



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO ÚNICO ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE INHALABLES

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LUCIA PÉREZ CORTES

TUTORA
DRA. SOSHANA BERENZON GORN
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
REVISOR
MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM

COMITÉ TUTORAL
DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM
DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Diciembre 2020



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.

Índice

1.	Introducción	3
2.	Panorama mundial del consumo de drogas.....	5
2.1.	Población adolescente	16
2.2.	Consumo de inhalables	19
3.	Qué son y cómo se consumen los inhalables.....	25
3.1.	Consecuencias del consumo de inhalables	29
3.2.	Factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas en adolescentes.....	37
4.	Consumo de drogas entre los adolescentes en México, que dicen las encuestas.....	42
5.	Tratamientos con corte Cognitivo Conductual para adolescentes que consumen drogas, alcances y limitaciones	49
6.	Programas de intervención breve, experiencia teórico-práctica.....	62
6.1.	Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA Martínez, et al., 2004).....	65
6.1.1.	Participantes.....	67
6.1.2.	Método.....	68
6.1.3.	Instrumentos	69
6.1.4.	Procedimiento	78
6.1.5.	Resultados	109
7.	Reporte de caso único.....	114
	En esta sección se reporta el caso de Andrés, adolescente de 17 años habitante de la Ciudad de México que se atendió con el PIBA. Andrés consumía inhalables y ocasionalmente alcohol. Vivía con sus padres y un hermano menor. Estudiaba el bachillerato en una escuela pública.....	114
7.1.	Identificación del paciente	114
7.2.	Motivo de consulta.....	115
7.3.	Información obtenida de la entrevista.....	116
7.4.	Impresión diagnóstica	118
7.5.	Recursos disponibles y déficits.....	119
7.6.	Resultados de la evaluación	120
7.7.	Tratamiento.....	125
7.7.1.	Sesión de inducción al tratamiento.....	125

7.7.2.	Primera sesión “Balance decisional y establecimiento de metas”	127
7.7.3.	Segunda sesión “Situaciones de riesgo”	130
7.7.4.	Tercera sesión: “Planes de acción”	133
7.7.5.	Cuarta sesión: “Metas de vida”	136
7.7.6.	Quinta sesión: “Restablecimiento de metas de consumo”	138
7.7.7.	Seguimientos	142
7.8.	Conclusiones y limitaciones del caso	145
7.9.	Discusión	148
	Referencias	152
	Índice de Tablas	161
	Índice de Figuras	161

1. Introducción

El consumo de drogas es un problema de salud pública global, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], reportó que, 271 millones de personas entre 15 y 64 años habían consumido drogas ilícitas durante 2018 (UNODC, 2019). El grupo etario más afectado correspondía a los jóvenes; el inicio en el abuso de sustancias era más frecuente durante la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y llegaba a su punto más alto entre los 18 a 25 años (UNODC, 2018).

El consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes presenta dos perfiles. El consumo de las drogas de club, frecuente en adolescentes con mayor poder adquisitivo, y el consumo de inhalables de los jóvenes menos favorecidos y que pueden o no subsistir en la calle. La elección se rige por factores como: bajo precio, el carácter legal, la disponibilidad y la rapidez del efecto (UNODC, 2018).

Los tratamientos con enfoque cognitivo-conductual, desarrollan estrategias que aumentan el control personal e integran diferentes técnicas y tratamientos validados. Han probado su eficacia modificando los patrones de consumo y el mantenimiento de los mismos, comparados con otras intervenciones (National Institute on Drug Abuse NIDA, 2003).

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas (PIBA), es un programa de corte cognitivo-conductual para adolescentes. Su objetivo es promover y mantener cambios en el patrón de consumo de sustancias. Además guía y entrena al adolescente en habilidades de auto-regulación (Martínez et al., 2004).

Este documento reporta el caso de Andrés, joven de 17 años, con consumo de inhalables cómo droga de impacto y consumo esporádico de alcohol.

El resultado global de la evaluación de Andrés señaló la ocurrencia de Trastorno por Consumo de Sustancias TCS, inhalables (sustancia específica activo) leve, que había repercutido en diferentes áreas de su vida. Las áreas afectadas fueron el área académica, había bajado de calificaciones y el área social-relacional ya que perdió la confianza de sus padres y temía decepcionar a su abuelo paterno.

Este caso se atendió con el PIBA, trabajando inhalables cómo sustancia de impacto, además de orientar el consumo responsable de alcohol y aumentar la percepción de riesgo al participar en bandas violentas. Durante el tratamiento se fijaron metas para alcohol (tres tragos estándar una vez a la semana) y abstinencia para los inhalables, no se reportó consumos en tratamiento. Durante los seguimientos consumió 1 mona y superó la meta de alcohol en 4 ocasiones, al finalizar los seguimientos el adolescente logró reconocer que el consumo de alcohol por encima de la meta, podía precipitar el consumo de inhalables, y consiguió respetarla. Se observaron mejoras en el área académica, en la relación con los padres y retomó relaciones de amistad con jóvenes no consumidores.

Antes de la presentación del caso, se abordará el panorama de consumo de drogas haciendo hincapié en los datos referentes al consumo de inhalables, además se desarrollara el tema de qué son y cómo se consumen los inhalables, y las consecuencias en la salud de los consumidores. Así también se describirá la intervención breve PIBA que se aplicó y por último describiré el tratamiento del caso principal.

2. Panorama mundial del consumo de drogas

Considerando que se reporta un caso de consumo de inhalables, primero se contextualizará el panorama mundial del consumo de sustancias psicoactivas, para terminar, abordando las particularidades epidemiológicas del consumo de inhalables en población joven, lo que aportará una visión integral de la problemática y un punto de partida para entender el caso del adolescente que acudió en búsqueda de tratamiento.

El consumo de drogas es un problema de dimensiones globales y en aumento, pese al trabajo de organismos internacionales y de gobiernos locales en materia de prevención y acceso a tratamiento; cómo muestra de lo anterior The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] en sus reportes estimó que en 2017 5.6% de la población mundial (entre 15 y 64 años) habían consumido drogas ilícitas. Equivalente a 271 millones de personas con datos ajustados (anteriormente se habían estimado para 2017, 275 millones de personas que habían consumido sustancias ilícitas); mostrando que el consumo había aumentado 30% con respecto a diez años atrás, cuando se estimaba que 210 millones de personas habían consumido drogas. También se ha calculado que 35.3 millones de personas, padecen trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (personas con consumo nocivo que experimentan dependencia y necesitan tratamiento) cifra 15% mayor que estimaciones anteriores. (UNODC, 2018; UNODC, 2019).

Monitorear las tendencias de consumo de sustancias psicoactivas, es una de las mejores maneras de evaluar el impacto de la política pública. A nivel nacional, las tendencias pueden variar en poblaciones específicas y áreas geográficas. La falta de un patrón consistente dificulta identificar una tendencia en el uso de drogas y, en

consecuencia, problematiza la toma de decisiones en materia de política pública (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, 2019).

Durante diez años (2007 a 2017) se observó aumento en la prevalencia del consumo de opioides en África, Asia, Europa y América del Norte y el incremento en el consumo de cannabis en América del Norte, América del Sur y Asia como tendencias principales (UNODC, 2018). En el informe de las Américas en población general, el consumo de cannabis también presentó crecimiento en la mayoría de los países de la región y, aproximadamente, la mitad de éstos mostraron incremento en el consumo de cocaína. En población de estudiantes de nivel secundaria se encontró que en la mayoría de los países se incrementó el consumo de cannabis, aunque las tendencias de la cocaína resultaron menos definidas (CICAD, 2019).

La sustancia psicoactiva ilícita que más se consume a nivel mundial sigue siendo la marihuana. Se calcula que 188 millones de personas consumieron marihuana en 2018 y por los últimos diez años la prevalencia se ha mantenido estable. En el caso de la marihuana se han advertido particularidades, debido al consumo no médico permitido en algunas localidades, donde se ha reportado aumento en la intensidad de consumo dentro del contexto de su legalización. En la región de América del Norte, el aumento en el consumo había sido prominente. Un ejemplo es Estados Unidos, donde el consumo diario se duplicó en los últimos diez años. Un factor importante a tomar en cuenta en el caso de la marihuana, es el aumento de la concentración de THC en los productos que se venden en Colorado, tanto en la flor del cannabis como en los concentrados 20% y 69% respectivamente. La gama de productos con marihuana ha aumentado también y han evolucionado rápidamente con diversos niveles de THC. Los concentrados con más del

75% de concentración se han quintuplicado en los últimos años. Los cartuchos para vaporizadores, los concentrados tipo wax o shatter (tipos de extractos de marihuana con hasta 90% de THC o CBD) y los productos comestibles con infusión de THC también han incrementado su venta. Un probable efecto de lo anterior, es el aumento en la demanda de tratamiento por consumo de marihuana en casi todas las regiones, cómo principal sustancia de abuso (UNODC, 2019).

Aunque todavía se considera muy pronto para evaluar las repercusiones de la legislación que autoriza el consumo con fines no médicos de la marihuana; en Canadá, Estados Unidos y Uruguay, ya se pueden delinear algunas tendencias en los reportes mundiales de la UNODC.

Uno de los objetivos de este tipo de legislaciones, fue impedir que las organizaciones criminales lucraran con el tráfico de marihuana; sin embargo, la experiencia hasta el momento ha demostrado que, pese a la reglamentación, existen fuertes mercados ilícitos de marihuana en estados cómo Colorado y Washington que, desde 2012 se adhirieron a este tipo de legislación. Otra tendencia con relación al mercado legal, es la gran diversificación de productos, los altos niveles de contenido de THC y el aumento de número de personas que solicitan tratamiento. Asimismo, este tipo de políticas, ha incidido en un marcado aumento del consumo frecuente y excesivo de marihuana, debido a la baja percepción de riesgo y a que en la mayoría de estas localidades primero se legisló el consumo médico y posteriormente el no médico (UNODC, 2019).

El consumo de marihuana en estudiantes de secundaria, incrementó en ocho de los once países que recopilaron datos para estudiantes en la región de las Américas. Del

mismo modo, el consumo de marihuana en la población general aumentó en seis de los siete países que recopilaron datos. También se observó el consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas y, que la percepción general del riesgo asociada a su consumo está disminuyendo (CICAD, 2019).

Con relación al consumo de los opioides, América del norte obtuvo casi 4% de prevalencia anual, el doble de lo estimado en América que fue del 2% y posicionando a esta subregión con la de mayor prevalencia, sin embargo, hay que tomar en cuenta que en esta región se encuentra México pero también Canadá y Estados Unidos, lo que eleva la prevalencia en ambas sustancias (marihuana y opioides) para la subregión. La mejor estimación para este mismo año con relación al consumo anual de cocaína fue de 2% para América del Norte; nuevamente, el mayor de toda América cuyo promedio fue de 1.48%, menor únicamente al porcentaje de Australia y Nueva Zelanda que se estimó en 2.2%.

El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (anfetamina y metanfetamina) ha experimentado un aumento continuado. Para la subregión de América del norte fue de 2%, mayor por un punto porcentual comparada con el promedio de toda América (1.17%). La prevalencia del consumo anual del éxtasis, para la subregión de América del norte, fue de 0.89% seguido por Europa Occidental con prevalencia de 0.86%. Pero, la subregión que arrojó la mayor prevalencia fue nuevamente Australia y Nueva Zelanda con el 2.17% (UNODC, 2018; CICAD, 2019).

Las consecuencias por el consumo de metanfetaminas suelen ser graves, debido a que quienes las consumen, tienden a hacerlo con mayor frecuencia e intensidad; por lo que, las muertes por sobredosis atribuidas al consumo de estimulantes incluyendo

metanfetaminas, ha incrementado en Estados Unidos de 1,300 en 2007 a más de 10,000 en 2017.

En América del Norte (Canadá, E.U. y México), ha surgido un mercado específico para el éxtasis en polvo (forma cristalina), que los consumidores consideran de mayor “pureza” que las tabletas. Se ha encontrado que las tabletas de éxtasis que se venden en esta región, contienen poco o nada de 3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA) pero, sí variados adulterantes como la parametoximetanfetamina (PMMA), reportado en todas las regiones de las Américas (33 países del continente Americano) en los últimos años. Asociando estos adulterantes a muertes en todo el mundo (CICAD, 2019).

El consumo de cocaína incrementó, reportándose que 18.1 millones de personas la consumieron en 2018. Las regiones con mayor consumo fueron: América del Norte (2.1%) y Oceanía (1.6%), esto a pesar de que durante el periodo de 2006 a 2012, el consumo disminuyó en América del Norte. La solicitud de tratamiento para cocaína como principal sustancia de abuso, también aumentó en los países de la Unión Europea. Donde tres cuartas partes de las solicitudes se concentraron en España Italia y Reino Unido. Solo un tercio de los solicitantes de tratamiento en la Unión Europea, lo hicieron por consumo exclusivo de cocaína, los dos tercios restantes solicitaron tratamiento por policonsumo (UNODC, 2019).

La cocaína y sus derivados son las sustancias psicoactivas más utilizadas en América del sur, pero también son de las más adulteradas. Las adulteran con sustancias químicas, que tienen propiedades similares a la cocaína y son agregadas para potenciar el efecto. También se usan los agentes de corte (usados para agregar volumen a las dosis, no tienen propiedades farmacológicas y tienen un aspecto similar a la cocaína),

generalmente son sustancias inactivas, pero pueden provocar una reacción diferente en el organismo, aumentando la naturaleza adictiva o la toxicidad (CICAD, 2019).

El aumento en el consumo de opioides sintéticos, ha llegado a constituirse cómo un problema grave. En 2017, América del Norte reportó más de 47 mil muertes por sobredosis de opioides, un aumento de 13% con respecto a 2016. La mayor parte del aumento se ha atribuido a los opioides sintéticos cómo el fentanilo y sus análogos. Lo anterior ha establecido a América del Norte, cómo el principal mercado del fentanilo y sus análogos, sin embargo, las incautaciones indican que el tráfico de opioides sintéticos se ha extendido por todo el mundo (UNODC, 2018).

El ejemplo claro de la problemática emergente de los opioides sintéticos es el tramadol, usado por décadas a modo de analgésico, provocando una crisis en los países de ingresos bajos y medianos en la región de África, y que se está fabricando ilícitamente en Asia Meridional y consumido en países africanos y del Oriente Medio. El problema con los opioides sintéticos ha ido incrementando, debido a la proliferación sin precedentes de estas sustancias, ya que en 2009 se reportó un nuevo opioide sintético y para 2017 se estaban reportando 46 nuevas sustancias. El número total de Nuevas Sustancias Psicoactivas [NSP] en el mercado se ha estabilizado en 500 sustancias por año en el periodo de 2015 a 2017. De las NSP reportadas por primera vez en el Programa Global Synthetics Monitoring, Analysis, Reporting and Trends [SMART] de la UNODC, la mayoría pertenecen al grupo de los estimulantes, y el segundo grupo corresponde a los opioides sintéticos, teniendo a estos cómo el 29% de las NPS reportadas en 2017 (UNODC, 2018).

Durante 2017 más de 11 millones de personas se inyectaban drogas. Entre los problemas más significativos de usar esa vía de administración, se encuentran el riesgo de sobredosis, las infecciones de transmisión sanguínea como son VIH (una de cada ocho personas que se inyecta drogas vive con VIH equivalente a 1.4 millones de personas) y hepatitis C (5.6 millones de personas que se inyectan drogas viven con hepatitis C); de esos 11 millones de personas que se inyectan drogas el 43% se concentra en tres países China, Federación de Rusia y Estados Unidos.

De las muertes y años de vida perdidos atribuidos al consumo de sustancias psicoactivas en el 2017, se contaron 585,000 muertes, más de la mitad de éstas se atribuyeron a la hepatitis C no tratada y dos terceras partes del total de esas muertes, fueron relacionadas con los opioides. El total de años de vida perdidos, a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas durante el mismo año, fue de 42 millones de años. Y de las personas con desórdenes por consumo de drogas o dependencia, sólo una de cada seis recibe tratamiento en promedio cada año (UNODC, 2019).

También se delinear las tendencias de consumo de las sustancias psicoactivas legales. En el caso del tabaco, a pesar de haber reportado que el consumo había bajado en algunos países durante 2018, el Atlas del Tabaco también reportó el alza preocupante de consumo en población joven de países de ingresos bajos. Aproximadamente 942 millones de hombres y 175 millones de mujeres mayores de 15 años eran fumadores activos en 2017. Cuatrocientos millones de fumadores diarios vivían en China y un tercio de los fumadores habituales se concentraba en tres países, China, India e Indonesia. El consumo de tabaco entre los jóvenes, se había incrementado llegando a consumir con mayor frecuencia que los adultos en algunos países. La estimación de niños entre 13 y

15 años que consumían tabaco sin humo fue de 25 millones de niños y 13 millones de niñas. En algunos países, el consumo de niñas y adolescentes es más común ahora, que entre mujeres adultas. La tendencia históricamente baja de consumo entre población femenina en todo el mundo, podría cambiar en el futuro cercano. A lo mencionado se agrega el consumo de otros productos de tabaco, cómo son los productos de tabaco sin humo, las pipas de agua y el cigarro electrónico (Drope, et al., 2018).

En la región de América del Norte, los Estados Unidos muestran el registro más alto de consumo de tabaco en el último mes en población general (19%), seguido de nuestro país (17.6%); en América del Sur se encontraron las prevalencias más altas destacándose Chile (33.4%), Uruguay (29.5%) y Argentina (28.7%), y según el sexo, el consumo del último mes, en hombres de todos los países superó al de las mujeres con sus variaciones (CICAD, 2019).

Hablando del consumo de alcohol, se sabe que es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo. Su uso es preocupante en la región de las Américas, donde se estimó que el consumo total per cápita era superior al promedio mundial. También se ha reportado, aumento de la tasa de episodios de consumo excesivo en los últimos cinco años (CICAD, 2019).

A nivel mundial anualmente, se producen tres millones de muertes relacionados con el alcohol. Representando el 5.3% del total de decesos, datos reportados en el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2018 de la Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Además el uso nocivo de alcohol, es factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Probándose su relación con algunos trastornos mentales y comportamentales, además de la incidencia de enfermedades infecciosas

tales como la tuberculosis y el VIH/sida. En general el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones se atribuyó al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de discapacidad (EVAD). El consumo nocivo de alcohol provoca muerte y discapacidad a temprana edad. En población de 20 a 39 años el 13.5% de las defunciones se atribuyen al consumo de alcohol. (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Históricamente uso de drogas ha sido visto como tema predominante del género masculino, pero datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando algunas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres (CICAD, 2019).

El género y el consumo de sustancias psicoactivas ha sido ampliamente estudiado, encontrándose que es un factor que determina los patrones de consumo y las necesidades de tratamiento. Según el reporte mundial 2018 de la UNODC, las mujeres son las que presentan mayor prevalencia de consumo no médico de tranquilizantes en todas las regiones. Y la proporción de mujeres que recibieron tratamiento fue de una por cada cinco (UNODC, 2019).

Si bien las mujeres que consumen sustancias psicoactivas, lo hacen a edades más tardías en comparación con los hombres; una vez que inician, la progresión es más rápida. A este fenómeno se le conoce como efecto *telescoping*, término usado para describir una rápida progresión del inicio de uso de sustancias hasta la dependencia y la primera búsqueda de tratamiento. El fenómeno ha sido registrado en investigaciones de género y desórdenes por abuso de sustancias, encontrando que, cuando la mujer entra a tratamiento, presenta un cuadro clínico más severo (consecuencias en salud,

conductuales, psicológicas y problemas sociales) que los hombres, a pesar de haber usado las sustancias psicoactivas en menor cantidad y por menos tiempo, comparadas nuevamente con los hombres (Greenfield, Back, Lawson, & Brady, 2010).

Otra característica observada con relación al consumo de las mujeres, es que su consumo guarda estrecha relación con la pareja. A diferencia, los consumos en hombres están más vinculados con amigos del mismo sexo.

Se ha observado que las adversidades experimentadas durante la infancia, afectan de manera diferenciada a las mujeres y a los hombres. Los niños recurren al consumo como forma de rebelión contra la sociedad, en cambio las niñas internalizan en forma de ansiedad, depresión y aislamiento social, consumiendo con la intención de auto medicarse. Entre las mujeres que abusan de sustancias psicoactivas, la prevalencia de trastornos por estrés postraumático es elevado, así como los reportes de abusos físicos y sexuales. Otra vulnerabilidad del consumo entre las mujeres, es el mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Las mujeres son más vulnerables que los hombres al VIH, la hepatitis C y otras infecciones de transmisión sanguínea (UNODC, 2018).

El papel de las mujeres en el comercio de drogas no es tan claro, sin embargo, se ha determinado el involucramiento de las mujeres en el tráfico de drogas para financiar su consumo. Sin dejar de lado que se puedan involucrar, como resultado de su condición de víctimas de trata de personas. Incluida la trata con fines de explotación sexual. Por lo que cuando participan en la cadena de abastecimiento, frecuentemente se atribuye a su vulnerabilidad y a la opresión a la que están sujetas. En este sentido la relación de las mujeres con el mercado de drogas es difícil de esclarecer, cuando algunas deciden

participar y beneficiarse y otras son obligadas, ya sea de manera violenta o coercitiva, debido a la dificultad de encontrar oportunidades de trabajo en sus entornos.

