UN CASO ÚNICO CON  
DEPENDENCIA LEVE A LA MARIHUANA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA :**

**ALMA ROCÍO RODRÍGUEZ FERRER**



**Facultad  
de Psicología**

**DIRECTOR DE TESIS:  
Dr. Horacio Quiroga Anaya**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Dedicatoria

*A mis Padres que me apoyan incondicionalmente, respetando mis decisiones y brindando su amor, gracias por el impulso y la motivación que siempre he tenido de ustedes en los momentos más difíciles, por enseñarme a vencer obstáculos y brindarme de lo más valioso, seguridad en mí para dar cada paso firme.*

*Mamá, quiero darte las gracias por escucharme y aun pesar de mí rebeldía, no desististe y me mostraste el camino. Siempre has estado conmigo, no tengo palabras para agradecer tu apoyo incondicional. Te amo por la gran guerrera que eres y mi ejemplo de perseverancia y fortaleza.*

*Papá, por ti soy una persona agraciada de cada día. Gracias por dejarme aprender de ti, de compartirme tu experiencia y de tus sabios consejos. Agradezco por tu cuidado, sacrificio y tu forma de escucharme, darme calidez y tranquilidad a mi vida. Siempre con los brazos abiertos y un rostro sincero. Te amo papá.*

*Mamá y papá, quiero que sepan que aunque muchas veces no expreso lo que siento, ustedes son los pilares más importantes en mi vida, en todos los momentos de mi vida he recibido de ustedes lindas palabras, su apoyo, consejos, me han ayudado a corregir mis errores, a quererme y valorarme como persona. Me siento inmensamente feliz porque los tengo junto a mí. Los adoro.*

## Agradecimientos

*Agradezco profundamente a Dios, que me ha dotado de una vida plena y satisfactoria, siempre a manos llenas. Gracias porque cuando tropecé, siempre sentí tu reconfortante presencia y pude reconocer mis errores, pude levantarme y seguir adelante; gracias por acompañarme también en mis logros y bendecir mi camino.*

*Reconozco a mi familia, a mis padres y hermanos que son mi apoyo constante y que han contribuido al cumplimiento de una de mis metas más grandes; ustedes han sido una sólida fuente de estímulo para ser mejor. En todo momento, con los brazos fuertes, oídos dispuestos, labios sinceros y pensamiento abierto, los amo, gracias por su apoyo incondicional.*

*La motivación en la medida y momento indicado, siempre ha venido de ti, amor. Te agradezco Mauricio, porque sin tu apoyo, impulso, amor y paciencia no lo lograría, gracias por tus enseñanzas. Atesoro cada momento compartido, siempre empujándome a superarme y a vencer los obstáculos. Eres un ser de luz que cuida mis pasos, te amo.*

*Gracias a mis amigos, que se han convertido en mi familia, por la confianza brindada y que han estado presentes durante la mayor parte de la realización y el desarrollo de esta tesis. Gracias por su apoyo.*

*También agradezco a mi Universidad Nacional Autónoma de México, que me abrió las puertas de un conocimiento vasto, y me permitió aprender de personas admirables que se convirtieron en pilares fundamentales e indispensables en mi formación.*

*Doy las gracias a mi Facultad de Psicología, que me permitió formarme en ella, a mis profesores que sembraron en mí, el interés por saber y querer aprender más, en especial al Dr. Horacio Quiroga, por sus consejos, enseñanzas, paciencia y apoyo a lo largo de este proyecto.*

*A todos ustedes, muchas gracias.*

*El logro de un objetivo debe ser el punto de partida de otro.  
Alexander Graham Bell*

## ÍNDICE

RESUMEN .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I: PREÁMBULO DE LA MARIHUANA EN SU USO PSICOTRÓPICO .....	3
Antecedentes Históricos de la marihuana .....	5
Efectos y vías de administración .....	7
Factores de Riesgo del consumo de drogas .....	13
CAPÍTULO II: EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN MÉXICO. ....	16
CAPITULO III. FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA DIBADEU .....	20
El programa de Entrenamiento en Destrezas .....	23
Entrevista Motivacional.....	27
Reducción del Daño .....	34
CAPITULO IV. METODOLOGÍA .....	40
Planteamiento del problema .....	40
Justificación del caso único como un diseño de investigación experimental .....	40
Tipo de estudio .....	41
Objetivo .....	42
Pregunta de investigación .....	42
Hipótesis.....	42
Variables del estudio .....	42
Diseño .....	47
Escenario.....	47
Participante.....	48
Características generales .....	48
Historia de consumo de marihuana.....	48
Problemas asociados al consumo.....	50
Recursos disponibles y déficits .....	51
Instrumentos .....	51
Procedimiento.....	62

CAPITULO V. TRATAMIENTO .....	65
Sesión 1. Entrevista de Evaluación Inicial .....	67
Sesión Extra. Evaluación con los Instrumentos .....	69
Sesión 2. Entrevista de Retroalimentación y Consejo .....	71
Sesión de seguimiento (1 meses).....	72
Sesión de seguimiento (3 meses).....	74
Sesión de seguimiento (6 meses).....	76
Sesión de seguimiento (12 meses).....	77
CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....	79
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	87
LIMITACIONES .....	92
RECOMENDACIONES .....	93
REFERENCIAS.....	94
ANEXOS .....	105
Hoja de “Tips” .....	105
TIPS PARA UN ESTILO DE VIDA CON MENOS RIESGO DE CONSUMO .....	105
Tarjetas de Auto- Registro.....	106
Hojas de Retroalimentación gráfica personalizada.....	107
Instrumentos .....	109

## RESUMEN

En la presente investigación, se describe la aplicación y evaluación de un caso único con dependencia leve a la marihuana, el cual fue intervenido con el Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU; Quiroga & Cabrera, 2008). Al momento de su ingreso el paciente, estudiante de 18 años de edad, presentaba un patrón de consumo típico de un cigarro de marihuana a la semana y un consumo episódico de un cigarro de marihuana por ocasión y una historia familiar negativa hacia el consumo de marihuana. Además, presentaba problemas relacionados a su consumo, con un mayor daño en el área intrapersonal. La intervención constó de dos sesiones clínicas: La primera incluyó una Entrevista de Evaluación Inicial, donde se abordaron principalmente cinco aspectos: 1) Establecimiento de Rapport, Orientación y Compromiso, 2) Evaluación del estilo de vida de alto riesgo y conductas saludables, patrón típico y patrón episódico de consumo de la sustancia, a través del Perfil Breve del Consumidor de Drogas, 3) Evaluación de la dependencia a la marihuana, a través de extractos de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV del eje I (SCID), 4) Historia Familiar de problemas de consumo de alcohol/drogas y problemas de psicopatología, y 5) Auto-monitoreo del consumo de la sustancia a través de las tarjetas de monitoreo que se llevó como tarea. La segunda sesión, incluyó una Entrevista de Retroalimentación Gráfica Personalizada, en la cual se clarificó la situación del paciente a través de: a) Revisión y discusión de las tarjetas de auto-monitoreo, b) Hoja de retroalimentación, en la que se presentó toda la información recabada durante la Entrevista de Evaluación Inicial y los instrumentos aplicados, comparado con las normas de consumo de acuerdo a su sexo y edad. c) Balance decisional; donde se le ayudó al paciente a tomar una decisión con respecto a hacer un cambio o no, del consumo. d) Establecimiento de la meta; la cual fue la abstinencia, y e) Entrenamiento de Estrategias; para lograr dicha meta. Para la evaluación de los resultados se empleó un diseño experimental de caso único tipo ABC. Finalmente, se efectuaron seguimientos al mes, 3 meses, 6 meses y 1 año. En los resultados se observó que, a diferencia del inicio de la intervención, no se presentó consumo, lo mismo ocurrió durante los seguimientos efectuados. Los problemas asociados al consumo disminuyeron (académicos, familiares, legales). Con base en tales resultados, se consideró que la Intervención resultó efectiva ante situaciones de riesgo de consumo de marihuana, reduciéndose los daños en su vida cotidiana. Se concluyó que el programa logró la reducción del daño del paciente, manteniéndose abstinencia del consumo de marihuana doce meses después de concluir el tratamiento.

*Palabras Clave:* Reducción del daño, marihuana, intervención breve, entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, entrevista motivacional.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias ilegales es cada vez más común, en especial por el consumo de marihuana posicionándose en los primeros lugares de consumo y en la primera posición como droga ilegal de inicio y de impacto; reportándose su consumo cada vez a más corta edad, desencadenando un grave problema de salud, tanto a nivel mundial como nacional, además de ocasionar graves daños al individuo y a su entorno.

Se estima que 250 millones de personas entre 15 y 64 años de edad han utilizado alguna droga al menos una vez en el 2015. 29.5 millones de estos consumidores padecen un trastorno por consecuencia del uso de drogas. La droga ilegal de consumo más recurrente en el mundo es la marihuana de 3.8% en el 2016, es decir 183 millones de personas, y solo el promedio de 39% llega a tratamiento por trastornos relacionados al consumo de marihuana en el mundo (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte de Drogas, 2016-2017).

El grupo de mayor riesgo y mayor prevalencia en el mundo, es la población adolescente y los adultos jóvenes, es decir 18 a 34 años. El 38.8 % consume la droga de inicio hasta tres o más veces al día. En México, el consumo de marihuana alguna vez en la vida aumentó del 6% en el 2011 al 8.6% para el 2016. El consumo de marihuana en el último año reportado en el 2002, por los hombres de 12 a 65 años, era del 1.2% para el 2016 es de 3.5%, es decir tres veces más; en el caso de las mujeres en el 2002, fue de 0.1%, en el 2016 incrementó al 0.9% (ENCODAT, 2016-2017).

En los esfuerzos por el desarrollo de opciones de tratamiento, resaltan las intervenciones breves, que han demostrado su efectividad en la reducción del consumo y problemas relacionados. Es fundamental hacer detección oportuna antes que la persona genere problemas en sus diferentes entornos, sin notar que el origen está en su consumo de droga. Las intervenciones breves se caracterizan por ser motivacionales y propiciar en

el paciente una meta de abstinencia o de reducción del consumo (Martínez, Salazar, Pedroza, & Ayala, 2008).

El programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas en Estudiantes Universitarios (DIBADEU), es parte de un enfoque de atención escalonada y es una modalidad de intervención dentro del Programa de Entrenamiento en Destrezas sobre Alcohol, por sus siglas en inglés ASTP, que tiene como propósito reducir el consumo dañino del alcohol y problemas asociados de estudiantes. De todas las modalidades, el DIBADEU es la más flexible, personalizada y menos intensiva. (Citado en Quiroga & Cabrera, 2008)

En algunos casos, esta intervención puede ser el primer paso para la búsqueda de servicios adicionales que mantengan los cambios realizados. Las técnicas y el enfoque terapéutico pueden ser aplicados en la modalidad paciente/terapeuta y también de forma colectiva, en grupos pequeños. También este programa puede ser una intervención preventiva indicada efectiva.

## **CAPITULO I: PREÁMBULO DE LA MARIHUANA EN SU USO PSICOTRÓPICO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1999), define droga como cualquier sustancia química, que al ser introducida en el organismo, tiene efectos sobre el Sistema Nervioso Central y provoca cambios mentales y emocionales que se manifiestan en su comportamiento.

Mientras que el CIE-10, define el abuso de drogas como consumo perjudicial, entendiéndolo como la situación de consumo continuo, de una o varias sustancias que se mantienen a pesar de presentar consecuencias negativas para el usuario, implicando problemas graves de salud, tanto físicos o psicológicos. Para la clasificación de abuso de sustancias el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000), requiere que el patrón desadaptativo de consumo se encuentre dentro de los últimos 12 meses, y dé lugar a uno o más de los siguientes puntos: incumplimiento de obligaciones y responsabilidades importantes en el trabajo, escuela, casa, etc.; realización de actividades físicamente peligrosas bajo sus efectos; problemas legales relacionados con la sustancia; problemas intra o interpersonales derivados de sus efectos y todo ello sin que se cumplan los criterios de dependencia.

La dependencia de sustancias psicoactivas, de acuerdo con el DSM-IV-TR (2000) es un patrón desadaptativo de uso de una sustancia que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativos, en el que se observan tres (o más) de los siguientes síntomas, los cuales ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) La necesidad de cantidades marcadamente incrementadas de una sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado. b) La disminución pronunciada del efecto con el uso constante de la misma cantidad de sustancia. 2. Abstinencia, manifestada por cualquiera de los siguientes síntomas: a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, definido para cada sustancia específica en el DSM-IV. b) Se toma la misma sustancia (u otra estrechamente

relacionada) para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. 3. La sustancia se toma a menudo en mayor cantidad o períodos de tiempo más largos de los que se tenía intención. 4. Hay un deseo persistente o, se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia. 5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (p. ej. se visita a muchos médicos o se conduce durante largas distancias), para administrarse la sustancia (fumar en cadena), o para recobrase de sus efectos. 6. Se renuncia a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o se reducen por uso de la sustancia. 7. Se continúa usando la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente, físico o psicológico, que probablemente ha sido causado o exacerbado por el uso de la sustancia.

*Nota importante:* La presente investigación realizada en el marco del Programa de Detección e Intervención Breve (DIBADEU), se aplicó a bajo los conceptos descritos en el DSM-IV, versión que en el momento estaba vigente. Cabe aclarar que para el Plan de atención escalonada, al cual está integrado el DIBADEU, es importante la separación conceptual de abuso y dependencia.

De acuerdo al DSM 5, en su clasificación de Trastornos relacionados a sustancias y adictivos, se realiza un cambio significativo para la aplicación del programa, al no hacer diferencia entre el término de “abuso” y “dependencia”. La nueva edición del manual determina un continuo en los ítems que definían dichos términos, dando un formato dimensional al diagnóstico, también se omite la distinción de entre “dependencia física” y “dependencia psicológica”, incluyéndose el término “craving”, como deseo intenso de consumo, considerado como un síntoma de la dependencia psicológica. Ahora la severidad del cuadro, es definida por la cantidad de ítems que se cumplen donde leve implica dos o más síntomas, moderado de cuatro a seis y grave, más de seis síntomas. (DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2018). Con este continuo, se reduce la cantidad de personas con problemas de consumo de sustancias sin diagnóstico, pues pueden cumplir uno o dos criterios pero no tres como se pide para

dependencia en el DSM-IV, y tampoco cumplen criterios de abuso. Este continuo tiene buena correspondencia para los criterios moderada y severa, pero es necesario realizar más investigación con las personas que caen en los criterios de menos intensidad o severidad (Portero, 2015).

### **Antecedentes Históricos de la marihuana**

El Cannabis, es una planta a partir de la cual se obtiene la marihuana y es conocida por la humanidad desde la antigüedad. El cannabis se ha convertido en una de las más extensas territorialmente y diversificadas. Las preparaciones del cannabis se han utilizado como remedios por miles de años. El uso y el cultivo del cáñamo se remontan a más de 10,000 años. Comúnmente se utiliza como fuente de fibra o cáñamo, como alimento, para elaborar aceite y en medicinas.

La marihuana se ha usado a lo largo de la historia en muchas culturas diferentes para cambiar humor, percepción, y conciencia. Sus efectos van de la creatividad creciente a provocar las experiencias místicas, elevar la capacidad a la percepción, sentido y porción. Después del alcohol, es la más popular de lo que se llama las drogas "recreativas".

Su origen parece situarse en Asia Central, desde donde se extiende a todo el mundo. La primera descripción que encontramos de la planta data del 2737 a. C., por el emperador chino (o alguien de su equipo) Shen Nung, quien prescribía la (marihuana) para el tratamiento de la gota, la malaria, algunos dolores, y la falta de concentración (Brailowsky, 2002).

En Grecia, Galeno propuso el cannabis para el tratamiento del dolor y la flatulencia, y en Roma, se utilizó para el dolor de oídos (Eyrleywine, 2005). Durante el siglo XII, el cannabis ya se había extendido desde Egipto hasta el resto de África, donde todavía hoy se utiliza para los dolores de parto. El éxito medicinal del cannabis llegó a Europa en el siglo XIX, donde se empezaron a observar los efectos cognitivos y los beneficios

medicinales a través de estudios empíricos. El uso de la marihuana como intoxicante fue posterior a su uso medicinal. Lo utilizaban los Escitas y los Tracios en rituales religiosos, alrededor de los 600 a. C. Los nativos de la India aprendieron a diferenciar distintos productos del cannabis que utilizaban diferencialmente en ritos sagrados (López, 2006).

Los primeros productores cannábicos llegaron a México con las carabelas de Cristóbal Colón, 20 toneladas entre velas, redes, cuerdas, etc. Para 1920, se prohíbe la marihuana en el México postrevolucionario. Sin embargo, poco a poco, la población consumió por experimentación (García, 2005). La marihuana se volvió más conocida a partir del corrido “la Cucaracha”, que data de la Revolución Mexicana: *“la cucaracha, la cucaracha, ya no puede caminar, porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar.”* (Brailowsky, 2002)

Ya para los años 40’s y 50’s, en diversas películas de la Edad de Oro del cine mexicano, se hacía alusión al consumo de marihuana como vinculada a gente pobre, viciosa, holgazana. Y para 1965 el consumo de marihuana y otras drogas entra en los hábitos de la clase media, principalmente en las universidades (García, 2005). Hasta finales de los 80’s fue la primera droga de uso, después aumenta considerablemente el uso de inhalables, sin embargo vuelve a cambiar hacia principios de los 90’s cuando la marihuana retoma el primer lugar en preferencia, mismo que se mantiene hasta ahora (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas, 2015).

En el 2006, se destaca la presencia de la droga con efecto adictivo y psicotrópico en todas las sociedades conocidas. La marihuana como una de las drogas que se han consumido originalmente como lúdica, en ocasiones nutricionales y enteógena, es decir que provoca un estado de modificación de conciencia en un contexto religioso, ritualístico y chamánico, que sigue teniendo presencia en México (López, 2006).

En relación con los diferentes tipos de marihuana, el botánico sueco Carolus Linneo clasificó a la marihuana *Cannabis Sativa*, en 1753, y más recientemente el etnobotánico R. Schultes distinguió tres especies: *C. Sativa*, *C. Indica* y *C. Ruderalis* (Brailowsky, 2002). La planta del cannabis contiene al menos 60 cannabinoides distintos entre los 400 compuestos químicos identificados (Dewel, 1986). Actualmente se hacen diferentes cruces de los diferentes tipos para alterar sus propiedades como el sabor, olor, etc. (Rzedowski, 2001).

### **Efectos y vías de administración**

La marihuana es principalmente conocida por sus efectos, el responsable de estos es el Delta-9 Tetrahidrocannabinol ( $\Delta$ 9-THC), el cual es el alcaloide de la marihuana o su componente activo, relacionado con las reacciones psicóticas agudas, que generalmente duran unas pocas horas, existen reacciones como ideas paranoicas, ilusiones, alucinaciones, delirios, despersonalización, confusión, inquietud y emoción; estos efectos están relacionados con las dosis de consumo. Otros cannabinoides estimulan receptores relacionados con el incremento del apetito, también produce analgesia y sedación, alivia ataques de asma, disminuye la presión en pacientes con glaucoma (enfermedad del nervio óptico, caracterizada por el aumento patológico de la presión intraocular) y reduce los síntomas en algunos desórdenes motores. Algunas de las áreas ligadas a los receptores THC son: tallo cerebral, cerebelo, núcleo caudado, putamen, corteza, núcleo entopeduncular, globo pálido, hipocampo y sustancia negra (Barlow, 2011).

En el campo psicológico, la marihuana es una sustancia altamente adictiva por lo que puede llegar a producir ideación paranoide, alteraciones a largo plazo en atención y memoria, así como disfunción sexual (Gantiva, Trijillo, Gómez, & Martínez, 2007). Hoy es mucho más potente de lo que era antes, debido a la selección de semillas de la planta del cannabis, modificando las sepas originales, buscando efectos más potentes y más duraderos, ocasionando también un incremento en el consumo de jóvenes, poniéndose en riesgos cada vez mayores.

La marihuana produce sus efectos en las personas, cuando el THC se adhiere a sitios específicos en las células nerviosas que se encuentran en el cerebro y en otras partes del cuerpo humano. Estos sitios se llaman receptores cannabinoides (cannabinoid receptors -CBR, en inglés). El THC es químicamente similar a una clase de sustancias químicas que nuestro cuerpo produce en forma natural, llamadas endocannabinoides; la marihuana interrumpe la función normal de este sistema. Los receptores cannabinoides se encuentran en áreas del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación, el apetito, el dolor y, la percepción sensorial y temporal. Debido a la amplia influencia de este sistema sobre muchas funciones críticas, no es de extrañar que la marihuana pueda tener múltiples efectos, no sólo en el cerebro, sino también en la salud general del consumidor. Algunos de estos efectos están relacionados con la intoxicación aguda, mientras que otros pueden acumularse con el tiempo y causar problemas más persistentes, incluyendo la adicción (National Institute on Drug Abuse, 2016).

Hay diversas variedades de Cannabis Sativa, su contenido en THC varía y puede llegar a ser superior al 20%. La parte de la planta que contiene mayor cantidad de THC son los brotes florecientes de la parte superior y en menor cantidad las hojas, tallos y semillas. La marihuana, con un contenido de THC del 0,5 al 5%, se prepara a partir de las flores, hojas y tallos de pequeño tamaño, disecados y triturados. El hachís consiste en un preparado de resina exudada y flores prensadas. El hachís puede contener del 2 al 20% de THC. La resina o aceite de cannabis, que puede llegar a contener del 15% al 50% de THC; se recoge de las terminaciones de los tallos y de la secreción de las brácteas, que son hojas pequeñas que nacen del pedúnculo de las flores de ciertas plantas, situadas entre las hojas normales y las hojas florales, esta secreción también cubre las flores. Las concentraciones de THC en plasma o en otros fluidos biológicos dependerán en gran medida de la procedencia de la planta, de la forma de preparar la droga y de la vía de administración (Balcells Oliveró, 2000).

La marihuana tiene diferentes vías de administración, la más común es fumada a través del cigarro, conocido popularmente como porro o canuto (inhalación), también puede beberse en té, mezclarse con comida o fumarse con una pipa de agua (arguila, bong, etc.). Las primeras reacciones después del consumo son la sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual; posterior siguen efectos como: letargo, problemas en procesos como la atención y la memoria, y anhedonia, es decir la incapacidad de sentir placer en casi todas las actividades (Gantiva, et al., 2007).

De acuerdo con Harris y Martin (1991), en el caso de consumir la marihuana fumada, los consumidores habitualmente realizan inhalaciones profundas para incrementar la absorción de THC a través de los pulmones. La marihuana y el hachís también se pueden consumir a través de la vía oral, pero esta es una vía de administración menos usada porque retrasa y disminuye los efectos psicoactivos de la droga. Un cigarrillo suele contener entre 0,5 y 1 gramo de cannabis, cuyo contenido en THC dependerá del preparado. En función del número de inhalaciones y de su intensidad la cantidad de THC que suministra el “porro”, varía entre el 20% y el 70% de su contenido. Del THC inhalado, sólo del 10% al 25% pasa al torrente circulatorio. De estas consideraciones se desprende que la dosis de THC que se absorbe con un cigarrillo está entre 0,2 mg y 4,4 mg. Cuando se fuma, la dosis mínima de THC necesaria para producir efectos farmacológicos está entre 2 mg y 22 mg. La dosis que induce la aparición de efectos psicoactivos depende de la frecuencia del consumo (Martin, 1986).