La desigualdad se hace evidente, al observar los porcentajes de mujeres en reclusión por delitos relacionados con drogas (35%), en comparación con los hombres (19%) durante 2016. Además, las mujeres muestran mayor reticencia a solicitar tratamiento. En especial si están embarazadas y/o temen las consecuencias legales y el estigma social. Si son madres o cuidadoras, esta condición se vuelve un obstáculo para la búsqueda de tratamiento y la posterior adherencia (UNODC, 2019).

Actualmente, se tienen disponibles tratamientos adecuados para los diferentes tipos de consumidores, aunque con poca accesibilidad. Estos tratamientos toman en cuenta las características de la problemática y su origen multifactorial pero, pocos toman en cuenta que es una enfermedad crónica y como tal debe abordarse. Además es diferente a otro tipo de enfermedades agudas, donde los síntomas son intensos, pero después de un tratamiento adecuado el individuo puede volver a su vida normal, sin miedo a una recaída. En el caso de la dependencia, los síntomas se van acumulando y agravando con el paso del tiempo. Síntomas pocas veces molestos al inicio de la enfermedad, evolucionan hasta que se declara la enfermedad. A pesar de tratarse de una enfermedad considerada crónica, los tratamientos no se administran por periodos largos para, aumentar la probabilidad de que la persona permanezca sin consumo. Los tratamientos efectivos para la dependencia a sustancias psicoactivas, incluyen tres factores a considerar: 1) Medicación por largos periodos de tiempo o incluso de por vida, 2) Cambios significativos en el estilo de vida del que las padece y 3) Contemplar la

recaída cómo parte del proceso de recuperación, y no cómo una falla de la persona (UNODC, 2018).

El problema de salud pública que representa el consumo de sustancias psicoactivas, es aún mayor en población adolescente por lo que no se debe menospreciar.

“El uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, debe ser motivo de preocupación para cualquier país y subraya la necesidad de intervenciones preventivas a partir de la primera infancia” (CICAD, 2019, pp.19).

2.1. Población adolescente

De los grupos etarios la población de los jóvenes, es la que se ha visto más afectada por el consumo. La mayor parte de las investigaciones, concluyen que el inicio en el abuso de sustancias es más frecuente durante el periodo de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 17 años) y que el abuso, llega a su punto más alto en personas de 18 a 25 años.

La sustancia psicoactiva de preferencia entre esta población es la marihuana, debido a su accesibilidad y baja percepción de riesgo. La marihuana se consume frecuentemente con otras sustancias y puede ser la antesala para el consumo de otras drogas. Para esta población se delinean dos tipos de consumo diferenciado. Por un lado está el consumo de las drogas de CLUB en ambientes nocturnos propio de clases favorecidas económicamente y por otro lado, el consumo de inhalables característico de los jóvenes menos afortunados económicamente.

Entendiendo que el consumo de drogas, no se da en el vacío sino que se consumen en contexto. Por un lado el recreacional donde se persigue aumentar las sensaciones y mejorar la experiencia y por otra parte, el contexto de los jóvenes que viven situaciones extremas y que consumen sustancias psicoactivas, para sobrellevar la dureza de la realidad que viven día con día (UNODC, 2018).

Si se considera el consumo excesivo de alcohol cómo un comportamiento de alto riesgo. Y sabemos que más de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria, informaron haber consumido alcohol durante el último mes de manera excesiva, y que los niveles de consumo de hombres y mujeres fueron similares. Se abre la necesidad de desarrollar programas de prevención selectiva e indicada para este grupo etario.

El consumo de tabaco varía desde la prevalencia en el último mes de 1.8% en Antigua y Barbuda hasta el 23.7% reportado en Chile, sin embargo, las tendencias son a la baja. Aún son pocos los países de América Latina y el Caribe, que monitorean el consumo de cigarrillos electrónicos, pero los datos de Canadá y Estados Unidos, muestran la transición hacia ese tipo de dispositivos electrónicos de administración de nicotina, en estudiantes de secundaria (CICAD, 2019).

De igual forma, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales entre los adolescentes. Se puede caracterizar de la siguiente manera: por un lado las drogas de club cómo el éxtasis y la metanfetamina, cocaína, la ketamina, el LSD y el GHB. Consumidas prioritariamente en países de ingresos altos, en fiestas tipo *rave* y entornos cómo cafeterías, conciertos y fiestas en casas particulares. El consumo de este tipo de sustancias es mayor entre personas de 15 a 24 años. A diferencia los jóvenes que subsisten en la calle, consumen mayormente inhalables cómo la gasolina, la pintura, el

líquido corrector y el pegamento. Por esta condición se ven expuestos a abusos físicos y sexuales, y el consumo de sustancias psicoactivas, es uno de los mecanismos que los ayudan a sobrellevar el inhóspito ambiente en el que se han visto obligado a sobrevivir.

La elección de las sustancias que consumen los adolescentes se rigen por factores cómo: el bajo precio, su carácter legal, la disponibilidad y la rapidez del efecto. Sin embargo, el inicio del consumo y el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas está determinado por una diversidad de factores, cómo son los factores personales (la salud conductual y mental, el desarrollo neurológico, las variaciones genéticas y las influencias sociales), el nivel micro (funcionamiento parental y familiar, la escuela y la influencia de compañeros) el nivel macro (entorno socioeconómico y físico), haciendo a un adolescente vulnerable ante el consumo de sustancias psicoactivas (UNODC, 2018).

Estos factores por si solos no dan como resultado el consumo, además no son estables variando con relación al tiempo. Lo que determina la susceptibilidad de un joven, es la suma de factores de riesgo presentes y factores de protección ausentes, en un momento determinado de su vida. Problemas mentales y conductuales aunados a la pobreza, la falta de oportunidades, el poco involucramiento parental, falta de apoyo social, influencia negativa de los pares, son factores comúnmente encontrados entre los jóvenes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, comparados con los que no los tienen. Los efectos del abuso en la vida desde etapas tempranas incrementa la probabilidad del desempleo, problemas de salud física, relaciones sociales disfuncionales, tendencia al suicidio, enfermedades mentales que puede llegar, incluso, a reducir la expectativa de vida (UNODC, 2019).

Un factor importante a considerar cuando se habla del consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes, es la percepción de riesgo, ya sea relacionada directamente con la salud o en general, además es tomada como factor importante en la decisión de consumir sustancias psicoactivas. Se ha encontrado, que a medida que disminuye la percepción del riesgo, el uso de drogas tiende a aumentar. En las Américas, la mayoría de los países donde se percibió el consumo de marihuana como riesgoso, la prevalencia de consumo en el último año supero el 15%. Por lo que se puede prever que, en los países que observan una disminución en la percepción del riesgo a lo largo del tiempo, se debe estar alerta ante posibles aumentos en el consumo de cannabis a futuro (CICAD, 2019).

Por último las tendencias de consumo en adolescentes por sustancia cambiaron, pero no radicalmente, ya que continuó la tendencia a consumir marihuana, colocándose como primer lugar de consumo, el consumo de alcohol y tabaco también fue un problema entre los adolescentes, algo que sí cambio fue el aumento del consumo en las adolescentes, llegando a superar el consumo comparadas con los hombres en algunos grupos de edad.

2.2. Consumo de inhalables

A pesar de que los inhalables no figuran entre las sustancias más consumidas mundialmente y, rara vez es un tema central en la política internacional o nacional sobre drogas (CICAD, 2019). Es necesario que se conozcan sus características como drogas de abuso y las tendencias de consumo.

En primera se deben caracterizar y definir estas sustancias, como un grupo especial entre las drogas, debido a sus amplios usos domésticos e industriales, lo que

aumenta su disponibilidad y es desde la década de los 90 que se ha dado más énfasis a la investigación de las mismas, por sus repercusiones sociales, económicas y en la salud.

A pesar de estos esfuerzos realizados principalmente por Estados Unidos, la información sobre la etiología y epidemiología sobre el abuso de inhalables es limitada, vacío que ha restringido el desarrollo de tratamientos efectivos (NIDA, 2011; NIDA, 2017). Si bien los inhalables no son ilícitos, se estudian con parámetros similares a los de las drogas ilícitas, por su capacidad para general adicción y por estar asociadas al policonsumo. A pesar de que los inhalables son sustancias no controladas, es decir, de libre venta; existen intentos de minimizar o controlar la disponibilidad de los mismos. Un ejemplo de lo anterior es la Ley de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal que prohíbe la venta, de adhesivos, aerosoles, cementos, solventes, thinner, éter y líquidos para limpieza, a menores de edad en la Ciudad de México (Ley de Establecimientos mercantiles, 2012, art. 11).

Ridenour (2005), afirma que el uso de inhalables en una ocasión, incrementa el riesgo de enfermar y morir. Y que la adicción a los inhalables es un problema de salud pública, pero, comparado con otras sustancias de abuso tanto la investigación cómo el tratamiento, han avanzado muy poco y frecuentemente de forma complementaria en los resultados de otras investigaciones.

Anteriormente los consumidores de inhalables eran señalados y descritos cómo personas que subsistían en la calle, sin embargo, el consumo de este grupo de sustancias permea otros estratos, un ejemplo es la población universitaria en países de Latinoamérica, con preferencia de consumo en países en vías de desarrollo y países pobres (UNODC, 2018; Gutiérrez & Vega, 2008).

Históricamente este tipo de sustancias, fueron de consumo popular entre las poblaciones adultas a finales del siglo XIX y principios de siglo XX. Pero ya más recientemente ha emergido cómo un problema entre población joven tal se indicó líneas arriba.

Desde finales del siglo pasado son un problema entre la población joven prácticamente en todas las regiones del mundo. Los adolescentes consumen estas sustancias con diferencias en el patrón de consumo y el tipo de sustancia específica que usan. Por ejemplo, inhalar los propelentes de las pinturas en aerosol, era muy popular en Australia, en cambio en poblaciones nativas remotas, es más común que inhalen derivados del petróleo. En Inglaterra era común el consumo de gas butano de los encendedores. La prevención y el tratamiento de los adolescentes consumidores de inhalables se convierten en una tarea difícil. Debido a la complejidad de los factores intervinientes para que se dé esta problemática (ausentismo escolar, asistencialismo gubernamental, familias disfuncionales, comorbilidad asociada al consumo, enfermedades mentales, etc.). A pesar de que se conocen la morbilidad y mortalidad asociada al abuso de inhalables, la investigación neurofarmacológica es poca y reciente, en comparación con la magnitud del problema, debido en parte a la escasez de datos en el área de las secuelas neurobiológicas y de tratamiento efectivo (Lubman, Yücel, & Lawrence, 2008).

Embleton, Mwangi, Vreeman, Ayuku, y Braitstein (2013) en su meta-análisis que incluyó 50 estudios de 22 países, determinó que la prevalencia combinada general del abuso de inhalables entre los niños que viven en la calle fue de 47%; sin embargo, el consumo reportado de inhalantes varió ampliamente a través de regiones geográficas y

países. Y el consumo de alcohol medido en 29 estudios que representan 15 países arrojó una prevalencia combinada del 41% en esta población.

La CICAD (2019), en su reporte para la región de las Américas ubicó la prevalencia del último año más alta de inhalables en Belice (1% 2005) seguido de Barbados (0.8% 2006), Estados Unidos (0.6% 2016), Bolivia (0.3% 2014) y México con el (0.2% 2016), los demás países con prevalencia menores o iguales al 0.1%.

La percepción de riesgo, asociada con el uso ocasional de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria, de ocho países analizados por la CICAD. Encontró que más del 40% consideraron que el uso ocasional de inhalables, representaba un gran riesgo. Para los estudiantes mexicanos fue del 80%. En los países de América del Sur como Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay uno de cada dos estudiantes veía gran riesgo en el uso ocasional de inhalables; y en los países restantes esta percepción fue sostenida por un número menor de estudiantes (2019).

En la búsqueda de tratamiento, los inhalables como droga primaria de abuso en la región de América, México presentó la mayor demanda de tratamiento con el 11.4% seguido de Paraguay (9.7%), Argentina (7.6%), Perú (5.4%) Guatemala (3.1%) y Chile (0.3%). En América del norte las prevalencias fueron de 0.6% para Canadá y de 0.1% para los Estados Unidos (UNODC, 2011).

Otros países con prevalencias altas en búsqueda de tratamiento fueron, Japón (14.5%) y Turquía (9.2%) en Asia, en Europa, Bielorrusia (12.3%) y en África Eritrea (42.3%) y Senegal (11%) (UNODC, 2011).

La información recabada en los informes mundiales, debe tomarse con reservas pues cómo indica en La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional, Medina-Mora y Rojas (2003) los estadísticos son escasos, no siempre se reportan las mismas sustancias y los años no coinciden en todos los países reportados, sin embargo, estos datos son de utilidad para registrar las últimas tendencias del consumo de inhalables.

En un estudio comparativo de 2008 realizado por la UNODC y la CICAD en Sudamérica, los inhalables fueron la segunda droga de consumo más común entre los estudiantes de secundaria. Fueron los más consumidos por este grupo de edad en prevalencia de uso una vez en la vida y cómo droga de uso más frecuente. Además, se encontró un cambio en las tendencias de consumo según el género ya que en Brasil, Ecuador, Paraguay y Perú los inhalables fueron la droga más usada entre las mujeres (Hynes-Dowell, Mateu-Gelbert, Taunhauser, & Delva, 2008).

El Observatorio del Futuro, arrojó datos en su reporte de 2014 y obtuvo las prevalencias de alguna vez en la vida, para estudiantes de secundaria encontrando que, las prevalencias más altas las obtuvieron los adolescentes de octavo con 10.8%, los de décimo para el mismo periodo 8.7% y los de doceavo grado tuvieron la prevalencia más baja. Lo mismo sucedió para la prevalencia de consumo en el último mes donde para los jóvenes de octavo se reportó 5.30%, para los de décimo 3.30% y para los de doceavo 0.70% (Miech, Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2019).

En Europa las tasas de prevalencia de una vez en la vida para estudiantes entre 15 y 16 años variaron entre 18% para Irlanda y 3% para Bulgaria (Medina-Mora & Real, 2008).

De acuerdo con El Observatorio del Futuro en 2018, la prevalencia alguna vez en estudiantes mantuvo las mismas características que años anteriores, teniendo para octavo grado el 8.7%, para el décimo grado el porcentaje disminuye a 6.5% y en doceavo grado continúa la disminución a 4.4%. El decremento de las prevalencias alguna vez, es explicada por los autores cómo debida a disparidades en la metodología para hacer las encuestas. Además, los bajos porcentajes llevaron a los investigadores a dejar de reportar algunas de estas sustancias, es el caso de los amilos, los butilos y los nitritos, que desde 2010 se decidió sacar de las encuestas por desuso.

El abuso de inhalables en edades tempranas, se debe a que la mayoría de los inhalables son baratos, están permanentemente disponibles en los hogares y es legal comprarlos. La disminución del uso podría ser reflejo del hecho de que son vistos cómo sustancias que consumen los niños “kids drugs” y cuando crecen incrementan el uso de otras drogas más deseables para adolescentes de mayor edad (Miech, et al., 2019).

En el estudio realizado por la UNODC y la CICAD en 2008, Bolivia fue el único país en donde los inhalables fueron la segunda droga de preferencia 12.8% del total de los consumidores. Además en Brasil el 15% de los encuestados en edad escolar habían usado inhalables alguna vez en la vida (Hynes-Dowell, Mateu-Gelbert, Taunhauser, & Delva, 2008).

En 2019 el informe de las Américas, encontró que las subpoblaciones que presentan mayor consumo de inhalables eran jóvenes de 12 a 17 años, la prevalencia del último año de consumo en México fue (0.6%), Estados Unidos, (2.4%) y Chile, (0.5%), durante 2016 (CICAD, 2019).

Contando con este breve contexto del consumo de inhalables en población adolescente y de las dificultades para encontrar datos comparables en las encuestas. Abordaremos las características más importantes de este grupo de sustancias.

3. Qué son y cómo se consumen los inhalables

Para entender de mejor manera la problemática del consumo de inhalables se debe empezar por explicar cuáles son las sustancias que están dentro de este grupo de sustancias así como caracterizar cómo las consumen los niños y adolescentes mexicanos que abusan de ellas.

El término inhalable engloba un amplio rango de sustancias farmacológicas que se volatilizan rápidamente. Son sustancias, que producen vapores químicos que se inhalan con el fin de provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. El término “inhalables” se utiliza para describir esa gama de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes (Medina-Mora & Real, 2008; NIDA, 2011; NIDA, 2017).

Los inhalables son una mezcla de gran cantidad de sustancias que pueden producir efectos psicoactivos, en muchas ocasiones es difícil averiguar cuál es la sustancia exacta responsable del trastorno, sin embargo, se clasifican en cuatro grupos según su mecanismo de acción (NIDA, 2011; Ridenour, 2005) explicado en la tabla 1.

Tabla 1
Clasificación de los inhalables

Clasificación de los Inhalables	
Solventes volátiles	Son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. De uso común tanto doméstico como industrial. Incluye los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos, y marcadores con punta de fieltro.
Aerosoles	Productos químicos que vienen en presentación de aerosol y que tienen rociadores. Contienen propulsores y disolventes, incluyen las pinturas pulverizadas o en aerosol, atomizadores para desodorantes, fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger telas, tejidos, etc.
Gases	Anestésias de uso médico (éter, cloroformo, el halotano y el óxido nitroso conocido como gas hilarante), gases que son usados en productos domésticos o comerciales como: los dispensadores de crema batida que contiene óxido nitroso el gas que más se usa para abuso, los encendedores de butano, los refrigerantes, los tanques de gas propano y los productos que incrementan el octanaje en autos de carreras.
Nitritos	A diferencia que la mayoría de los inhalables que actúan directamente sobre el sistema nervioso central, los nitritos actúan principalmente dilatando los vasos sanguíneos y relajando los músculos. Otra diferencia que tienen los nitritos en comparación con los demás inhalables es que se usan para intensificar el placer sexual y no para alterar el estado de ánimo. Dentro de esta clasificación se encuentran: el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amilo) y el nitrito isobutílico (butilo), conocidos comúnmente como poppers (reventadores) o snappers (crujidores). El nitrito amílico se utiliza en procedimientos diagnósticos y antes se recetaba a pacientes con angina de pecho. En Estados Unidos se prohíbe la comercialización de los nitritos sin embargo, aún se comercializan algunos productos que los contienen como: pequeñas botellas etiquetadas como limpiador de video, desodorante ambiental, limpiador de cuero o aroma líquido.

Nota. Información retomada de Inhalants: not to be taken lightly anymore. *Current Opinion In Psychiatry Ridenour, 2015.*

Se puede observar en la clasificación mostrada en la tabla 1 que los inhalables, tienen características particulares que los diferencian de cualquier otra droga. Son vendidos legalmente, se encuentran disponibles en cualquier casa, escuela o trabajo y

en consecuencia el diagnóstico se dificulta sin el auto-reporte (Medina-Mora & Rojas, 2003; Ridenour, 2005).

Los inhalables se pueden consumir aspirados por la nariz o boca. Se pueden aspirar o inhalar los vapores directo del envase o se puede rociar el aerosol directo a la nariz o boca. La forma más común es aspirar o inhalar los vapores de la sustancia, previo a que ésta ha sido rociada dentro de una bolsa de plástico, o se humedece con el inhalable un trozo generoso de papel o estopa, para posteriormente colocar la bolsa o el papel cerca de la nariz y boca, aspirando e inhalando los vapores desprendidos. También se suele inhalar el óxido nitroso dentro de globos (NIDA, 2011; NIDA, 2017).

Cuando los inhalables se consumen son absorbidos por los pulmones, manifestándose inmediatamente los primeros efectos y son rápidamente metabolizados por el hígado. Los inhalables, excepto los nitritos, son depresivos que actúan directamente en el sistema nervioso a través de un amplio rango de mecanismos que, aún no han sido completamente esclarecidos. Los efectos inmediatos de inhalar solventes volátiles como gasolinas, anestésicos u óxido nitroso son similares a los primeros estados de la anestesia. Las personas que consumen inhalables, sienten una sensación intensa denominada “rush”, seguido de una desinhibición, excitabilidad, y una inclinación o propensión hacia conductas impulsivas. Este estado dura sólo unos pocos minutos, pero se puede extender por varias horas si se inhala repetidamente. Lenguaje confuso, mareo y vértigo, visión doble, marcha atáxica y desorientación son síntomas que ocurren cuando las dosis se incrementan. Euforia seguida de adormecimiento prolongado, dolor de cabeza, y sueño, se presentan después de repetidos ciclos de inhalación. Las alucinaciones visuales son posibles con el uso prolongado; el coma es

poco frecuente, pero cómo los inhalables producen somnolencia la exposición a ellos generalmente es terminada antes de que se produzca el coma.