Los fumadores ocasionales pueden obtener efectos psicoactivos con una dosis de 2-3 mg (aproximadamente un cigarrillo). Los fumadores habituales, pueden necesitar 5 o más cigarrillos para desarrollar manifestaciones psicoactivas, debido a la incertidumbre sobre el contenido de THC y por tanto la cantidad real que se absorbe; el consumo excesivo de cannabis, se define en función del patrón de consumo (diario o casi diario) y no de la dosis que teóricamente se consume (Adams & Martin, 1996). Tras inhalar el humo de un cigarrillo, las concentraciones plasmáticas de THC alcanzan su máximo

(alrededor de 100 ng/ml) en pocos minutos y desaparecen rápidamente, gracias a un importante proceso de redistribución. Los efectos psicotrópicos del THC son tempranos. Las concentraciones plasmáticas máximas, se alcanzan en 20-30 minutos y pueden durar de 2 a 3 horas. La dosis oral tiene menos efectos que la dosis inhalada y en general debe ser 3 a 5 veces mayor para que aparezcan las mismas manifestaciones (Hall & Solowij, 1998). Una vez el THC entra en el torrente circulatorio es redistribuido por el organismo; la mayor parte del THC circula unido a proteínas, preferentemente a lipoproteínas (LDL). Una parte del THC que se une a proteínas, se encuentra acoplado a las células sanguíneas. Sólo el 3% del THC circula libre en el plasma, lo que explica que una pequeña proporción penetre en el sistema nervioso central (alrededor del 1%). Una vez que entra en el sistema nervioso central, el THC se concentra sobretudo en tálamo, núcleo estriado, amígdala, hipocampo, septum y córtex (Balcells Oliveró, 2000).

Becoña y Vázquez, (2001) y Pérez, (2000) coinciden en que el consumo de drogas puede presentarse de modo experimental, social, regular, intenso y compulsivo, pero un aspecto relevante en los jóvenes es que el consumo puede alternar entre estos modos y no desarrollarse, necesariamente de manera secuencial hasta la dependencia. Esto puede deberse al poder de la sustancia (tipo, cantidad y frecuencia) para producir los cambios fisicoquímicos cerebrales, así como a las expectativas y los factores de vulnerabilidad personal, las condiciones familiares y sociales en que se realiza el consumo.

Entre los daños ocasionados por el consumo de drogas se cuentan: 1) los efectos crónicos sobre la salud como el daño a ciertos órganos o la aparición de enfermedades; 2) los efectos físicos que ocasiona directamente la sustancia en un período corto de tiempo y, 3) los efectos sociales derivados del consumo, como el daño de las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo, la desintegración familiar, entre otros (Cáceres, Salazar, Varela, & Tovar, 2006).

El consumo por vía respiratoria de cannabis, se ha asociado a un alto porcentaje de cáncer de garganta, incluso más alto que los fumadores de tabaco, y más alto cuanto mayor sea la cantidad fumada. La marihuana produce alteraciones hemodinámicas, es decir alteraciones en la sangre dentro de venas, arterias y la mecánica del corazón, que varían en función de la dosis: a dosis bajas aparece taquicardia y a dosis altas bradicardia e hipotensión. También puede producir hipotensión postural. La taquicardia se acompaña de un aumento del volumen cardíaco de expulsión y de la demanda de oxígeno. Puede incrementar la frecuencia cardíaca en un 20 a un 100% durante 2 a 3 hrs y también puede aumentar el flujo sanguíneo fino en un 30%. El aumento de la demanda de oxígeno puede producir la aparición de angina en pacientes con enfermedad coronaria de base. Además, el consumo de marihuana provoca un importante aumento en el riesgo de presentar ataques cardíacos, sobre todo en las primeras horas tras el consumo. También se ha encontrado una disminución de la tensión arterial y una disminución del flujo sanguíneo hacia el cerebro, sobre todo en el cerebelo y en el lóbulo frontal (Nuñez, 2005).

Sobre la conducción de vehículos se ha observado una relación dosis/dependiente entre el consumo de la marihuana y la pérdida de las capacidades necesarias para poder conducir de manera adecuada un vehículo o moto dado que, a mayor consumo de cannabis, mayor disminución de la capacidad de reflejos, incluso superior a la observada en el caso de abuso de alcohol. El inicio precoz en el consumo de marihuana, se ha asociado con un abandono temprano de las actividades escolares, sobre todo si el consumo se da antes de los 15 años. También se ha observado entre consumidores crónicos una alteración en la movilidad de los espermatozoides, lo que conduce a una menor capacidad de fertilidad. Por último, se ha asociado el riesgo de presentar una fibrosis hepática entre los consumidores de marihuana, especialmente en aquellos sujetos con un diagnóstico de hepatitis C (Nuñez, 2005).

Los efectos agudos psicológicos de la marihuana, incluyen una modificación general del estado de consciencia, caracterizado por hilaridad, relajación, mayor fluidez de ideas que produce un pensamiento creativo, filosófico y profundo, sensación corporal agradable,

con un incremento de la conexión entre la mente y el cuerpo, e incremento de la percepción sensorial visual, auditiva y gustativa. Con algunas variedades es posible experimentar alucinaciones visuales (habitualmente patrones visuales de tipo geométrico con los ojos cerrados). También puede aparecer un retardo psicomotor y una interrupción de la memoria lineal (dificultad para seguir el hilo del pensamiento). De igual forma se presenta ansiedad, agitación, pensamientos paranoides u obsesivos, mareo y confusión (Caudevilla, 2008).

En algunos casos (sobre todo al utilizar dosis muy elevadas vía oral) la intoxicación aguda por cannabis puede manifestarse con síntomas de tipo psicótico, como ideación delirante, fundamentalmente de referencia y perjuicio, alucinaciones visuales de contenido amenazador, pensamiento desorganizado, angustia psicótica, etc., lo que constituye un cuadro de Psicosis Tóxica Inducida por Cannabis (PTIC). La naturaleza de la PTIC es auto-limitada según el tiempo que tarde el organismo en metabolizar la sustancia (en algunos casos, y sobre todo al utilizar la vía oral, puede prolongarse hasta 3-7 días) y el cuadro se resuelve sin dejar secuelas. La aparición de síntomas psicóticos en el seno de un cuadro de intoxicación aguda por cannabis podría considerarse un factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos tipo esquizofrenia (Caudevilla, 2008).

El uso de cannabis se ha relacionado con un cuadro clínico caracterizado por apatía, desinterés, pasividad, introversión, letargia, conformismo, retardo psicomotor, falta de objetivos a largo plazo, escaso interés en actividades y motivaciones socialmente aceptadas, etc., al que se ha dado el nombre de “síndrome amotivacional”. Este cuadro clínico se presentaría en consumidores habituales de grandes cantidades de marihuana durante largos períodos (Caudevilla, 2008).

El abuso de las sustancias psicoactivas es un problema de salud a nivel mundial, afectando principalmente a los adolescentes y jóvenes, sin distinción de género, estrato social ni geográfico.

Estudios internacionales desarrollados en Iberoamérica, reportan un consumo problemático de marihuana principalmente en los hombres y aumenta conforme avanza la edad con un 7.9% a los 14 años y un 18.2% a los 18 años. El informe Mundial sobre las Drogas, encontró que la marihuana, es la sustancia ilegal más consumida en el mundo de acuerdo a la ENCODAT 2016-2017, por sus siglas (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte de Drogas, 2016-2017).

En México el panorama es similar, ya que se registra a la marihuana como la sustancia ilegal de mayor consumo entre los jóvenes de 12 a 17 años, con 1.3% en 2011, (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011), y en el 2017 con 2.4 % en este mismo rango de edad. La marihuana fue la droga ilegal más consumida en el 2016 (ENCODAT 2016-2017).

### **Factores de Riesgo del consumo de drogas**

Algunas investigaciones han intentado determinar cómo inicia y como avanza el consumo de drogas, aunque resulta sumamente complicado definir una causa. La conducta sobre el abuso de drogas, depende de múltiples factores que pueden propiciar el consumo, conocidos como factores de riesgo, o disminuirlo, definidos como factores protectores. (CONADIC, s.f.)

Para poder explicar los factores de riesgo, es necesario conocer el modelo de la tríada ecológica y la interacción de los elementos, que en conjunto terminan facilitando o reduciendo el desarrollo, en este caso, del consumo de sustancias, en la figura 1 se muestra esta relación.

La relación que existe entre los tres elementos junto con las diferentes variables de cada elemento, nos brinda un mapa del individuo sobre los factores de riesgo y protectores, sin embargo es imposible hacer un perfil de riesgo genérico para el consumo de

marihuana, ya que la misma variable puede ser un factor de riesgo o protector, esto dependerá del individuo.

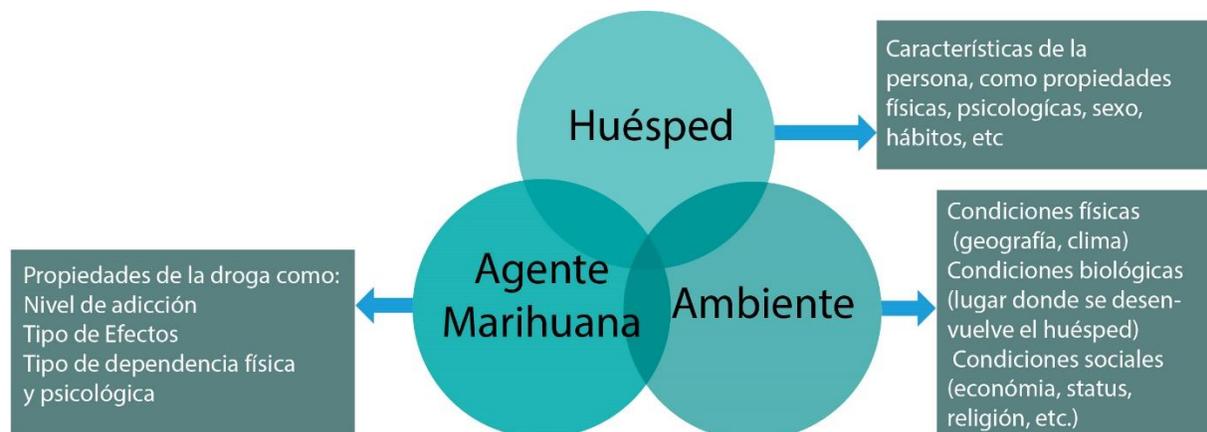


Figura 1. Triada Ecológica.

Jessor y Jessor (1977); Kandel y Andrews, (1987) (Citado en Quiroga & Cabrera, 2008), describen un factor de riesgo medioambiental muy común que es la asociación de pares, es decir que los pares (personas que tiene características comunes físicas, psicológicas, etc.) tienden a relacionarse e influir sobre la otra, por lo que es más sencillo un moldeamiento, imitación o reforzamiento del consumo de drogas entre pares, probando que la percepción de consumo, se considere dentro de la norma en el ambiente que ha seleccionado por la influencia de pares.

También existen factores personales como lo son: la historia familiar de consumo de alguna droga, factores de personalidad como la búsqueda de sensaciones, impulsividad e incapacidad para demorar la gratificación, que propician el consumo de sustancias. (Quiroga & Cabrera, 2008)

Dentro del ambiente social se encuentran los diferentes mitos o creencias acerca del consumo de sustancias. Estas expectativas positivas, creencias y atribuciones sobre sus efectos, y comportamientos bajo la influencia de las drogas, está ligado al consumo

excesivo, que conlleva altos riesgos (Mooney, Fromme, Kivlahan, & Marlatt, 1987; Stacy, Widaman, & Marlatt, 1990; citado en Quiroga & Cabrera, 2008).

Algunos estudios sobre los factores de riesgo, han establecido cinco ambientes o escenarios principales donde ubican a los principales factores de riesgo y protectores de cada ambiente, sin embargo no son exclusivos ni únicos, se habla de factores y consecuencias probables, pero no determinantes. En la tabla 1 se muestran estos factores en los diferentes ambientes.

Tabla 1.

*Los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco ambientes*

Ambiente	Factores de Riesgo	Factores Protectores
Individual	Conducta agresiva precoz	Auto-Control
Familiar	Falta de supervisión parental	Monitoreo de los padres
Compañerismo/amigos	Amigos usuarios de sustancias	Comunicación con los padres
Escuela	Disponibilidad de drogas	Políticas anti-drogas
Comunidad	Pobreza	Fuerte apego a los valores

Estos factores, tanto de riesgo como de protección, se pueden presentar en diferentes etapas de desarrollo y algunos son más poderosos que otros, dependiendo la etapa de desarrollo del individuo. (CONADIC, s.f.)

## **CAPÍTULO II: EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN MÉXICO.**

En los últimos años, se ha reportado un aumento en el uso de drogas legales e ilegales principalmente en los jóvenes; los estudiantes de secundaria y bachillerato reportan una prevalencia total de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, de 17.2%, donde el 18.6% son hombres y 15.9% mujeres; la Ciudad de México representa significativamente el mayor reto, al ser más grande que la media nacional, con el 25% de consumo, en tercer lugar el Estado de México con el 21.2% (ENCODAT 2016-2017).

El consumo de drogas ilegales reportado para alguna vez en la vida, aumento 2.1 veces, en comparación con la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011; en secundaria se reportó 10.1% y bachillerato 21.8%. En específico la marihuana triplico su prevalencia de consumo en secundaria 6.1% y bachillerato 18.1%, señalando claramente que continua siendo la marihuana, la sustancia de mayor consumo con un 10.6%, lo que equivale al 12.9% hombres y 8.4% mujeres (ENCODAT 2016-2017).

Se encuentran por arriba de la media nacional (10.6%) de consumo de marihuana a los estados de la Ciudad de México 18.2%, Quintana Roo 14.6% y el Estado de México 13.8%. La edad de inicio en el consumo cada vez es más temprana. Los hombres reportaron en el 2011, iniciar el consumo de drogas en promedio a los 18.3 años y las mujeres a los 20.1 años; (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011) para el 2017, se presentaron casos de inicio de consumo a los 14 años, donde la marihuana es la droga de impacto en este rango de edad, con un 36.1% y de los 15 a los 19 años 32.8% (ENCODAT 2016-2017).

La marihuana se encuentra entre las primeras tres drogas de inicio de consumo, y es la primera droga ilegal de inicio con un 14.8%. Ocupa el tercer lugar como droga de impacto con un 14.3%. De manera general, se señala que el abuso de drogas son conductas

difundidas entre niños y jóvenes, ya sea que se la hayan regalado o vendido, el 28.4% consumió marihuana, en quienes no han estado expuestos al consumo, el 1.5 % consumió marihuana. En contraste de la población total que ha sido expuesto a la prevención antes de consumir drogas, los hombres reportan un consumo de 8.1%, mientras que las mujeres 3.2%, sin embargo para quienes no fueron expuestos a esta prevención, los porcentajes de consumo se duplican con 18.4% para los hombres y 5.6% para las mujeres. Para la población de 12 a 17 años que han participado en alguna actividad de prevención ante el consumo de drogas, los hombres consumen en el 3.5% y las mujeres 3.1%, porcentaje que se triplica para los jóvenes de 12 a 17 años que no han sido expuestos a programas de prevención, terminan consumiendo el 10.1% hombres y 10.6 mujeres (ENCODAT 2016-2017).

En el 2016, en los Consejos Tutelares de Menores, se registraron 2,124 menores con una media de inicio de consumo de drogas los 13.6 años, con un 19.9% para el consumo de marihuana, reportando que esta sustancia había sido consumida al cometer un delito en un 31.5% (ENCODAT 2016-2017).

La información proveniente del Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID), que se realiza sólo en la Ciudad de México, indica que la marihuana es la sustancia psicoactiva ilegal, que presenta el nivel de consumo más alto, al reportar que la consumió “alguna vez en la vida” un 61%. Algunos usuarios de esta sustancia, reportan iniciar su consumo antes de los 11 años; sin embargo, el grupo más afectado es el de los 15 a 19 años (56.7%). Su nivel de uso más frecuente reportado es alto (20 días o más durante el último mes) en el 4.8% de los casos. La vía de administración más frecuente reportada es la fumada (98.7%) (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011)

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ), durante el 2016, reportaron 12,096 registros de usuarios de drogas psicoactivas, del total de estos usuarios el 16.5% tiene escolaridad secundaria; el 8.4% estudios técnicos o de bachillerato, y el 53.3 se le denominó consumidor funcional, es decir que estudia o trabaja, o desarrolla ambas actividades. De

los pacientes registrados que solicitaron tratamiento en los CIJ, la marihuana como consumo de alguna vez en la vida presento un mayor porcentaje: 87.2% por encima del alcohol 86.9% y tabaco 86%. La principal sustancia de impacto fue la marihuana con un 41.4 % (ENCODAT 2016-2017).

Entre la población en general de 12 a 65 años de edad, las drogas de preferencia reportadas siguen siendo la marihuana (2.2% los hombres con incremento significativo y 0.3% mujeres). El porcentaje de usuarios aumenta entre los 14 y 15 años de edad, mientras que el uso de tranquilizantes, incrementa alrededor de los 18 años. La marihuana tanto en adolescentes como en la población en general, se mantiene como principal sustancia ilegal psicoactiva de consumo reportada en México, representa el 80% del consumo total de drogas (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas, 2015).

Con respecto a la percepción del riesgo, los no consumidores consideran muy peligroso el consumo de marihuana en un 39.9%, mientras que los consumidores de drogas lo consideran peligroso, solo el 18.7%. En la población de 12 a 17 años la percepción del riesgo para los no consumidores, es de 50.7% con respecto a la marihuana, para los consumidores de drogas del mismo rango de edad lo considera riesgoso solo el 19.9% (ENCODAT 2016-2017).

En comparación del 2011 al 2016, la población masculina de consumo de marihuana aumento del 6% al 8.6%, en hombres aumento de 10.6% a 14%, reportando un consumo en el ultimo año de 2.2% al 3.5%, sin embargo el panorama para las mujeres es peor ya que el consumo de marihuana alguna vez paso de 1.6% a 3.7% y consumo en el último año, se triplico de 0.3% a 0.9% (ENCODAT 2016-2017).

La marihuana es la droga de mayor consumo tanto en hombres como en mujeres. Este incremento, se ve alterado por la percepción del riesgo del consumo de marihuana que ha disminuido por debajo del 40%, esto se refleja en el caso de la CDMX donde apenas

el 26% considera muy peligroso el consumo de esta sustancia. Un factor importante es la aceptación social al consumo, pues el grupo de amistades tienen mayor tolerancia al consumo, que la familia (ENCODAT 2016-2017).

Se han realizado esfuerzos de diferentes organizaciones, instituciones y gobiernos por prevenir los problemas de drogas, en especial de los estudiantes universitarios, que pueden tomar decisiones y generar cambios en los diferentes niveles de su vida, dependiendo el nivel de involucramiento y consumo de drogas, que van desde generar una abstinencia o retardar el primer consumo, hasta prevenir problemas graves en estudiantes que presentan un consumo excesivo y que ya han experimentado problemas mínimos en sus entornos (Quiroga & Cabrera, 2008).

### **CAPITULO III. FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA DIBADEU**

El programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas (DIBADEU, Quiroga & Cabrera, 2008) fue diseñado específicamente para estudiantes universitarios que abusan y/o presentan dependencia leve al alcohol u otras drogas, es decir estudiantes que tienen un patrón de consumo excesivo y que han experimentado o se encuentran en un alto riesgo de experimentar problemas asociados a su consumo. A este tipo de prevención se reconoce como secundaria o indicada, pues está dirigida a estudiantes de alto riesgo, que pueden o ya se encuentran, desarrollando evidencia de un problema detectable de consumo, de acuerdo a la clasificación de Gordon (1987), que se establece de acuerdo al nivel de riesgo para desarrollar problemas asociados al consumo y el costo de la intervención (citado en Quiroga & Cabrera, 2008).

El programa está basado en un modelo que combina déficits en destrezas y aspectos motivacionales y del desarrollo. Este modelo asume que:

1. Muchos de estos estudiantes carecen de información importante y de destrezas de enfrentamiento para consumir moderadamente, o para inclinarse por el no consumo.
2. Ciertos hitos del desarrollo contribuyen al consumo excesivo (p. ej. el ser más independientes en la universidad y asumir responsabilidades de adultos)
3. Factores personales, como son las falsas creencias acerca del alcohol, y factores medioambientales, p. ej. la presión de pares, amigos que consumen excesivamente, dichos culturales tales como “beber hasta emborracharse” o “el beber te hace guerrero/a”, que inhiben el empleo de destrezas conductuales que los estudiantes tienen en sus repertorios.

Al reconocer que los cambios en los estilos de vida ocurren normalmente de manera gradual a lo largo del tiempo, los practicantes de la reducción del daño hacen hincapié y

alientan al logro de cambios graduales, y visualizan como éxito los pasos en la dirección de reducir conductas peligrosas o dañinas.

El espíritu de la reducción del daño comprende algo más que un enfoque mecánico del cambio. El DIBADEU favorece el modelo biopsicosocial, debido a que permite una comprensión multidimensional de la etiología y el riesgo, y a que hace hincapié de la habilidad del paciente en aprender estrategias de enfrentamiento más efectivas para abordar los cambios de la vida, incluyendo a las conductas adictivas.

El programa DIBADEU está dirigido a estudiantes universitarios, a nivel licenciatura, que ya han experimentado problemas debido a su consumo excesivo, o bien, que se encuentran en alto riesgo de experimentarlos. Muchos estudiantes que participan en esta intervención breve, cumplen con los criterios del DSM-IV para el abuso o dependencia leve a alcohol u otras drogas.

La dependencia al alcohol u otras drogas, se caracteriza por conductas excesivas de búsqueda de drogas que llevan a un deterioro en el control sobre su uso e incluye, a menudo, cambios fisiológicos de tolerancia y abstinencia; criterios definidos por el DSM-IV para el abuso y la dependencia a sustancias (esto se aplica para todas las clases de sustancias; no se proporcionan conjuntos de criterios separados para el abuso y la dependencia al alcohol). El programa DIBADEU no está dirigido para estudiantes que tienen dependencia moderada o severa al alcohol (Quiroga & Cabrera, 2008).

Recordemos que, de acuerdo a la visión del análisis experimental, la conducta es el resultado de la interacción de las conductas previas que han sido reforzadas y el medio social en el cual se desenvuelve, con base en los fenómenos observables y medibles de los estímulos y respuestas. La base central son las consecuencias y efectos que tengan sobre la persona que realiza la conducta. En el caso del consumo de marihuana podría resaltar que los reforzadores de su conducta son:

- a) Reforzamiento positivo asociado a los aspectos sociales, como el uso de la marihuana, por ejemplo la aceptación de un grupo social y la cultura del uso como estilo de vida, etc.
- b) Reforzamiento positivo asociado con los efectos físicos de la droga, como experimentar sensaciones relajantes, de bienestar, etc.
- c) Reforzamiento negativo asociado a los aspectos aversivos de su contexto, tales como desestimar la oposición y aborrecimiento familiar, salir de la rutina, etc.
- d) Reforzamiento negativo vinculado a los estados físicos aversivos inducidos por la marihuana, como los vistos en el síndrome de abstinencia.

Se puede ver la efectividad de la aplicación del DIBADEU en alcohol, en el reporte del *Programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios: significancia clínica y estadística*. En este estudio, el promedio de edad fue de 18.6 años; todos consumían alcohol y presentaban diagnósticos entre abuso y dependencia leve, contando con un promedio de 14 años de escolaridad. Los resultados obtenidos sugieren una alta significancia clínica en la reducción de problemas de consumo al año de seguimiento, donde los patrones de consumo por ocasión fueron de 5.8 a 3.7 copas estándar de alcohol y, en la cantidad de consumo semanal, los participantes pasaron de 18.4 a 9.7 copas estándar. Sin embargo en la frecuencia de consumo de alcohol a la semana, no hubo un cambio significativo, reportando de 3.0 a 2.6 días. En términos de problemas asociados al consumo, mostró un cambio significativo en términos del Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers, de 8.8 a 3.5 puntos y en la Escala de Dependencia del Alcohol, se cambió de 7.8 a 2.8, registrado una reducción significativa. Y con respecto al nivel de satisfacción, el 44% informo “Bastante Satisfecho” y el 66% “Muy satisfecho”, el 100% reportó que “Definitivamente recomendaría” el programa a un amigo si se encontrara en una situación similar. Un 66% informo que los servicios “Ayudaron en algo” a manejar más eficazmente sus problemas y un 44% que “Ayudaron mucho”; el 100% informo que si fuera a buscar ayuda nuevamente “Definitivamente” regresaría al programa (Quiroga, Cabrera, & Vital, 2008).

## **El programa de Entrenamiento en Destrezas**

El Programa de Entrenamiento en Destrezas (ASTP, por sus siglas en inglés Alcohol Skills Training Program), fue desarrollado a mediados de los años 80, en gran medida al limitado éxito de los programas de prevención para lograr cambiar el consumo de alcohol y reducir los riesgos relacionados a esa conducta en los universitarios. Los elementos clave que subyacen al enfoque del ASTP incluyen: (1) la aplicación de estrategias de auto-manejo cognitivo-conductual (basadas en el modelo de prevención de recaídas), (2) el empleo de técnicas de incremento motivacional, y (3) el empleo de principios de reducción del daño. (Quiroga & Cabrera, 2008)

Las estrategias del ASTP, proponen cambiar la conducta del consumo de alcohol/drogas y promover estilos de vida saludables, a través de incrementar la efectividad de las respuestas de enfrentamiento, el desarrollo, fortalecimiento de destrezas y el aumento de la autoeficacia para el auto-manejo de la conducta. Estas estrategias están basadas, principalmente, en un enfoque cognitivo-conductual e incluyen el establecimiento de límites de consumo, el auto-monitoreo del consumo, el ensayar el rechazo al consumo, y la práctica de otras conductas útiles nuevas a través del juego de roles. También se emplean estrategias de la Entrevista Motivacional desarrolladas originalmente por Miller & Rollnick (1999).

También el ASTP se encuentra basado en los principios de la reducción del daño. La reducción del daño se basa en la consideración de que las conductas adictivas, incluyendo el abuso y la dependencia a drogas como la marihuana, puede ubicarse a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas. La meta principal de la reducción del daño consiste en facilitar el tránsito a lo largo de este continuo, desde los efectos más dañinos a los menos dañinos, aun cuando la abstinencia es considerada como el punto de daño mínimo, se promueve y apoya cualquier movimiento incremental hacia la reducción del daño.

Existen tres modalidades separadas de prevención indicada basadas en el ASTP: 1) Un curso manual por correspondencia para el estudiante; 2) Un Curso Multisesión de Entrenamiento de Destrezas en Alcohol; y 3) el programa DIBADEU. Este último, es el método más breve y el que presenta más costo-efectividad. El DIBADEU se encuentra basado en el Brief Drinker's Check-Up desarrollado por Miller & Sovereign en 1989 (como se citó en Quiroga & Cabrera, 2008). Estos programas se han diseñado para utilizarse, ya bien en forma separada, o en combinación con otras estrategias preventivas.

En el marco de referencias de esta intervención breve, la información sobre drogas y riesgos relacionados a la conducta del consumo, es más amplio que solo las conductas sobre estilos de vida. Las siguientes razones nos obligan a examinar el consumo de drogas desde un contexto más amplio.

- Los estudiantes suelen ser más receptivos a la información y retroalimentación sobre alcohol y otras drogas, cuando el tema forma parte de una discusión más amplia sobre estilos de vida o hábitos saludables.
- Existe razón para creer, que se puede requerir de un rango más amplio de conductas saludables para predecir y prevenir el abuso de drogas en las mujeres adultas jóvenes, considerando la correlación del consumo excesivo con los trastornos de alimentación, con el malestar psicológico y el aumento considerable de su consumo de alcohol y otras drogas recientemente.
- Debido a que incorpora otras conductas de estilos de vida, esta intervención preventiva puede "ajustarse" de manera más compatible dentro de un enfoque de programa de bienestar, que en la actualidad es muy popular en muchas universidades.

EL DIBADEU en comparación con las otras modalidades del ASTP muestra un mayor uso de la literatura sobre intervenciones breves, que demuestra su efectividad en el tratamiento de los problemas de alcohol y otras drogas.

Se define a la intervención breve, como interacción mínima con un médico o profesional de la salud mental, que se centra en los riesgos de la salud asociados con el consumo, cuya longitud va, de varios minutos hasta varias sesiones. Las intervenciones breves resultan particularmente efectivas para individuos tales como la mayoría de estudiantes universitarios, que consumen de manera excesiva, que no presentan dependencia severa al alcohol/drogas pero que, no obstante, tienen problemas asociados al consumo que van de mínimo a moderado, que consumen de manera dañina o peligrosa (Instituto de Medicina, 1990)

Se comienza a hablar de las Intervenciones breves con los estudios pioneros de Orford; Oppenheimer y Edwards en 1976, encontraron que un contacto breve con personal respetable (en este caso un médico), fue tan efectivo como el permanecer internado dos semanas dentro de un hospital, basado en un programa de tratamiento para el alcoholismo, particularmente para aquellos que presentaban una dependencia menos severa (Bien, Miller, & & Tonigan, 1993). Estudios subsecuentes han encontrado que, las intervenciones breves, son más efectivas que el no aplicar ningún tratamiento, y frecuentemente tan efectivas como los tratamientos más intensivos y con probabilidad de incrementar la efectividad de los tratamientos subsecuentes. Un análisis metodológico de los estudios de resultados sobre el tratamiento de los problemas de alcohol conducidos por Miller, Brown, et al. (1995) encontraron que las intervenciones breves tenían “una de las bases más extensas de la literatura y en la actualidad la más positiva” (citado en Quiroga & Cabrera, 2008)

Debido a que las intervenciones breves son tan efectivas como los tratamientos más intensivos para individuos que no son dependientes severos, tales intervenciones pueden ser formas viables (p. ej. costo-efectivas) de proveer servicios a más individuos, al tiempo que ahorran recursos para tratamientos más intensivos (p. ej. tratamiento ambulatorio y residencial intensivos), para aquellos que requieren tales tratamientos (Quiroga & Cabrera, 2008).

Miller y Rollnick (1991) emplean el acrónimo en inglés “FRAMES” con el fin de capturar los ingredientes activos de las intervenciones breves con efectividad demostrada: *Feedback*. Retroalimentación sobre el estado actual de salud, riesgos, conducta normativa. *Responsability*. Énfasis depositado en la responsabilidad del cliente para el cambio. *Advice*. Consejo sencillo en qué cambiar (p. ej. consumo peligroso), sugerencias para la moderación. *Menu* (de opciones de tratamiento). Provisión de un rango de opciones del cual seleccionar. *Empathy*. Habilidad para ver la situación desde la perspectiva del cliente, al tiempo que se mantiene un pie fuera de su realidad. *Self-efficacy*. Creencia del cliente en su habilidad en lograr cambios exitosos.

Debido al éxito de las intervenciones breves, el Instituto de Medicina de Washington ha recomendado un enfoque de atención escalonada para el tratamiento, donde en un inicio se proporcionan esfuerzos elementales y la intensidad del tratamiento va aumentando si los esfuerzos no son efectivos. De esta forma, un estudiante universitario que tiene síntomas de abuso de alcohol u otras drogas, recibe una intervención breve y si presenta dificultades para lograr la meta de la intervención, se le puede referir a terapia grupal a la semana para abusadores de sustancias (Quiroga & Cabrera, 2008).

Las intervenciones breves, frecuentemente hacen uso de resúmenes gráficos personalizados que ilustran los riesgos del consumo a la salud, de acuerdo a los resultados de las pruebas o bases de auto-reporte previamente recolectados. Las retroalimentaciones personalizadas, ofrecen un resumen gráfico de los hábitos de consumo, comparación del consumo con las normas generales, factores de riesgo, la evaluación médica o psicológica y factores cognitivos. Se han realizado tres estudios como pruebas empíricas de la efectividad del ASTP, los hallazgos indican eficacia en las tres modalidades, sin embargo, los componentes de retroalimentación del DIBADEU son la condición más probable de concluirse, la más potencialmente efectiva y la más fácil de diseñar para los riesgos individuales y grados de disposición, e iniciar un programa de cambio conductual (Quiroga & Cabrera, 2008).

Un elemento importante en el Programa DIBADEU es la Entrevista Motivacional, nos ayuda a facilitar el cambio a lo largo de un continuo y para ayudar a las personas a resolver sus ambivalencias sobre cambiar o no, la conducta adictiva o de alto riesgo.

### **Entrevista Motivacional**

Maslow (2006), define la motivación como el impulso que tiene el ser humano para satisfacer sus necesidades, dichas necesidades se dividen en 5 dependiendo de la prioridad de cada una que va desde la supervivencia hasta el crecimiento. Las necesidades se dividen en: 1) Necesidades humanas básicas. 2) Necesidades de seguridad y protección. 3) Necesidades sociales. 4) Necesidades afectivas o de estima y 5) Necesidades de Autorrealización.

La motivación involucra muchos campos conceptuales debido a las múltiples disciplinas que la utilizan. La concepción más común de la motivación en conductas adictivas de sustancias, es que se trata de una característica del paciente, un rasgo o estado personal. Se explica la falta de motivación, como el resultado de poderosos mecanismos de defensa inherentes en el consumidor de sustancias y que constituyen, en sí mismos, la enfermedad.

Por otro lado y desde otra perspectiva, la motivación se entiende, no como una característica que uno tiene, sino como un estado que uno mismo genera, implica reconocer un problema, buscar una manera de cambiar, lo que permite iniciar y realizar para cumplir con esa estrategia de cambio. Un factor que impulso al cambio de la perspectiva de la motivación como un rasgo de carácter, fue el hallazgo consistente de que las personas que consumen alguna droga no manifiestan un tipo característico de la personalidad, es decir, poseen una personalidad tan variante como los que no consumen alcohol u otras drogas, sin embargo, de acuerdo a las características de los terapeutas, notaron que los pacientes desertaban dependiendo al grado de motivación que les

contagiaba su terapeuta, por lo cual se crearon métodos eficaces para incrementar la motivación del paciente (Prochaska & DiClemente, 1982).

Prochaska y DiClemente (1982), desarrollaron un modelo que describen el cambio como un proceso que ocurre en estadios o pasos. La rueda comienza en el estadio de *precontemplación*; la persona no está aún considerando un cambio, no piensa tener un problema y no asocia las consecuencias negativas con su conducta. Generalmente las personas precontemplativas no asisten a tratamiento, por tanto, no creen necesitar ayuda. Sin embargo, el segundo estadio *contemplación*, describe a una persona que se encuentra ambivalente, es decir, una persona que tiene ventajas y desventajas del cambio y no puede decidir hacia qué lado debe inclinarse. En cambio, en el estadio de *determinación* la persona se ha inclinado hacia el cambio, sin embargo no sabe cómo hacerlo. Aunque aquí la persona, si no sigue avanzando por los estadios, regresa al estadio de *contemplación*, y si se desanima completamente regresa a la *precontemplación* donde el cambio se vuelve una meta casi imposible. El estadio de *acción*, es donde la persona ya ha elegido una estrategia y la lleva a cabo. El *mantenimiento* es el estadio más difícil de conseguir, ya que requiere mantener todas las ganancias que se han logrado hasta el momento, sin recaer (Miller & Rollnick, 1999).

La recaída, es un fenómeno común en las conductas adictivas. El desafío en este estadio, es recuperarse de la recaída tan rápido como sea posible y volver a colocarse en pro del cambio, la rueda se recorre cuantas veces sean necesarias, hasta llegar a un mantenimiento permanente (Ver figura 2).

Para incrementar la motivación del cambio, Miller y Rollnick (1999) proponen ocho herramientas de intervención. Cabe mencionar que no solo se utiliza una sola herramienta, se obtienen mejores resultados si se complementan entre sí.



Figura 2. Las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente.

- *Consejo.* Debe ser claro y directo respecto a la necesidad de cambiar y de cómo podría lograrse.
- *Obstáculos.* Retirar las barreras significativas para el cambio, aumentando la probabilidad que el paciente participe.
- *Elección.* Debe ser libre ante una gama de opciones, reduciendo la resistencia. Resultando más aceptable y más prometedor.
- *Disminuir lo atractivo.* Los clientes deben ser conscientes de las consecuencias negativas y de los riesgos asociados al consumo excesivo.
- *Empatía.* Comprender al paciente a través de la escucha activa, conocer la presión de las contingencias externas para persuadir o coaccionar al cliente para que solicite ayuda.
- *Retroalimentación.* Debe ser personalizada, sobre las formas de daño posibles, logrando aumentar la motivación.

- *Establecimiento de metas.* Debe ser clara y estar apoyada en la retroalimentación y en la elección personal, para aumentar el compromiso del cumplimiento de dichas metas.
- *Actitud de ayuda.* Resumir varios resultados, mostrarse empáticos sin confundir con la identificación con el cliente, optimistas y tomar un interés activo del bienestar del paciente.

Estas herramientas no son únicas, también el terapeuta puede tener estilos y conductas características que complementen. Como mostrar interés por la situación personal del paciente, etc. (Miller & Rollnick, 1999). Un enfoque práctico que combina estos elementos es la entrevista motivacional, que tiene como objetivo aumentar la motivación del paciente hacia el cambio, logrando la adherencia hacia un tratamiento y una recuperación.

La entrevista motivacional no es un proceso confrontativo, permite al paciente desarrollar más conciencia y responsabilidad personal sobre su problema, además genera un compromiso de cambio. Este modelo pretende pasar por los varios estadios de cambio, creando una disonancia o discrepancia entre la conducta actual de las personas y sus metas personales importantes. El terapeuta evita tomar responsabilidad de sus verbalizaciones, solo persuade al paciente a darse cuenta de que tiene un problema grave y necesita cambiar. Al permitir esto, los pacientes asumen que ellos han tomado sus propias decisiones, por lo cual, están más comprometidos, aunque hay que tener cuidado al momento de persuadir para evitar una conducta resistente.

Un aspecto de relevancia, es la asignación de etiquetas de roles o adjetivos sociales. La investigación no sugiere que sea necesario o muestre patrones favorables el que el paciente acepte la etiqueta de “drogadicto”, al contrario, se han observado resultados más favorables sin que el paciente tenga que aceptar una etiqueta. Aunque esto no quiere decir, que no reconozca que tiene un problema grave que necesita cambiar, de esta forma ayuda a disminuir la resistencia. En la Tabla 2 se muestra la comparación de

la entrevista motivacional con un enfoque de confrontación de la negación. El primer enfoque se muestra como una estrategia alternativa no como una sustitución de algún enfoque.

Tabla 2.  
*Contraste de enfoques hacia la motivación*

Confrontación de la negación	Entrevista motivacional
Hay un fuerte interés en que la persona acepte su etiqueta, es visto como esencial en el cambio.	La aceptación de la etiqueta de "alcohólico" es vista como innecesaria para que ocurra el cambio.
Énfasis en la enfermedad del alcohólico reduciendo la elección y control personal.	Se enfatiza la elección personal al considerar un consumo futuro de alcohol u otras drogas.
El terapeuta (T) presenta evidencia para convencer al paciente (P) del diagnóstico.	El terapeuta conduce evaluación objetiva, pero enfocándose en provocar las preocupaciones personales del cliente.
Se utilizan datos de evaluación objetiva de forma confrontativa, como evidencia del avance de la enfermedad y abstinencia.	Los datos de la evaluación son presentados de manera clara, sin imponer conclusiones al cliente.
La resistencia es vista como "negación" y es enfrentada con argumentación y corrección.	La resistencia es vista como un patrón de conducta interpersonal.
La meta del tratamiento es siempre la abstinencia de toda la vida, el cliente es visto incapaz de tomar decisiones sólidas.	Las metas del tratamiento son negociables entre el T-P, con base en los datos y aceptabilidad. La involucración del cliente y la aceptación de las metas son vital.

La meta principal de la entrevista motivacional, es incrementar la conciencia individual y personal de sus riesgos y problemas, esta tarea es primordial en los estadios de precontemplación y contemplación (Miller & Rollnick, 1999).

El llevar una reflexión empática constituye un elemento clave dentro de la entrevista motivacional. El terapeuta repite y parafrasea las preocupaciones del cliente, reforzándolas y permitiendo que el participante escuche dos veces, en pequeños periodos se resume lo dicho.

La retroalimentación es muy importante y se muestra de manera clara y objetiva, pero discreta, dejando que el paciente decida qué hacer con esa información. Si el proceso continúa, se acumula una masa crítica de discrepancia motivacional, y el paciente empieza a considerar que alternativas pueden estar disponibles.

Una vez que se ha creado una discrepancia percibida, la persona descubre un riesgo, suele ser perturbador observarlos junto con los problemas personales, por lo cual, puede estar más ansioso, deprimido, agitado, triste o enojado. Este es un estado incómodo y de mucha tensión, además que resulta una razón motivante.

En la retroalimentación se pueden tomar dos caminos, uno es donde el paciente puede resolver la discrepancia ya sea, por medio de la reducción del riesgo, o por medio de la reducción del miedo. El primer camino implica cambiar la conducta, hacer algo para reducir el riesgo, en este caso la persona avanza al estadio de Acción. En cambio, si se decide por el segundo camino, involucra cambios cognitivos para disminuir la discrepancia percibida: negación, racionalización, proyección, y otras estrategias defensivas, es decir, la persona enfrentara reduciendo el problema percibido, regresando a la etapa de cambio de contemplación (Miller & Rollnick, 1999).

Debido a que el estado de determinación (discrepancia percibida) es evocador de temor, la persona puede tomar uno u otro camino, por lo cual se promueve la reducción de riesgo, ya que esta nos permite continuar sin retrocesos. Lo que ayuda al paciente a decidirse por uno u otro camino, es la auto-eficacia esta se refiere a la percepción del paciente de conocer las estrategias de cambio, que sean efectivas y realistas, y ser capaz de llevarlo a cabo. Si el paciente percibe la estrategia, tomara el camino de reducción del riesgo. Si no, el paciente usara mecanismos de defensa para reducir la incomodidad de percibir la discrepancia, tomando el camino de reducción del miedo. Es necesario motivar la auto-eficacia, ofreciendo al paciente un conjunto de alternativas.

La entrevista motivacional se centra en ayudar a liberar a las personas de la ambivalencia que les atrapa, arrastrándose en ciclos repetitivos de conductas autodestructivas. La entrevista motivacional busca desbloquear a la persona, para permitirle que surja el deseo del cambio (Miller & Rollnick, 1999). Para fines prácticos este enfoque se divide en dos fases de la terapia. La primera es donde se construye la motivación para el cambio y en la segunda se fortalece el compromiso del cambio.

De acuerdo con Prochaska y DiClemente (1982), al momento de negociar un plan, se deben llevar a cabo un proceso de tres pasos:

1. Establecer los objetivos. La motivación surge de la discrepancia de los objetivos personales y de su estado actual. Para poder apoyar al paciente es mejor mantener una alianza de trabajo intensa con él, y empezar con objetivos hacia los cuales se muestra más entusiasmado para continuar progresando. La moderación es un adecuado objetivo inicial, aunque incluso en dicha situación muchos pacientes tal vez opten por una abstinencia para más adelante; lo importante es seguir al paciente, definiendo objetivos aceptables y accesibles que representen un progreso hacia la recuperación. Una forma de evaluar si el objetivo seleccionado es accesible, consiste en pedir al paciente que considere las consecuencias de seguir este curso de acción, además se debe considerar cómo podría actuar el paciente una vez conseguido el objetivo.
2. Considerar las opciones de cambio. Es decir, considerar los métodos posibles para conseguir dichos objetivos. En el tratamiento, debido a que no hay métodos únicos para las conductas adictivas, es indispensable con los conocimientos necesarios, dialogar con el paciente que requiere el cambio para delimitar cuál es el método para éste, también implica aumentar la motivación del paciente mismo. El paciente tal vez no escoja el método adecuado para él de primera instancia. La recaída es una parte normal de la recuperación. Recordemos que el método seleccionado debe satisfacer las preocupaciones del paciente. Esta es una oportunidad para revisar si el paciente percibe cuáles serían los resultados probables si no se hiciera nada, lo cual representa otra opción.

3. Llegar a un plan. Principalmente es llegar a un plan para el cambio. Donde preferentemente en una hoja se discuten los siguientes temas: 1) las razones más importantes por las que se quiere cambiar. 2) Los objetivos principales para sí mismo, a la hora de llevar a cabo un cambio. 3) Planificar hacer estas cosas a fin de conseguir los objetivos. 4) los primeros pasos previstos para realizar, a la hora de cambiar. 5) las otras personas que pueden ayudar a la hora de cambiar y de qué forma. 6) los resultados positivos esperados.

Este plan citado anteriormente, resume para que se adecue a los objetivos, necesidades, intenciones y creencias del paciente (Miller & Rollnick, 1999).

Al considerar una gama de alternativas, también se incluyen las metas, pues no necesariamente es la abstinencia. Algunos clientes desean la reducción de su consumo de alcohol a niveles seguros. Esto es factible en este enfoque, ya que lo que se busca es la disminución de los problemas y los riesgos asociados al consumo actual. Para dicho objetivo, están disponibles estrategias efectivas para la enseñanza de la moderación.

Las estrategias motivacionales son un método más directivo y presentan mayor popularidad dentro del campo del alcoholismo. Las contingencias firmes del patrón, familia o de las autoridades legales, resultan exitosas en persuadir a la persona para que acepte un tratamiento. El impacto de éste, dependerá de la adecuación que se haya logrado en la relación paciente-tratamiento.

### **Reducción del Daño**

El enfoque de Reducción del Daño, es un componente importante en el DIBADEU, que pretende reducir los daños asociados con el uso de sustancias psicoactivas en personas que no pueden o no quieren detenerse. Las características definitorias son el enfoque en la prevención de daños, en lugar de sobre la prevención de las drogas de su propio

consumo y el enfoque en personas que usan drogas (International Harm Reduction Association, 2010).

Riesgo es un término utilizado para describir la probabilidad que tiene la práctica de uso de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas), de causar consecuencias o efectos no deseados, y daño, es un término complementario utilizado para describir si una consecuencia concreta es vista como negativa o indeseable (Mino, 2002).

La reducción del daño comenzó a debatirse con frecuencia después de la amenaza entre el VIH y los usuarios de drogas inyectables, fue cuando se reconoció por primera vez. Sin embargo, durante mucho tiempo se han utilizado enfoques similares en muchos otros contextos, incluso para generar una amplia gama de medicamentos.

Diane Riley (1994) del Centro Canadiense de Abuso de Drogas, define a la reducción del daño como:

...La primera prioridad de la reducción del daño es decrementar las consecuencias negativas del consumo de drogas... La reducción del daño establece una jerarquía de metas, en la que las más inmediatas y realistas a alcanzar son el consumo libre de riesgos, o en caso de que resulta apropiado, la abstinencia. Las conductas de ingesta de drogas traen como resultado ya bien sea, efectos que son benéficos (como es el caso de los medicamentos que salvan la vida), neutrales, o dañinos. La asignación de un valor positivo o negativo –un beneficio o un daño- a tales efectos resulta subjetiva y abierta a la controversia, pero un marco de referencia de reducción del daño ofrece al menos un medio pragmático por medio del cual las consecuencias pueden ser evaluadas de manera objetiva... (pag. 1)

El enfoque de reducción del daño es parte de los enfoques que pretenden prevenir o reducir el nivel de problemas asociados al consumo, disminuyendo de manera indirecta el consumo de drogas. Se basa en el reconocimiento de que muchas personas en todo el mundo, continúan usando drogas psicoactivas a pesar de esfuerzos para evitar la

iniciación o el uso continuado de drogas. Este enfoque, tiene presente que muchas personas que usan drogas no están dispuestas a dejar de consumir drogas (International Harm Reducction Association, 2010).

La International Harm Reducction Association (IHRA), define el enfoque como las políticas, programas y prácticas que apuntan principalmente a reducir los daños perjudiciales para la salud, las consecuencias sociales y económicas del uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, sin necesariamente reducir el consumo de drogas. Reducción beneficia del daño para las personas que usan drogas, sus familias y la comunidad.