El uso prolongado de inhalables, causa severos daños neurológicos y depresión de la respiración. Además, la membrana de las mucosa se irrita manifestándose la rinorrea, sangrado de nariz, estornudos, tos y exceso de salivación; algunos pacientes experimentan también náusea, vómito, diarrea, calambres abdominales, disnea que es dificultad para respirar o sibilancias (Williams, Storck, y the Committee on Substance Abuse y Committee on Native American Child Health, 2007).

Los nitritos difieren farmacológicamente de otros inhalables, ya que en vez de afectar directamente el sistema nervioso central, primero causan vasodilatación y relajación muscular, acompañados de la sensación de flotar e incremento de sensación táctil; así también la sensación de calor y palpitación que ocurre a los 10 segundos, pero disminuye después de 5 minutos. El abuso de los nitritos puede producir taquicardia, visión borrosa, dolor de cabeza, mareo, hipotensión, síncope, cianosis y letargia.

Otros inhalables son usados para alterar el estado de ánimo, pero los nitritos son usados para mejorar la experiencia sexual, ya que el pene debido a la vasodilatación se congestiona más, lo que da lugar a mejores erecciones y relaja el esfínter del ano lo que intensifica la experiencia sexual (NIDA, 2011; Ridenour, 2005; Williams, et al., 2007).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [APA DSM-5] de la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos abarca 10 categorías de sustancias, alcohol, cafeína, marihuana, alucinógenos, inhalables, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras (o sustancias desconocidas) (APA DSM-5, 2017).

Para indicar consumo problemático de inhalantes con deterioro o malestar clínicamente significativo, se deben de manifestar por lo menos 2 criterios de 10 en los últimos 12 meses. Además, se debe especificar el Inhalable en particular y la gravedad leve de 2 a 3 síntomas, moderado de 4 a 5 síntomas y grave presencia de más de 6 síntomas. En ese sentido los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV-TR cambiaron en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [DSM-5] por los niveles de gravedad antes mencionados (APA DSM-IV-TR; APA DSM-5, 2017).

Entonces las personas que consumen productos volátiles, suelen usarlos ya que producen de manera rápida una experiencia de “high” con una también rápida desaparición del efecto y, mínimos o nulos síntomas de resaca (Williams, et al., 2007).

La gran variedad de sustancias y variedad de productos que las contienen, hacen de los inhalables la droga de preferencia de los adolescentes, son fácilmente accesibles y baratos, además les proporcionan una sensación de fuerte bienestar inmediato. Sin embargo, el efecto es de corta duración por lo que las personas suelen auto-administrarse continuamente la droga, sufren afectaciones a la salud a corto, mediano y largo plazo que ya se estarán revisando en el siguiente apartado, así como los correlatos encontrados con suicidios, enfermedades psiquiátricas, estigma social, etc.

3.1. Consecuencias del consumo de inhalables

El consumo de sustancias tan variadas como los inhalables, que reportan efectos de corta duración consumidos frecuentemente, tienen consecuencias graves a corto y largo plazo en diferentes esferas de la vida, por lo que esta sección describirá los efectos de los inhalables en el cuerpo y entorno del inhalador.

Las personas que consumen inhalables muestran historias más largas y frecuentes de accidentes y de enfermedades crónicas, comparados con las que no consumen. Las muertes por consumo de inhalables en un estudio que incluía datos de Nueva Zelanda de llamadas al Centro Nacional de Envenenamiento de ese país, encontró que las muertes por consumo de inhalables, en su mayoría fueron causados por ataques cardíacos y el 73% de éstas fueron de adolescentes, la mayoría relacionadas con el consumo de propano y/o butano (Medina-Mora & Real, 2008). De este modo se observó que la morbilidad y la comorbilidad aumentaban en la población consumidora de inhalables en relación al aumento en el consumo, excepto en los casos de “síndrome de muerte súbita por inhalación”. Este síndrome aparece en la etapa de experimentación durante cualquier uso. En un estudio reportado por Williams y colaboradores de Reino Unido, a 22% de la muestra se le atribuyó muerte por síndrome de muerte súbita por inhalación, sin historias previas de abuso y ésta es la causa principal de muerte entre los consumidores de inhalables (Williams, et al., 2007).

Bass (1970), explicaba el síndrome de muerte súbita por inhalación, cómo la respuesta del organismo a la presencia de hidrocarburos y otras sustancias que se inhalan, provocando una respuesta similar a la producida por estrés súbito, peleas, etc., lo que daría resultado a una arritmia cardíaca fatal provocando la muerte repentina. Aún durante la inhalación y con niveles normales de epinefrina, las arritmias se pueden presentar; un surgimiento de adrenalina cómo cuando se alucina, o cómo cuando tenemos que huir incrementa el riesgo de presentar el síndrome de muerte súbita por inhalación (Bass,1970; Ridenour, 2005); además este síndrome se puede presentar

durante la inhalación o en las horas posteriores al consumo ya que las sustancias volátiles se disuelven en los lípidos de las membranas celulares y se disipan lentamente.

Pfeiffer, Khaddam, Brinkmann, Köhler, y Beike (2016) en su reporte de dos autopsias de muerte súbita por inhalación, reportaron en su análisis histológico e histoquímico inmunológico, que los dos casos analizados mostraban los mismos cambios patológicos en el músculo del corazón y en la parénquima de los pulmones, lo que posiblemente estaría explicando el peligro de este tipo de abuso y la letalidad.

Otro problema de salud asociado al consumo de inhalables es el contacto ocupacional, que es la exposición crónica (varios años) propiciada por el oficio o profesión, donde se tiene contacto con inhalables durante las jornadas laborales de trabajadores de la industria petrolera, química, imprentas, gasolineras, pintores, carpinteros, zapateros, etc.

A este cuadro particular se le ha llamado síndrome psicoorgánico, e incluye: cambios de la personalidad, pérdida de la memoria, fatiga, depresión, pérdida del interés en las actividades diarias, dolores de cabeza, insomnio, dificultad para concentrarse y pérdida de la iniciativa. Algunos autores consideran que no existen pruebas suficientes que demuestren la irreversibilidad de los daños neurotóxicos, sin embargo, lo que no puede negarse, es que el obrero o artesano que trabaja en un ambiente donde los inhalables están presentes, es más susceptible de caer en el abuso comparado con individuos que no están expuestos a estas sustancias (Pérez-Zamora, Ostrosky-Shejet & López-Portillo, 2016).

En adición a lo anterior, se encuentra el abuso de sustancias volátiles en mujeres gestantes, mismo que se ha reportado en mujeres en contacto con sustancias volátiles

por razones ocupacionales, se ha encontrado que a mayor grado de exposición al tolueno, mayor riesgo de malformaciones congénitas y riesgo de muerte fetal. Al comparar diferentes combinaciones de inhalables y diferentes niveles de exposición, se estableció que exposiciones relativamente altas a las sustancias tóxicas estaban asociadas, con deficiencias en el lenguaje y habilidades grafo-motoras en niños de 4 a 5 años de edad. En contraste los hallazgos con mujeres en gestación que abusaban de solventes (tolueno), estas mostraban embriopatía y malformaciones fetales. Muy altos niveles de exposición maternal a solventes típicos de abuso de sustancias, encabezaban las causas de muerte perinatal (Bowen & Hannigan, 2006).

Bowen y Hannigan (2006), describen el síndrome fetal por consumo de solventes de la siguiente manera, frecuentemente los niños son prematuros y/o con retardos en el desarrollo, presentan microcefalia con severa dismorfología facial la que se puede describir así: ojos hundidos, cara pequeña, orejas bajas y micrognatía, que es el desarrollo anormal del maxilar inferior, además de uñas de las manos pequeñas y punta de los dedos deformadas. El término de síndrome fetal por solventes describe el conjunto de efectos morfológicos y conductuales, siguiendo el modelo del síndrome alcohólico fetal con el que comparte la presencia de característica anormales morfológicas y conductuales, cómo el retraso en el desarrollo en seguimientos a niños de hasta tres años.

Williams et al. (2007), en su artículo sobre abuso de inhalables, enlista las causas más comunes de muerte por abuso de inhalables, dividiéndolas en causas directas agudas: en las que se encuentra el anteriormente mencionado síndrome de muerte súbita por inhalación, la metahemoglobinemia; entre las causas indirectas agudas el autor

menciona: sofocación, inhalación, trauma, ahogamiento y fuego. Además, enlista las causas de muerte demoradas que son: cardiomiopatías, toxicidad en el sistema nervioso central: demencia por tolueno y disfunción hematológica del bulbo raquídeo: anemia aplásica, leucemia hepatocelular y toxicidad renal carcinoma: nefritis, nefrosis y necrosis tubular.

Entre las consecuencias en salud organizadas por sistemas tenemos: el daño en la piel por el efecto corrosivo de estas sustancias (quemaduras, dermatitis, eczema, etc.), en el corazón (arritmias, isquemia miocárdica, fibrosis miocárdica, fibrilación ventricular) en pulmones (disnea, enfisema, neumonía,) en el hígado (acidosis o alcalosis) en el riñón (fallo agudo del riñón, síndrome de Falconi). También se ha reportado anemia y leucemia (Ridenour, 2005).

Existen una diversidad de posibles secuelas del abuso crónico de inhalables como la diversidad de solventes, combustibles y anestésicos hay y la dosis y frecuencia del consumo. Williams, et al. (2007), afirma que si el abuso crónico de inhalables es terminado, existen varios efectos patológicos que son reversibles, pero el sistema nervioso comparado con otros sistemas es conocido por tener menor capacidad de recuperación y regeneración.

Un ejemplo de eso es la mielina, de la que más del 75% son lípidos y las membranas celulares con un contenido aproximado de 45% de lípidos, tomando en cuenta que es sobre estas sustancias grasas donde el efecto del consumo a largo plazo se ve reflejado, tenemos que una consecuencia primaria del consumo de inhalables es la absorción de estas sustancias lipídicas lo que resulta, en serio daño al sistema nervioso, reflejándose en temblores musculares, escalofríos, neuropatología periférica,

disfunción cerebelar, encefalopatía crónica, y demencia, incluyendo cambios de humor. La pérdida de coordinación, perturbaciones en la marcha, espasticidad principalmente en las piernas, son síntomas motores notorios y frecuentes en este tipo de pacientes.

La pérdida de masa cerebral ha sido ampliamente documentada en tomografías e imagenología por resonancia magnética, mostrando degeneración de la sustancia blanca, además de anomalías subcorticales particularmente en el tálamo, ganglio basal y cerebelo. Como efectos del consumo crónico se han encontrado pérdida de memoria atención, pérdida de la discriminación auditiva, pérdida de la habilidad para solucionar problemas, pérdida de las funciones de aprendizaje visual y visomotor.

Así también al combinar inhalables con otras drogas, se incrementa el potencial de involucramiento en conductas riesgosas, alteraciones en la metabolización e interacción entre las diferentes sustancias consumidas, lo que incluye la potenciación de los efectos, o sobre los efectos depresivos de las drogas en combinación. No hay que olvidar también la naturaleza inflamable de estos compuestos y su combustión accidental, lo que ocasiona quemaduras y otro tipo de lesiones relacionadas con el fuego (Bowen & Hannigan, 2006).

En el caso específico de los poppers, los nitritos han sido asociados con aumento del riesgo de contraer VIH, HHV-8 (herpes) y sarcoma de Kaposi, todo esto explicado por el involucramiento en conductas sexuales de riesgo y uso de otras drogas, también se ha demostrado que la inhalación de nitrito isobutílico, suprime el sistema inmune en su resistencia a la replicación del VIH (Ridenour, 2005).

El daño que produce el abuso de inhalables, no sólo se circunscribe al área de la salud del individuo, sino que también encontramos afectaciones a nivel social y conductual.

Los adolescentes encarcelados predominantemente los hombres, muestran prevalencias más altas de consumo de inhalables y los consumidores muestran niveles significativamente altos de conducta criminal en general, e inicios más tempranos de este tipo de conducta asocial, además, su consumo es con frecuencia concurrente con síntomas psiquiátricos (Medina-Mora & Real, 2008).

Entre los jóvenes de la calle, los distintos tipos de violencia y exclusión social son situaciones comunes que intentan paliar mediante el uso de sustancias, aunque con ello se debilitan más. Los estudios realizados destacan que el uso de inhalables, puede desarrollarse como parte de cuatro tipos de estrategias: las centradas en el alivio de las condiciones de pobreza (el hambre o el frío); las destinadas a manejar las emociones suscitadas por la pobreza (el miedo a la violencia y represión policial, la soledad, el estrés cotidiano de los espacios públicos o de las instituciones); las estrategias destinadas a vencer el aburrimiento, y las estrategias de recreación lúdica (Gutiérrez & Vega, 2008), información que concuerda con lo que apunta actualmente en su último reporte mundial la UNODC (2019).

El suicidio es otro fenómeno que ha sido documentado en adolescentes que consumen inhalables (Medina-Mora & Real, 2008), estas personas se vieron involucrados en el 4.5% de las muertes violentas en México durante 1990, con una tasa de 4 hombres por una mujer, 41% de los 318 suicidios registrados para el mismo año estuvieron relacionados con drogas y el 10% con consumo de inhalables.

En el informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] de 2002, se analizó la información recolectada durante dos semanas dentro de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, encontrándose que el 6.7% de los servicios prestados fueron ingresos de personas bajo los efectos de los inhalables con lesiones por causa externa 18.8%, por caídas y un porcentaje similar por envenenamiento o intoxicación, y 27 pacientes refirieron haber usado inhalables el último mes 0.9% (SISVEA, 2003).

Las personas que consumen inhalables, son consistentemente disímiles de los adolescentes que no los usan, presentan significativamente más problemas y en más dimensiones que los no consumidores en el ámbito familiar, escolar, legales y entre pares (Santos & Simpson, 1984). Los hallazgos más frecuentes, al analizar los perfiles de los consumidores de inhalables es que éstos, han sufrido serios problemas en su entorno familiar y frecuentemente provienen de hogares rotos, con problemas de drogas o por familias marcadas por el conflicto y la discordia, también se ha encontrado en las familias de consumidores, más familiares en prisión o con historial delictivo. Frecuentemente presentan más problemas en la escuela, cuando son comparados con personas que no consumen sustancias psicoactivas o que usan otras drogas, tienden a tener mayores dificultades en la escuela, mayor ausentismo, han sido suspendidos con mayor frecuencia, pobre desempeño académico y han desertado de la escuela o han sido expulsados (Oetting & Webb, 1997).

Todas estas consecuencias del abuso de los inhalables son poco conocidas por los adolescentes que las consumen, además frecuentemente en los servicios de salud públicos, existe escaso conocimiento de éstas, por lo que informar tanto a adolescentes

cómo a profesionales de la salud, sobre los riesgos desde un sólo consumo, el caso del síndrome por muerte súbita de consumo de inhalables o cómo el riesgo de malformaciones en hijos de consumidoras, no debe ser tomado a la ligera, además el que estos consumidores estén vinculados con mayor frecuencia en conducta delictiva, mayor problemática y deficiencias escolares hacen de ellos una población difícil de tratar, sino se toman en cuenta todos estos datos sobre su situación.

3.2. Factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas en adolescentes

Cómo hemos revisado en secciones anteriores, los jóvenes son los que más consumen inhalables (UNODC, 2019), por lo que, en el tratamiento y prevención del consumo, es importante el estudio del conjunto de factores que hacen que un adolescente o una adolescente abuse de los inhalables, ya que eso determinará en la clínica y en la política pública los pasos a seguir para evitar que la juventud, se vea atraída hacia el consumo. En tratamiento se exploran los factores de riesgo y protección que determinan la ocurrencia del consumo de sustancias psicoactivas. Esta información ayuda al clínico a desarrollar y fortalecer los factores de protección presentes en cada caso y a trabajar para minimizar o revertir en la manera de lo posible la influencia de los factores de riesgo, de los adolescentes consumidores.

Así cómo se han descrito y estudiado las consecuencias del consumo de sustancias también los investigadores han puesto sus esfuerzos en identificar los factores o variables psicosociales que aumentan o disminuyen, según sea el caso, la probabilidad del consumo de drogas. Por lo que a continuación se presenta un breve acercamiento a su comprensión.

Los factores de riesgo, han sido definidos cómo todas aquellas circunstancias o características personales o ambientales, que, combinadas entre sí, resultan predisponentes o facilitadores para el inicio o, el mantenimiento del uso y abuso de drogas. Por el contrario, los factores de protección son las variables que contribuyen a modular o limitar el uso de estas sustancias (NIDA, 2003). Se ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que se originan y son mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Existen diferentes tipos de factores de riesgo agrupados que afectan a los adolescentes, tradicionalmente estos factores se dividen en: factores de riesgo individuales hacen referencia a la vulnerabilidad biológica, a determinadas tendencias o patrones de conducta, a estados emocionales negativos o a las actitudes favorables hacia el uso de drogas. Los factores de riesgo contextuales o ambientales, que afectan a una escala extensa y alejada de la conducta, cómo ejemplo de este factor de riesgo tenemos las regulaciones legales sobre la venta y consumo, los factores culturales, geográficos y económicos, etc. Por último, los factores de riesgo interpersonales que tienen que ver con el ámbito escolar, con el grupo de amigos y con el ámbito familiar, jugando también un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de las conductas de uso de drogas (Carballo, et al., 2004; Cáceres, Salazar, Varela, & Tovar, 2006).

Las investigaciones interesadas en los factores de riesgo y protección, han encontrado que existen periodos de mayor riesgo de abuso de drogas y que estos ocurren durante procesos de transición en la vida de los niños, en los que se incluyen cambios significativos en el desarrollo físico, o de situaciones sociales cuando los adolescentes experimentan alta vulnerabilidad por problemas de conducta. La primera gran transición

ocurre cuando se abandona la seguridad de la familia y se entra a la escuela; después, es cuando se cambia de nivel educativo, por ejemplo, de la secundaria al bachillerato. En este periodo frecuentemente se experimentan nuevas situaciones sociales y académicas como pertenencia al grupo, etc. y es en este ambiente de cambios donde el niño-adolescente se encuentra por primera vez con el abuso de drogas (NIDA, 2003).

Al respecto de los factores de protección, existe una vasta investigación sobre la importancia que tiene el sentido de pertenencia a una familia y a la comunidad escolar como un factor importante para el desarrollo saludable de un adolescente, y cómo esta unión o sentido de pertenencia los protege contra una serie de riesgos como son: ausentismo escolar, abuso de sustancias y delincuencia. Tener una conexión fuerte con la escuela, es más poderosa que una fuerte conexión con la familia en términos de protección contra mal comportamiento en la adolescencia (Harrison & Narayan, 2003).

El NIDA (2003), por su parte apunta a que existen signos tempranos que pueden predecir el consumo de sustancias en los adolescentes, dentro de la familia destacan: falta de apego en la crianza de los padres o cuidadores, crianza inefectiva, ambiente caótico en casa, falta de relaciones significativas con los adultos que lo cuidan y un cuidador que abusa de sustancias, tener alguna enfermedad mental o estar inmerso en conductas de tipo delictivo. Por otro lado, la familia, como ya se mencionó puede fungir a manera de factor protector cuando: existe una fuerte unión entre el niño y la familia, cuando los padres o cuidadores se involucran en la vida del chico, cuando apoyan y dan cuenta de las necesidades del niño tanto emocionales, financieras, cognitivas y sociales y crean un ambiente de límites claros y disciplina.

En un estudio con estudiantes de bachillerato en México, se encontró que la crianza parental (entendida cómo la percepción del hijo respecto a la responsabilidad que asumen los padres sobre el crecimiento físico, desarrollo emocional y social, implicando una relación recíproca entre padres e hijos) se ha relacionado de forma negativa con el consumo de alcohol, marihuana y sustancias inhalables. Teniendo que a menor crianza parental, mayor es el consumo de alcohol, marihuana e inhalables. Los sucesos de vida también tienen influencia en el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y sustancias inhalables (Alonso, Guzmán, Armendáriz, Alonso, & Alarcón, 2018).

Lo que pasa fuera de la familia, también afecta la conducta del niño o adolescente y algunos de los factores de riesgo son: conducta inapropiada en el salón de clases (agresión e impulsividad), fracaso escolar, pocas habilidades sociales y de enfrentamiento, relación con compañeros que tienen problemas de comportamiento (abuso de drogas y baja percepción de riesgo de consumo en la escuela). La familia puede ser factor de protección, destacándose la supervisión parental de acuerdo a la edad del niño o adolescente (límites de hora de llegada, supervisión de actividades fuera de casa, conocer a los amigos de los adolescentes, y cumplir con las reglas de casa).

Algunos estudios más del tipo cualitativo sobre el consumo recreativo de sustancias, indican que los adolescentes tienen un imaginario de aceptación positiva frente al consumo de sustancias psicoactivas, en especial de marihuana. Los adolescentes suelen subestimar el poder adictivo y repercusiones de las sustancias y del consumo. Esto contribuye a que los jóvenes tengan un bajo riesgo y aceptación del consumo, convirtiéndolo fácilmente en un estilo de vida y una “elección”, sin que sea considerado una adicción (Klimenko, Martínez, & Miranda, 2018).