Los practicantes del enfoque, reconocen el significado de cualquier cambio positivo que los individuos toman en sus vidas. Las intervenciones de reducción de daño son facilitadoras más que coercitivas y están basadas en las necesidades de los individuos. Como tal, servicios de reducción de daños están diseñados para satisfacer las necesidades de la población donde se encuentran actualmente en sus vidas. Pequeños avances para muchas personas, tienen más beneficios para una comunidad que ganancias heroicas para pocos (International Harm Reducction Association, 2010).

El objetivo de reducción de daños en un contexto específico a menudo puede organizarse en una jerarquía con las opciones más viables en un extremo (por ejemplo, medidas para mantener a la gente sana) y menos opciones viables pero deseables en el otro extremo. Abstinencia puede considerarse una meta difícil de lograr, pero opción deseable para la reducción de daños en dicha jerarquía. Mantener a las personas que usan drogas con vida y prevenir un daño irreparable es considerado como la prioridad más urgente, mientras se reconoce que puede haber muchas otras prioridades importantes (International Harm Reducction Association, 2010).

El programa DIBADEU emplea un enfoque de reducción del daño. La meta primordial consiste en motivar a los estudiantes a reducir las conductas de riesgo y los efectos

daños del consumo de drogas, en lugar de centrarse explícitamente en metas de consumo específicas (p. ej. lograr la abstinencia o reducciones en el consumo de drogas). Se utiliza el enfoque de reducción del daño, siguiendo los siguientes supuestos:

1. La aceptación de la etiqueta de "drogadicto", "marihuano" es vista como innecesaria para que ocurra el cambio.
2. Se enfatiza la elección personal al considerar un consumo futuro de marihuana u otras drogas.
3. El terapeuta conduce evaluación objetiva, pero enfocándose en obtener información de las preocupaciones personales del paciente.
4. Los datos de la evaluación son presentados de manera clara, sin imponer conclusiones al paciente.
5. La resistencia es vista como un patrón de conducta interpersonal.
6. Las metas del tratamiento son negociables entre el T-P (Terapeuta-Paciente), con base en los datos y aceptabilidad. La involucración del cliente y la mutua aceptación de las metas es vital.

Beadnell, Baker, Gordon, Roffman, y Carver (1995) señalan que la reducción del daño es un modelo continuo de cambio, va más allá que un enfoque mecánico de cambio. Los cambios en los estilos de vida, suceden de forma gradual a través del tiempo, por lo cual se hace hincapié en llevar los cambios gradualmente como metas a corto plazo y señalar los logros que van en la dirección reducir conductas dañinas o peligrosas. Estos principios son iguales a los principios conductuales básicos del moldeamiento, en el que los terapeutas refuerzan aproximaciones sucesivas de la conducta nueva (Beadnell, Baker, Gordon, Roffman, & Craver, 1995).

Las condiciones que se encuentran en la reducción del daño y que informan del desarrollo del programa DIBADEU, y del enfoque con los consumidores universitarios de alcohol y otras drogas son:

- Las metas de consumo que son elegidas por los estudiantes son más poderosas que las metas de consumo seleccionadas por otros.
- Los factores que mantienen el consumo excesivo en los estudiantes universitarios, son diferentes de los factores que mantienen el consumo excesivo en los adultos mayores; una intervención breve para estudiantes universitarios que contemple estos factores únicos tiene más probabilidad de resultar efectiva.
- La reducción del daño que no especifica necesariamente, resultados sobre el consumo (p. ej. abstinencia, moderación total del consumo), constituye en sí misma una meta válida para una intervención breve en consumidores de alto riesgo.
- Las metas de una intervención breve dirigida a estudiantes universitarios, deberán ser realistas y alcanzables, aun cuando no eliminen todos los riesgos.
- Los “resbalones” (recaídas) conductuales, son normales en el proceso.
- El consumo moderado dirigido a disminuir los efectos dañinos puede ser tan placentero como el consumo excesivo y peligroso.
- Las experiencias exitosas dirigidas al logro de metas, son más importantes que la eliminación inmediata o total del riesgo.
- La reducción del daño puede continuar indefinidamente, con la práctica continua de los estudiantes y mejora a lo largo del tiempo.
- Se deberá aplicar en primer término la intervención menos intensiva, antes de proceder con intervenciones más intensivas (enfoque de atención escalonada).

El perfil de los pacientes de este programa es preferentemente estudiantes y/o trabajadores universitarios, que consumen alcohol y otras drogas, con base en los criterios señalados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), y los criterios de abuso establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), caracterizados por una historia muy leve de consumo excesivo (menos de 5 años) y de consumo problemático (menos de 3 años), en el caso de las drogas ilícitas, incluyendo la marihuana, 1 dosis por ocasión y

menos de 4 a la semana) con muy pocos problemas relacionados (salud, sociales, legales, etc.) y sin deterioro cognitivo.

Los pacientes que cumplen este perfil son estudiados a través investigaciones experimentales, por lo general en el campo de la ciencia de la conducta, los estudios de casos psicológicos utilizan estudios de caso único, sus puntos focales incluyen la descripción y análisis de factores contextuales, estructuras personales y sociales; los procesos, para lograr una comprensión más completa y profunda de los fenómenos (Starke & Strohschneider, 2009)

## **CAPITULO IV. METODOLOGÍA**

### **Planteamiento del problema**

En México cada año la droga ilegal de mayor consumo es la marihuana; se han reportado casos en la CDMX y en el Estado de México, edades de inicio de consumo de marihuana a los 14 años, la marihuana está dentro de las primeras drogas de impacto a nivel nacional. Y aunque el consumo en las mujeres aumenta considerablemente a través del tiempo, el consumo de los hombres se mantiene en primer lugar en especial en los jóvenes de 12 a 17 años, provocando un problema de salud grave, como lo señala la ENCODAT 2016-2017.

### **Justificación del caso único como un diseño de investigación experimental**

Los estudios de caso han sido usados por investigadores y profesionales durante los últimos siglos. Sampieri y Mendoza, (2008) definen un estudio de caso como una investigación que, mediante los procesos cuantitativos, cualitativos y/o mixtos; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría, además de generar descripciones vividas de individuos o fenómenos, identificar patrones de un fenómeno en su ambiente natural, explicar las causas y como ocurren los fenómenos, identificando sus causas, proveer los datos para evaluar procesos, programas, individuos o ambientes, además resolver problemáticas sociales y de otros tipos. Yin (2013) considera el estudio de caso como una indagación empírica en profundidad sobre un fenómeno contextualizado en el mundo real, particularmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son evidentes.

En la presente investigación se seleccionó la unidad de análisis, se revisaron los antecedentes y su contexto. Las principales herramientas de recolección de datos fueron la entrevista, registros de archivos, documentos e instrumentos estandarizados, conforme a lo señalado por Yin (2013), Robson (2011), Hernández-Sampieri y Mendoza

(2008). Este estudio de caso, siguió el proceso de investigación y utilizó fuentes múltiples de datos y análisis, lo que indica que su naturaleza es empírica de acuerdo a Yin, (2013), Sekaran y Bougie, (2013).

El presente trabajo es un estudio de caso Instrumental, que tiene como objetivo proveer insumos de conocimiento sobre la aplicación de la Intervención Breve en pacientes con dependencia a la marihuana, de acuerdo al programa ya adaptado en México para usuarios de alcohol (DIBADEU/BASIC) y aprender a trabajar con otros casos similares. El caso fue evaluado de manera completa y profunda, de acuerdo con el planteamiento del problema. En materia de salud los estudios de un solo paciente incluyen varios reportes del sujeto (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2008).

### **Tipo de estudio**

Es un estudio cuantitativo experimental de caso único conforme señala León y Montero (2003). Se aplicó un tratamiento y se realizaron diferentes mediciones para analizar las consecuencias del estímulo, su validez dependió de las mediciones repetidas a través de las fases del experimento con una  $n = 1$ , antes y después de la intervención (León & Montero, 2003). Se utilizaron variables que permanecieron en la persona de estudio, por largos periodos y se ha establecido que no cambiarían con solo el paso del tiempo, la hipótesis sostiene que el tratamiento las modificó, tal y como lo plantea Martens, (2010). Su validez se cumple con los componentes que establece Robson (2011), León y Montero (2003); 1) Covariación entre la variable independiente (tratamiento) y la(s) dependiente(s); 2) La aplicación de la variable independiente debe anteceder a la medición de la dependiente y 3) Otras variables, diferentes de la independiente, tienen que descartarse como posibles explicaciones de los cambios observados en las dependientes (Robson, 2011; León & Montero, 2003; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2008).

### **Objetivo**

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la aplicación del programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas, en un estudiante universitario por medio de la metodología de caso único con dependencia leve a la marihuana.

### **Pregunta de investigación**

¿Reducirán los daños relacionados al consumo a partir de la aplicación del programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas en un paciente con dependencia leve a la marihuana?

### **Hipótesis**

Un estudiante universitario con dependencia leve a la marihuana puede realizar cambios a corto, mediano y largo plazo en su patrón de consumo y problemas asociados, a través de su participación en el programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU).

*Hipótesis de trabajo:* Las intervenciones breves han detectado una alta efectividad en la reducción de los patrones de consumo y problemas asociados (Martinez, Salazar, Pedroza, & Ayala, 2008).

*Hipótesis Nula:* La aplicación del programa DIBADEU no provocara cambios en su patrón de consumo ni problemas asociados a corto, mediano ni largo plazo.

### **Variables del estudio**

Variable Independiente: Intervención y Detección Breve de Alcohol y Otras Drogas en Estudiantes Universitarios (DIBADEU).

*Definición conceptual:* El DIBADEU (Quiroga & Cabrera, 2008) es un programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios, basado en un modelo cognitivo-conductual motivacional que considera déficits en destrezas, aspectos motivacionales y procesos del desarrollo. Emplea un enfoque de reducción del daño, donde su meta primordial es hacer que los estudiantes se muevan en la dirección de reducir conductas de riesgo y los efectos dañinos del consumo de sustancias, en lugar de centrarse explícitamente en metas de consumo específicas; es decir, es un modelo continuo de cambio. Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen las intervenciones breves, como son: (a) la entrevista motivacional, (b) el balance decisional para el cambio en el consumo, (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el usuario, (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio, (e) la retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, (f) el aconsejar al usuario en estrategias para el cambio, (g) el proveerle al usuario de un menú de opciones de procedimientos para el cambio, y (h) el auto-monitoreo del consumo. El DIBADEU se basa en estrategias de reducción del daño y busca motivar al estudiante a moderar o suprimir su consumo de sustancias.

*Definición Operacional:* EL DIBADEU se aplicó en una sesión de evaluación inicial de 50 minutos (con 50 minutos adicionales, después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); una Sesión de Retroalimentación y Consejo de 50 minutos; y 4 Sesiones de Seguimiento de 30 a 50 minutos, las cuales se describen brevemente a continuación:

1. *Sesión de evaluación:* Durante ésta, además de obtener los datos generales del participante, se le entrevista sobre sus estilo de vida, conductas que se consideran agradables y conductas de riesgo, además se obtiene información relevante del consumo, a través de los patrones de consumo de la sustancia, de las actitudes que tiene sobre la droga y de la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo. También se observa antecedentes heredofamiliares, consecuencias a causa de la sustancia, problemas que se han presentado por el consumo y diagnóstico de

abuso o nivel de dependencia. Al finalizar esta entrevista se aplica una batería de instrumentos que se describen en el apartado correspondiente.

2. *Sesión de retroalimentación y consejo:* En esta sesión se busca retroalimentar de manera gráfica y personalizada al estudiante sobre los factores que influyen sobre su patrón, los riesgos y consecuencias del consumo (con base a la evaluación inicial y en los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos que el estudiante contesta al finalizar la Sesión de Evaluación), al tiempo que se le proporcionó información psicoeducacional sobre la sustancia y se le sitúa en su contexto personal con respecto a su consumo de la droga. Como parte final de la sesión, se proporciona consejo al estudiante sobre diferentes formas específicas en las cuales se le pueden ayudar a moderar o abstenerse del consumo de la sustancia. Al finalizar esta sesión, se le entrega al estudiante material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3. *Seguimiento:* Estas sesiones se realizaron al mes, tres, seis y doce meses de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo con el fin de revisar el progreso de las metas del estudiante y reforzar lo logrado. También se le informó al estudiante que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera.

De manera general, en las sesiones del programa se consideran los siguientes aspectos:

Evaluación y Admisión. Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio y, se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones riesgo de consumo y la autoeficacia del usuario ante diversas situaciones de consumo; nivel de dependencia y funcionamiento cognitivo.

- Paso 1: Se le ayuda a la persona a reflexionar sobre su consumo de sustancias y a encontrar las razones para moderar o suspenderlo. Además que explore las ventajas y desventajas de su consumo. Para ayudarlo a establecer su meta inicial de consumo, la cual intentará alcanzar en las siguientes semanas.

- Paso 2: Se identifica la relación entre el estilo de vida y los problemas con el consumo de sustancias, identificando las situaciones y disparadores que llevan a consumir y las consecuencias actuales y potenciales de esa forma de consumir sustancias.
- Paso 3: Se le ayuda a la persona a que desarrolle planes de tratamiento específicos para enfrentarse con las situaciones de consumo, a fin de evitar problemas futuros.
- Paso 4: El terapeuta analiza, conjuntamente con el estudiante, el progreso de éste a lo largo de su participación en el programa, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales. Por su parte, el estudiante define por segunda ocasión. su meta de consumo de sustancias.

Variables Dependientes: Consumo de marihuana, problemas asociados al consumo y consecuencias del consumo.

Variable Dependiente 1: Consumo de marihuana

*Definición Conceptual:* La dosis de THC que se absorbe de un cigarro de marihuana está entre 0,2 mg y 4,4 mg. Generalmente se consume cuando la marihuana se encuentra seca, se enrolla y enciende de manera similar a la de un cigarro de tabaco. Se fuma haciendo inhalaciones profundas, sosteniéndolas algunos segundos y exhalando paulatinamente. Los fumadores ocasionales pueden obtener los efectos psicoactivos con una dosis de 2 a 3 mg, aproximadamente un cigarro. Después de inhalar el humo del cigarro, los efectos psicotrónicos del THC son tempranos. Las concentraciones máximas se alcanzan en promedio de 20 a 30 minutos y pueden durar de 2 a 3 horas (Balcells Oliveró, 2000).

Frecuencia de consumo mensual: Número de días de consumo al mes.

Consumo por Ocasión: Número de dosis de marihuana por ocasión.

Patrón de consumo típico: Número de dosis que consume el paciente por ocasión en promedio de los últimos 3 meses de registro.

*Definición Operacional:* A través del instrumento Perfil Breve del Consumidor de Drogas (patrón de consumo constante y episódico) (BDP), descrito en la sección de instrumentos.

Variable Dependiente 2: Problemas asociados al consumo

*Definición Conceptual:* Todos los aspectos de la vida del individuo dañados por el consumo de drogas (delincuencia, vida familiar, funcionamiento neuropsicológico, problemas físicos, funciones psicológicas y relaciones sociales), durante o como consecuencia del consumo. La correlación de la cantidad-frecuencia, en las consecuencias negativas y en el conocimiento que tienen los sujetos sobre los efectos del alcohol [y otras drogas]. (López-Núñez, Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Álvarez, & Secades-Villa, 2012).

*Definición Operacional:* Consecuencias adversas del consumo en los últimos 1, 3 y 6 meses, con base en los siguientes cinco factores considerados en el Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR); (1) preocupación acerca del consumo; (2) responsabilidad y descuido, (3) síntomas de dependencia al alcohol y o drogas, (4) conflicto interpersonal, y (5) conflicto familiar (Quiroga & Cabrera, 2008).

Variable Dependiente 3: Consecuencias del consumo de marihuana.

*Definición Conceptual:* Son las consecuencias adversas del consumo de marihuana en 5 áreas: interpersonal, física, social, impulsividad e intrapersonal. Cada escala proporciona una medida de vida de tres meses de consecuencias adversas y escalas que pueden combinarse, para evaluar las consecuencias adversas totales. Los datos normativos se encuentran disponibles en la hoja para calificar disponible en los anexos, para interpretar las calificaciones de las escalas de los usuarios. (Quiroga & Cabrera, 2008)

*Definición Operacional:* Número de consecuencias medidas por el Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D). Los reactivos del ICC-D abarcan un espectro completo de consecuencias adversas, cuyo rango va desde las encontradas con los bebedores sociales fuertes, hasta individuos severamente dependientes a las drogas, descritos en la sección de instrumentos.

### **Diseño**

Diseño de Investigación Experimental de Caso Único tipo ABC. La fase A en la cual no hay tratamiento, se estableció a través de Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A). Se midieron las variables dependientes a través del tiempo de manera retrospectiva, se estimó el grado de nivel de dependencia, la cantidad de problemas asociados y su nivel de consumo. En la fase B se administró el tratamiento y se evaluaron las variables dependientes donde se observó su disminución de acuerdo a la hipótesis. En la fase C se realizaron los seguimientos al mes, tres, seis y doce meses después de haber concluido el tratamiento y se evaluó el tratamiento a través del tiempo, cumpliendo con los tres aspectos para la validez de la investigación experimental de acuerdo con Robson, (2011); y León y Montero, (2003).

### **Escenario**

La aplicación del DIBADEU se realizó en un cubículo del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) que pertenece a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El cubículo mide aproximadamente de 2 x 3 metros de paredes blancas, con una pequeña ventana y una puerta, consta de dos sillones individuales color negro, una mesa tipo escritorio con una silla color madera clara y cuenta con lámparas de luz blanca.

## Participante

### Características generales

El paciente que a partir de este momento, se le mencionará como R.D., es una persona de sexo masculino de 18 años de edad. Estudiante de último semestre de una Preparatoria privada. Reside en la Ciudad de México, municipio de Tlalpan, vive con su padre de 47 años de edad, su madre de 45 años de edad y con su hermano de 11 años de edad.

R.D. y su familia profesan la religión católica. Su padre es profesor en una preparatoria de Educación Pública y su madre se desempeña en una Jefatura de Departamento en un Centro Educativo. Su hermano cursa la primaria.

Solicitó el servicio del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología, del cual se enteró con ayuda de sus padres, debido a que estuvo resguardado en el Ministerio Público cerca de 48 hrs. por consumir marihuana en un lugar público. Como resultado de este suceso sus padres se enteran de su consumo.

### Historia de consumo de marihuana

El participante R.D., prueba la marihuana por primera ocasión cuando entra a la preparatoria, aproximadamente en febrero del 2010, pero sin conseguir ningún efecto de la sustancia, por lo cual no presenta interés por el consumo en los próximos 15 meses siguientes, sin embargo, en mayo del 2011, se encuentra nuevamente con la marihuana cuando uno de sus amigos lleva a la escuela y les invita a consumirla dentro del plantel. Él mencionó que al principio, no se encontraba muy animado, pero su amigo comenzó a describir algunos efectos y decidió consumirla de forma experimental, esa ocasión solo consumió una décima parte del cigarro, comparado con un cigarro de tabaco, en grosor y longitud. Este consumo hizo que se sintiera muy relajado.

En los siguientes tres meses consume una vez al mes, en las horas libres de la escuela, aumentando cada vez más la dosis de consumo, para el mes de junio consumió una quinta parte del cigarro, para julio una cuarta parte del cigarro y a principios de agosto la mitad del cigarro comparado con un cigarro de tabaco comercial. En cada ocasión los efectos que describe fueron relajantes.

A finales de agosto del 2011, en una fiesta, después de observar el consumo de marihuana de sus amigos, vuelve a consumir, en esta ocasión solo consume medio cigarro. Manifiesta haberse sentido muy relajado, haberse olvidado de los problemas que tenía en casa con sus padres y de la presión de algunas materias, encontrándose en un estado placentero y agradable, terminado la experiencia de consumo con mucha risa. A partir de esa fiesta, comenzó a consumir de manera regular, reportó una ocasión a la semana de uso de la marihuana; en ningún episodio de consumo rebaso más allá de medio cigarro de marihuana. Consumía generalmente en la escuela con sus amigos, en vacaciones sólo consumió dos ocasiones, que fueron en casa de sus amigos. Regresando de vacaciones, comenzó a consumir dos ocasiones a la semana, esto fue durante dos meses.

Después, aumentó la frecuencia de consumo de manera típica tres ocasiones semanales de medio cigarro (del mismo tamaño y grosor que un tabaco comercial) por ocasión. Con respecto a su consumo episódico se llegó a presentar en reuniones con amigos en diferentes días de los ya programados, para consumir la sustancia; en tales situaciones consumía medio cigarro de marihuana de las mismas proporciones ya mencionadas.

Con respecto a otras sustancias de consumo, no presentó patrón típico de consumo de alcohol, ni de tabaco. Sin embargo, su patrón episódico de alcohol fue de 8 latas de cerveza, y su patrón episódico de consumo de tabaco fue de 4 a 5 cigarros. Estos consumos sólo se presentaron en reuniones o fiestas con amigos.

## Problemas asociados al consumo

A lo largo de las sesiones el paciente mencionó que con el transcurso del tiempo, fue descuidando algunas clases de preparatoria, R.D. mencionó que empezó a consumir con mayor constancia debido a que sus padres, en especial su madre lo presionaban mucho con la escuela y en obtener buenas calificaciones, además de reclamarle constantemente que no participaba en las labores de casa.

Los consumos provocaron que bajara su rendimiento escolar, viéndose reflejado en las calificaciones y en varios trabajos escolares. R.D. mencionó que se fue aislando poco a poco de su familia (en especial de su hermano y su madre), porque se sentía que lo juzgarían, provocando que lo presionaran más, sintiendo que la única manera de sentirse relajado y pasarla de manera agradable era consumir marihuana. Mencionó que perdió la amistad de una amiga que valoraba mucho, que incluso la llegó a considerar una posible novia, sin embargo ella no lo consideraba de la misma forma, solo como un buen amigo cercano, no obstante una vez que empieza a consumir constantemente marihuana ella se distanció de él, debido a que no está de acuerdo con su consumo.

Los problemas en la escuela se vieron reflejados inmediatamente, dado que fue descubierto en dos ocasiones consumiendo dentro del plantel educativo, lo que lo orillo a tener que darse de baja de manera voluntaria de la escuela, para evitar que los antecedentes y problemas del consumo de marihuana, aparecieran en su historia académica, perdiendo un semestre de la preparatoria, teniendo que buscar una escuela preparatoria para reingresar y concluirla. Este suceso lo explico a sus padres mencionando que se había peleado en la escuela, tomando él la decisión de darse de baja voluntaria para no tener más problemas, a lo que sus padres no se mostraron convencidos, pero no hicieron nada. Dos semanas después de pedir su baja voluntaria en la preparatoria, fue sorprendido con amigos consumiendo marihuana en un lugar público (parque), donde el Ministerio Público ordenó poner en resguardo, 48 hrs aproximadamente. Debido a esta situación, es como sus padres se enteraron que su hijo

consumía marihuana. En general presentó problemas en su desempeño académico, familiares, sociales y legales.

#### Recursos disponibles y déficits

Las fortalezas que presentó R.D. fueron estar motivado a cambiar su consumo, contar con el apoyo para lograrlo (por parte de su familia), presentar interés en actividades que no tienen que ver con el consumo y están en nuevos círculos sociales como clases de idiomas y clases de guitarra, además de mucha disposición de terminar la preparatoria y continuar con su formación académica. También presentó una historia familiar negativa para el consumo de drogas ilícitas.

Los déficits del participante incluyeron el incremento mensual de su patrón de consumo de marihuana, llegando al límite de nivel de dependencia leve, de acuerdo al diagnóstico del DSM-IV, estando solo un punto por debajo de la dependencia moderada. Reportó sentir un poco de vergüenza decir que consumía marihuana apartándose de su familia. Llegó a estar dos días en los separos policiales por consumo de marihuana, no se le aplicó ningún estudio de antidoping. Debido a que en esta dependencia se le sugiere recibir atención para su consumo de marihuana, su madre recibe la recomendación de acudir al CSPGD. Después de estar en los separos, él menciona que sus padres expresaron abiertamente que se sentían decepcionados de su comportamiento y también tristes por no haberse dado cuenta antes de su situación de consumo. Ha tenido que perder un año de preparatoria para evitar tener problemas por el consumo de la sustancia ilegal dentro de la escuela. El paciente llegó por sus propios medios al CSPGD.

### **Instrumentos**

Para su clasificación inicial, a todos los que acuden por primera vez al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSPGD), se les aplica 3 instrumentos:

### I) Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).

Elaborado originalmente por Aaron T. Beck (1990) es una evaluación breve de la existencia y severidad de síntomas de ansiedad. Fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mostró consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.83 y una confiabilidad test-retest de  $r=0.75$ . El cuestionario consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001). En la tabla 3 se muestran los puntajes establecidos en inventario.

*Tabla 3.  
Niveles de Ansiedad del Inventario de Ansiedad  
de Beck (puntajes).*

<i>Ansiedad</i>
Mínima (0-5)
Leve (6-15)
Moderada (16-30)
Severa (31-63)
<i>Depresión</i>
Mínima (0-9)
Leve (10-16)
Moderada (17-29)
Severa (30-63)

### II) Inventario de Depresión de Beck (IDB).

Desarrollado por Beck, el inventario consta de 21 ítems de tipo Likert, para evaluar el índice de depresión. En cada uno de los ítems, el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63, similar al inventario de Ansiedad. En estudios realizados con población mexicana, dicho instrumento presentó

confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0.87,  $p < .000$ . Así como, validez concurrente con una correlación estadística de  $r = 0.70$ ,  $p < .000$ . Aplicable para personas de 13 años en adelante. Tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos (Jurado, S.; Villegas, M.E.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, V.; Varela, R., 1998).

### III) Instrumento WHO-QOL-Breve, versión español

Es un cuestionario autoadministrable que proporciona el perfil de calidad de vida. Contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general, de las últimas dos semanas. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Mostró una consistencia interna ( $\alpha = .75$ ). Tiempo de aplicación de 5-10 minutos (WHOQOL Group, 1998).

Dentro del programa que fue aplicado, el objetivo de la evaluación inicial del DIBADEU fue conocer la situación preliminar del paciente; sus patrones de consumo típicos y episódicos de sustancias psicoactivas que hubiera consumido; problemas asociados; percepción de riesgo; expectativas sobre el consumo; disposición al cambio; historia familiar de psicopatología y consumo de sustancias psicoactivas; índice de dependencia, creencias y compromiso para el cambio; fortalezas de enfrentamiento y debilidades; los materiales estuvieron integrados por los siguientes instrumentos de detección y evaluación:

#### a) Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP)

Instrumento desarrollado por Quiroga (2003), la cual considera apartados del Guided Self-Change Biospsychological Assessment de M. Sobell y Sobell (2003) y del Addiction Severity Index McLellan et. al. (1992), utilizado para explorar la situación sociodemográfica del paciente; situación laboral; historia de consumo de alcohol y otras

drogas; situación del consumo de tabaco; los antecedentes familiares de consumo de alcohol, tabaco, otras drogas o trastornos psiquiátricos; patrones de consumo en cantidad y frecuencia; intensidad de diferentes drogas y, problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (Quiroga, 2003).

b) Formato de consentimiento informado para el programa DIBADEU con abuso y dependencia Leve

Instrumento traducido y adaptado por Quiroga Anaya del original de Annis, Harie y Watkin-Merek. Este instrumento describe 4 puntos indispensables para las sesiones del programa como es 1) Asistir a las sesiones; 2) Hablar abiertamente sobre el consumo de drogas; 3) Participación activa en las sesiones y, 4) Confidencialidad y el uso de los datos que se obtengan durante la intervención (Quiroga A. H., del original de Annis, Harie y Watkin-Merek 1996).

c) Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Drogas (LIBARE-A)

La Línea Base Retrospectiva fue traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback desarrollada por Sobell y Sobell (1992). Es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas antes, durante y después de un tratamiento; requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol u otras drogas durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar o dosis de droga consumida cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses. Puede ser aplicada por el entrevistador o en forma de autoreporte, requiere de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 1 año. Presenta una confiabilidad test-retest de 0.91. Proporciona información acerca del patrón, variabilidad y nivel de consumo de una persona. La información puede ser perfilada usando variables tales como el porcentaje de días en que se consume en diferentes niveles, o el patrón de

consumo entre semana o fines de semana. Se pueden identificar periodos de recaída y servir como base para sondear las causas de ésta (Quiroga A. H., 2003a)

#### d) Algoritmo de Compromiso para el Cambio Drogas (ACC-D)

Desarrollado por Annis y sus colaboradores en 1996, traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003) es utilizado para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambios basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente (1984). Dichos estadios son: 1) precontemplación (uso de alcohol durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo en los próximos 30 días); 2) contemplación (uso de alcohol durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo en los próximos 30 días); 3) preparación (uso de alcohol durante los pasados 30 días, pero llevó a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua para dejarla en los últimos 30 días); 4) acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los 30 días previos); 5) mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes 60 días o más) (Quiroga & Vital, 2003b).

#### e) Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20)

Elaborada por Skinner Hom Wanberg & Fester en 1982, y traducida y adaptada por Quiroga & Vital (2003) para su uso en población universitaria, consta de 20 reactivos dicotómicos que miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de drogas. Este instrumento correlaciona el número, frecuencia y problemas asociados al consumo. Se evalúa con 1 punto una respuesta positiva (SI) en los ítems 1-3 y 6-20; 1 punto una respuesta negativa (NO), en los ítems 4 y 5. La suma de los puntajes de los ítems determina el nivel de dependencia, o la ausencia de la misma. En Tabla 4 se muestran el nivel de dependencia de acuerdo al puntaje. La prueba presenta una confiabilidad de 0.86 (Quiroga & Vital, 2003).

Tabla 4  
*Escala de Dependencia a otras Drogas (PDAD-20) (puntajes)*

Puntaje	Nivel de Dependencia	Cuartil
0	No hay evidencia de dependencia	
1-5	Nivel de dependencia leve o baja	1° cuartil
6-10	Nivel de dependencia moderada	2° cuartil
11-15	Nivel de dependencia sustancial	3° cuartil
16-20	Nivel de dependencia severo	4° cuartil

f) Dependencia a la Marihuana de acuerdo al DSM-IV

Adaptado por Quiroga y Vital (2003) Evalúa los criterios diagnósticos para determinar el nivel de dependencia de drogas, en específico de la marihuana. Conforme a los parámetros del DSM-IV. Si responde de manera positiva a 3 o más de los síntomas incluidos, se considera con dependencia en la escala: 3 síntomas = dependencia leve; 4-5 síntomas = dependencia moderada y, 6-7 síntomas = dependencia grave. Si responde de manera positiva en cualquiera de los puntos 1 y 2 (signos de tolerancia o abstinencia) se concluye que él paciente presenta dependencia fisiológica (Quiroga A. H., 2003a).

g) Cuestionario de Consumo Diario de Drogas. Modificado (CCD-D)

Desarrollado por Collins, Parks y Marlatt (1985) para evaluar el consumo diario de alcohol, fue traducido y adaptado para el consumo de drogas por Quiroga y Cabrera (2008). Cuestionario auto-administrado que consta de dos secciones de preguntas, en la primera parte explora el consumo de la droga por frecuencia semanal en horas, en el último mes, indicando cantidad de la sustancia y la cantidad de horas dedicada al consumo en cada día. La segunda serie de preguntas en las cuales se indaga el lugar de residencia y si el paciente tenía algún tipo de empleo remunerado durante los últimos tres meses (Quiroga & Cabrera, 2003).

#### h) Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CEC-D)

Es un cuestionario auto-administrado de 38 reactivos que evalúa tanto las expectativas positivas como las negativas del consumo de drogas. A partir del cuestionario de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA), desarrollado originalmente por Fromme, Stoor y Kaplan (1993), fue traducido y adaptado para el consumo de drogas, por Quiroga y Cabrera (2008). Los factores de expectativa positiva incluyen a la sociabilidad, reducción de tensión y, a la sexualidad. Los factores negativos incluyen el deterioro cognitivo y conductual, el riesgo y la agresión, y la auto-percepción. Los reactivos se centran en los efectos específicos discretos de las drogas. En primer lugar, los usuarios indican en una escala de 1-4 puntos si están en acuerdo o desacuerdo con una creencia particular; se contesta en una escala de 1-5 puntos una calificación de la deseabilidad del efecto percibido de bueno a malo. Las expectativas de resultados positivos del consumo de drogas son aquellas evaluadas con probabilidad de ocurrencia y percibidas como deseables. Los factores positivos y negativos del CEC-D demuestran adecuada consistencia interna, confiabilidad test-retest en un periodo de dos meses (0.66 – 0.72 para la expectativa positiva y 0.75 – 0.81 para la expectativa negativa) y validez de constructo. La alfa de Crombach para la expectativa positiva fue de 0.87; en tanto que la expectativa negativa fue de 0.82. El tiempo requerido para la aplicación del CEC-D va de 5 a 10 min (Quiroga & Cabrera, 2003b).

#### i) Cuestionario del Árbol Familiar para Evaluar la Historia Familiar de Problemas de Drogas. (CAF-D)

Traducido y adaptado por Quiroga (2003) del Family Tree Questionnaire for the Assessment of Family History of Alcohol Problems desarrollado por Mann, Sobell, Sobell y Hart (1985). Evalúa la historia familiar de problemas de alcohol, marihuana y otras drogas, identificando a los parientes consanguíneos que han presentado o presentan un consumo de alcohol marihuana y otras drogas, empleando un diagrama de un árbol familiar para parientes. Se ha evaluado la confiabilidad de los parientes paternos y

maternos a nivel de primer (hermanos y padres), y segundo grado (abuelos, tíos, tías) de muestras de examinados consumidores y no-consumidores. Los resultados han señalado que ambos pueden clasificar de manera confiable a sus parientes como consumidores de alcohol u otra droga en un test-retest de dos semanas de intervalo. El tiempo requerido para su administración es de 5 minutos (Quiroga A. H., 2003c).

j) Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS)

Fue desarrollada por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y en 2003 fue traducida y adaptada por Quiroga y Cabrera. Evalúa conductas sexuales, indagando acerca del número y género de parejas sexuales, uso del condón y otras (seguras o riesgosas) prácticas sexuales. La encuesta también incluye preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas durante la relación sexual. El tiempo requerido para su administración es de 3 minutos.

k) Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Droga (ERPC-D)

Fue adaptado para el consumo de drogas de la Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol (APRA) por Quiroga y Cabrera (2003), desarrollado originalmente por Duthie et al. (1991). Es un instrumento auto-administrable de 16 reactivos que evalúan el grado de la probabilidad percibida que tienen los estudiantes universitarios de experimentar problemas derivados del consumo de drogas, durante el curso de sus años en la universidad. Los estudiantes emplean una escala de 7 puntos para evaluar qué tan probable es que experimenten una consecuencia negativa particular (p. ej. crudas, peleas, etc.) como consecuencia del consumo de drogas. Los datos del ERPC-D también pueden ser considerados en contra de la motivación del cambio del estudiante (p. ej. baja percepción de riesgo y baja motivación para cambiar; percepción real del riesgo con base en la experiencia actual de las consecuencias negativas y una alta motivación a cambiar; etc.). Se requiere de 4 minutos aproximadamente para su administración (Quiroga & Cabrera, 2003d).

#### l) Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas (FENC-D)

Adaptado para el consumo de drogas, a partir de la forma de evaluación de las normas de consumo de alcohol (DNRF) por Quiroga y Cabrera (2008). Este instrumento fue desarrollado, por Baer, Stacy y Larimer (1991). El instrumento indaga sobre qué tanto y qué tan a menudo, consume un estudiante típico universitario y qué tanto y qué tan a menudo, consumen los estudiantes que residen en diferentes contextos (p. ej. que viven con su familia, con otros parientes, solos o con amigos). Si las percepciones de las normas de ingesta universitaria que tiene el estudiante son significativamente imprecisas pueden ser confrontadas durante las sesiones de la retroalimentación, con base en los datos normativos existentes. La administración del FENC-D requiere de 5 minutos aproximadamente (Quiroga & Cabrera, 2003e)

#### m) Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR).

Este instrumento fue traducido y adaptado del Rutgers Alcohol Problem Index de White & Labouvier, 1989 por Quiroga y Cabrera (2003). Es un cuestionario auto-administrable que consta de 23 reactivos que permiten evaluar el problema consumo de drogas en adolescentes y jóvenes. El dominio que mide, lo constituyen las consecuencias negativas de consumir. Los participantes circulan el número que corresponde al número de ocasiones en que han experimentado cada problema; en una escala de 0-45, donde 0 indica nunca y 4 más de 10 veces, durante los últimos 12 meses. Se reportan los que presentan mayores veces de ocurrencia. El tiempo de administración es de 5 a 10 minutos, aproximadamente. Su desarrollo empírico involucró un análisis factorial de test-retest sobre frecuencias de un total de 53 síntomas y/o consecuencias del consumo, tal como fue reportado en una muestra no clínica de 1308 hombres y mujeres; la resultante escala de 23 reactivos posee una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad a los 3 años de 0.40 (Quiroga & Cabrera, 2003e).

n) Cuestionario de Disposición al Cambio (RTCQ)

Desarrollado por Rollnick, Heather, Gold y Hall (1992), fue traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2003) del Readness to Change Questionnaire. Es un cuestionario auto administrable que consta de 12 reactivos. Esta basado en el modelo de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente. Tres subescalas que corresponden a tres estadios en este modelo (Precontemplación, Contemplación, Acción), que finalmente determinan el estadio de cambio del participante. El paciente, selecciona en una escala de -2 a +2 que va de totalmente en desacuerdo y totalmente de acuerdo. Se reporta el estadio más alto conforme a la hoja de respuesta. Si dos o más reactivos no son contestados, se invalidará la prueba. El tiempo de administración es de 5 minutos (Quiroga & Cabrera, 2003f).

o) Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D)

Desarrollado por Millar, Toningan, & Longabaugh (1994) para el consumo de alcohol, fue traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2003) para el consumo de drogas. Es un cuestionario auto-administrable de 50 reactivos que evalúan las consecuencias adversas del abuso de drogas en 5 áreas: física, interpersonal, intrapersonal, control de impulsos, responsabilidad social y una escala de control. Cada escala proporciona una medida de vida de tres meses de consecuencias adversas y escalas, que pueden combinarse para evaluar las consecuencias adversas totales. Ante cada situación del reactivo, debe seleccionar la cantidad de ocasiones que ha experimentado durante los últimos 12 meses, en una escala de 1-5 que va nunca a diariamente. También se les solicita a los examinados que contesten qué tan a menudo experimentaron una experiencia en particular en los últimos 3 meses. El tiempo de administración requerido es de 10 minutos (Quiroga & Cabrera, 2003g).

p) Perfil Breve del Consumidor de Drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP).

Traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2003) para el consumo de droga. Desarrollado originalmente por Miller y Marlatt (1984). Es un método de entrevista que permite explorar el consumo de drogas, incluyendo las medidas del patrón de consumo típico y episódico en cantidad y frecuencia. El tiempo de administración es de 5 a 10 minutos (Quiroga & Cabrera, 2003h).

q) Prueba Breve de Michigan de Detección de Antecedentes Familiares de Drogadicción en la Familia. (SMART)

Desarrollado originalmente por Crews & Sher (1992), fue traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2003). Es un cuestionario autoadministrable, permite observar el consumo de drogas de los padres, y determinar un nivel de dependencia aproximado del consumo de cada uno de ellos. El tiempo requerido para su administración es de 5 minutos (Quiroga A. H., 2003d).

r) Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU)

Desarrollado por Quiroga y Cabrera 2003. Es una entrevista de exploración de los últimos 30, 60 180 ó 365 días, posteriores al término de la intervención, dependiendo de cuando se aplique. Se explora si ha ocurrido algún cambio en su entorno social, laboral y familiar, se examina el patrón de consumo de alcohol y otras drogas, en cantidad y frecuencias y consecuencias de los consumos. Se evalúa la intervención, su aplicación y satisfacción conforme a la perspectiva del paciente (Quiroga A. H., 2003c).

## Procedimiento

a) El paciente fue referido por parte del CSPGD, al programa de Conductas Adictivas, conforme a lo mencionado en la ficha de admisión, instrumentos iniciales y la entrevista inicial (Pre-Consulta), realiza por el Centro de manera previa. Una vez asignado y cumpliendo el perfil, se comenzó con la aplicación del programa DIBADEU.

b) La aplicación del programa se llevó a cabo en 2 sesiones de 50 minutos cada una, y una sesión extra para responder a los instrumentos de evaluación, los seguimientos se llevaron a cabo en 1,3, 6 y 12 meses posteriores a la intervención. Cada sesión consistió de manera general de la siguiente forma:

- Sesión 1. Entrevista de evaluación

La sesión inicialmente estuvo enfocada en establecer el rapport con el paciente, obtener un compromiso para participar en la intervención y orientar acerca del propósito y estructura de las sesiones. Después se enfocó en conocer el motivo de la consulta, evaluar el patrón típico de consumo de drogas, evaluar el nivel de dependencia, conocer los antecedentes familiares en consumo de drogas y problemas de psicopatología, evaluar su motivación al cambio y su actitud hacia el consumo de marihuana. También se le pidió realizar las tarjetas de monitoreo, mostrándole la forma de hacer la actividad, mencionando lo relevante de esa información en la intervención.

- Sesión Extra. Aplicación del paquete de instrumentos correspondientes

La sesión se enfocó en contestar el paquete de instrumentos. Para cada instrumento se explicaron las instrucciones, los aspectos evaluados fueron el patrón de consumo de marihuana típico y episódico; frecuencia y cantidad de consumo; problemas asociados al consumo; nivel de dependencia; disposición al cambio; conductas de riesgo asociadas al consumo; riesgo percibido y expectativas asociadas al consumo.

- Sesión 2. Entrevista de Retroalimentación y Consejo

Se estableció el rapport. Comenzamos con la revisión de las tarjetas de monitoreo, a pesar de no haber registrado ningún consumo, presentaba varios deseos de consumo, estos se comentaron y se brindó información para dejar pasar el deseo y enfocarse en otra actividad, además de reforzar que permaneciera en abstinencia. Se le brindo la hoja de retroalimentación gráfica personalizada, destacando los puntos sobre su patrón de consumo, comparación con su perspectiva de consumo conforme a sus grupo de edad y género, riesgos y consecuencias asociadas al consumo, factores de riesgo individuales (expectativas positivas del resultados del consumo marihuana, creencias acerca de la droga y sus efectos, historia familiar de problemas de consumo, historia personal de consecuencias negativas del consumo de marihuana); situaciones de consumo, nivel de dependencia, síntomas reportados. El paciente se mostró un poco sorprendió al darse cuenta de su situación actual en cuanto a la cantidad que consumía y al compararlo con su grupo en frecuencia y cantidad con base a la norma de consumo estudiantil, además de darse cuenta de los riesgos a los cuales se había involucrado sin darse cuenta y de los problemas graves que había ocasionado el consumo, como tener que dejar la escuela, por ser sorprendido consumiendo dentro del plantel y perder algunas clases, además de la perdida de amistades porque no les gustaba que consumiera y problemas con sus padres como el distanciamiento y que se encontraba más irritable con solo verlos. Se le proporciono consejo sobre estrategias específicas que le ayudaran a mantenerse sin consumo de marihuana, como el rechazo al consumo y evitar el aburrimiento. Además, se le dio información psicoeducativa para desmitificar sus creencias al respecto del consumo de marihuana, como: “no hace daño por ser natural”, además de romper su perspectiva sobre que es normal el consumo de drogas a su edad y en su sexo, además de los daños físicos que ocasiona en el organismo. Al finalizar se le cuestiono acerca de si aún deseaba mantenerse sin consumo de marihuana, a lo cual contesto positivamente. Se comentaron los resultados,

reafirmando su decisión de mantenerse en abstinencia. Se le dio libertad de continuar con el registro de monitoreo si lo deseaba y se agendo para el primer seguimiento.

- Seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

Durante las sesiones se presentó puntualmente. A lo largo de las sesiones manifestó la reducción de los deseos de consumir y que cambio completamente su contexto. Se encontró muy satisfecho por la intervención. En el seguimiento a 12 meses posteriores no se pudo hacer de manera presencial debido a diversas actividades escolares y familiares, esta sesión se realizó vía correo electrónico. En todas las sesiones se evaluó el nivel de dependencia, problemas asociados al consumo y las consecuencias del consumo de marihuana a través del tiempo transcurrido.

## CAPITULO V. TRATAMIENTO

De acuerdo a la evaluación, R.D. era candidato para el programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas en Estudiantes Universitarios, ya que presentó una historia de consumo menor a 5 años, una historia de consumo excesivo muy leve y un consumo problemático menor a 3 años (10 meses), un nivel de dependencia leve a la marihuana, con dependencia física, por la tolerancia; un patrón típico de 1 dosis (1/2 cigarro) por ocasión y menos de 4 dosis por semana (3 dosis por semana), con 6 problemas relacionados al consumo.

Dado el perfil de R.D., fue asignado al programa DIBADEU. En este programa se aplicaron las dos sesiones clínicas (una de evaluación y una de retroalimentación), más una sesión de llenado de cuestionarios y cuatro sesiones de seguimiento (al mes, 3, 6 y 12 meses, respectivamente), cumpliéndose a cabalidad las actividades de cada sesión, conforme al plan de intervención mostrado en la tabla 5.

Tabla 5.  
*Plan de Intervención*

Sesión	Actividades a realizar
Entrevista de Evaluación inicial	Establecer Rapport Brindar orientación del programa Obtención de un compromiso inicial Evaluación del estilo de vida de alto riesgo y conductas saludables Evaluación del patrón típico y episódico de consumo de marihuana Identificar el nivel de dependencia, presentación de otras condiciones médicas Historia familiar de problemas de marihuana, otros problemas de consumo de sustancias psicoactivas y psicopatología Tarjetas de Auto-monitoreo. Descripción de la Tarea y Obtención del Compromiso
Llenado de cuestionarios	Aplicación del paquete de Cuestionarios de Auto-Reporte sobre medidas del Estilo de Vida, percepción de riesgo, consecuencias del consumo, disposición al cambio, expectativas, etc.

Continúa...

Tabla 5. (Continuación) Plan de Intervención

Sesión de Retroalimentación y Consejo	<p>Retroalimentación gráfica personalizada sobre los problemas y riesgos evaluados durante la Entrevista Inicial</p> <p>Orientación y restablecimiento del compromiso</p> <p>Revisión y discusión de las tarjetas de monitoreo</p> <p>Revisión del patrón de consumo en comparación con la norma</p> <p>Revisión de riesgos personales y consecuencias negativas</p> <p>Consejo y recomendaciones</p> <p>Uso de estrategias generalizadas más allá de la intervención breve</p>
Seguimiento	<p>Evaluación del estilo de vida de alto riesgo y conductas saludables</p> <p>Evaluación del patrón típico y episódico de consumo de marihuana</p> <p>Aplicación de la Entrevista de Seguimiento del Cliente (ESU), Inventario de Consecuencias de Consumo de Drogas (ICC-D) e Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR)</p>

En la Figura 3, se describe el plan de intervención con respecto a las tareas y los Instrumentos utilizados por sesión.



Figura 3. Procedimiento de las tareas y aplicación de Instrumentos en el Programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU)

## Sesión 1. Entrevista de Evaluación Inicial

En la tabla 6 se describen los objetivos de la entrevista inicial, así como las estrategias utilizadas en la sesión.