En el sentido de la exposición la ENCODAT (2017), menciona que 3.3%, de los adolescentes expuestos a algún tipo de prevención presentaron un consumo de cualquier droga, 3 veces menor que aquellos que no fueron expuestos a algún tipo de prevención. Dicha prevención la recibieron principalmente en la escuela (89%), Centros de Salud (5.5%) y en su comunidad (2.3%). Para los hombres el haber estado expuesto a drogas (ofrecida, regalada o comprada), no estar estudiando, el tener baja percepción de riesgo sobre el consumo de drogas o que su mejor amigo sea tolerante ante el consumo, son factores que predicen el consumo. En el caso de las mujeres, el único factor asociado al consumo fue el haber estado expuesta a drogas ofrecida, regalada o comprada (ENA, 2011).

Los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas en adolescentes no son determinantes de la conducta por sí mismos, sino que constituyen una serie de variables, que en combinación pueden facilitar el consumo o no consumo de los adolescentes, éstos son tomados en cuenta en la detección de casos, su pronóstico, tratamiento y elaboración de programas de prevención e intervención, ya que si se logra incidir disminuyendo los factores de riesgo y/o fortaleciendo los factores protectores, los efectos en la conducta de consumo pueden ser modificados; por el contrario sino son tomados en cuenta, tendremos pobres resultados en los modelos de intervención y los programas de prevención, no harán hincapié en los aspectos de la conducta de consumo y variables ambientales que la están propiciando.

4. Consumo de drogas entre los adolescentes en México, que dicen las encuestas

El panorama mundial del consumo de drogas ya se esbozó anteriormente, y se ubicó a México en el contexto mundial del consumo de drogas. En esta sección se delimitará el consumo de sustancias psicoactivas y en especial el consumo de inhalables en los adolescentes de nuestro país.

En el contexto internacional, México es uno de los países con bajo nivel de consumo de drogas, los índices de dependencia aún se pueden considerar menores en comparación con otros países (Villatoro, et al., 2012), se ha calculado que el 0.6% (546 mil personas) de población urbana adulta reúne criterios de dependencia a drogas. Porcentaje menor al calculado para otros países (ENCODAT, 2017).

Las tendencias de consumo reportaron variaciones importantes en los últimos 25 años, dentro de estos cambios se tiene el consumo alto y estable de la marihuana. El incremento del uso de cocaína junto con una disminución del consumo de inhalables y el incremento del consumo de drogas del tipo anfetamínico. Estas tendencias corresponden a los datos entre 1986 a 2003 (Galván, Ortiz, Soriano & Casanova, 2005; Villatoro, et al., 2012). Las tendencias se mantuvieron en la ENCODAT, con la variación del consumo de inhalables donde se reportó disminución. Ya que en la ENA 2011 se había reportado el 0.9% y en la ENCODAT se reportó 1.1% (ENCODAT, 2017).

Con relación a la búsqueda de tratamiento, del total de las personas con posible dependencia a sustancias psicoactivas en el último año, el 20.3% había asistido a tratamiento con porcentajes correspondientes por sexo de 22% en hombres y 12.8% en mujeres (ENCODAT, 2017).

La ENCODAT representativa de la población de 12 a 65 años en el país, sustituyó a las Encuestas Nacionales de Adicciones que periódicamente proporcionaban el panorama del consumo de drogas en México desde 1998 hasta 2011. Arrojó como resultados generales tomando en cuenta los centros de tratamiento, la dependencia y los problemas asociados, que la droga que genera mayor problemática en nuestro país es el alcohol y que la prevalencia de consumo en el último año de cualquier droga ilegal paso del 1.5 % al 2.7 %, incremento estadísticamente significativo (2017).

El consumo de marihuana reportado en la ENCODAT se mantuvo como la de mayor consumo entre las drogas ilegales, con prevalencia en el último año del 2.6%, aumento significativo en relación a la ENA 2011 de 1.3%. La droga que siguió en consumo a la marihuana, fue la cocaína con una prevalencia en el último año del 0.6% similar a lo encontrado en 2011 que fue del 0.5% (ENCODAT, 2017).

La edad de inicio de consumo de drogas disminuyó entre 2002 y 2008. En las mujeres cambió de 23.6 años a 20.1 años y en hombres pasó de 19.8 años a 18.3 años siendo el promedio de 18.8 años (ENA, 2011). Para 2016 la edad de inicio de consumo de drogas fue de 17.8 años en población general y, desagregado por sexo la edad de inicio para los hombres fue de 17.7 años y para las mujeres de 18 años, es decir continúa disminuyendo (ENCODAT, 2017).

El índice de uso de drogas en población adolescente se puede considerar bajo, aunque con una tendencia a incrementar ya que el consumo de cualquier droga creció de 1.6% en 2002 a 3.3% en 2011 y al 3.1 en el último año. El 5.3% había consumido marihuana, el 1.1% cocaína y 1.3% inhalables en la prevalencia alguna vez. (ENA, 2011; ENCODAT, 2017).

La encuesta de estudiantes de la Ciudad de México de nivel secundaria y medio superior, encontró que el consumo alguna vez de la marihuana mostró aumento principalmente en los hombres, pasando de 7.2% en 2003 a 19.6% en 2014, seguida de los inhalables con el 7.6% y la cocaína con el 5.6% indicando una disminución significativa en el consumo de inhalables si se le compara con la medición de 2012. El porcentaje de estudiantes que reportaron requerir apoyo o tratamiento (medido por la aplicación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias [ASSIST]) fue de 12.5%. La prevalencia alguna vez de cualquier droga fue de 26.6% la del último año de 19.2% y la del último mes de 10.9%. Las prevalencias alguna vez de drogas legales fueron (40.6%) para el tabaco y (66.6%) para alcohol (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], 2013, 2015).

Las prevalencias de consumo de inhalables en el último año, se mantuvieron estables de 2008 a 2011 en población de 12 a 17 años, reportándose un aumento para 2016, además la edad de inicio se sigue adelantando, es decir, los jóvenes están iniciando el consumo cada vez a más temprana edad (ENA, 2011; ENCODAT, 2017).

Los inhalables son una droga que los jóvenes, han tomado como segunda en preferencia después de la marihuana y se ha mantenido así, pero a partir de 2012 se vio disminuida pasando de 10% a 7.6% en 2014. La tendencia para marihuana fue de 19.6%, para inhalables de 7.6% y para cocaína de 5.6%. En las encuestas para estudiantes de la Ciudad de México la marihuana fue la primera droga de preferencia y su consumo alguna vez presentó un aumento significativo con respecto al 2012. El 31.5% de los estudiantes indicó que le habían ofrecido alguna droga regalada y 14.1% que le habían

intentado vender droga. En hombres y mujeres la edad de inicio de consumo de drogas en esta población fue de 13.5 años (INPRFM, 2013, 2015).

Por sexo, las drogas de preferencia en las mujeres son la marihuana (17.2%), seguida de los inhalables (8.2%), y los tranquilizantes (5.5%). Los hombres prefieren la marihuana (22%), los inhalables (7.1%) y la cocaína 6.6% (INPRFM, 2015).

Medina-Mora y Real (2008) en su revisión sobre la epidemiología del uso de inhalables, señalan la relación que el consumo de sustancias y en especial el uso de inhalables tiene con enfermedades psiquiátricas y eventos estresantes. Las autoras mencionan que en adultos consumidores, se reportaron diagnósticos de desórdenes psiquiátricos, temperamento 48%, ansiedad 36% y de personalidad del 45%. Las mujeres que usan inhalables presentan prevalencias altas de distimia, para cualquier desorden de ansiedad, para desórdenes de pánico excluyendo la agorafobia y fobias específicas. En este mismo estudio se encontró que entre las mujeres con inicio temprano de consumo de inhalables y que además tuvieran familiares con desórdenes psiquiátricos diagnosticados, presentaban probabilidades altas del desarrollo de desórdenes psiquiátricos.

Los autores Fleiz, Guilhelme, Rojas, Benjet, y Medina-Mora (2007), en su estudio por cohortes de edad, encontraron que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas es acelerado durante el periodo de la adolescencia y que se estabiliza poco antes de llegar a los 30 años. También apuntan que la marihuana ha mantenido una edad de inicio temprana a lo largo de las generaciones, y que por su parte, la cocaína muestra mayor índice de casos con un inicio más tardío. El análisis de sobrevivencia que hicieron los mismos investigadores confirmó que comparadas con el cohorte de mayor edad, los cohortes más

jóvenes están en mayor riesgo de usar sustancias psicoactivas. Los datos obtenidos de este estudio, muestran que la edad sigue siendo un factor de riesgo muy importante para el uso de sustancias ilegales o de drogas médicas consumidas sin receta. Además, en población adulta dependiente a inhalables, se han encontrado altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, comparados con consumidores dependientes de otras drogas y con personas no consumidoras (Medina-Mora & Real, 2008).

En niños y niñas que subsisten en la calle Gutiérrez y Vega (2008) encontraron un patrón consistente con relación a la edad de estos niños y el consumo de drogas, encontrando que a mayor edad se incrementa el consumo de drogas. Además, identificaron un periodo específico entre los 12 y los 14 años, en el que se incrementa dramáticamente el consumo de sustancias hasta llegar a los 16 y 17 años, que es el grupo de edad de mayor consumo.

Conjuntamente con la relación de la edad de inicio temprana, que los hace más vulnerables al consumo. Los inhalables ocupan un lugar importante dentro de las preferencias de los adolescentes, lo que no sucede en la población en general. Ya que en jóvenes el consumo de cocaína e inhalables van a la par, a diferencias de lo que sucede con población adulta donde no es tan frecuente (ENA, 2011 ENCODAT, 2017).

En población de niños que subsisten en la calle, las drogas que reportaron mayor consumo fueron el alcohol, la marihuana y el thinner. Además de estas sustancias también se reportó el consumo de una gran cantidad de activo, cemento, gasolina y Resistol tóxico, que entran bajo el rubro de solventes e inhalables (Gutiérrez & Vega, 2008).

En México los inhalables todavía son utilizados por niños que trabajan en la calle, pero no son de uso exclusivo de estos segmentos desprotegidos de la población (niños, niñas y adolescentes de los sectores más pobres). Este fenómeno se ha vinculado a las crisis económicas vividas por el país y que obligó a las familias mexicanas a mandar a sus hijos en pleno desarrollo a trabajar en las calles, como estrategia de sobrevivencia familiar (Medina-Mora & Rojas, 2003). De hecho, los inhalantes, particularmente los disolventes volátiles, gases y aerosoles, suelen ser las primeras opciones, o los más fáciles de abusar por los niños pequeños que usan drogas (NIDA, 2017).

En ese sentido, Medina-Mora y Real (2008) afirmaban que se encontraron diferencias, entre las sustancias de consumo específicas para los adolescente que para los adultos que consumen inhalables, donde los adultos prefieren gases como el óxido nitroso (encontrado comúnmente en los aerosoles), y nitritos sustancias que como acción primaria provocan dilatación de los vasos sanguíneos y relajación muscular, el caso de los nitritos de amilo encontrados frecuentemente en los poppers (producto líquido formado por nitrato de alquilo y/o amilo, como el nitrito de isopropilo, el 2-propil nitrito y el nitrito de isobutilo, además del nitrito de amilo y el nitrito de butilo, embotellado en tarros pequeños fabricados por diversas compañías), cuyo nombre es onomatopéyico y proviene del ruido que se produce al abrir el producto, en su presentación inicial cápsulas de vidrio. Mientras que en el consumo de adolescentes se prefieren el pegamento, la tintura de zapatos y la gasolina. Así también se han encontrado diferencias de preferencias con relación al género y el tipo de inhalable consumido, las mujeres prefieren el consumo de solventes volátiles y aerosoles y los hombres prefieren los gases y el óxido nitroso.

El gran crecimiento demográfico en especial de la población joven y la rápida tasa de urbanización, han apuntado cómo una de muchas explicaciones o factores que han propiciado, que el número de consumidores aumente en nuestro país. Además la desaparición de las barreras socioculturales y la mayor igualdad de género, han propiciado de alguna manera que disminuya la diferencia de consumo entre hombres y mujeres (Villatoro et al., 2012).

Así también Benjet et al., (2009) acertadamente subrayan en su trabajo sobre prevalencias de trastornos psiquiátricos en la adolescencia, que en ese periodo se incuban, muchos problemas de salud mental que se expresan en etapas posteriores.

Esta breve revisión del consumo de drogas de los adolescente mexicanos, deja ver el problema del consumo y su gravedad principalmente en el grupo etario de los adolescentes, así como la comorbilidad asociada al consumo de sustancias, encontrando un inicio temprano que según las encuestas se va adelantando cada vez más, además la brecha que diferenció tantos años el consumo de las mujeres, siempre menor en proporción al consumo de los hombres, ha ido disminuyendo hasta el punto que en algunas sustancias, ya no podemos hablar de diferencias significativas; encontrando que las adolescentes están consumiendo más y que ellas son las que tienen las prevalencias más altas en trastornos psiquiátricos.

5. Tratamientos con corte Cognitivo Conductual para adolescentes que consumen drogas, alcances y limitaciones

A partir de lo estudiado durante la Maestría en Psicología de las adicciones y tomando en cuenta el enfoque cognitivo conductual de la misma, es que ahondaremos y trataremos con más detalle este enfoque, sin olvidar que existen otros, que han probado, en ambientes específicos ayudar a personas a dejar de consumir pero, que por la naturaleza de este documento y porqué están apoyadas en evidencia científica que verifica su eficacia, nos abocaremos exclusivamente a los tratamiento de corte cognitivo conductual.

El NIDA una de las entidades más importantes en la atención y prevención de los problemas asociados con el consumo de drogas, señala el papel preponderante que tienen las terapias psicológicas, cómo componentes críticos en el tratamiento efectivo de las adicciones y hace hincapié que, en combinación con tratamientos farmacológicos se logran mejores resultados (NIDA, 2012). Sin embargo, los tratamientos de las conductas adictivas, tradicionalmente cargan con una atribución de baja efectividad, pobre adhesión y alto nivel de abandono, cuando se comparan con los alcances de los tratamientos en otros problemas psicológicos; no obstante, se cuenta con considerable evidencia de su utilidad y eficacia.

La terapia cognitivo conductual cuenta con tratamientos empíricamente validados, las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas, han sido componentes esenciales de estos tratamientos psicológicos de probada efectividad (Secades-Villas, García-Rodríguez,

Fernández-Hermida, & Carballo 2007). Estos abordajes psicoterapéuticos se caracterizan por requerir la integridad de los sistemas de aprendizaje de los pacientes, ya que éstos deberán recibir, codificar e integrar información para posteriormente organizarla y traducirla en planes comportamentales, ejecución mantenimiento y generalización de dichos planes todo esto para que se produzca el cambio esperado (Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Ruiz-Sánchez, Llanero-Luque, & Puerta-García, 2011).

Con relación a cómo se debe tratar el problema de consumo de drogas. Hay evidencia empírica sobre la manera en que las drogas funcionan como reforzadores positivos de las conductas de búsqueda y de autoadministración, y de cómo los principios que gobiernan otras conductas, controladas por reforzamiento positivo son aplicables a los casos de autoadministración de drogas. Por lo que la auto-administración estaría obedeciendo a las mismas leyes que rigen la conducta "normal" de los animales en situaciones similares. Situando entonces, a los trastornos por abuso de sustancias dentro de las conductas explicables por principios psicológicos existentes, lo que permite su análisis dentro de un patrón conductual continuo y su tratamiento bajo estos supuestos (Secades-Villa et al., 2007).

Dentro de los esfuerzos realizados por la American Psychological Association [APA], para evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos, incluye diez para conductas adictivas de éstos, nueve son tratamientos de tipo cognitivo-conductual. Estos tratamientos son terapias para la dependencia a cocaína, opiáceos, alcohol, tabaco y benzodiazepinas (Sánchez-Hervá, Tomás, & Marales, 2004).

Secades-Villa et al. (2007), en su trabajo sobre los fundamentos del tratamiento de las drogodependencias y NIDA, (2012) en su guía de Principios del tratamiento a la

adicción a las drogas, explican los principales abordajes psicológicos al problema de las adicciones, desglosando su objetivo y principales componentes del tratamiento (ver tabla 2 y 3 continuación)

Tabla 2

Tratamientos psicológicos para adicción a sustancias psicoactivas (cognitivo conductuales)

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		
<p>Consiste en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes, a la ocurrencia de la conducta de consumo o la ausencia de ella. En estos programas se establecen condiciones, en las cuales el paciente pierde reforzadores potenciales si consume drogas, por lo que además del precio asociado al consumo, el paciente perdería reforzadores que habría tenido disponibles si hubiera mantenido la abstinencia. El uso de dichos reforzadores también refuerza otros objetivos cómo: el incremento a la adherencia a la medicación, al tratamiento y a la asistencia a las sesiones de tratamiento.</p>		
Manejo de contingencias	<p>Programa</p> <p>Reforzamiento Comunitario (Community Reinforcement Approach, CRA).</p> <p>Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo.</p> <p>Therapeutic Workplace.</p>	<p>Objetivo</p> <p>Programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos. Tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional mediante métodos operantes. El CRA pretende manipular las contingencias naturales, mejorando la calidad de los reforzadores que se van perdiendo cuando se consumen drogas.</p> <p>Este tipo de aproximación agrega a lo antes expuesto, un programa de manejo de contingencias en donde los pacientes ganan puntos que se canjean por reforzadores que contribuyan a su abstinencia.</p> <p>Se utiliza el salario cómo reforzador contingente de la abstinencia y otras conductas vinculadas a la participación en un módulo de empleo. Este programa fue creado por Kennet Silverman.</p>
		<p>Componentes</p> <p>Estrategias de reducción de las barreras del tratamiento, asesoramiento de tipo vocacional para los pacientes que estén desempleados, identificación de antecedentes y consecuentes del uso de drogas y de conductas alternativas incompatibles con el consumo, terapia conductual de pareja para los pacientes que lo requieran o soliciten, entrenamiento en prevención de recaídas y terapia farmacológica con disulfiran para pacientes que consumen alcohol.</p> <p>Terapia de incentivo, habilidades de afrontamiento de consumo de drogas, cambio en el estilo de vida, asesoramiento en relaciones de pareja, consumo de drogas y tratamiento para otros trastornos. Todos estos componentes se administran o no según las necesidades del paciente.</p>

Nota. Recuperado de National Institute on Drug Abuse Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Tercera Edición) 2012.

Tabla 3

Continuación. Tratamientos psicológicos para la adicción a sustancias psicoactivas

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
Programas cognitivo-conductuales (CBT)	Prevención de recaídas (PR) de Marlatt y Gordon.	En la (PR) se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias psicoactivas y a que encuentren maneras de evitar situaciones de riesgo. Desarrollando estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de las sustancias.	Entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de riesgo, procedimientos de reestructuración cognitiva y estrategias de estilo de vida.
	Terapia familiar y de pareja.	Involucra al paciente y al menos a un familiar que viva con él (los padres en el caso de adolescentes). El terapeuta busca comprometer a la familia, en la aplicación de las estrategias conductuales enseñadas durante las sesiones (entrenamiento en habilidades de comunicación y el incremento en la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares).	Programa multicomponente incluye técnicas como: el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo, la asignación de tareas, el control de estímulos, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas.
	Técnica de exposición a pistas o señales.	Basada en el condicionamiento respondiente cómo explicación del consumo de drogas. En donde los estímulos antes neutros que preceden a una conducta, pueden después de repetidos apareamientos, llegar a evocar respuestas condicionadas de consumo de drogas.	Esta aproximación busca reducir la reactividad a las señales que anteceden el consumo. Mediante la exposición repetida a estas señales en ausencia de consumo, con el resultado de la extinción de las respuestas condicionadas.

Nota. Recuperado de National Institute on Drug Abuse Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Tercera Edición) 2012.

Se aprecia que los tratamientos para el consumo de sustancias, están divididos en programas por Manejo de Contingencias en los que se tienen a programas cómo: Reforzamiento Comunitario CRA, Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo y Therapeutic Workplace, y los programas Cognitivos Conductuales CBT en los que están: Prevención de Recaídas, Terapia Familiar y de Pareja y Técnica de Exposición a Pistas o Señales.

La terapia con enfoque Cognitivo-Conductual integra los principios de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la teoría cognitiva; y desarrolla estrategias que aumentan el control personal; una de las ventajas de este tipo de abordaje, es que conceptualizan el cambio en forma de proceso y no cómo el logro de la abstinencia solamente, o cómo primer objetivo a alcanzar, por lo que integra diferentes técnicas y tratamientos validados lo que permite mejorar la eficacia de las intervenciones (Sánchez-Hervá et al., 2004).

Empezamos este trabajo indicando mediante datos epidemiológicos, que la adolescencia se caracteriza por ser la etapa del desarrollo donde más se experimenta con las drogas, también se indicó que la marihuana seguida de los inhalables son las sustancias ilegales que más consume esta población, todo esto con el fin de delimitar la necesidad de atención en este grupo de edad. Los adolescentes que consumen drogas y que han sido razón de este escrito, tienen necesidades específicas derivadas de su inmadurez neuro-cognitiva y su estado de desarrollo psico-social; la investigación al respecto ha demostrado que el cerebro está sometido a un proceso prolongado de desarrollo durante la adolescencia.

Para el NIDA (2012) los actos de un adolescente son más impulsivos, ya que están asociados con aspectos madurativos de la conducta cómo: toma de decisiones, juicios, planeación y autocontrol. Aspectos que se estarán desarrollando durante este periodo además, el abuso de sustancias en adolescentes está asociado con otros trastornos mentales. Cómo la depresión y la ansiedad, también se debe tomar en cuenta que los adolescentes son especialmente sensibles a la influencia social (pares); por lo que los tratamientos que promueven la interacción parental positiva, que involucran otros sistemas en los cuales el adolescente tiene participación (escuela, actividades prosociales, etc.) y toman en cuenta la importancia de las relaciones de tipo prosocial tienden a ser más efectivos.

Tener acceso a una valoración adecuada a sus necesidades, a tratamiento, a un manejo de caso adecuado y servicios de apoyo para la familia que estén desarrollados, culturalmente, y tomando en cuenta el género del adolescente, es lo que ha demostrado ser de mayor ayuda; la medicación en estos casos puede ser benéfica, sin embargo, son pocos los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos en Estados Unidos FDA, para población menor de 18 años (NIDA, 2012).

Por todo lo expuesto anteriormente, los adolescentes que abusan o que son adictos a sustancias psicoactivas, tienen necesidades específicas de tratamiento y se ha encontrado que los tratamientos para adultos, frecuentemente deben ser modificados para que sean efectivos en ellos. Así también, involucrar a la familia es un componente esencial en intervenciones para adolescentes, NIDA cita algunos

tratamientos en su guía de principios de los tratamientos para adicción a las drogas, que incluyen los principios antes expuestos y que han mostrado su eficacia (2012).

Terapia multisistémica. Incluye el trabajo con factores asociados con conducta antisocial en niños y adolescentes que abusan de alcohol y otras drogas (actitud favorable hacia el uso de drogas), la familia (pobre disciplina, conflictos familiares, abuso de sustancias de los padres), de los pares (actitud positiva hacia el consumo) en la escuela (bajo rendimiento, deserción escolar), y vecindario (cultura criminalizante). El tratamiento se lleva a cabo en ambientes naturales (casa, escuela y vecindario). La terapia multisistémica reduce el consumo durante el tratamiento y durante los 6 meses posteriores, disminuye los encarcelamientos y que los adolescentes abandonen sus hogares.

Terapia multidimensional. Tratamiento basado en la familia para adolescentes que abusan del alcohol y otras drogas. Este tratamiento conceptualiza el uso de drogas en términos de la red de influencias (individual, familiar, de pares y de comunidad). Incluye sesiones individuales y familiares en diferentes lugares, en las sesiones individuales se trabajan tareas como toma de decisiones, negociación y habilidades de resolución de problemas, para que el adolescente pueda enfrentar los estresores de la vida sin consumo de sustancias. Con la familia se trabajan los estilos parentales, para distinguir influencia de control, con el fin de desarrollar una influencia más sana de los padres sobre los hijos.

Terapia familiar breve estratégica. Fija su atención en las interacciones familiares y cómo estas mantienen o exacerban el abuso de drogas en los adolescentes. Dentro de los problemas de conducta que trabajan en casa y escuela

están la conducta oposicional, la delincuencia, la asociación con pares antisociales, conducta violenta y agresiva y conductas sexuales de riesgo. Establece una aproximación en donde la conducta de los miembros de la familia es asumida cómo interdependiente, de tal manera que los síntomas de un miembro son indicativos por lo menos en parte de lo que ocurre en el sistema familiar. El rol del profesional, es identificar los patrones de interacción familiar que están asociados con los problemas de conducta del adolescente y propiciar el cambio de éstos.

Terapia familiar funcional. Se basa en una aproximación sistémica, donde los problemas y síntomas del adolescente, son creados y mantenidos por el sistema familiar y su forma de interacción disfuncional. Este programa reduce los problemas conductuales mejorando la comunicación, solución de problemas, resolución de conflictos y habilidades parentales. La intervención incluye al adolescente y, al menos a un miembro de la familia. Sus principales componentes son: comprometer a la familia en el proceso de tratamiento e incrementar su motivación al cambio, mediante el uso de técnicas de manejo de contingencias por parte de miembros de la familia, comunicación y solución de problemas, contratos conductuales, y otras intervenciones de tipo conductual.

Reforzamiento comunitario para adolescentes y cuidado continuo y asertivo. Involucra a la familia tanto cómo al adolescente consumidor de drogas, busca apoyar la recuperación por medio de incrementar el reforzamiento en las áreas familiar/social y educacional/vocacional. En primer instancia el profesional evalúa las necesidades del adolescente, para poder escoger entre los diecisiete componentes del A-CRA: resolución de problemas, afrontamiento, habilidades de

comunicación y participación en actividades prosociales y recreacionales; incluye entrenamiento en habilidades como juego de roles y ensayos conductuales; por otro lado el cuidado asertivo y continuo es un enfoque de continua supervisión domiciliaria. Para la prevención de recaídas se realizan visitas domiciliarias semanales, después que un adolescente terminó su tratamiento. Usa reforzamiento positivo y negativo para moldear la conducta, junto con el entrenamiento en solución de problemas y habilidades de comunicación.

En Estados Unidos los tratamientos a los que se sometieron los adolescentes durante 2001, entraban en cuatro de las siguientes modalidades, modelo de Doce Pasos, Cognitivo y Cognitivo Conductual, Comunidades Terapéuticas y Familiar Sistémico. Donde la efectividad de los tratamientos con corte Cognitivo y Cognitivo Conductual comparado con programas de orientación fue: el número de adolescentes que usaban drogas disminuyó 73% al terminar el tratamiento y disminuyó el 9% para los programas de orientación. Datos recabados mediante el reporte del adolescente, el de sus padres y exámenes de orina (Muck et al., 2001).

Dada la diversidad de intervenciones y bajo el consenso de que todo protocolo de tratamiento debe estar basado en investigación científica, Vaughn y Howard (2004) en su escrito sobre la evaluación de tratamientos para adolescentes consumidores de drogas. Plantean tres preguntas qué son: ¿cuáles intervenciones son más efectivas en reducir el uso y abuso en los adolescentes? ¿qué tipo de metodología se usa comúnmente para comparar estos tratamientos? Y ¿qué tan efectivas son estas intervenciones con respecto a los diseños de investigación que se usan?

Para el propósito de este capítulo, la pregunta que más nos interesa es ¿cuáles intervenciones son más efectivas en reducir el uso y abuso en los adolescentes?, los resultados obtenidos por Vaughn y Howard (2004). Arrojaron que de los 15 tratamientos que analizaron, la mayoría reducía el consumo y aumentaba las tasas de abstinencia. Sin embargo, los cambios en los patrones de consumo a menudo no se mantenían para el primer seguimiento; el tamaño de efecto pos-tratamiento fue de 0.51 en promedio. Lo que se traduce cómo efecto no benéfico, para el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento se obtuvo una reducción en el abuso de sustancias de -1.25, el tamaño del efecto en los seguimientos varió entre el 0.39 efecto medio sin beneficios. En cambio los tratamientos Conductuales y Cognitivo-Conductuales, redujeron considerablemente el consumo de sustancias para ambos tipos de tratamientos con el -0.87 y en este estudio fueron capaces de producir y mantener cambios significativos hasta por un año.

En este mismo sentido y hablando de la aparente baja eficacia de los tratamientos. La Terapia de Rehabilitación Cognitiva TRC, propone que buena parte de los abandonos que se producen en los momentos iniciales del tratamiento. Podrían deberse a que los profesionales de la salud, solicitan a los consumidores de sustancias llevar a cabo tareas para las que no están preparados (p. ej. confección y cumplimentación de auto-registros de consumo), debido al efecto del consumo de sustancias sobre las capacidades cognitivas. Basados en lo anterior Pedrero-Pérez, et al. (2011), sugiere la inclusión de técnicas de TRC con el fin de

incrementar la capacidad de los sujetos para beneficiarse del tratamiento cognitivo-conductual.

Tomando en cuenta la evidencia anterior nos podemos aventurar a concluir, que los tratamientos de corte cognitivo-conductual basados en evidencia empírica, no son los únicos que brindan beneficios a los adolescentes, pero, si muestran efectividad probada, por lo que se incluyen dentro de las recomendaciones del NIDA entre los tratamientos basados en estas teorías y los ubican con efecto benéfico y de impacto en el consumo. Sin olvidar que el porcentaje de personas que recaen según sus datos es de 40% al 60% aproximadamente (NIDA, 2012).

Lo antes compendiado nos sirve para ubicarnos en el ámbito de injerencia de este trabajo, que es el consumo de sustancias entre los adolescentes y en específico del consumo de inhalables; además, los programas de Intervención Breve (IB) en los que fui formada son de corte cognitivo conductual, mencionados líneas arriba cómo los que cuentan con evidencia científica de su efectividad, ante problemas relacionados con consumo de sustancias psicoactivas.

Durante la maestría, apliqué programas de Intervención Breve tanto para personas que consumían sustancias psicoactivas adultos cómo adolescente, monousuarios y poliusuarios, con abuso o dependencia. La labor con estas personas y el aprendizaje de las teorías que subyacen cada uno de los programas, me proporcionó los fundamentos necesarios para poder evaluar, determinar el diagnóstico y brindar la atención adecuada en cada caso.

Para ilustrar el trabajo que realicé en la maestría en el siguiente apartado, de forma sintética abordaré el tratamiento de las personas atendidas en el Programa Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras Drogas PIBA. Uno de los programas que estudié en la maestría y abordaré dos de los casos de los adolescentes atendidos en esa época. Posteriormente describiré el proceso completo, de otro de ellos, adolescente masculino menor de edad abusador de inhalables, cómo se llevó a cabo la evaluación de la problemática que presentaba, cuál era su motivo de consulta, el diagnóstico, resumen de cada sesión de PIBA, seguimientos y su evolución.

6. Programas de intervención breve, experiencia teórico-práctica

En esta sección se describen las actividades de residencia de la Maestría en Psicología de las adicciones; realizadas tanto en un Centro de Prevención en Adicciones de una Universidad Pública en la Ciudad de México y en una Unidad de Especialización Médica Centro de Atención Primaria a las Adicciones (que brindan servicios gratuitos, dirigidos a prevenir y atender el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Ambos centros especializados en el tratamiento de las adicciones, y donde se aplicaba el Programa de intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo de alcohol y otras drogas PIBA (Martínez, Ayala, Salazar, Ruíz, & Barrientos, 2004).

El objetivo de presentar esta sección, es dar a conocer el trabajo dentro de los centros donde tuve la oportunidad de colaborar además, de ilustrar la metodología que se lleva a cabo en el trabajo con los adolescentes que acuden en busca de ayuda profesional.

Antes de iniciar la descripción de los Programas puntualizaré que, las Intervenciones Breves IB son estrategias terapéuticas, sugeridas para abordar cambios conductuales asociados a factores de riesgo, de enfermedades crónicas no transmisibles. Originalmente el concepto de IB, fue propuesto por Martha Sánchez-Craig y colaboradores en 1972 en Canadá, y consistía en una aproximación basada en la psicoterapia, que buscaba motivar a consumidores de alcohol a modificar sus hábitos de consumo a corto plazo. Actualmente se usa de manera general, agrupando estrategias que nacen de distintos enfoques teóricos,

pero que tienen como objetivo el cambio conductual en el corto plazo. Las IB pueden variar entre cinco y 20 minutos por sesión; la cantidad de sesiones también varía entre una y cuatro; y el enfoque conductual que define el contenido y modalidad de la intervención. Rosembaun y sus colaboradores las describen cómo una “conversación guiada” con un individuo, sobre un problema de salud, que cumple con ciertas características (Rosembaun, Rojas, Rodríguez, Barticevic, & Rivera, 2018).

Las Intervenciones Breves ayudan en la identificación temprana de individuos que consumen alcohol y otras drogas y la canalización a un programa antes de que se generen problemas por el consumo. Se han aplicado principalmente en población adulta, pero en la actualidad se han adaptado a población adolescente que abusa de sustancias y que aún no presenta dependencia (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008). Sus características principales son: la brevedad, modelo teórico referencial, estructura, estilo comunicacional no enjuiciador y buscar motivar al individuo a planificar un cambio de conducta (Rosembaun, et al., 2018).

Los programas de IB que aprendí y utilicé durante la maestría se describen en la tabla 4.

Tabla 4

Descripción breve de los programas de Intervención Breve.

Programa	Dirigido a	Características principales
Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema.	Mayores de 18 años, sin síntomas de dependencia al alcohol, monousuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención breve motivacional. • Permite que la persona escoja la meta de su tratamiento. • Retroalimenta y adiestra en habilidades de rechazo al consumo • Ayuda a la persona a fijar sus metas en el tratamiento.
Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. (PIBA)	Personas menores de 18 años, consumidoras de alcohol y otras drogas, preferentemente escolarizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención breve motivacional. • Retroalimenta y adiestra en habilidades de rechazo al consumo. • Creado específicamente para esta población • Componentes específicos, proyecto de vida y detección de casos. • Materiales específicos para esta población.
Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)	Personas mayores de 18 años poliusuarios y/o con dependencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención breve motivacional. • Retroalimenta y adiestra en habilidades de rechazo al consumo. • Para personas con dependencia o poliusuarios. • Componentes y materiales específicos para el tipo de población que maneja.
Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)	Personas mayores de 18 años consumidores de cocaína.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención breve motivacional. • Retroalimenta y adiestra en habilidades de rechazo al consumo. • Componentes y materiales específicos para personas abusadores de cocaína.

Nota. Programas de Intervención Breve que se aplican dentro de las instituciones donde realicé mis prácticas profesionales.

6.1. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA Martínez, et al., 2004)

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de alcohol y otras drogas [PIBA], es un programa de atención de corte cognitivo-conductual para adolescentes que consumen sustancias adictivas como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Fundamentado en la Teoría del aprendizaje social, cuyo objetivo es promover y mantener cambios en el patrón de consumo de sustancias, con la intención de evitar problemas de salud y personales asociados al consumo de alcohol y drogas, además guía y entrena al adolescente en habilidades de auto-regulación (Martínez & Ayala, 2003).

En el estudio de Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, y Ayala (2008) donde se obtuvieron datos de 25 adolescentes que fueron intervenidos con el PIBA y que se les hicieron seguimientos al terminar el tratamiento, se obtuvieron los siguientes resultados: 24 de los participantes mostraron una disminución en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia), cambios favorables en el nivel de autoeficacia, es decir, los adolescentes al terminar el tratamiento se mostraron más confiados de controlar el consumo de alcohol y otras drogas en situaciones de riesgo, por último al final del tratamiento los adolescente, reportaron la reducciones de problemas relacionados con el consumo. Este estudio fue uno de los primeros esfuerzos para conocer la eficacia de este tipo de programas en población adolescente en México.

En otro estudio en Aguascalientes se comparó en adolescentes consumidores de alcohol expuestos a dos intervenciones, el consejo breve de una

sesión y el PIBA; los hallazgos de este estudio demostraron la eficacia de este tipo de intervenciones en población adolescente, reduciendo el patrón de consumo. Al ser un ensayo clínico aleatorizado, con grupo control, afirma las cualidades del PIBA. El programa está organizado cómo se describe en la Tabla 5.

Tabla 5
Organización del programa PIBA.

PIBA	
ADMISIÓN EVALUACIÓN	Evaluación de los criterios de inclusión al programa. Se evalúa el patrón de consumo, los problemas asociados, nivel de autoeficacia, situaciones de consumo y nivel de riesgo del adolescente.
INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO RETROALIMENTACIÓN	Promover la disposición de los adolescentes identificados cómo consumidores a ingresar al tratamiento. Devolución sistematizada y personalizada de las principales consecuencias que ha presentado derivadas del consumo.
CINCO SESIONES DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL	
SESIÓN 1	Discusión de los costos y beneficios de cambiar el consumo de sustancias.
SESIÓN 2	Establecimiento de una meta de consumo.
SESIÓN 3	Resultados del registro diario de consumo y de la selección de la meta.
SESIÓN 4	Discusión del cumplimiento de la meta de consumo.
SESIÓN 5	Metas de vida a corto y largo plazo, y la influencia del consumo en la realización de metas.
SESIÓN 6	Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
SESIÓN 7	Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas.
SESIÓN 8 SEGUIMIENTO	Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas. Evaluación el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de concluido el tratamiento.

Nota. Información tomada del manual del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras Drogas (Martínez, 2004).

En la siguiente sección, se esquematizará el procedimiento por el cual se atendió a dos personas, con el objetivo de demostrar la aplicación del PIBA y los resultados de cada intervención, comparando el efecto de la intervención con la línea base de cada persona en los indicadores específicos del programa.

6.1.1. Participantes

Las participantes cuyos tratamientos se describirán en esta sección, fueron dos mujeres adolescentes atendidas en el programa Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.

El objetivo del tratamiento con las adolescentes atendidas, fue la abstinencia del consumo de inhalables marihuana y cocaína, caso de “Amanda” cuya sustancia de impacto eran los inhalables y con deseo expresado en llegar a la moderación en el caso de consumo de alcohol. Para “Amelia” segundo caso abstinencia en el consumo de inhalables y marihuana, donde los inhalables eran la sustancia de impacto.

Con la aplicación del PIBA se logró incidir en el patrón de consumo, disminuyendo las situaciones de riesgo y aumentando el índice de auto-confianza para resistirse al consumo de alcohol tabaco y otras drogas. Lo que repercutió en estos dos casos en la mejoría de las relaciones familiares y mejoría en el área académica principalmente.

Los datos generales de las pacientes atendidas se muestran en la tabla 6.

Tabla 6
Descripción general de las personas atendidas que se reportan

PERSONA ATENDIDA	SEXO	EDAD	SUSTANCIA	META	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN
Amanda	Femenino	15	Inhalables (alcohol cocaína y marihuana)	Abstinencia, alcohol reducción	Soltera	Estudiante
Amelia	Femenino	14	Inhalables marihuana	y abstinencia	Soltera	Estudiante

La tabla 6 presenta en lo general la situación de las adolescentes, sin embargo, cuando se empezó el trabajo terapéutico fue necesario indagar más a fondo haciendo uso de los formatos, instrumentos y documentos previamente diseñados para el PIBA por lo que en la siguiente sección, se explicará los pasos que seguí cuando atendí a las usuarias que reporto para este programa.

6.1.2. Método

El PIBA, es un programa de atención creado expresamente para población adolescente, es un tratamiento cognitivo conductual que tiene por objetivo, promover un cambio en el patrón de consumo de alcohol, marihuana, cocaína e inhalables, a través de una IB con componentes motivacionales y basado en la teoría del aprendizaje social. Este programa pretende entrenar al adolescente en habilidades de auto-regulación, para controlar su consumo de drogas y mantener los cambios generados en la conducta de consumo.

El Programa está estructurado con una evaluación y retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias y cuatro sesiones de tratamiento. Está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio superior, de 14 a

18 años, que consumen alguna droga y que reportan problemas relacionados con el consumo y que no presentan dependencia, el PIBA.

El PIBA es una intervención breve flexible que favorece el apego terapéutico, ya que hace uso de las herramientas de la Entrevista Motivacional. Otro punto importante a destacar es que este programa aborda la problemática del consumo, pero no se queda ahí, sino que contribuye con un componente de plan de vida para los jóvenes que se atienden bajo este programa, dotándolos no solo de consejería e información relacionada con el consumo de drogas y sus consecuencias, sino que también aporta a su vida estudiantil, y familiar.

El PIBA cómo ya se indicó, tiene una fase de evaluación que permite conocer de manera particular el tipo de problemáticas y consecuencias que ha tenido el consumo en la vida de la adolescente, así como la historia de consumo, por lo que en el siguiente apartado se describirán cada uno de los instrumentos que se utilizan, su forma de calificación e interpretación.

6.1.3. Instrumentos

En este apartado se describirán brevemente los instrumentos que se utilizan al aplicar el PIBA. Se proporcionan los datos relevantes pero generales para demostrar su utilidad durante la evaluación y a lo largo del tratamiento. Para mayor información sobre aplicación, calificación e Instrumentos completos, se puede consultar en el manual de PIBA. Manual del Terapeuta (Martínez et al., 2004).

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Permiten obtener información sobre salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas, y consecuencias adversas al uso de sustancias. Es un cuestionario que se emplea en el primer contacto, consta de 11 reactivos, que le permiten al profesional de la salud recabar información necesaria acerca del consumo de alcohol y/o drogas, además de determinar si el adolescente es candidato o no al programa (Martínez et al., 2004).

ENTREVISTA INICIAL

El objetivo de esta entrevista es obtener información general acerca del adolescente, la historia de consumo, y los problemas asociados al consumo.