Tabla 6

*Sesión 1: Entrevista de Evaluación Inicial*

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Obtener un compromiso inicial del estudiante para participar en la intervención b) Recolectar información acerca del motivo de consulta, historia del consumo de marihuana y de conductas saludables del estudiante, las consecuencias asociadas al consumo, identificar el nivel de dependencia a la marihuana, antecedentes familiares y si presenta condiciones médicas por el uso de drogas o contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Expresar empatía</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> <li>• Resúmenes</li> </ul>

La sesión inició dándole la bienvenida al paciente y presentándonos formalmente con él. Para establecer rapport se pregunta si lo llevaron o el asistió solo. Refiere que su padre lo dejó en la entrada del Centro, pero no se quedó con él, se regresaría solo a casa.

Desde el principio R.D. mostró deseos de participar. Se realizó el encuadre terapéutico, se mencionaron los objetivos que se seguirían en esta la sesión, además de la confidencialidad que tuvo la información que nos brindó. Se le explicó la importancia que tenía su participación y compromiso a lo largo de las sesiones. En primer lugar, se exploró a mayor detalle, el motivo por el cual el paciente decidió acudir a tratamiento. El paciente comentó acerca del episodio que había tenido y ser recluso por 48 hrs. por consumir marihuana en la vía pública, ocasionándole graves problemas en su familia. Sus padres no sabían del consumo, al enterarse se angustiaron y decidieron buscar ayuda; a través de un conocido es como se enteran del CSPGD. R.D. estuvo de acuerdo

en asistir ya que sentía que cada vez consumía más ocasiones y descuidaba la escuela y su familia. Se le reconoció el esfuerzo que implicó tomar la decisión.

Con ayuda de la Entrevista Diagnóstica Prescriptiva (EDP), comenzamos explorando su estilo de vida, se le pidió que nos diera la información lo más real posible para poder hacer una exploración adecuada de su situación y ofrecerle la mejor atención. R.D. mencionó estar de acuerdo, se mostró participativo durante la entrevista, se exploró su situación sociodemográfica; historia de consumo de marihuana, alcohol y otras drogas; antecedentes familiares de consumo de drogas o trastornos psiquiátricos; sus patrones de consumo en cantidad y frecuencia e intensidad de marihuana y problemas asociados a su consumo. Cabe mencionar que el paciente se mostró atento al proporcionar información. Se realizó un resumen de las áreas evaluadas en la entrevista, corroborándolos de manera general con el paciente y agradeciendo la información proporcionada.

Para concluir, se le mostraron las tarjetas de auto-monitoreo, se le explicó la importancia del llenado de ellas, además se realizó un ejemplo de cómo hacerlo, tomando el caso de un consumo episódico que reporto en esta sesión. R.D. se mostró poco entusiasmado pero atento de la tarea a realizar y estuvo de acuerdo en realizarlas durante las siguientes dos semanas.

Se le pidió una sesión para la aplicación de una serie de cuestionarios para seguir explorando su situación de consumo, el paciente estuvo de acuerdo. Finalizamos estableciendo la hora y el día de la siguiente cita.

## Sesión Extra. Evaluación con los Instrumentos

En la tabla 7 se describen los objetivos y las estrategias utilizadas en la sesión extra de evaluación con instrumentos.

Tabla 7.  
*Sesión de evaluación con los instrumentos*

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Aplicar los instrumentos de evaluación correspondientes: identificar el nivel de dependencia a la marihuana, el patrón de consumo, las situaciones de riesgo a partir del consumo, problemas asociados al consumo, la disposición al cambio que presentaba, las normas de consumo y antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas y cerradas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> <li>• Replanteamiento de las Instrucciones.</li> </ul>

R.D. llegó puntualmente a la cita programada, que comenzó con el establecimiento del rapport y le mencionamos los objetivos de la sesión que consistieron en la aplicación del paquete de cuestionarios. Antes de comenzar con la aplicación de los instrumentos se le preguntó sobre su experiencia acerca de las tarjetas de monitoreo, él mencionó que se sentía mucho mejor, ya que le ayudaba a identificar sus sentimientos y hacer actividades diferentes para evitar el consumo, se le felicitó por mantenerse sin consumo.

Para iniciar con la aplicación de instrumentos se le pidió que se colocara en la silla que estaba frente a la mesa, de un costado, para responder los cuestionarios autoadministrables. Para cada instrumento leímos las indicaciones juntos (Terapeuta-Paciente), y se le preguntó si había sido comprendida la tarea a realizar. Durante la aplicación de los instrumentos se mostró atento y algo sorprendido de sus propias respuestas. En algunas ocasiones no se comprendió correctamente la tarea y se tuvo que replantear las indicaciones, y hacer ejemplos. Terminó el paquete de instrumentos algo abrumado por sus propias respuestas y mencionó estar nervioso por los resultados de ellos.

Al finalizar todos los instrumentos, se le agradeció su disposición para proporcionar toda la información requerida durante las sesiones de evaluación, y se señaló la importancia de dichos datos para elaborar el la hoja de retroalimentación gráfica personalizada que se daría a conocer la siguiente sesión con los resultados obtenidos. El paciente se mostró muy interesado, además de expresar verbalmente que se sentía ansioso de conocerlos.

Por último se le preguntó acerca de las tarjetas de monitoreo; él mencionó que no había presentado consumo durante esa semana, justificando que no quería tener problemas con sus papás, también reporto que le dijo a sus padres la verdadera razón de pedir su baja voluntaria en la escuela y explicó que fue sorprendido dos ocasiones consumiendo marihuana en el plantel y le pidieron que se diera de baja voluntaria, para no tener problemas legales. La reacción de sus padres no fue de enojo como lo esperaba sino de tristeza y ambos se mostraron “melancólicos”, pues se sintieron responsables de sus problemas, después de escuchar eso el paciente manifestó sentirse más aliviado y con un poco de más confianza con sus padres. Se le felicitó por haberles hablado con la verdad a sus padres.

Expuso que logró no consumir esa semana no viendo a sus amigos, tratando de hacer aseo en casa y mantenerse ocupado con su guitarra, pero que constantemente recordaba episodios de consumo con ellos o las sensaciones que le provocaba la marihuana, pero que él ya no deseaba volver a consumir.

Se le pidió a R.D. reportar en las tarjetas de monitoreo también las situaciones donde se sentía motivado a consumir, aunque no lo hiciera. Finalmente, se realizó un resumen de lo que se habíamos revisado durante la sesión, se le indico fecha y hora de la siguiente sesión.

## Sesión 2. Entrevista de Retroalimentación y Consejo

En la tabla 8 se describen los objetivos de la entrevista de retroalimentación y consejo, así como las estrategias utilizadas en la sesión.

Tabla 8.  
*Sesión 2: Entrevista de Retroalimentación y Consejo*

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Proporcionar la retroalimentación personalizada sobre su patrón de consumo de marihuana, de los riesgos y problemas asociados a su consumo para aumentar la motivación para mantenerse sin consumo, brindando destrezas para reducir los riesgos futuros de consumo y el mantenimiento del cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> <li>• Expresar empatía</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> <li>• Provocar afirmaciones automotivadoras</li> <li>• Hacer resúmenes</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>

La sesión inició a la hora acordada, se estableció el rapport y los objetivos de la sesión indicándole que veríamos los resultados de la información recabada durante las sesiones anteriores. Como estaba muy nervioso se le mostró un ejercicio de control de la respiración para relajarse.

Antes de comenzar con la retroalimentación se trabajaron las tarjetas de monitoreo, donde solo se habían registrado episodios de antojo a la droga, pero sin llegar al consumo, se hicieron notar los disparadores de consumo, las situaciones que le motivaban a consumir y los estados de ánimo que propiciaban el consumo. Se sugirieron actividades distintas para evitar el consumo de marihuana, tales como tocar la guitarra, hacer ejercicio, leer algo de interés, etc. Se reconoció el esfuerzo y agradeció el llenado de las tarjetas de monitoreo.

Comenzamos con la retroalimentación gráfica personalizada, donde se presentó información acerca de su patrón de consumo típico y episódico de marihuana, de las situaciones de consumo. Se comparó la cantidad y frecuencia de su consumo con el de

la población de acuerdo a su sexo y edad, los riesgos y consecuencias que estaban presentes durante el consumo y después de estar intoxicado, el nivel de dependencia y aprender a reconocer los signos de alerta, se habló también de la tolerancia hacia la sustancia y lo que representaba en cuestión de daños a su organismo. Se le brindó la “Hoja de TIPS” para esclarecer dudas acerca de la marihuana, sus efectos y los riesgos de su uso y se incluyen consejos para reducir los riesgos.

Al verificar los resultados, el acepta que principalmente piensa en consumir cuando está solo o aburrido, por invitación de sus amigos y cuando asiste a alguna fiesta, para lo cual se le brindaron estrategias de autocontrol conductual para enfrentar esas situaciones, a través de identificar que esperaba del consumo y si podría obtenerlo de otra forma, y establecer límites. El paciente se encontraba un poco abrumado, pero el reconocía los riesgos de volver a consumir y lo que podía suceder si no dejaba de hacerlo. Abordamos acerca de su estilo de vida, especialmente sobre el estrés en casa y su preparación académica y sus amigos. También se comentó acerca de su perspectiva del futuro en plano académico, familiar y social, además de establecer metas a mediano y largo plazo.

Al finalizar la sesión, se mostró relajado y con una idea clara de cómo evitar el consumo de marihuana. Se le indicó que la siguiente cita sería dentro de un mes para poder dar tiempo de aplicar las destrezas aprendidas, si se presentaba alguna situación de riesgo de consumo; el paciente manifestó estar de acuerdo, y comentamos que si necesitaba una cita antes podría llamar o agendar una cita antes de la programada. Se estableció la fecha y hora para la siguiente sesión.

### **Sesión de seguimiento (1 meses)**

En la tabla 9 se describen los objetivos de la primer sesión de seguimiento, y las estrategias utilizadas en la sesión.

Tabla 9.  
Sesión 1 de seguimiento, a un mes de la Intervención

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Identificar cambios en los problemas y consecuencias asociadas al consumo de marihuana y nivel de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> </ul>
b) Reforzar las ganancias realizadas y eliminar los obstáculos que haya en el logro de metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresar empatía</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
c) Evaluar la satisfacción de la Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer resúmenes</li> </ul>

La sesión de seguimiento, inicio con puntualidad, comenzando con el rapport y el encuadre haciendo algunas preguntas para saber cómo se habían aplicado las destrezas aprendidas. Comenzamos con la aplicación del instrumento ESU, explorando si había cambios en la meta establecida; si se mantuvo en abstinencia, patrón de consumo, consecuencia del consumo y la satisfacción de la intervención en perspectiva del paciente.

Mencionó tener muchos deseos de fumar marihuana pero no consumió, reportó que le ayudaba identificar como se sentía a través de las tarjetas de monitoreo para evitar consumir, en estos 30 días solo había consumido 2 cervezas de lata y un cigarro de tabaco en una plástica, había evitado a sus amigos con los que regularmente consumía marihuana, solo había hablado con ellos por teléfono. Indico que siguió con el llenado de las tarjetas de monitoreo, señaló que una vez que identificaba que esta aburrido y que estaba pensando en el consumo, buscaba actividades para distraerse, menciona que la que tuvo presente fue tocar la guitarra y sacar canciones nuevas, aunque le resultaba difícil, porque se queda en casa mucho tiempo solo. Se le motivo a continuar con esta actividad si ayudaba a continuar con su meta de abstinencia.

Mencionó con cierta alegría que había encontrado una escuela donde lo aceptarían, pero tendría que repetir el último año, lo recibirían hasta que terminara el ciclo escolar

corriente. Se le recomendó buscar clases de guitarra o buscar actividades que fueran de su agrado para mantenerlo ocupado, durante este tiempo de espera.

Comentó estar un poco nervioso, ya que sus amigos de consumo lo habían invitado a una fiesta que sería dentro de mes y medio, que era la situación donde siempre consumía. Se le hicieron varias preguntas situacionales para evocar la aplicación simulada de las destrezas para enfrentar esa situación, acordado enfrentarla ganando tiempo de no consumo, moviéndose cada vez que él se sintiera ansioso, además que buscaría ir acompañado con alguien, que no era del círculo de amigos que consumían, para poder ayudarlo y enfocarse en esa persona. Se le recordó que su meta ante esa situación es no consumir por ahora, y ganar el mayor tiempo posible sin consumo.

Además, se le aplicó nuevamente el instrumento Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPAR) y el Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D). Por último, abordamos la satisfacción percibida de la intervención, a lo que el sugirió estar muy satisfecho.

Finalizamos la sesión de seguimiento mencionándole que nos veríamos hasta dentro de 3 meses, para hacer la post-evaluación y se estableció la siguiente cita, se le volvió a recordar que si necesitaba apoyo, podríamos agendar una cita antes de la programada.

### **Sesión de seguimiento (3 meses)**

En la tabla 10 se describen los objetivos y las estrategias utilizadas en la sesión de seguimiento, tres meses después de la intervención.

Tabla 10.  
Sesión 2 de seguimiento a 3 meses de la Intervención

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Identificar cambios en los problemas y consecuencias asociadas al consumo de marihuana y nivel de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> </ul>
b) Reforzar las ganancias realizadas y eliminar los obstáculos que haya en el logro de metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresar empatía</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
c) Evaluar la satisfacción de la Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer resúmenes</li> </ul>

El paciente llegó puntalmente; se informó nuevamente el objetivo de la sesión de seguimiento y como se desarrollaría la sesión. Comenzamos con retomar la fiesta que nos había mencionado, donde se encontraría con sus amigos que incitaban el consumo de marihuana. El comenzó a relatar todo el suceso, donde se aprovechó el uso de las estrategias que habíamos reforzado la sesión anterior, como empezar por prologar el consumo, teniendo en mente que no lo haría, que el consumir representaba mucha perdida de esfuerzo en mantenerse sin consumo, además de afectar seriamente a sus padres y nuevamente su vida. Decidió ir a la fiesta con una nueva amiga, el mencionó que en una parte de la fiesta, sus amigos se empezaron a apartar para consumir marihuana. R.D. fue invitado pero los rechazo diciendo que iba al sanitario y posteriormente se quedó con su nueva amiga, después lo volvieron a invitar, esta vez los acompaño, pero se llevó algunas cervezas, con lo cual evito el consumo de la marihuana e iba constantemente al baño cuando sentía mucho deseo. En esta ocasión consumió 6 latas de cerveza y varios cigarros, pero sin consumir marihuana. Cuando termino la fiesta se sintió muy satisfecho con el mismo de poder haber evitado el consumo. Se le felicitó por todo el esfuerzo que había implicado este evento para él y lo bien que había actuado durante la fiesta. También se le sugirieron algunas opciones que pudo haber tomado, como salir a bailar con su amiga o decirles que prefería esperar y que más tarde los acompañaba.

Antes de finalizar la sesión se aplicó la ESU, pero no hubo cambios significativos, incluyendo la satisfacción de la intervención. También se aplicó nuevamente el instrumento Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPAR) y el Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D). Terminamos la sesión estableciendo fecha y horario para el tercer seguimiento dentro de 3 meses.

### Sesión de seguimiento (6 meses)

En la tabla 11 se describen los objetivos de la tercera sesión de seguimiento, a seis meses después de la intervención y se describen las estrategias utilizadas en la sesión.

Tabla 11.  
*Sesión 3 de seguimiento a 6 meses después de la Intervención*

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Identificar cambios en los problemas y consecuencias asociadas al consumo de marihuana y nivel de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Escucha reflexiva</li> </ul>
b) Reforzar las ganancias realizadas y eliminar los obstáculos que haya en el logro de metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresar empatía</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> <li>• Hacer resúmenes</li> </ul>
c) Evaluar la satisfacción de la Intervención	

El paciente llegó con puntualidad, se mostró muy animado durante toda la sesión. Después de realizar el encuadre de la sesión y establecer el rapport, comenzamos a ver si existía algún cambio en la ESU. R.D. mencionó que durante este tiempo, él se había sentido muy seguro. Había cambiado de domicilio, que ya se encontraba nuevamente en la escuela, seguía con las clases de idioma y guitarra, que se encontraba muy ocupado y no había pensado en sus amigos que lo incitaban al consumo, había comenzado a tener nuevas relaciones con nuevos círculos de personas. R.D. mencionó que al entrar a otra escuela y relacionarse con otros, le permitió comenzar de nuevo sin pena que supieran que él había consumido marihuana. En este último periodo de 3 meses había dejado de utilizar las tarjetas de monitoreo y ya le era muy fácil identificar las situaciones

que lo ponían en riesgo y actuaba ante ellas. Volvimos a aplicar el instrumento Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPAR) y el Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D). Se concluyó la sesión indicándole que la siguiente sesión sería el último seguimiento que realizaríamos y se efectuaría dentro de seis meses. Sin embargo, durante este tiempo si el presentaba algún problema podría comunicarse con nosotros o solicitar una sesión si así lo deseaba.

### **Sesión de seguimiento (12 meses)**

En la tabla 12 se describen los objetivos y estrategias utilizadas en la cuarta sesión de seguimiento a un año del término de la intervención.

Tabla 12.  
*Sesión 4 de seguimiento a 12 meses después de la Intervención*

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Realizar el término de los seguimientos de la intervención, evidenciando los logros obtenidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas</li> <li>• Expresar empatía</li> <li>• Reforzamiento positivo</li> </ul>
b) Evaluar la satisfacción de la Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer resúmenes</li> </ul>

La sesión inicialmente programada se postergo una semana extra debido a algunos problemas familiares, sin embargo, al intentar reprogramar la sesión se complicó mucho su asistencia al CSPGD debido a trabajos escolares y viajes familiares, por lo cual acordamos realizar esta sesión a través de teléfono y correos electrónicos. Comenzamos vía telefónica enunciando el objetivo del último seguimiento y en qué consistía. Primero, lo motivamos a describirnos brevemente como había estado estos últimos meses a lo que R.D. respondió positivamente tanto en lo familiar, académico y social, y si había presentado consumo o deseos, a lo que menciono que no, ya que estaba haciendo varias cosas y estaba enfocado en diferentes metas personales.

Se le enviaron los instrumentos Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPAR), y el Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D), para que pudiera regresarlos con sus respuestas. Al final, se le describieron los avances que se habían logrado durante este proceso, donde destacamos el importante trabajo que realizó R.D. Se evaluó la satisfacción a un año de la Intervención, R.D mencionó estar totalmente satisfecho. Cerramos el dialogo agradeciendo todo el apoyo para poder concluir esta última sesión. Durante este proceso tardamos aproximadamente 2 semanas entre llamadas y los correos electrónicos.

Aproximadamente un mes después de la conclusión del tratamiento, se presentó en el Centro con sus padres para agradecer la intervención.

## CAPÍTULO VI. RESULTADOS

Se muestran los resultados registrados en la pre-consulta y en las sesiones del DIBADEU en la evaluación en la Línea Base Retrospectiva, durante el tratamiento y en los seguimientos reportados por R.D.

En la pre-consulta el CSPGD aplicó los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck (BAI / BDI), R.D. reportó un nivel de ansiedad nula (0 puntos) y depresión mínima (5 puntos), solo manifestando un problema de drogas reportado por el mismo.

Dentro del Programa se estableció con el Cuestionario del Árbol Familiar para Evaluar la Historia Familiar de Problemas de Drogas. (CAF-D) y la Prueba Breve de Michigan de Detección de Antecedentes Familiares de Drogadicción en la Familia. (SMART) que la historia familiar de R.D., no favorece el consumo de alcohol, tabaco, marihuana u otra droga, sin embargo, se encontraron antecedentes heredo-familiares de enfermedades que se pueden agravar con el consumo de marihuana.

R.D. consideró que la forma en que consume es común en hombres de su edad, nivel educativo y que viven con sus padres. Comparando el patrón de consumo de marihuana con hombres de 18 años o más (ENA, 2011), sólo el 11.2% de los hombres de su edad consumen marihuana y únicamente el 5.9 % consume como él lo ha hecho en los últimos 3 meses, este resultado lo sensibilizó a que su consumo no era tan común como pensaba.

Con el Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CEC-D), R.D. manifestó que estando bajo el efecto de la droga, se sentiría levemente más divertido y parlanchín, se le facilitaría expresar sus sentimientos, disfrutaría más del sexo, sería amistoso, estaría en paz, sin miedo, creativo y valiente, además con energía, el cuerpo más relajado y se comportaría socialmente. En contraparte, reconoció que el estar intoxicado

con marihuana empeora sus problemas, al tener un sentimiento de culpabilidad, además de otros síntomas físicos como mareo, torpeza y respuesta lenta.

Conforme los síntomas de Dependencia de sustancias psicoactivas de acuerdo al DSM-IV, R.D. tiene 3 signos. 1) Incremento de la cantidad de consumo de marihuana para poder conseguir los efectos deseados; 2) Reducción importante de las actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de marihuana, y 3) Continuo consumo de marihuana, a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos reincidentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de marihuana.

Estos puntos cumplen para un diagnóstico de un nivel de Dependencia Leve con dependencia física a la marihuana, por la tolerancia al consumo de la marihuana.

Para conocer el nivel de dependencia del abuso de marihuana se le pidió responder el Instrumento Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20), el cual ayudó a medir la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de drogas. R.D. consiguió 5 puntos, lo que indica un Nivel de Dependencia Leve o Baja. Cuando se le mencionó al paciente, se mostró sorprendido de puntuar en un nivel de dependencia, pues él no se consideraba dependiente o con problema de consumo.

El Perfil Breve del Consumidor de Drogas (Patrón de consumo constante/episódico - BDP), nos permitió establecer un patrón típico de 3 dosis de medio cigarro, en la misma proporción de un tabaco convencional a la semana, y un patrón episódico de una dosis de medio cigarro por ocasión.

El patrón de consumo típico se describe en la figura 4, para abarcar tanto la frecuencia de consumo como la cantidad de dosis por mes.

Se muestra la frecuencia del consumo mensual en representación de barras, durante la Línea Base, a través de la LIBARE-A de 13 meses anteriores al momento de la Intervención, representada por las barras y las dosis en la cantidad de cigarros consumidos aproximadamente, del mismo largo y ancho que un cigarro de tabaco comercial.

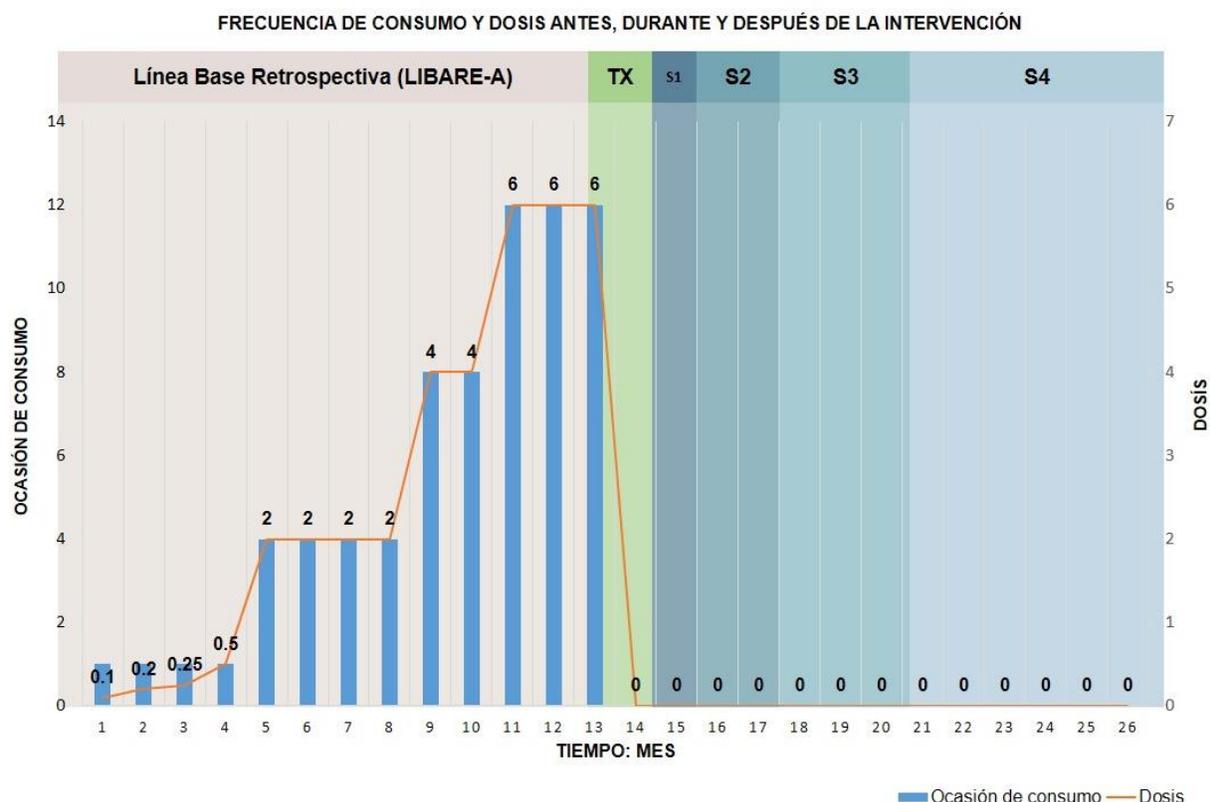
La frecuencia de consumo mensual en el primer mes de registro inicia con una ocasión, al quinto mes de registro aumentó a cuatro ocasiones, para el noveno mes de registro aumentó a 8 ocasiones, para los meses decimoprimeros al decimotercero de registro, consumió 12 ocasiones, en este periodo, se puede observar un aumento considerable de la frecuencia de consumo, pasando de 1 a 12 dosis mensuales en siete meses (mes de registro cuarto al decimoprimeros).