La entrevista consta de 58 reactivos que miden 10 áreas diferentes: datos de identificación, historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de salud, escolar, laboral, social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida y evaluación del entrevistador.

En la versión de esta entrevista de Saucedo y Salazar (2004), la validez se obtuvo de jueces expertos, el acuerdo entre jueces fue del 100% (Martínez et al., 2004).

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA INTERNACIONAL COMPUESTA (CIDI).

Instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993, es una entrevista diagnóstica estandarizada altamente estructurada cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años.

Para los objetivos de este programa sólo se utilizó la sección I que se encarga de medir los trastornos debidos al consumo de alcohol (F 10), lo constituyen 16 reactivos y la sección L que mide los trastornos debido al consumo de sustancias ilegales constituida por 15 reactivos (F 11-F16, F18 Y F19).

Las entrevistas estructuradas se han desarrollado, para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación y aumentar la validez diagnóstica facilitando la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. En el estudio de Montoya, et al., (2016) se encontró que la sensibilidad y la especificidad más altas se observaron en el diagnóstico de trastorno por dependencia de drogas con Sensibilidad del 80% (IC95%, 34,94%-100%) y especificidad del 98,46% IC95%, 94,7%-100%.

Se califica según criterios del DSM-IV-TR, para abuso de alcohol o drogas se requiere uno de los siguientes cuatro síntomas: 1) uso recurrente de alcohol o drogas que genera un fracaso para cumplir con las obligaciones en el trabajo, la escuela o en el hogar; 2) uso recurrente de alcohol o drogas en situaciones en las cuales se pone en riesgo la integridad física; 3) problemas legales recurrentes relacionados con el consumo de alcohol o drogas; 4) uso continuo de alcohol o drogas a pesar de presentar problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por el alcohol o las drogas. Para el diagnóstico de dependencia se requieren 3 o más de los siguientes síntomas en el último año: 1) tolerancia a los efectos del alcohol o drogas, definida por (a) la necesidad de incrementar las cantidades de alcohol o drogas para lograr la intoxicación o efecto deseado, (b) el efecto disminuye con el uso continuo de la misma cantidad de

alcohol o drogas; 2) el síndrome de abstinencia, definido por (a) síndrome de abstinencia en la ausencia de alcohol o drogas o (b) el uso del alcohol o drogas para aliviar los síntomas de abstinencia; 3) el consumo se realiza en cantidades mayores o en un período de tiempo más prolongado de lo acostumbrado; 4) el deseo persistente o los esfuerzos poco exitosos para dejar y/o controlar el uso de alcohol o drogas; 5) un mayor inversión de tiempo en actividades necesarias para obtener las sustancias, para usarlas o para recuperarse de sus efectos; 6) actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes son reducidas o interrumpidas debido al uso del alcohol o drogas; y 7) el uso continuo del alcohol o drogas a pesar de la presencia de problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes que son causados o exacerbados por el consumo de alcohol o drogas (Martínez et al., 2004).

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE LOS PROBLEMAS EN ADOLESCENTES POSIT

Primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas (Mariño, González-Forteza, Andrade, & Medina-Mora, 1998).

Integrado por 81 reactivos, y siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para los objetivos del tratamiento sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias con 17 reactivos.

La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de 0.91 obtenido a través del alpha de Cronbach (Martínez, Pedroza, & Salazar, 2008).

Para identificar a los adolescentes que realmente presentaban problemas relacionados con el consumo, se seleccionaron los reactivos más importantes (3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17) para el ingreso al programa de tratamiento.

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA LIBARE

Calendario de los últimos seis meses del año, que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo, en cuanto a frecuencia y cantidad consumida en un día típico. Permite conocer el patrón de consumo pasado y actual, haciendo referencia a la frecuencia y cantidad en los últimos seis meses (Sobell, Maisto, Sobell, & Cooper, 1979).

En el caso del consumo de alcohol, se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar. En el patrón de consumo de las drogas ilegales, se establecen acuerdos con la persona para estimar los consumos diarios y por ocasión. En el caso de la marihuana se puede medir de acuerdo al tamaño de un cigarro de tabaco, el consumo de cocaína por líneas o papeles, el consumo de inhalables por número de “monas” o latas de PVC, etc.

Este instrumento tiene una confiabilidad test-retest de 0.91. La correlación del consumo entre el paciente y el colateral es de 0.82. La validez se obtuvo de su aplicación clínica en donde se comparó el reporte de línea base con registros oficiales, indicando un alto grado de correspondencia (Martínez et al., 2004).

A partir de la LIBARE, se obtiene la siguiente información de la forma en que consume el individuo (Tabla 7):

Tabla 7
Contenido de la LIBARE

LIBARE	
Total de Copas Consumidas:	Se suman todas las copas que consumió durante los seis meses.
Cantidad Máxima:	Se indica cuál es la mayor cantidad de copas consumidas en una ocasión.
Cantidad Mínima:	Se indica cuál es la menor cantidad de copas consumidas en una ocasión.
Promedio de Copas por Ocasión:	Se suma el total de copas consumidas en los seis meses y se divide entre el total de días de consumo.
Abstinencia:	Total de días que no consumió.

CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL BREVE (CCS)

Mide el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción de la persona sobre su habilidad para afrontar efectivamente las situaciones principales de consumo (Annis & Martin, 1985).

En este instrumento se solicita valorar el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para controlar su consumo en 8 situaciones.

Las situaciones medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de mediados de los ochentas de Marlatt y Gordon, quienes encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en: 1) Situaciones personales, en donde el consumo de drogas involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías (Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables, Probando auto-control, y Necesidad física o urgencia por consumir); 2) Situaciones de grupo, en donde la

influencia significativa de terceras personas está involucrada; se subdividen en 3 categorías (Conflicto con otros, Presión social, y Momentos agradables con otros).

La adaptación para población mexicana estuvo a cargo de Echeverría & Ayala (1997). Para su adaptación a población adolescente, se aplicó el instrumento a una muestra de 150 jóvenes que consumían alcohol y otras drogas entre los 14 y 19 años de edad. La adaptación incluyó un piloteo para análisis de contenido de los reactivos. Y se aplicó el instrumento con las mismas características de la muestra anterior, y se obtuvo la consistencia interna del instrumento que fue de 0.977

AUTO-REGISTRO

El auto-registro es una técnica conductual muy popular, evalúa el patrón consumo (frecuencia, duración y topografía), precipitadores de consumo y sus consecuencias de manera diaria (Martínez, et al., 2004).

Requiere que la persona lleve una bitácora diaria y que registre diferentes aspectos relacionados con el consumo.

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS PARA ADOLESCENTES (ISCD-A)

Cuestionario originalmente elaborado por Annis y Martín en 1985, adaptado en México para población adulta por De León y Pérez (2001). Detecta las principales situaciones de consumo de drogas, Este instrumento fue adaptado para ser usado en población adolescente por Martínez y Ayala en (2003). Existen 2 versiones de

este inventario, el ISCA que identifica situaciones relacionadas con el consumo de alcohol y el ISDC-A que consta de 27 reactivos e identifica situaciones de consumo de drogas en adolescentes.

Consta de 27 reactivos distribuidos en cuatro categorías: emociones agradables con otros, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros. La confiabilidad del instrumento es de 0.92 (Martínez & Ayala, 2003).

INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

Mide situaciones específicas de consumo de alcohol. Elaborado en 1998 por Annis, Graham y Davis, identifica situaciones específicas en un individuo cómo de alto riesgo para una recaída. Basado en un microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo. El ISCA puede ser utilizado como herramienta auxiliar para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo (Annis, Graham, & Davis, 1998).

Evalúa ocho situaciones de consumo de alcohol que se dividen en dos grandes grupos (ver Figura1).

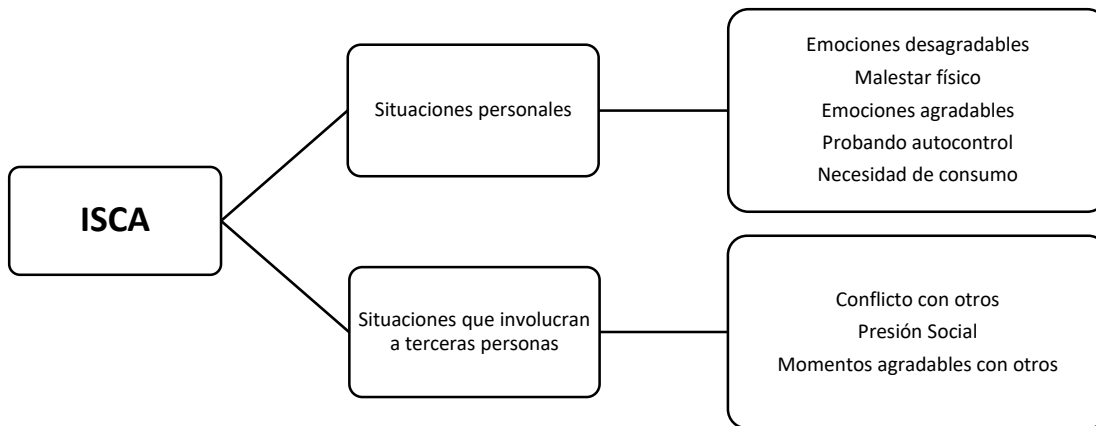


Figura 1. *Situaciones que mide el ISCA*

La validación en personas que buscan tratamiento se llevó a cabo con 592 personas (88.2% hombres, 11.8% mujeres), con edades entre los 18 y los 30 años de edad que solicitaron atención psicológica por problemas con su consumo de alcohol. Se realizó un análisis con el que se obtuvo un instrumento confiable ($\alpha = .96$) y válido, con una varianza explicada del 59% (Baeza, Echeverría, Velasco-Rojano, & Cruz-Morales, 2018).

REPORTES DE SEGUIMIENTO

Para evaluar la efectividad de las acciones que se realizan dentro del PIBA, se cuenta con la herramienta del seguimiento. Los seguimientos se hacen a uno, tres y seis meses de terminado el tratamiento. El objetivo es la identificación de los avances en el logro de la meta que el adolescente se fijó durante el tratamiento (Echeverría & Ayala, 1997).

El formato de seguimiento de primer mes y de tres meses es el mismo; está integrado por 5 áreas. Se evalúan los materiales usados en el PIBA, el establecimiento de metas, el manejo de las recaídas, planes de acción y el quinto apartado para que el profesional vierta las observaciones que crea convenientes en relación al caso.

El seguimiento de seis meses, mide las mismas áreas de la entrevista inicial: historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, sexualidad, satisfacción en la vida y evaluación del entrevistador.

Los seguimientos tienen una validez a partir de jueces expertos, el acuerdo entre jueces fue del 100% (Martínez, Pedroza & Salazar, 2008).

6.1.4. Procedimiento

Se aplicó el PIBA a dos mujeres adolescentes (ver tabla 6), cuyas características las hacían candidatas idóneas a participar en el programa. Se les evaluó usando los instrumentos arriba mencionados, se les devolvieron sus resultados y se concretaron las cuatro sesiones de tratamiento una vez a la semana con duración de aproximadamente de 40 a 60 minutos, además se le informó sobre los seguimientos al mes a los tres meses y a los seis meses una vez concluido el tratamiento.

Las etapas por las que debe pasar la persona son: Admisión, Evaluación, Inducción al Tratamiento, Tratamiento y Seguimiento. En la tabla 8 Se registran las principales características, tomadas del contacto inicial con las adolescentes. Las dos llegaron acompañadas de uno de sus padres. Se entrevistó primero a las

adolescentes y luego se resolvieron dudas sobre el tratamiento, el servicio, expectativas y se atendieron las demandas de atención de los padres.

Tabla 8
Características generales de los casos de Amanda y Amelia

	Amanda	Amelia
EDAD	15	14
SEXO	Femenino	Femenino
OCUPACIÓN	Estudiante de tercero de secundaria	Estudiante de segundo de secundaria.
FAMILIA	Vive con padres y un hermano mayor que también consume alcohol	Vive con padres y tres hermanos varones más pequeños.
MOTIVO DE CONSULTA	La trae su papá, mala relación con la madre, preocupado por su consumo de inhalables, están considerando sacarla de la escuela.	Madre reporta consumo por aviso de una vecina. Ya la cambio de escuela.
DROGAS CONSUMIDAS	Alcohol, marihuana, inhalables PVC y cocaína	Marihuana e Inhalables PVC.
DOGRA DE IMPACTO	Inhalables	Inhalables
PRINCIPAL RAZÓN DE CAMBIO	Reconoce que el consumo de drogas hace daño a su salud y desea seguir estudiando.	Que sus hermanos pequeños no sigan su ejemplo.
PERSONAS CON LAS QUE CONSUME	Consume con amigos de la secundaria y con vecinos.	Consumía principalmente con amigos del vecindario.
RELACIÓN FAMILIAR	Buena con padre y hermano y mala relación con la madre.	Buena relación con madre, hermanos y padre que trabaja de transportista y pasa temporadas fuera de casa.

ADMISIÓN

La admisión es el primer contacto que se tiene con el adolescente, generalmente ellos no son los que solicitan tratamiento directamente, la mayor parte del tiempo son los padres o personal escolar los interesados en que sea atendido. Tomando en cuenta esto, un objetivo de esta etapa es lograr una interacción positiva con el adolescente. En la admisión se recaba información, pero sin dejar de lado la búsqueda de la empatía con el adolescente haciendo uso de la Entrevista Motivacional (EM), sin etiquetar ni juzgar las acciones de la persona y mostrando interés sincero en la problemática.

Durante la admisión es importante determinar el nivel de severidad (uso, abuso o dependencia) y el patrón de consumo, para establecer si el PIBA le servirá al adolescente para hacer los cambios necesarios en la conducta de consumo, y se identifica si el adolescente cumple los criterios de inclusión. La duración de este primer contacto no debe rebasar los 60 minutos y es en esta sesión donde se aplica la entrevista semiestructurada, la entrevista inicial, el cuestionario de Tamizaje de los problemas del adolescente POSIT y el Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Las dos adolescentes atendidas bajo este programa cumplían los criterios de inclusión (ver tabla 9), y se consideró que el PIBA les ayudaría a cambiar su conducta de consumo de alcohol y otras drogas.

Tabla 9.
Criterios de inclusión y exclusión de PIBA

	Amanda	Amelia
Criterios de inclusión		
Edad 14 a 18	15	14
Estudiantes	Si	Si
Abuso en alcohol u otras drogas	Alcohol, marihuana, inhalables y cocaína	Inhalables y marihuana
Criterios de exclusión		
No asistir al a escuela	Escolarizada	Escolarizada
Dependencia (medida con el CIDI)	Sin dependencia	Sin dependencia
Comorbilidad psiquiátrica	Sin indicios comorbilidad	Sin indicios comorbilidad

Durante la Admisión se explora el motivo de consulta, en el caso de las adolescentes que atendí con el PIBA, los motivos de consulta, el resultado del POSIT y el del CIDI se compendian en la Tabla 10.

Tabla 10.
Motivo de consulta de las adolescentes tratadas con PIBA

	Amanda	Amelia
MOTIVO DE CONSULTA	Consumo de PVC referido por el padre.	Consumo de PVC referido por la madre.
RESULTADO DEL POSIT	5 reactivos contestados afirmativamente 5, 7, 9, 11 y 14.	2 reactivos contestados afirmativamente 10 y 14
RESULTADO DEL CIDI	Abuso de alcohol Abuso inhalables y marihuana	Abuso de inhalables y marihuana

Cómo se aprecia en las tablas 9 y 10, Amanda y Amelia eran candidatas para participar en el PIBA, a ambas se les explicó el encuadre del tratamiento, en qué consistía y cuáles eran sus obligaciones si aceptaban participar, ambas aceptaron y se les programó cita para la siguiente semana, el objetivo de la siguiente sesión sería evaluar a profundidad el consumo.

EVALUACIÓN

En la etapa de evaluación es importante que la persona se sienta involucrada en la intervención, así como mostrar auténtica empatía sobre la situación de consumo y la problemática asociada, ya que solo él es capaz de proporcionarnos información valiosa, veraz y de primera mano, que servirá para tomar decisiones en relación a su tratamiento. Incluir a la persona desde el inicio de la intervención como parte activa, debe ser siempre una de nuestras metas.

El objetivo de la evaluación es determinar el patrón de consumo de los últimos seis meses a partir de la solicitud de atención, conocer el nivel de autoeficacia, identificar las situaciones de consumo, y los problemas asociados con el mismo;

esto se hace apoyándose en la aplicación de la línea base retrospectiva LIBARE, el Inventario de Situaciones de Consumo ISCA (Alcohol y/o drogas), el Cuestionario de Confianza Situacional CSS, ver tabla 11 patrón de consumo y tabla 12 que describe los resultados del ISCA, ISCD CCS y los problemas asociados al consumo tomados de las entrevistas.

Tabla 11
Patrón de consumo de Amanda y Amelia

Amanda				
	Alcohol	Inhalables	Marihuana	Cocaína
Total consumido	75 t.e*	79 monas	26 cigarros	20 líneas
Total días de consumo	13 días	13 días	15 días	10 días
Máximo consumo	17 t.e.	15 monas	4 cigarros	3.6 líneas
Mínimo consumo	2 t.e.	2 o 3 monas	1 cigarro	1 línea
Promedio de consumo	7 t.e. por ocasión	12 monas	2.5 cigarros por ocasión	2 líneas por ocasión
Días de mayor consumo	Fines de semana y días festivos	Fines de semana	Fines de semana y días festivos	Fines de semana y días festivos
Mayor abstinencia	30 días	22 días	41 días	60 días
Amelia				
Total consumido		115 monas	7 cigarros	
Total días de consumo		31 días	7 días	
Máximo consumido		4 monas	1 cigarro	
Mínimo consumido		1 mona	1 cigarro	
Promedio consumido		4 monas	1 cigarro	
Días de mayor consumo		Los viernes	En fiestas cada 15 días	
Mayor abstinencia		30 días	57 días	

Nota. El trago estándar (t.e.), es la unidad de medida que define el contenido de alcohol puro en una bebida. En México es de 13 gramos y tiene diferentes usos en la investigación, el tamizaje, en IB, así como la emisión de lineamientos para consumo de bajo riesgo, entre otras.

La Tabla 11 muestra los datos principales que conforman el patrón de consumo de Amanda y Amelia. En el caso de Amanda la droga de impacto y por la que asistía a tratamiento eran los inhalables, también era la que consumía más y le había producido mayor problemática con familia, expareja y escuela, estas sustancias fueron reportadas cómo consumo actual.

El consumo de cocaína y marihuana no era una problemática actual; en el caso del alcohol, a pesar de su patrón de consumo y promedio por ocasión de 7 t.e., Amanda no lo consideraba cómo problema actual, ya que había dejado de beber y se había mantenido así por lo menos durante dos meses, antes de iniciar el tratamiento. Se le pidió de todos modos que en el auto-registro reportara cualquier consumo de las drogas que mencionó consumir los seis meses anteriores, a pesar de que no las considerara problemáticas. Los consumos reportados por Amanda correspondían en su mayoría a días festivos y fines de semana, consumía con amigos del vecindario y fuera de la escuela solo inhalables.

En la entrevista no reportó ninguna sintomatología asociada con dependencia en ninguna droga y en el CIDI tampoco puntuó en criterios de dependencia, solo de abuso. El patrón de consumo de Amanda indicaba abuso para todas las drogas reportadas, alcohol, inhalables, marihuana y cocaína, la figura 2. Ilustra el patrón de consumo de Amanda en línea base, durante el tratamiento y el seguimiento a un mes.

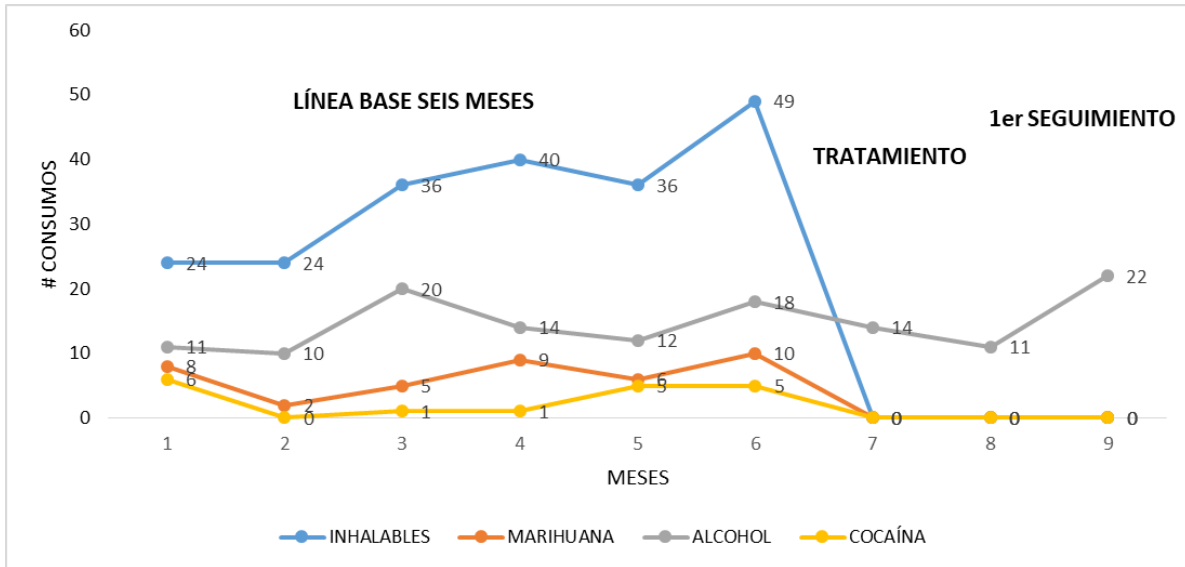


Figura 2. Patrón de consumo de Amanda, línea base de 6 meses, en tratamiento y al primer mes de seguimiento

Para Amelia los inhalables también eran la droga de impacto, y aunque reportó el consumo de marihuana, solo la consumió en el primer trimestre de línea base y de manera esporádica, en la entrevista y en el CIDI los indicadores que mostró eran de abuso y no reporto sintomatología que sugiriera dependencia (ver Figura 3).

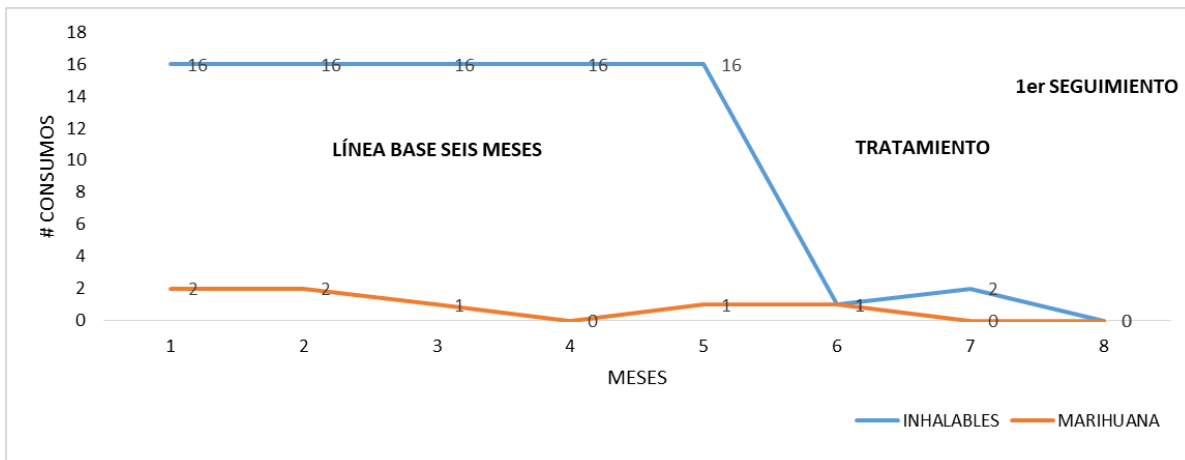


Figura 3. Patrón de consumo de Amelia, línea base de 6 meses, en tratamiento y al primer mes de seguimiento.

La tabla 12 sintetiza los principales resultados de la evaluación de Amanda dentro del programa PIBA, y la tabla 13 hace lo propio con referencia al caso de Amelia (resultados del ISCD, ISCA/CCS y problemas asociados)

Tabla 12.
Resultados de evaluación de Amanda en el PIBA

AMANDA			
Principales situaciones de consumo ISCD	Emociones agradables	1 sin problema	
	Emociones desagradables	16 de riesgo	
	Búsqueda de bienestar	1 sin problema	
	Momentos agradables con otros	7 de riesgo	
		ISCA	CCS
Autoeficacia ISCA/CCS.	Emociones agradables	13%	100%
	Emociones desagradables	28%	20%
	Momentos agradables con otros	23%	30%
	Malestar físico	13%	100%
	Probando autocontrol	3%	50%
	Necesidad o tentación de consumo	10%	40%
	Conflicto con otros	15%	20%
	Presión social	27%	100%
Problemas asociados al consumo.	Expareja rompió con Amanda, por el consumo, mala relación con su madre que se exagera con el consumo, hermano con problemas de consumo de alcohol.		

Las principales situaciones de consumo de drogas para Amanda eran Emociones desagradables (16) y Momentos agradables con otros (7), en entrevista comentó que cuando se peleaba con su madre, salía y consumía con amigos, y que cuando estaba con ellos pasando un buen rato era muy probable que también consumiera. Con respecto al alcohol, las emociones desagradables (28), la presión social (27) y los momentos agradables (23) con otros fueron las situaciones que puntuaron más altas.

Las situaciones en las que Amanda se sintió menos eficaz para resistirse al consumo fueron, conflicto con otros (20), emociones desagradables (20) y momentos agradables con otros.

Se puede afirmar que Amanda presentaba dificultad para expresar y controlar sus emociones tanto agradables como desagradables, además la presión social y sentirse bien cuando estaba con otros, eran situaciones en las que generalmente consumía.

Tabla 13.
Resultados de la evaluación de Amelia en el PIBA

AMELIA		
	Emociones agradables	4 sin problema
Principales situaciones de consumo ISCD	Emociones desagradables	8 sin problema
	Búsqueda de bienestar	4 sin problema
	Momentos agradables con otros	7 de riesgo
	Emociones agradables	80%
	Emociones desagradables	80%
	Búsqueda de bienestar	90%
	Momentos agradables con otros	90%
Autoeficacia CCS	Malestar físico	70%
	Probando autocontrol	90%
	Necesidad o tentación de consumo	70%
	Conflicto con otros	90%
	Presión social	90%
Problemas asociados al consumo	Problemas en la escuela, la madre decide darla de baja ya que consideró que sus compañeros eran mala influencia, con vecinos que la veían consumiendo e informaban a su madre. Temor de volverse mala influencia para sus hermanos pequeños.	

En el caso de Amelia los momentos agradables con otros, eran su principal situación de consumo de drogas; las situaciones en donde se sentía menos confiada de no consumir eran el malestar físico, y la necesidad o tentación de consumo con

70%. Amelia consumía para estar más cómoda en situaciones sociales, con amigos y conocidos de la misma edad. La principal problemática estaba vinculada con la reacción de la madre de Amelia y las medidas que impuso como castigo a la adolescente.

Al terminar la fase de evaluación del PIBA se le indica al adolescente que, tomando en cuenta los resultados de la evaluación ella y el profesional de la salud, están en condiciones de tomar la decisión de iniciar el tratamiento o no. No debe ser algo impuesto por los otros, padres, maestros, etc., sino una decisión informada y guiada por un profesional en acuerdo con el adolescente.

INDUCCIÓN

Esta fase del tratamiento, está pensada para ayudar a los adolescentes a analizar los datos de su consumo, ordenados y sistematizados por la profesional de la salud; tomando en cuenta estos resultados, el adolescente, deberá ser guiado para decidir tomar un tratamiento y modificar su consumo.

Debido a que la gran mayoría de los adolescentes consideran que los programas de tratamiento no están diseñados para ellos y para incrementar la probabilidad de que el adolescente acepte el programa; se agregó esta sesión de Inducción al PIBA. Por lo tanto, la inducción se integra dentro del PIBA para promover la aceptación del programa entre los adolescentes y evitar la deserción de estudiantes canalizados al programa. Basados en los componentes establecidos por Miller y Rollnick de la Entrevista Motivacional EM (1999), se pretende aumentar la disposición al cambio por parte de los adolescentes y que acepten entrar a tratamiento.

Es frecuente que los adolescentes perciban su uso o abuso de sustancias psicoactivas cómo normativo o cómo un área sin problema, además que se encuentren ambivalentes, acerca de cambiar su conducta por lo que la inducción auxilia al profesional de la salud, para aumentar la disposición al cambio.

Otro factor que es importante tomar en cuenta y al que se va a enfrentar el profesional, es que el adolescente tiene una historia de consumo corta a diferencia de los adultos y, es poco frecuente que haya experimentado consecuencias serias a su salud que le pudieran hacer pensar, que algo anda mal con su consumo.

Los componentes que conforman la sesión de inducción son: identificación y definición del problema, la elaboración de opciones de solución y la toma de decisiones para resolver el problema.

Esta sesión es una de las más largas, debido a que se retoma información de la evaluación y de la entrevista para responder al adolescente sobre su patrón de consumo de alcohol y drogas, situaciones de riesgo, áreas de riesgo y los factores protectores. Además se informa al adolescente sobre las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de alcohol y otras drogas; se identifica y define el problema y se elaboran opciones para resolverlo, por último, se informa al adolescente sobre las características del programa para que el adolescente decida ingresar al PIBA.

El profesional de la salud debe llenar el folleto de retroalimentación, con la información del adolescente por droga reportada, previo a la sesión de Inducción, llenando los cuadros correspondientes al patrón de consumo y el apartado sobre las situaciones que el adolescente tiene que cuidar y las que le pueden ayudar. Al

iniciar la sesión se indica el objetivo de la Inducción y se entrega el folleto o folletos de las drogas que reportó consumir, se le indica que se han llenado previamente algunos campos con la información de la entrevista y la evaluación.

Acompañando al adolescente, se revisa uno a uno los datos de su patrón de consumo, etc. Preguntando si se había dado cuenta o se imaginaba el acumulativo de tragos estándar, por ejemplo; se hace una recapitulación ordenada de las consecuencias negativas de su consumo, haciendo hincapié en el ámbito social e interpersonal.

El adolescente junto al profesional contesta las secciones del folleto faltantes cómo son: responder que le preocupa sobre su consumo de alcohol y drogas. Ya identificados los puntos problemáticos de su consumo se le pide generar opciones de solución, tomando en cuenta las que le son fáciles y agradables, además de las que le generarían dificultad o no le gustaban del todo posteriormente, se le pide analizar las opciones y tomar una decisión, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de cada opción. Por último, el profesional presenta al adolescente el programa cómo alternativa de cambio ante el consumo, explicándole en que consiste, sus características y buscando comprometerlo a seguir el programa.

Si el adolescente acepta se le da el formato de consentimiento. Si el adolescente decide no seguir el programa, se le preguntan las razones y se le solicita programa una última cita para elaborar planes de acción, que le permitan dar solución a las situaciones que le preocuparon de su consumo, dejándole la posibilidad de entrar al PIBA en cualquier momento.

Tabla 14.

Principales resultados de la Inducción de Amanda y Amelia (ejemplo de llenado de los folletos de Inducción).

	Amanda	Amelia
PATRÓN DE CONSUMO	Ver tabla 11 y Figura 2	Ver tabla 11 y figura 3
SITUACIONES DE RIESGO	Fines de semana. Días festivos. Compañía de amigos consumidores.	Amigos de la escuela, sitios alrededor de la escuela.
ÁREAS EN LAS QUE PRESENTAN RIESGOS	Emociones desagradables y momentos agradables con otros (cocaína, alcohol). La tristeza y el enojo son emociones en las que muy frecuentemente consumes (marihuana). Consumes por ocasión 7 t.e. (alcohol).	Momentos agradables con otros y necesidad o tentación de consumo. Has consumido 4 monas diarias por 2 meses y medio aproximadamente.
FACTORES PROTECTORES	Has logrado periodos de abstinencia importantes (2 meses en cocaína). Has tenido 41 días de abstinencia (marihuana). Has tenido hasta 1 mes sin consumo (alcohol). Has logrado la abstinencia por 22 días (inhalables).	Deseas seguir estudiando, y realizas actividades cómo zumba y pronto te va a reincorporar a la escuela.
¿QUÉ TE PREOCUPA DEL CONSUMO?	Daño a la salud, muerte y problemas legales (cocaína). Problemas familiares (marihuana). Problemas familiares, la escuela y relaciones sexuales sin protección (alcohol). Daño cerebral y accidentes (inhalables).	Salud, ser un mal ejemplo para tus hermanos.
META ELEGIDA	Dejarla (cocaína, marihuana, inhalables) Disminución (alcohol).	Dejar la marihuana y dejar los inhalables.

Los principales resultados de la etapa de inducción de Amanda y Amelia se presentan en la tabla 14, donde se ejemplificó cómo se llenaron los folletos de inducción de las adolescentes.

La meta elegida para las drogas de impacto de Amanda y Amelia fue dejar de consumir, además la Inducción les ayudó a reconocer aspectos del consumo que les resultaron preocupantes, por ejemplo, Amanda reportó preocuparse por embarazos no deseados y tener relaciones sin protección precipitadas por el consumo de drogas. En el caso de Amelia, la principal preocupación era de orden familiar, ya que era la hermana mayor y no deseaba ser un mal ejemplo para sus hermanos.

PRIMERA SESIÓN DEL TRATAMIENTO “Balance decisonal y Establecimiento de meta de consumo”.

Después de la evaluación y la inducción, se está en condiciones óptimas de iniciar el tratamiento con el adolescente. El tratamiento cómo ya se mencionó consta de cuatro sesiones, los anteriores encuentros con el adolescente nos ayudan a conocer la problemática de consumo de alcohol y otras drogas, y la inducción, a generar en el adolescente la disposición para iniciar el tratamiento.

La primera sesión tiene por objetivo, que el adolescente analice su consumo, elabore el balance decisonal y establezca la meta de consumo. Este objetivo es considerado difícil de lograr, sino se pasó exitosamente por la inducción, en el caso de Amanda y Amelia, se cumplió satisfactoriamente la inducción, lográndose que ambas aceptaran que tenían un problema de consumo y habían aceptado el tratamiento cómo opción para resolver el problema.

La sesión dura entre 45 y 60 minutos, se usa el auto-registo, y los folletos de la sesión, uno por sustancia psicoactiva de consumo reportada por la adolescente.

En esta sesión se revisa la primera tarea, que es el auto-registro de la semana previa. Junto al adolescente se analizan las situaciones de consumo si las hubo, y se hace hincapié en los días de no consumo. Se indaga sobre las estrategias que siguió y se hace un resumen de la información de la inducción. Además se explica al adolescente que al inicio de cada sesión se revisará el auto-registro.

El trabajo en la sesión consiste en la revisión de la primera lectura **Ejercicio 1. Balance decisional**, donde se comparan las ventajas y desventajas del consumo. Esta estrategia en la toma de decisiones, es la primera herramienta que se le enseña al adolescente, comparar ventajas y desventajas sobre algo en lo que se sienten ambivalentes para facilitar una mejor toma de decisiones, en este caso es el consumo, pero, se puede hacer uso de esta estrategia en diversas situaciones en las que no se está seguro de poder tomar la mejor decisión.

A partir del análisis del balance decisional (ver tabla 15), las dos adolescentes Amanda y Amelia mantuvieron su decisión de cambiar el consumo de alcohol y otras drogas y elaboraron estrategias para conseguir su meta.

Tabla 15.
Balance decisional de Amanda y Amelia

	Amanda	Amelia
META DE CONSUMO ALCOHOL	Tomar solo en ciertas situaciones y de forma moderada.	
META DE CONSUMO INHALABLES, MARIHUANA Y COCAÍNA	No consumir.	No consumir (marihuana e inhalables).
PLAN DE ACCIÓN ALCOHOL	2 días de consumo, un día entre semana y un día en fin de semana. No más 2 t.e. por ocasión de consumo. Consumir solo cuando haya comido y este bien de ánimo. No consumir si estoy triste	
PLAN DE ACCIÓN MARIHUANA INHALABLES Y COCAÍNA	No consumir bajo ninguna condición. Cambiar amigos, salir directo de la escuela a la casa y viceversa.	No consumir bajo ninguna condición. Entrar a la escuela y buscar amigos nuevos no consumidores. No salir de casa sola.

SEGUNDA SESIÓN DEL TRATAMIENTO “Situaciones de riesgo y planes de acción”.

En la segunda sesión del PIBA se incorpora el componente de Prevención de Recaídas, el objetivo es que el adolescente identifique sus principales situaciones de consumo y elabore planes de acción para enfrentarlas sin consumo.

Se usa el folleto de la segunda sesión y el auto-registro, dura aproximadamente 90 minutos.

Las actividades de la sesión son: resumen de la sesión anterior, revisión del auto-registro del adolescente, lectura del folleto 2 y llenado de los ejercicios con el adolescente. Al inicio de cada sesión, se debe hacer un resumen breve de lo visto en la sesión anterior, propiciando la participación activa del adolescente en esta actividad, posteriormente se pide y revisa el auto-registro; si durante la semana hubo situaciones de riesgo sin consumo, se analiza con el adolescente que hizo para mantenerse sin consumo, se refuerza su comportamiento y se le invita a elaborar nuevas estrategias para no consumir, ante eventos que se le pudieran presentar o ante la falla de alguna estrategia planeada.

En caso de consumo, se analiza la razón por la que no fueron usadas o porqué fallaron las estrategias de rechazo y planes de acción, se elaboran nuevos planes y se anima a continuar sin consumo hasta la siguiente sesión. Sino llenó el auto-registro o se le olvidó, se debe llenar con él y recordarle que es una de las actividades que hará semana con semana.

El material principal de esta sesión es el folleto dos, en su interior cómo primera actividad tiene la lectura “**Montaña de la recuperación**”, esta lectura destaca que para el aprendizaje de cualquier conducta se requiere de práctica, y que en el caso de la conducta de resistirse o mantenerse sin consumir drogas, es frecuente la recaída (sin que esta información implique un permiso para el adolescente). Además, esta lectura hace hincapié en que a pesar de que un adolescente tenga una recaída, eso no le impide continuar el programa y posteriormente lograr el éxito de mantenerse sin consumir alcohol y/o drogas. Por el contrario, la recaída se ve cómo una opción de aprendizaje. Se le explica al

adolescente el concepto de recaída, la forma en que se interviene en el PIBA y se refuerza el llenado del auto-registro para prevenir y detener una recaída.

La segunda actividad dentro del folleto es la identificación de situaciones de consumo, en este ejercicio el profesional de la salud debe explicar, la importancia de conocer las situaciones de consumo abusivo de alcohol y drogas ilegales además de la planeación de estrategias que ayuden a afrontarlas sin consumo. El ejercicio se trabaja con un ejemplo que incluye los antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo, para que el adolescente identifique sus situaciones de consumo, antecedentes y consecuentes de cada una de ellas. Se le pide que identifique por lo menos dos situaciones en las que consume generalmente alcohol o drogas y que describa que situación, personas y lugar son los antecedentes y cuales consecuencias son los consecuentes de su conducta de consumo, tanto a corto como a largo plazo, incluyendo consecuencias positivas y negativas.

Identificadas las situaciones de consumo excesivo, se le pide al adolescente que elabore planes de acción para cada una de las situaciones; el profesional de la salud guía al adolescente basándose en las experiencias exitosas que el mismo había señalado y tomando en cuenta sus gustos y preferencias. Los planes de acción deben cumplir algunas características como son: ser realistas, ser conductas controladas por el adolescente (no depender de otros), ser variadas y fáciles de instrumentar, esto constituye el segundo ejercicio de la sesión dos

“Desarrollando planes de acción”.

Por último, se sintetizan los puntos más importantes de la sesión, se le da al adolescente el formato de auto-registro semanal y se trabajan situaciones de riesgo de consumo en los días entre sesiones.

El trabajo de la sesión dos se resume con dos ejemplos uno de Amanda y otro de Amelia (ver tabla 16).

Tabla 16.
Resultados de la sesión 2 del PIBA (Situaciones de consumo)

	Amanda	Amelia
SITUACIÓN DE CONSUMO	Saliendo de la escuela, encontrar amigos que consumen y me inviten	Tristeza, en casa sola y pensando en que mi papá no está en casa y tardará en regresar.
PLAN DE ACCIÓN	Anticiparme y pensar en que regresaré directo a casa. Regresar a casa por una ruta diferente, donde no me encuentre a mis amigos de consumo. Si me encuentro a mis amigos que consumen, decirles que tengo que llegar a mi casa rápido.	Tratar de no quedarme mucho tiempo en casa sola. Distraerme jugando con mi hermano menor. No pensar en cosas tristes, mi papá es camionero y tiene que salir de viaje para trabajar.
VENTAJAS	Lograr dejar de consumir y no verlos me ayudará a que sea más fácil	No consumiré y mi mamá se va a relajar. Yo mejoraré mis calificaciones y dejaran de hacer chismes las vecinas sobre que me drogo.
DESVENTAJAS	Si me los encuentro, me van a insistir, no hay tantas rutas diferentes para ir a casa.	Es difícil cambiar cuando ya estoy pensando en cosas tristes, no siempre puedo distraerme.

La tabla 16 se describe un ejemplo de las 3 situaciones de consumo que realizaron Amanda y Amelia, en las situaciones de consumo frecuente de Amelia ella consideraba contar con el apoyo de su exnovio, que trataba de ir por ella a la escuela y llevarla directo a su casa, sin embargo, resulto importante que Amanda, retomara planes de acción que le permitieran salir sin consumo, en caso de no contar con la ayuda de su exnovio.