El tratamiento se llevó a cabo del decimotercero al decimocuarto mes de registro, durante el tratamiento no presentó consumo. En el seguimiento 1 (S1), que fue realizado al mes decimoquinto de registro, presentó muchos deseos de fumar marihuana pero sin consumo, en el seguimiento 2 (S2), mes decimoséptimo de registro, se mantiene sin consumo, para el seguimiento 3 (S3), registrado en el mes vigésimo y el seguimiento 4 (S4), realizado en el mes vigesimosexto de registro, se reporta sin consumo.

Si observamos la cantidad de cigarros mensuales de consumo, representado en líneas. La Línea Base Retrospectiva comenzó en el mes 1 de registro con una cantidad mensual de  $1/10$  parte del cigarro completo, al siguiente mes de registro, consumió  $1/5$  parte del cigarro. Para el mes 3 de registro consumió  $1/4$  parte del cigarro, hacia el mes 4, consumió  $1/2$  cigarro. Del mes 5 al 8, consumió 2 cigarros completos al mes. Del mes 9 al 10 de registro, aumentó la dosis a 4 cigarros completos al mes.

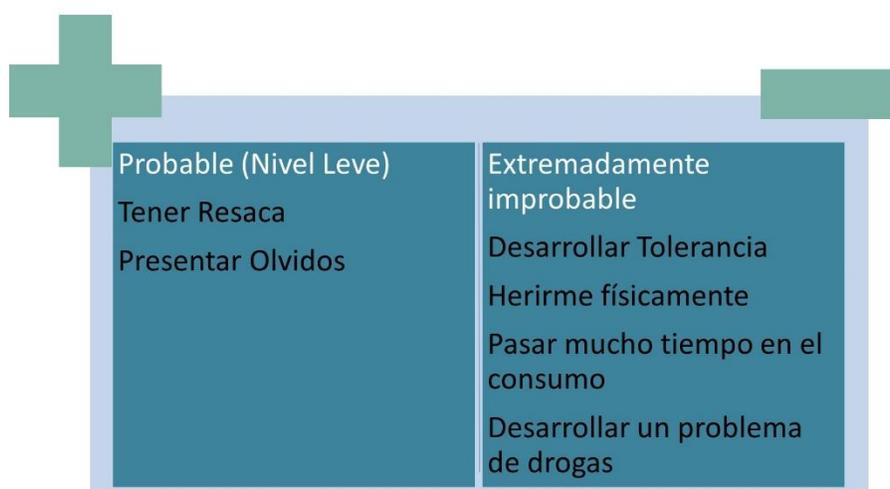
Para los meses 11, 12 y 13 de registro aumentó a 6 cigarros mensuales. Por lo cual, presentó un patrón típico de 6 cigarros al mes. Después del tratamiento, no presentó

ningún patrón de consumo típico ni episódico, incluyendo los seguimientos efectuados a los meses 3, 6 y 12 (Ver figura 4.)



*Figura 4.* Frecuencia de consume y dosis de marihuana reportada por R.D. antes, durante y después de la intervención.

Conforme a la aplicación del Instrumento de Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Droga (ERPC-D), R.D. consideró que es un riesgo el consumir, porque es probable que presente olvidos y que tenga resaca constantemente, dejando de lado los riesgos como bajar de calificaciones, no presentar trabajos escolares, no presentarse a clases o presentarse intoxicado, malestares o incluso, herirse físicamente durante el consumo, desarrollar tolerancia, realizar acciones que causen reacciones negativas de los demás, invertir mucho tiempo en el consumo de drogas y desarrollar un problema de drogas. (Ver figura 5).



Probable (Nivel Leve) Tener Resaca Presentar Olvidos	Extremadamente improbable Desarrollar Tolerancia Herirme físicamente Pasar mucho tiempo en el consumo Desarrollar un problema de drogas
--	---

*Figura 5.* Comparativo de lo reportado por R.D. de acuerdo a lo que él considera poco probable contra lo que no cree probable, de acuerdo a los resultados de la Evaluación de los Riesgos de Consumir Droga (ERPC-D)

También se aplicó el Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR), dejando ver situaciones de preocupación, por el consumo de marihuana y el descuido de sus responsabilidades por estar intoxicado, produciendo conflicto interpersonal así como conflictos familiares. Aparte se mostraron los intentos por dejar de consumir marihuana sin éxito.

Con respecto a los problemas asociados al consumo, a través del IPDR, RD reportó al inicio de la intervención, 6 problemas asociados al consumo: acudir a clases intoxicado constantemente; descuidar sus responsabilidades; intentar consumir marihuana solo en ciertos días o lugares para controlar el consumo; intentar más de 10 ocasiones el disminuir o dejar de consumir marihuana; de 3 a 5 veces causó vergüenza o malestar a alguien por su consumo de la droga, además que en 2 ocasiones, un amigo le aconsejó que dejará o disminuirá su consumo de drogas.

En la Figura 6, se exponen los resultados del IPDR desde la línea base hasta el cuarto seguimiento, que fue 12 meses después a la Intervención.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO ANTES, DURANTE EL TRATAMIENTO Y LOS SEGUIMIENTOS.

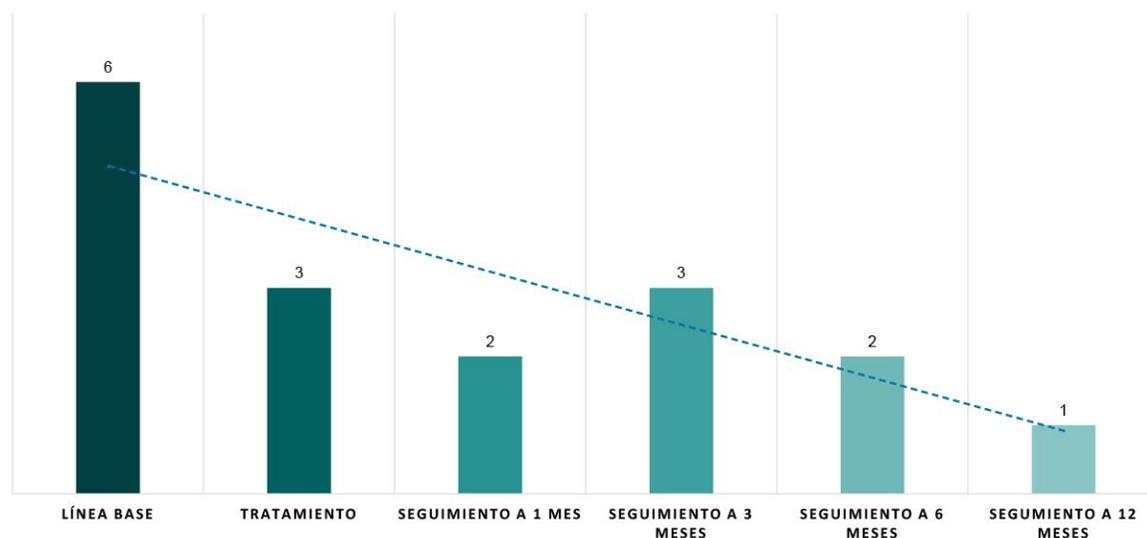


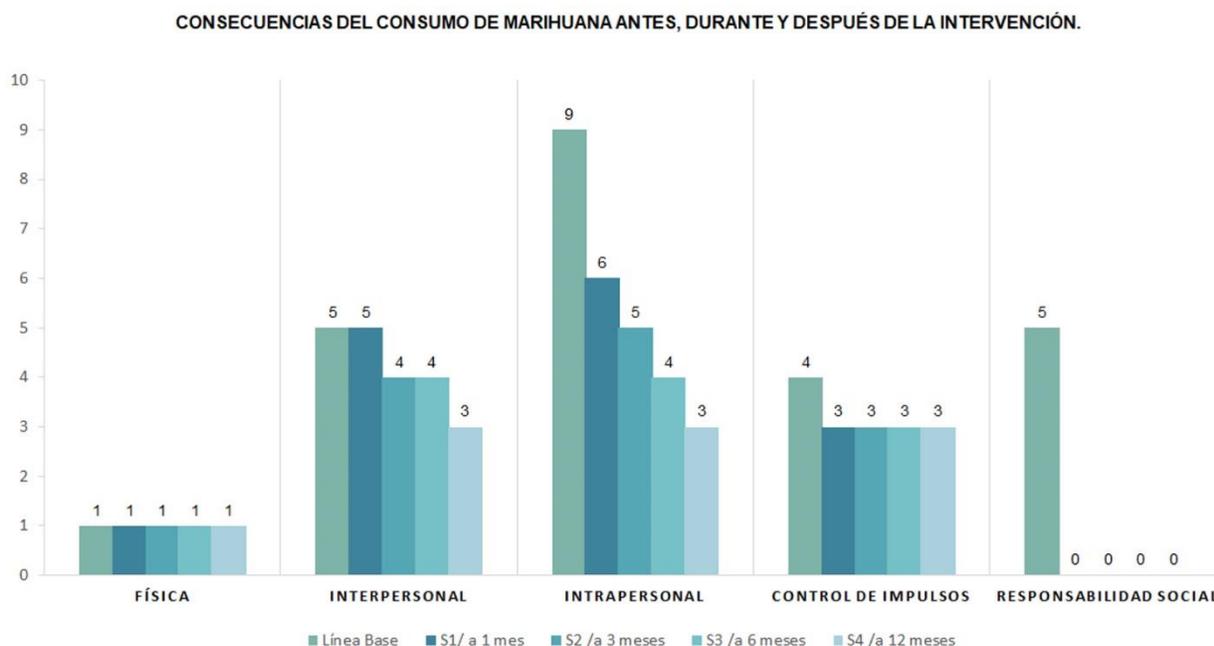
Figura 6. Comparativo de los resultados del Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR), entre la Línea Base, tratamiento y seguimientos al 1, 3, 6 y 12 meses posteriores a la intervención

En el primer seguimiento (S1) se puede observar una disminución en dos terceras parte con respecto a la medición de la LIBARE. En el segundo seguimiento a 3 meses posteriores al término de la intervención (S2), el número de problemas asociados disminuyó en un 50% con respecto a la LIBARE. Este aumento es por el registro de una situación de consumo episódico, sin embargo no consumió. Para el tercer seguimiento (S3) vuelve a disminuir la cantidad de problemas y para el último seguimiento (S4), reportó solo un problema asociado a su consumo, que fue sentir vergüenza por haber consumido marihuana.

El Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICC-D), permitió clasificar las consecuencias en cinco áreas, mismas que se registraron antes y durante la intervención, así como en los seguimientos correspondientes.

En la Figura 7, se exponen los puntajes de la línea base, indicando que las principales consecuencias del consumo de marihuana, se encuentran en el área Intrapersonal con un puntaje de 9, seleccionando reactivos de la prueba tales como: Me siento mal conmigo

mismo debido al consumo de drogas; Me siento culpable o avergonzado debido a mi consumo de drogas y, Mi consumo de drogas ha hecho que no tenga la clase de vida que deseo.



*Figura 7.* Comparativo de los resultados por áreas de problemas del Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas, durante la Línea Base y los seguimientos a 1, 3, 6 y 12 meses posteriores al tratamiento.

Presentó también un puntaje de 5 en el área Interpersonal: Mi familia o amigos se han preocupado o quejado por mi consumo de drogas; Intoxicado he mencionado algunas cosas embarazosas; Mi consumo de drogas ha herido a mi familia; Mi consumo de drogas ha dañado una amistad o una relación y, Mi consumo de drogas ha dañado mi vida social.

En Responsabilidad Social con un puntaje de 5: Falte a la escuela debido a mi consumo; He fracasado en lo que se esperaba de mi debido a mi consumo de drogas; Me he metido

en problemas por mi consumo de drogas y, He sido suspendido de la escuela por mi consumo de drogas.

Se observó un puntaje de 4 en el Control de Impulsos, manifestando que ha presentado problemas legales en la escuela y en su comunidad debido a su consumo de marihuana.

Después de la intervención, estos puntajes disminuyeron, reduciendo las consecuencias en el área de responsabilidad social a cero, eliminando las expulsiones o faltas escolares por estar intoxicado, el fracaso o meterse en problemas a causa del consumo de marihuana.

El área física se mantiene sin cambios, ya que durante un consumo episódico resulto herido (reportado en el mes 13 de registro), manteniéndose con un punto.

El control de impulsos se mantuvo en un puntaje de 3, debido a que los problemas legales se reportaron en los últimos trimestres de registro, y consumió en algunas ocasiones tabaco.

Con respecto al área Intrapersonal, se redujeron de 9 a 3 puntos que hablan sobre cómo se sentía R.D. con respecto a su propio consumo, pasando de casi a diario a una vez o muy pocas veces, tener malestar, culpabilidad o vergüenza por su consumo.

## CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se describió al inicio de este trabajo, es necesario atacar el consumo creciente de drogas ilegales en México, y proporcionar opciones a las personas que siguen usando drogas, a minimizar los riesgos asociados al consumo.

La presente investigación experimental, tuvo como objetivo evaluar la aplicación del programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas en un Estudiante Universitario, por medio de la metodología de caso único con dependencia leve a la marihuana, puntualizando el desempeño del caso a lo largo de los seguimientos concluyendo un año después de la intervención.

Para responder a la pregunta de investigación: ¿Reducirán los daños relacionados al consumo a partir de la aplicación del programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y Otras Drogas en un paciente con dependencia leve a la marihuana?

Primero hay que recalcar el entrenamiento recibido durante el Programa de Conductas Adictivas: “Modelo Psicológico de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) para Estudiantes Universitario” de la Facultad de Psicología, UNAM. Donde se brinda una capacitación completa del modelo de Atención Escalonada, que incluye a este programa de intervención breve (DIBADEU) en el primer nivel, seguido del Tratamiento de Auto-Cambio guiado para estudiantes universitarios con problemas de alcohol y otras drogas (TAGEU), posterior el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (PEREU).

Estos programas son aplicados para los pacientes que cumplen el perfil, dependiendo de la historia y patrones de consumo, nivel de dependencia, además de los problemas relacionados al consumo.

El entrenamiento para DIBADEU, consiste en conocer a profundidad la entrevista motivacional y sus componentes, el entrenamiento en destrezas específico del programa, el manejo de los instrumentos de la Intervención y lo que implica la reducción del daño, así como el control de estímulos y manejo de contingencias. Estas herramientas permiten llevar las sesiones del Programa como Intervención Breve, además de cumplir con los objetivos establecidos en el programa por sesión, brindándole al paciente que tome las propias decisiones en cuanto a metas de la Intervención, pero brindándole un panorama real de su situación y las diferentes consecuencias de seguir consumiendo de la misma forma; estas proyecciones se realizan a través de las herramientas de entrenamiento, que permiten llevar las sesiones con comunicación asertiva y escucha activa. También se practica con supuestos prácticos de pacientes para afinar las destrezas del terapeuta.

Al inicio de las sesiones con R.D., se trabajó con el rapport y encuadre del programa, además de realizar las entrevistas con los elementos de la entrevista motivacional, lo que permitió generar rápidamente confianza y obtener información que tal vez desde otra perspectiva hubiera sido difícil obtener. Con el enfoque de reducción del daño, se motivó la abstinencia ante el consumo pero se dejó que el participante tomará libremente la decisión y él estableció la meta de la intervención.

Como desde el principio R.D. no se le presionó para tomar una postura al respecto de su consumo, ayudó a que el pudiera expresar libremente en las sesiones sin sentir que sería juzgado, además el mismo al darse cuenta de su situación y compararse con la norma de consumo de su sexo y edad, pudo ver que su consumo no era tan normal como él pensaba, esto le ayudo mucho a determinar por sí mismo, la abstinencia.

Durante el tiempo que duró la intervención, R.D. reportó abstinencia del consumo de la marihuana, situación que se prolongó a través de los seguimientos hasta la conclusión, un año después de la intervención. Lo anterior debido a que se le brindaron estrategias de solución de problemas ante las situaciones de consumo que él había reportado, como las destrezas que se desarrollaron través de las tarjetas de monitoreo. Identificar

claramente el contexto donde era más propenso a consumir, dio la pauta para que reconociera una situación de riesgo y pudiera evitarla o realizar acciones que lo ayudaran a mantenerse en abstinencia. Las habilidades de afrontamiento a situaciones de riesgo se fueron guiando, aunque el paciente por sí mismo, creó sus planes de acción ante diferentes situaciones que ya había determinado.

Conforme a estos resultados, podemos concluir que la aplicación del Programa de DIBADEU, mostró una alta eficacia en el estudio de caso, cumpliendo con una reducción del daño por el consumo de marihuana, pasando de seis problemas asociados, a uno, y dejando al paciente motivado para cambios positivos en su contexto inter e intrapersonal, generando hábitos de vida saludables.

Podemos ver la alta efectividad de la intervención breve de la misma forma como se obtuvo en el estudio realizado a 23 programas de prevención e intervención en el consumo de marihuana/drogas. El programa de Intervención breve muestra un 100% de probabilidades de un valor presente neto positivo, y claro, la mejor probabilidad de costo/beneficio del programa (Lemon, Pennucci, Hanley, & Aos, 2014).

Esta investigación coincide con los resultados obtenidos en la aplicación de Quiroga, Cabrera y Vital, en estudiantes universitarios con problemas de alcohol con promedio de edad de 18.6 años, después de la aplicación de la intervención, se obtuvieron disminuciones significativas en el consumo de alcohol posterior a un año de seguimiento pasando de 5.8 copas a 3.7 copas por ocasión, con respecto al número de problemas asociados pasaron de 8.8 a 3.5 demostrando una efectividad mayor al 70%. También se reportó la satisfacción de los participantes con el programa obteniendo un 66% "Muy satisfecho", además de la calidad del servicio como "Excelente" en un 50%, y 50% "Buena". El 100% reportó que "Definitivamente recomendaría el servicio" (2008) (Quiroga, Cabrera, & Vital, 2008)

El programa Cannabis Screening and Intervention for College Students (CASICS), desarrollado por George A. Parks, es también una Intervención Motivacional Breve que usa los mismos componentes básicos que DIBADEU/BASICS, pero se enfoca en el uso de marihuana para estudiantes universitarios y de secundaria, así como para miembros de la comunidad que tienen inquietudes sobre el uso de marihuana.

El programa CASICS y DIBADEU, ambos son similares en cuanto a costo/beneficio y a la base del programa DIBADEU/BASICS, además que el CASICS aborda a los consumidores de marihuana de forma directa, como problema de consumo principal, teniendo claro que puede haber consumos de varias drogas.

CASICS se aplica de la misma forma que el DIBADEU, a través de dos entrevistas de una hora, con una breve encuesta de evaluación tomada por el individuo después de la primera sesión. La primera entrevista recopila información sobre los patrones recientes de consumo de marihuana; las creencias personales sobre marihuana; el historial de alcohol y drogas, al tiempo que proporciona instrucciones de auto control para cualquier uso de marihuana entre sesiones y preparar al individuo para la encuesta de evaluación. La información de la encuesta de evaluación se usa para desarrollar un Informe de comentarios personalizados, a fin de usarla en la segunda entrevista. El informe compara el uso personal de marihuana con las normas de uso de marihuana; revisa las consecuencias negativas individualizadas y los factores de riesgo; aclara los riesgos percibidos y los beneficios de la marihuana, y brinda opciones para ayudar a hacer cambios para disminuir o abstenerse del consumo de marihuana. Basado en los principios de las entrevistas motivacionales, CASICS se ofrece de manera empática, sin confrontaciones ni prejuicios, y tiene como objetivo revelar la discrepancia entre el comportamiento arriesgado del uso de marihuana del individuo y, sus objetivos y valores. Esta discrepancia cuando se procesa con aceptación y cuidado se motiva el cambio de comportamiento hacia una mayor seguridad, salud y éxito (George A. Parks, 2018).

El DIBADEU en su carácter de intervención breve y bajo el enfoque de reducción del daño, mostró ser efectivo para la disminución e incluso eliminación, del consumo de marihuana y problemas asociados, al proporcionar una retroalimentación gráfica y personalizada basada en la evaluación de la problemática, mejorando su entorno social, familiar, escolar y legal, por medio de un entrenamiento en abstinencia. Dichos cambios se han mantenido a 12 meses de haber concluido la intervención. Muy similar a los resultados del BASICS aplicados en Alemania (Hanewinkel & Wiborg, 2005) y España (Asociación Andaluza de Profesionales en Drogodependencias, 2003)

De la manera en que señalan las conclusiones de la ENCODAT 2016-2017, esta intervención se suma a los programas como respuesta al problema de salud pública del consumo de sustancias, dirigidos a la reducción de riesgos e incrementar la percepción del riesgo evitando el estigma hacia los consumidores, generando una gama de opciones para su aplicación y adaptación para cada usuario.

El DIBADEU permitió establecer la meta y seguir con el mantenimiento para mantenerse en abstinencia del paciente, pero el cambio significativo se nota en la reducción de problemas asociados al consumo a un año después de la intervención. Este programa puede ser una intervención preventiva indicada efectiva dentro de instituciones de atención primaria a la salud, con estudiantes universitarios, para intentar retardar el uso de drogas.

## LIMITACIONES

La última sesión de seguimiento, se realizó entre correos electrónicos y llamadas telefónicas ya que el participante no podía asistir a la sesión planeada, por lo que el cambio de escenario y cómo se recogió la información, pudo haber generado un cambio en los datos finales, sin embargo no se consideró un cambio significativo.

Los resultados de la presente investigación desafortunadamente no se pudieron comparar de manera directa con el programa CASICS que es muy parecido al DIBADEU como intervención breve, en consumidores de marihuana, debido a que no se logró tener acceso a estudios previos que son aplicados en los Estados Unidos de América y se realizan a estudiantes universitarios dentro del campus para poder abordar el problema, lo que hace que sean de índole confidencial.

En México hay mucha información sobre las aplicaciones de programas de intervención breve en alcohol, sin embargo hay pocos estudios de estas aplicaciones de Intervención breve en un nivel de dependencia leve para Marihuana; esto puede ser debido a que el DIBADEU es el primer eslabón de una atención escalonada, donde va asignándose un diferente programa dependiendo del nivel de dependencia y factores de daño del consumidor, es decir que pocos consumidores de marihuana buscan atención en los primeros niveles de daño. En este caso en particular el participante cumplió el perfil del programa, tanto por su historia de consumo como por el daño relacionado al consumo.

## RECOMENDACIONES

Esta investigación de diseño de caso único, proporciona información prometedora para la aplicación de la intervención breve en pacientes de dependencia Leve a drogas ilícitas, pero requiere de estudios posteriores de carácter confirmatorio, con más estudios de caso único en específico de marihuana y dependencia leve.

Se recomienda en futuras investigaciones hacer la medición del patrón tipo de consumo en tiempo, para poder indagar acerca de la intensidad del consumo, ya que difiere consumir un cigarro en 1 minuto que en 5 minutos; estas mediciones pueden presentarse en las tarjetas de monitoreo, donde el paciente va reportando el contexto en el cual está consumiendo, además de permitir observar la relación del contexto con la intensidad del consumo.

También para facilitar a los pacientes la elaboración de los auto-monitoreos en las tarjetas gráficas, sería conveniente realizarlo en una tabla dinámica que ellos pueden tener directamente en cualquier dispositivo móvil como el celular, esto favorece al registro en tiempo y accesibilidad para ellos, y para nosotros como terapeutas, tener la información ordenada y más precisa para la generación de las observaciones o las hojas de retroalimentación.

Considero necesario investigar acerca de los factores de riesgo y su combinación para crear un perfil de riesgo, ya que los asociados al consumo y al desarrollo de problemas asociados son distintos, e involucran procesos de desarrollo complejos, influencias medioambientales y diferencias individuales ante su forma de reaccionar a las drogas.

## REFERENCIAS

- Abel, E. L. (1977). The relationship between cannabis and violence: A review. *Psychological Bulletin*, 84 (2), 193-211.
- Adams, B., & Martin, R. (1996). Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 11(91), 1585-1614.
- APA, A. P. (2018). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 ta. ed.). Panamericana.
- Asociación Andaluza de Profesionales en Drogodependencias. (2003). Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. *Boletín de Actualidad en Drogodependencias*, 20-22.
- Balcells Oliveró, M. (2000). Toxicología del Cannabis. *Adicciones*, 169-174.
- Barlow, D. (2011). *Psicología anormal; un enfoque integral*. México: Thomson Learning.
- Beadnell, B. A., Baker, S., Gordon, J. R., Roffman, R. A., & Craver, J. (1995). Risk reduction counseling groups with men who have sex with men and women who have sex with men. In J. R. Gordon (Chair), *Sexual health: A look at reducing sexual risk across a variety of populations. Panel conducted at the Harm Reduction Conference*. Seattle.
- Becoña, E., & Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales* (págs. 213-236). Madrid: Siglo XXI.
- Bien, I. H. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-335.

- Bien, I. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*(88), 315-335. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x
- Brailowsky, S. (2002). *Las Sustancias de los Sueños: Neuropsicofarmacología*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, Colec. Ciencia para Todos;130.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (12 de Junio de 2006). *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales*. Recuperado el 01 de Junio de 2012, de Periodicos Electrónicos de Psicología: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672006000300008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672006000300008&script=sci_arttext&tlng=en)
- Castro, D. M. (1970). Marijuana and assassins-An Etiological investigation. *International Journal of Addicctions*,, 747-757.
- Caudevilla, G. F. (2008). *Efectos psicológicos del cannabis*. Recuperado el 01 de Junio de 2012, de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Efectos%20psicologicos%20del%20cannabis.pdf>
- CONADIC. (s.f.). Capítulo II. Factores asociados al consumo. En *Guía para el promotor de "Nueva Vida"* (págs. 33-46). México. Obtenido de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/prevad\\_cap2.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap2.pdf)
- Dewel, W. (1986). Cannabinoid pharmacology. *Pharmacol Rev.* 151-178.
- DSM-IV-TR, A. P. (2000). *Manual Diagnostico y Estadisco de los Trastornos Mentales (DMS-IV-TR)*. Washitong, E.U.A.: 4a.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). *Villatoro-Velázquez, JA; Medina-Mora, ME; Fleiz-Bautista, C; Téllez-Rojo, MM; Mendoza-Alvarado, LR; Romero-Martínez, M; Gutiérrez-Reyes, JP; Castro-Tinoco, M; Hernández-Ávila, M; Tena-*

*Tamayo C; Alvear-Sevilla, C;* México, D. F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. doi:[www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)

- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. (2015). *Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora M E.* México, D.F. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. INPREFM.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte de Drogas. (2016-2017). *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.* Ciudad de México, México:: INPRFM.
- Eyrleywine, m. (2005). *Undestending marijuana.* Barcelona: Masson. S.A.
- Gantiva, C. A., Trijillo, A., Gómez, W., & Martínez, A. (2007). *Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios.* Colombia: Centro de Estudios e Investigaciones en Adicciones y Violencia.Facultad de Psicología Universidad Católica de Colombia.
- García, V. J. (09 de Septiembre de 2005). *Cronologia Cannabica en México.* Recuperado el 31 de Mayo de 2012, de <http://www.lamarihuana.com/foro/mexico/31645-historia-de-la-mariguana-en-mexico.html>
- George A. Parks, P. D. (9 de 10 de 2018). *Compassionate Pragmatism Inc.* Obtenido de <https://www.compassionatepragmatism.com/casics>

- Gutiérrez, L. A., & Castillo, F. P. (2010). *Tendencias del consumo alguna vez en la vida de drogas en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004- Primer semestre de 2009*. México, D.F.: Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 10-01e.
- Hall, W., & Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *The Lancet*(352), 1611-1616.
- Hanewinkel, R., & Wiborg, G. (2005). Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A German pilot study. *ORIGINALARBEIT*, 285-290.
- Harris, S., & Martin, W. (1991). Marijuana and the Cannabinoids. *Drug abuse and drug abuse research*, 131-144.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta. ed.). México, D. F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, T. C. (2008). Capítulo 4. Estudios de Caso. En R. Hernández-Sampieri, C. Fernández Collado, & P. Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES.
- Instituto de Medicina. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC:: Institute of Medicine.
- International Harm Reduction Association. (14 de Abril de 2010). *¿Qué es la Reducción del Daño?* Recuperado el 01 de Julio de 2012, de Una Declaración de posición de la Asociación Internacional de Reducción del daño: [http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_English.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf)

- Jurado, S.; Villegas, M.E.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, V.; Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lemon, M., Pennucci, A., Hanley, S., & Aos, S. (2014). *Preventing and treating youth marijuana use: An updated review of the evidence*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- León, O., & Montero, G. (2003). *Métodos de Investigación en en Psicología y Educación* (3° ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- López, R. F. (2006). *Drogas y Adicciones en la sociedad actual*. Almería, España: Universidad de Almería.
- López-Núñez, C., Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Álvarez, Á. C., & Secades-Villa, R. (2012). Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problems Index (RAPI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 251-264.
- Martens, D. M. (2010). *Research and Evaluation in Education and Psychology*. E.E. U.U.: SAGE.
- Martin, B. (1986). Cellular effects of cannabinoids. *Pharmacol Rev*, 38, 45-74.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F. R., & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- Maslow, A. H. (2006). *Motivation and personality*. New York: u.a.: Longman.
- Miller, W. R. (1984). *Brief Drinker Profile*. Odessa: EL: Psychological Assessment.

- Miller, W. R. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. . *Behavioural Psychotherapy*,, 251-268.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*. (T. Pociello, Trad.) Barcelona, España: Paidós.
- Mino, A. (2002). *Red Chilena: Reducción del*. Recuperado el 01 de Julio de 2012, de ¿Qué es la reducción de Daños y la Reducción de riesgos?: [http://www.reducciondedanos.cl/wp/?page\\_id=14](http://www.reducciondedanos.cl/wp/?page_id=14)
- National Institute on Drug Abuse. (24 de 02 de 2016). *National Institute on Drug Abuse: Advancing Addiction Science*. (N. I. Abuse, Editor) Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/la-marihuana-lo-que-los-padres-deben-saber/quiere-saber-mas-estas-son-algunas-de-la-preguntas-mas%3Dcomunes-sobre-la-marihuana>
- Nuñez, D. L. (2005). *Efectos físicos de los cannabinoides*. Recuperado el 01 de Junio de 2012, de Revista de Toxicología en Linea (RETEL): <http://www.sertox.com.ar/retel/n06/02.pdf>
- OMS, O. M. (1999). *Promoción de la Salud. Glosario*. Recuperado el 2012 de Mayo de 31, de <http://www.las-drogas.com/>
- Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Santa Fé Bogotá: Carrera 7°.
- Portero, L. G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. *Cuad Med Forense*, 21, 96-104.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Theoretical Therapy: Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*(19), 276-288.

- Quiroga, A. H. (2003). *Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP) Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México.
- Quiroga, A. H. (2003a). *Dependencia a la Marihuana DSM-IV. Modelo Psicológico de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas.
- Quiroga, A. H. (2003a). *Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Drogas (LIBARE-A)*. México. D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi: Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C
- Quiroga, A. H. (2003c). *Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) Evaluación de la Historia Familiar de Problemas de Alcohol*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi: Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15

- Quiroga, A. H. (2003c). *Entrevista de Seguimiento del Usuario (ESU)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. .
- Quiroga, A. H. (2003d). *Prueba Breve de Michigan de Detección de Antecedentes Familiares de Drogadicción en la Familia. (SMART)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:para funcionar dentro de la "Entrevista Diagnóstica- Prescriptiva", dentro del Proyecto "Un modelo Cognitivo-Conductal-Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol"
- Quiroga, A. H. (del Original de Annis, Harie y Watkin-Merek 1996). *Formato de consentimiento informado para el programa DIBADEU con abuso y dependencia Leve*. Adpatación y Traducción.
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003). *Cuestionario de Consumo Diario de Drogas. Modificado (CCD-D)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducido de Briel Alcohol Screening an Intervention for College Students (BASICS), A Harm REduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by Guilford Press.
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003b). *Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CEC-D)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducido y adaptado del original Comprehensive Effects of Alcohol: Development of Psychometric Assessment of a New Expectancy questionnaire by K. romme, E. A. Stroot and D. Kaplan, Psychological assessment, 5- 19-26 Copyright 1993
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003d). *Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Droga (ERPC-D)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de

México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas.

doi:Traducido de Briel Alcohol Screening an Intervention for College Students (BASICS), A Harm REduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by Guilford Press.

- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003e). *Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas (FENC-D)*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas.  
doi:Traducido de Briel Alcohol Screening an Intervention for College Students (BASICS), A Harm REduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by Guilford Press
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003e). *Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37. Riley, D. (1994).
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003f). *Cuestionario de Disposición al Cambio (RTCQ)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducido y adaptado de Rollnick, S. Heather, N Gold, R. & Hall, W. (1992). Developed of a short "Readiness to Change Questionnaire" for use in brief, oportunitistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Alcohol* 87. 743-754
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003g). *Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas.  
doi:Traducido de Miller, W. R., Tonigan, j.S. & Longabaugh, R. (1995). Te Drinker inventory Of Consecuencetes (DrInC): An Instrument for Assesing and

Advers Consequences of ALcohol Abuse. Proyect MATCH. Monograph series  
Vol 4 DHHS Publication No. 95

- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. (2003h). *Perfil Breve del Consumidor de Drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducido y modificado de THE Brief Dinker Profile (BDP), Steady Pattern Chart portion Q/F, quantity/frecuency; SEC, standard ethanol consumption. Comprehensive Dinker Profile. (1984), in Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student
- Quiroga, A. H., & Cabrera, A. T. (2008). *Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universtarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve de Alcohol y otras Drogas.(DIBAEU)*. México, D.F.: Universdad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Quiroga, A. H., & Vital, C. M. (2003b). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A)*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoeber, R., & Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Quiroga, A. H., Cabrera, A. T., & Vital, C. M. (2008). Programa de detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios: significacnia clínica y estadística. *Revsita Mexicana de Psicología* , 119-120.
- Quiroga, A., & Vital, C. M. (2003). *Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20)*. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. doi:Traducida y adapata del original elaborado por Skinner Hom Wanberg & Faster en 1982

- Riley, D. (1994). *The harm reduction model: Pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Robson, C. (2011). *Real World Research* (3° ed.). Wiley.
- Rzedowski, G. C. (2001). *Flora fanerogámica del Valle de México* (Vol. 2°). México, Michoacán, Pátzcuaro: Instituto de Ecología y Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad.
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2013). *Research Methods for Business: A Skill-Building Approach*. Wiley.
- Starke, S., & Strohschneider, S. (2009). Case Study Research in Psychology. En A. Mills, G. Durepos, & E. Wiebe, *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage.
- WHOQOL Group. (1998). World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL-BREF. *Psychological Medicine*, 551-558.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods* (5ta. ed.). EE. UU.: Sage.

## ANEXOS

### Hoja de "Tips" TIPS PARA UN ESTILO DE VIDA CON MENOS RIESGO DE CONSUMO

#### Riesgo de Consumo en Drogas



*Tú puedes tener un rato agradable sin consumo o elige consumir de una manera poco riesgosa.*



#### Considera cuánto consumes

Grandes cantidades de droga, pueden no darte lo que tú quieres. La mayoría consumen por el suave efecto, pero evitan los efectos dolorosos y peligrosos. Entre más consumes menos experimentarás los efectos estimulantes leves y más sentirás los efectos depresores. La tolerancia es un factor de riesgo para los problemas relacionados a tu consumo de drogas (académicos, legales, sociales y de salud).

#### Mitos y Realidades

Los efectos de la droga en la conducta social a menudo resultan más por la cultura que por la química. De hecho, la creencia de que uno a consumido es suficiente para que la mayoría de las personas se sientan relajadas, confiadas o sexual, incluso si la persona no a consumido nada de droga, pero piensa que si lo ha hecho. Los efectos químicos de la droga alteran las habilidades y coordinación motora, además impactan en el pensamiento y juicio.

#### Evalúa tus opciones

Al estar consciente de los riesgos y problemas de consumo, es posible hacer un manejo temprano de ellos, esto te pondrá en una mejor posición para estar saludable a lo largo de tus estudios universitarios.



#### Tips específicos para reducir riesgos en el consumo

- Diviértete sin consumir
- Vigila cuanto estas consumiendo
- Come antes de consumir
- Espacia tus consumos
- Cuida la calidad de lo que consumes
- Prepárate para manejar situaciones, personas, y lugares donde se consume excesivamente
- Experimenta consumiendo menos y rehusándote a consumir

## Tarjetas de Auto-Registro

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 GRUPO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ No DE TARJETA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL APLICADOR: \_\_\_\_\_

Use las escalas de la parte posterior de esta tarjeta para registrar las categorías de dónde, con quién y estado de ánimo.

	HORA	AM PM	TIPO DE DROGA	CANTIDAD (ONZAS)	DÓNDE (CLAVE)	CON QUIÉN (CLAVE)	EDO. DE ÁNIMO (CLAVE)	COMENTARIOS

Claves para DÓNDE	Claves para CON QUIÉN	Claves para ESTADO DE ÁNIMO
1. Taberna / bar.	1. Solo.	1. Feliz.
2. Restaurante (con comida).	2. Parientes (familia).	2. Fuera de sí.
3. Casa propia.	3. Amigos hombres.	3. Romántico / sexy.
4. Casa de otros.	4. Amigas mujeres.	4. Relajado.
5. Trabajo / escuela.	5. Amigos de ambos sexos.	5. Deseoso de festejar.
6. Club privado, escuela.	6. Extraños o gente que conociste después de iniciar la ingesta.	6. Triste/deprimido.
7. Evento social (boda, fiesta, XV años, eventos deportivos).	7. Otro (especifique).	7. Frustrado.
8. En un coche.		8. Tímido.
9. Afuera de una casa (en a puerta, calle).		9. Enojado.
10. Otro (especifique).		10. Ansioso / estresado.
		11. Cansado / aburrido.
		12. Otro (especifique).

Traducido y adaptado por Horacio Quiroga anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student (BASICS): A Harm Reduction Approach by Linda A. Dimeff, John S. Baer, Daniel R. Kivlahan, and G. Alan Marlatt. Copyright 1999 by The Guilford Press.

## Hojas de Retroalimentación gráfica personalizada

### HOJA DE RETROALIMENTACIÓN

Resultados obtenidos a través de las respuestas que nos brindaste en la sesión de evaluación y en comparación a las estadísticas actuales.

*Para:*

### Patrón de Consumo Actual

Durante los últimos tres meses has consumido:

A la semana  $\longrightarrow$  2/10 partes de un cigarro de marihuana

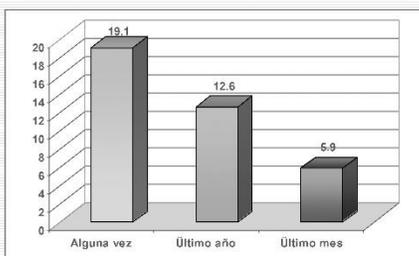
Esto quiere decir que ...

Solo el 11.2% de los hombres de mi edad consumen marihuana

Únicamente el 5.9% de ellos consumen marihuana como YO en los últimos 3 meses

### Estadísticas de Consumo

Consumo de Marihuana en hombres de 18 años o más.



FUENTE: ENA, 2011

### Riesgos

Consecuencias Relacionadas al Consumo de Marihuana (THC)

En el último año...

De 3 a 4 veces:

- Acudí a clases intoxicado.
- Descuide mis responsabilidades.
- Trate de controlar mi consumo de THC, consumiendo solo en ciertas ocasiones del día o lugares.

De 1 a 2 veces:

- Sentí vergüenza o cause malestar a alguien más por mi consumo.
- Un amigo o vecino me aconsejó que dejará o disminuirá mi consumo de THC.

### Riesgos

Consecuencias relacionadas al consumo de Marihuana



### Riesgos

Historia Familiar

Tu historia familiar es negativa para problemas de consumo de drogas, con antecedentes heredo-familiares positivos para la predisposición de enfermedades que se pueden propiciar por el consumo de THC.

#### RECUERDA :

Esto no es un determinante ya que tus propias experiencias, decisiones y conductas son las que marcan el cambio.

## Riesgos

### Índice de Dependencia

#### Has señalado que durante los últimos 12 meses has tenido:

- Olvidos o pérdidas de memoria por usar marihuana.
- Problemas con tus padres por el abuso de la marihuana.
- Dificultades en la escuela debido al abuso de la marihuana.
- En una ocasión has sido arrestado debido al consumo de drogas ilegales.
- Empleas más tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la marihuana.

Esto quiere decir que tienes

**Dependencia LEVE a la marihuana**

## Riesgos

### Creencias

Tu crees que la marihuana te puede dar estos efectos positivos:

- Estaría divertido
- Se me facilitaría la expresión con los demás.
- Disfrutaría más el sexo.
- Estaría en paz.
- Me sentiría con energía.
- Mi cuerpo estaría relajado.
- Me sentiría calmado.
- Me comportaría socialmente

## Riesgos

### Riesgos percibidos por el consumo de alcohol

#### Me preocupa que por consumir marihuana ...

- Experimentar olvidos
- Tenga cruda (Malestares físicos a consecuencia del consumo de THC)

## Instrumentos

(IPDR \*)

### INDICE DE PROBLEMAS DE DROGAS DE RUTGERS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

No. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Cuando las personas están consumiendo drogas les ocurren diferentes cosas como consecuencia de dicho consumo. Algunas de estas cosas se enlistan a continuación. Indique por favor en cuantas ocasiones le sucedió a usted **durante el último año** mientras se encontraba consumiendo drogas o como resultado de haberla ingerido. Para efectuar sus respuestas empleé el siguiente código:

- 0 = Nunca
- 1 = 1 - 2 veces
- 2 = 3 - 5 veces
- 3 = 6 - 10 veces
- 4 = Más de 10 veces

**INSTRUCCIONES:** Circule el número que corresponde a la frecuencia de ocasiones en que ha experimentado cada problema. En casos especiales, las preguntas pueden ser leídas, en voz alta, por el entrevistador a los usuarios que presenten problemas de lectura.

¿En cuántas ocasiones le sucedieron las siguientes cosas cuando se encontraba consumiendo drogas o como resultado de haberlas ingerido durante el último año?	RESPUESTA				
1. No ser capaz de hacer su tarea o estudiar para un examen.	0	1	2	3	4
2. Se peleó, actuó incorrectamente o se comporto cruelmente.	0	1	2	3	4
3. Dejó de hacer otras cosas debido a que gastó mucho dinero en comprar drogas.	0	1	2	3	4
4. Acudió a clases o al trabajo intoxicado.	0	1	2	3	4
5. Causó vergüenza o malestar a alguien más.	0	1	2	3	4
6. Descuidó sus responsabilidades.	0	1	2	3	4
7. Fue evitado por parte de familiares.	0	1	2	3	4
8. Sintió que necesitaba más droga de la que había consumido con el fin de conseguir el mismo efecto.	0	1	2	3	4
9. Trató de controlar su consumo de drogas, consumiendo sólo en ciertas ocasiones del día o lugares.	0	1	2	3	4
10. Tuvo síntomas de abstinencia; esto es, se sintió enfermo a consecuencia de que interrumpió o disminuyó el consumo de drogas.	0	1	2	3	4
11. Notó un cambio en su personalidad.	0	1	2	3	4
12. Sintió que tenía un problema con la droga.	0	1	2	3	4
13. Faltó un día, o parte de un día, a su escuela o trabajo.	0	1	2	3	4
14. Trató de disminuir o dejar de consumir drogas.	0	1	2	3	4
15. Repentinamente se encontró en un lugar al que no recordaba haber ido.	0	1	2	3	4

\* Traducido por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI) White, H.R. & Labouvier, E.W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem Drinking. Journal of Studies on Alcohol, 50, 30 - 37.

(ICC-D \*)  
**INVENTARIO DE CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGA**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**FECHA:** \_\_\_\_\_

**No. DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, se presenta un número de eventos que en ocasiones experimentan los consumidores de drogas. Lea cada una de las declaraciones de manera cuidadosa e indique qué tan a menudo le han ocurrido a usted DURANTE LOS 12 MESES PASADOS ENCERRANDO EN UN CÍRCULO EL NÚMERO APROPIADO DE ACUERDO AL SIGUIENTE CODIGO:

- 0 = Nunca.  
 1 = 1 vez o unas cuantas veces.  
 2 = Una vez o dos veces a la semana.  
 3 = Diariamente o casi diariamente.

\*Si alguna declaración no es aplicable en su caso circule el cero.

	RESPUESTA			
	NUNCA	1 VEZ O POCAS OCASIONES	1 O 2 VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE O CASI DIARIAMENTE
<b>¿Durante los 12 meses previos, le ha pasado esto a usted?</b>				
<b>Circule una respuesta para cada declaración.</b>				
1. Tuve resaca o me sentí mal después de consumir la droga.	0	1	2	3
2. Me sentí mal conmigo mismo debido a mi consumo de drogas.	0	1	2	3
3. Falté a mi trabajo o escuela debido a mi consumo de drogas.	0	1	2	3
4. Mi familia o amigos se han preocupado o quejado por mi consumo de drogas.	0	1	2	3
5. He disfrutado el sabor de la droga.	0	1	2	3
6. La calidad de mi trabajo ha disminuido por mi consumo de drogas.	0	1	2	3
7. Mi capacidad de ser un buen padre se ha visto dañada por mi consumo de drogas.	0	1	2	3
8. Después de consumir drogas, tuve problemas de sueño, para lograr mantenerme despierto o pesadillas.	0	1	2	3
9. He manejado un vehículo motorizado después de intoxicarme.	0	1	2	3

\*Traducido por adaptado por Horacio Quiroga Anaya y Teresita Cabrera Arteaga de: Miller, W.R., Tonigan, J.S. & Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequents (DrInC): An Instrument for Assessing and Advers Consequences of Alcohol Abuse. Proyect MATCH. Monograph series Vol. 4. DHHS Publication No. 95- 3911. Rockville, MD. National Institute on Alcohol Abuse Alcoholism.