El caso de Amelia era diferente y reflejaba más situaciones de consumo, relacionadas con estado de ánimo negativos cómo la tristeza, por lo que se le instó a buscar alternativas que tuvieran impacto en sus pensamientos de tristeza, cambiándolos por pensamientos más realistas y positivos, Amelia reconoció que sus estados de ánimo, tenían gran influencia en su consumo y se mostró interesada en trabajar en ellos.

TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO “Metas de vida”

La tercera sesión del PIBA se enfoca en las aspiraciones del adolescente, a diferencia de las sesiones anteriores, que se enfocan en la conducta problemática del adolescente. El objetivo de esta sesión es analizar el impacto del consumo en el logro de sus metas a corto y largo plazo, en los ámbitos personal, familiar, escolar, etc.

Se exploran las metas de vida de los adolescentes y se vincula el logro de dichas metas a la abstinencia de sustancias psicoactivas; esta sesión suele ser de gran ayuda en el trabajo del profesional de la salud, ya que la mayoría de los adolescentes al analizar cómo afecta el consumo de Alcohol y otras drogas el logro

de sus metas, les ayuda a reconsiderar que el consumo frena su capacidad para alcanzar sus metas.

Esta sesión tiene una duración aproximada de 60 minutos, los materiales que se usan son el folleto de metas de vida y el auto-registro.

El procedimiento que se sigue en esta sesión, es destacar los aspectos más importantes de la sesión anterior de planes de acción, revisar el auto-registro con el adolescente y repasar los contenidos de folleto 3 metas de vida.

La primera actividad en el folleto es la lectura “**¿Cuáles son tus metas?**” Esta breve lectura explica de manera sencilla al adolescente que son las metas, para qué sirven o en que le beneficia tener claras sus metas, la lectura termina con la pregunta para el adolescente ¿Cuáles son tus metas?

El adolescente tiene que formular tres metas que le interesaría lograr, apegándose a la definición de la lectura. Las escribe en el folleto y que para cada una de ellas, menciona la o las razones principales por las que le interesa lograrla. Ya que el adolescente fija sus metas, y tiene claras cuáles son sus razones para lograrlas, se le pide reflexionar sobre que está haciendo para alcanzar esas metas que son tan importantes para él, y en qué porcentaje considera que está lográndolas, tomando como referencia un continuo de 0 a 100 por cada meta.

El profesional guía al adolescente, para que identifique metas realistas, alcanzables y deseables para él, también hará preguntas que lo ayuden a identificar sus razones para alcanzarlas.

El siguiente paso es realizar el ejercicio, ¿Qué cosas vas a hacer para conseguir el 100% de tus metas?, este ejercicio tiene el objetivo de ayudar al adolescente a planificar el avance de sus metas. Debe incluir actividades y estrategias para aumentar la probabilidad de lograr cada meta, y que describa las actividades a corto plazo (un mes), mediano plazo (seis meses) y largo plazo (un año) que le acercarán a su meta. También deberá indicar que pasaría con el avance de su meta si continuara consumiendo.

En general los adolescentes, logran reconocer que el consumo dificultaría el logro de sus metas, e incluso identifican la incompatibilidad de éste con el logro de las mismas. Conjuntamente esta sesión ayuda al adolescente, a identificar que el logro de sus metas depende de un esfuerzo continuo, y no producto del azar o la buena suerte. Se le muestra que él, es capaz de lograr lo que se propone si planea y se esfuerza para alcanzar lo que desea.

En la tabla 17 se muestra un ejemplo de los ejercicios de Amanda y Amelia

Tabla 17
Sesión Metas de Vida de Amanda y Amelia

	Amanda	Amelia
META	Entrar a la preparatoria	Estudiar para educadora
RAZONES POR LAS QUE QUIERE LOGRAR ESA META	Quiero estudiar y salir a trabajar para ganar mi propio dinero.	Me gusta trabajar y cuidar a los niños. Tengo que estudiar algo para trabajar y tener una familia.
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	20%	10%
OBSTÁCULOS	La mala relación con mi mamá. El consumo de drogas. Que no he estudiado para el examen de admisión.	Las drogas La situación económica en casa. Mis calificaciones en la escuela y terminarla
¿QUÉ HACER AL MES?	Buscar el apoyo de mis padres y pedir me inscriban a un curso de preparación.	Ya no faltar a la escuela y dejar de drogarme.
¿QUÉ HACER A LOS 6 MESES?	Ir al curso y hacer todas mis tareas en la escuela no reprobando las materias.	Terminar la escuela sin reprobando ninguna materia.
¿QUÉ HACER EN UNA AÑO?	Terminar el curso de preparación y prepararme lo mejor posible para el examen.	Mantenerme sin consumir nada de droga y seguir estudiando, planear en que escuela puedo estudiar para educadora y que este cerca de mi casa.
¿CÓMO AFECTA EL CONSUMO EL LOGRO DE MI META?	Sino dejo de consumir mis papás no me van a dar dinero para el curso de preparación y no voy a quedar en ninguna escuela.	Si sigo consumiendo, me van a sacar otra vez de la escuela y no voy a poder estudiar.

En la tabla 17, se describe la meta principal de vida de las usuarias, en general ambas deseaban estudiar y terminar la escuela, aunque Amanda no tenía claro que quería estudiar, si sabía que debía terminar la educación media superior y Amelia con un objetivo más claro, deseaba ser educadora por lo que se le ayudó a planear en ese sentido sus metas. En el ámbito personal, deseaban mejorar su relación familiar y a ambas les quedó claro que el seguir consumiendo limitaría o haría imposible que consiguieran sus metas.

CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO “Restablecimiento de metas de consumo”

El objetivo de esta sesión es que el adolescente visualice la reducción de su consumo y, analice que tanto le han servido las estrategias elaboradas en las sesiones previas y que han sido puestas en práctica durante el tratamiento; si éstas le ayudaron a mantener el cambio y si considera necesario cambiar la meta de consumo fijada al inicio del tratamiento.

Los materiales usados en esta sesión son, el folleto 4, el auto-registro, la gráfica de progreso y el Cuestionario de Confianza Situacional. La duración aproximada es de 90 minutos.

Cómo al inicio de cada sesión se revisa el auto-registro. Se refuerzan las estrategias y planes de acción que lo ayudaron a lograr su meta y se analizan a profundidad las situaciones que dieron lugar a consumos. En caso de abstinencia y consumos superiores a la meta en caso de reducción.

Previo a la sesión, el profesional de la salud llena del folleto 4 el apartado Registro de consumo a lo largo del mes, llenando la gráfica con la información semana con semana de los auto-registros. Con la gráfica el profesional de la salud y el adolescente,

revisan cómo ha cambiado su consumo al largo del tratamiento, comparándolo con su meta de consumo.

Se contesta nuevamente el Cuestionario de Confianza Situacional, evaluando que tan confiado se siente de resistir el consumo ante las 8 situaciones que mide y se comparan sus respuestas, con el cuestionario que se contestó en la sesión de evaluación. El profesional junto al adolescente, analizan los cambios en la percepción sobre la confianza en resistir al consumo ante las ocho situaciones.

Otra actividad durante la sesión es, revisar la efectividad de los planes de acción que puso en marcha durante el tratamiento y, que tan efectivas resultarán a futuro terminado tratamiento. Si es necesario se deben trazar nuevos planes para resistir el consumo.

Retomando los avances sobre la meta de consumo y la utilidad de las estrategias para resistir consumir, se plantea al adolescente la posibilidad de restablecer la meta; si la meta fue reducción y tomando en cuenta que le fue difícil mantenerla, se le recomendaría pensar en la abstinencia, o emplear otro tipo de estrategias para lograr el objetivo, dependiendo de que tan buen resultado le dieron durante el tratamiento. Se plantea también la posibilidad de sesiones adicionales si se consideran necesarias, basándose en los resultados de la gráfica y del cuestionario de Confianza Situacional, incluso se podría planear la necesidad de ingresar al adolescente a otro programa de tratamiento, para trabajar inquietudes o problemáticas no tratadas durante la aplicación del PIBA. Si se decide por una nueva meta de consumo, se le proporciona el formato de establecimiento de metas y se establecen las reglas de cantidad, frecuencia, situaciones favorables de consumo y situaciones en las que se debe evitar consumir.

Fijada la nueva meta o manteniendo la anterior, por los buenos resultados obtenidos, se pide al adolescente evalúe el tratamiento con respecto a los temas que integran el PIBA, los folletos y formatos, y el resultado (cambio en el consumo). Para lo que se aplica el formato incluido en el Folleto 4.

La sesión 4 tiene como objetivo dar cierre al tratamiento, demostrando al adolescente cómo ha cambiado su consumo y cómo lo ha logrado semana con semana. Se le recuerda que es la última sesión y se le pregunta si piensa que pueda requerir sesiones adicionales y que se trabajaría en esas sesiones.

En caso de no requerir sesiones adicionales, se le recuerda que el PIBA incluye seguimientos y su importancia para mantener el cambio en el consumo. Se fijan las fechas de los seguimientos, y se despide al adolescente.

El profesional realiza una nota final de cierre de caso con los datos más importantes y se programan las fechas de seguimiento del adolescente en el expediente. En esta sesión Amanda y Amelia hicieron una recapitulación del tratamiento y de los cambios logrados hasta el momento de la sesión. En la tabla 18 se muestran el resumen de la sesión 4.

Tabla 18.

Resumen de la Sesión 4 de Amanda y Amelia

	Amanda	Amelia
PRINCIPALES RAZONES PARA CAMBIAR	Por los problemas que tenía en casa y en la escuela.	No ser un problema más para mi mamá y lograr seguir en la escuela.
BENEFICIOS DE CAMBIAR EL CONSUMO.	Mejoraron un poco mis calificaciones y me llevo mejor con mi mamá.	Mi mamá ya me tiene más confianza y ya no faltó al a escuela.
CONSUMO DURANTE EL MES DE TRATAMIENTO	2 días rebase mi meta de consumo de alcohol, y no he consumido nada de otras drogas.	Una mona.
RESTABLECIMIENTO DE METAS	Mantengo las metas del inicio de tratamiento	Mantengo las metas del inicio del tratamiento.
IMPORTANCIA DE LA META	75%	100%
CONFIANZA EN LOGRAR LA META	100%	100%

SEGUIMIENTOS

Si bien la meta principal del PIBA y de los programas cuya conducta blanco es el consumo de sustancias psicoactivas, es la reducción o la abstinencia; en pocas ocasiones se mide el mantenimiento del cambio, en este caso el logro de la meta.

Los seguimientos son intervalos programados, sistemáticos y estructurados en el que se tiene contacto con el adolescente que ha concluido el tratamiento. El objetivo es identificar si se ha mantenido el cambio en la conducta de consumo a través del tiempo, en periodos preestablecidos de un mes, tres meses y seis meses de terminado el tratamiento.

La duración de las sesiones de seguimiento de un mes y tres meses es de 30 minutos aproximadamente, la sesión de seis meses suele ser más larga de 50 minutos. Los materiales usados son seguimiento de uno y tres meses, Línea Base Retrospectiva; para el seguimiento a seis meses se requiere el formato de seguimiento de seis meses, Línea Base Retrospectiva, Inventarios de Situaciones de Consumo de Alcohol/ Drogas y Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Cómo actividad anterior a la cita de seguimiento. El profesional de la salud debe revisar el expediente del adolescente, con la finalidad de tener a mano datos cómo patrón de consumo, sustancia o sustancias psicoactivas consumidas, meta establecida, alternativas y planes de acción.

Para los seguimientos se establecen citas en el lugar donde se dio el tratamiento o, pueden ser por vía telefónica, si el adolescente no puede trasladarse al lugar establecido. En el caso del último seguimiento, es recomendable que se haga en persona ya que para este seguimiento se aplican instrumentos y aplicarlos por teléfono resulta complicado. Además la duración de la sesión es de 50 minutos, tiempo en el que es difícil mantener la atención del adolescente por este medio de comunicación.

Al inicio del seguimiento, el profesional de la salud llena junto con el adolescente la LIBARE de los consumos, indicando si hubo o no y que cantidad que se consumió. En caso de tener meta de reducción se determina si se logró y se destaca cómo ha conseguido el adolescente mantenerla, si es abstinencia se destacan las opciones que le han ayudado a no consumir.

En caso de consumos superiores a la meta de reducción o consumo cuando la meta es la abstinencia, se trabajan con el adolescente los antecedentes y consecuentes

de su recaída y se elaboran nuevos planes de acción. Si la recaída fue por una situación no contemplada previamente, se le invita a hacer nuevos planes de acción; si algunos de sus planes han dejado de ser viables o funcionales tendrá que adaptarlo o cambiarlo según sea el caso. El objetivo es que el adolescente se vaya con nuevos planes de acción, para resistir el consumo y con la determinación de llevarlos a cabo.

El profesional realiza la entrevista usando el formato de seguimiento, con la finalidad de completar la información de consumo y aplicación de las estrategias aprendidas durante el tratamiento. Se hacen preguntas sobre los materiales y el auto-registro, si ha logrado su meta o no y la razón, el manejo que el adolescente ha dado a la recaída y los planes de acción usados exitosamente.

Con toda la información recabada se identifican los avances del adolescente ya terminado el tratamiento, se analizan los obstáculos y la manera en la que los ha enfrentado, si fuera necesario se plantea al adolescente reingresar al PIBA.

Los seguimientos de las adolescentes se resumen en la tabla 19, Amanda no volvió a consumir inhalables, sin embargo, durante el tratamiento y los seguimientos, consumió alcohol y en varias ocasiones rebaso el límite establecido en su meta. Para el tercer seguimiento logró mantener el límite de consumo fijado. La situación de Amelia fue diferente, ya que durante el tratamiento consumió inhalables y en seguimientos no registró consumos. En el auto-reporte de las relaciones familiares se apreció mejoría en ambos casos y demostraron haber puesto en práctica estrategias de control de emociones negativas y de rechazo al consumo.

6.1.5. Resultados

La aplicación de los instrumentos y la LIBARE al inicio y al terminar del tratamiento, nos dan la oportunidad de visualizar los cambios por medio de gráficas y de dimensionar los cambios conductuales de la persona atendida, además se cuenta con el auto-reporte de los cambios y beneficios percibidos por la persona y sus familiares, mismos que completan la información que el profesional requiere para saber cómo evoluciona el adolescente.

En ambas adolescentes se apreciaron cambios en el consumo, Amanda (figura 5) continuó consumiendo alcohol y rebasando la meta de consumo durante el primer mes de seguimiento. Amelia (figura 6) dejó de consumir y solo presentó consumo de una mona durante tratamiento, posterior a ello no lo volvió a hacer.

Con respecto a la confianza situacional ver Figura 4 de Amanda y la figura 5 de Amelia, en las que se muestran la Confianza situacional medida en tres ocasiones, línea base, al término de tratamiento y al tercer seguimiento. Los cambios se mantuvieron hasta el último seguimiento, con poca variación en ambos casos.

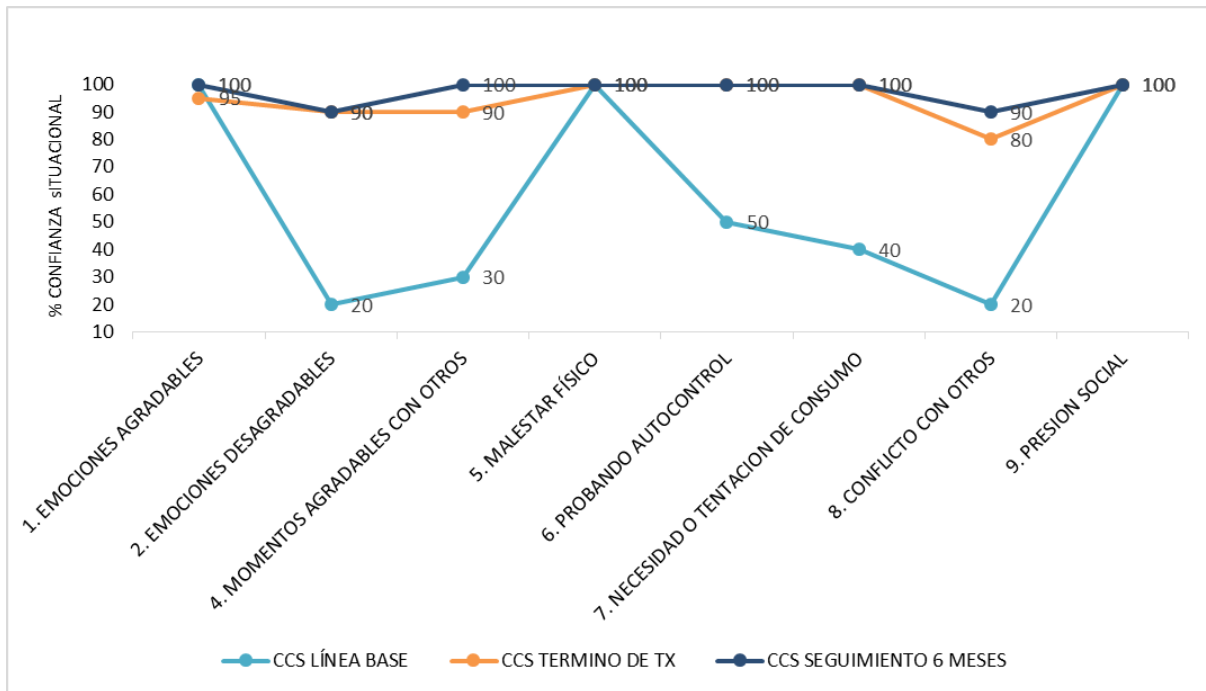


Figura 4. Confianza Situacional de Amanda durante la intervención

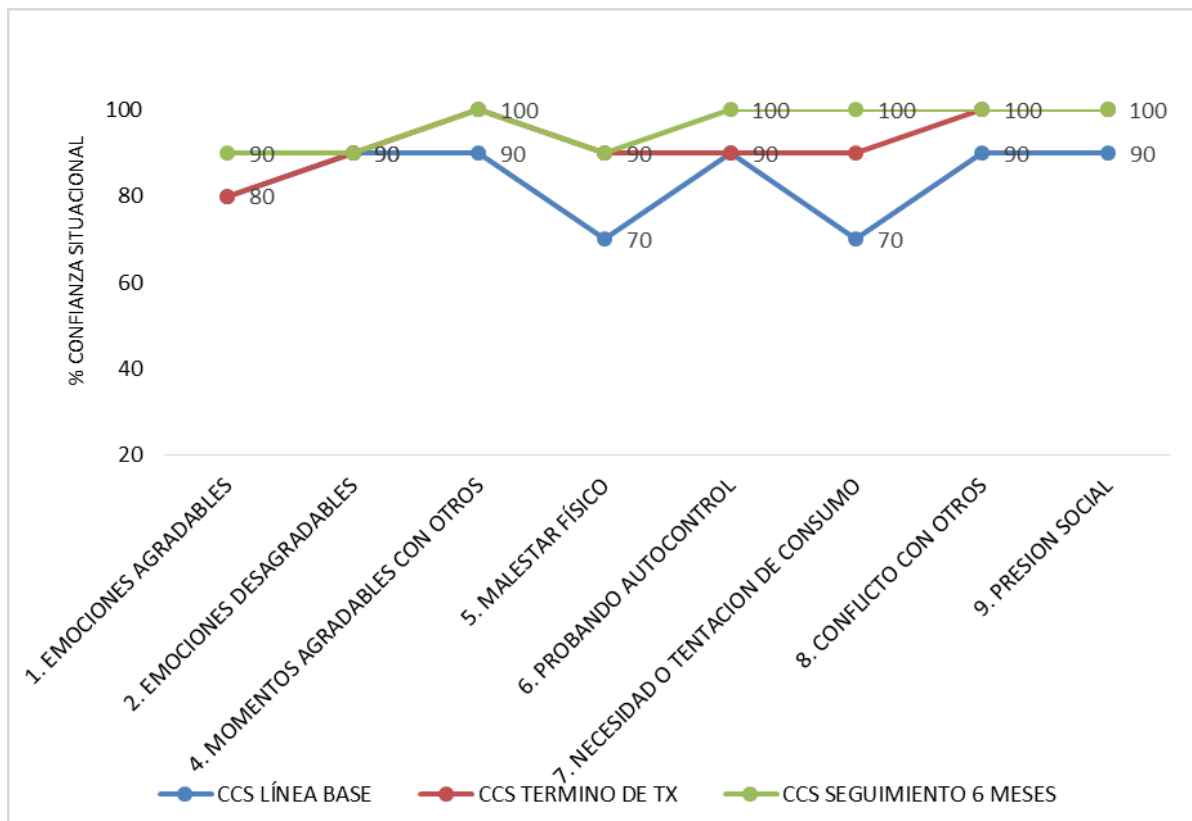


Figura 5. Confianza Situacional de Amelia durante la intervención

Los patrones de consumo en los seguimientos, se mantuvieron dentro de las metas que cada una de las adolescentes fijó por sustancia para el seguimiento a 6 meses. Para mayor detalle de los seguimientos ver tabla 19.

Tabla 19.
Seguimientos Amanda y Amelia

	Amanda	Amelia
DURANTE EL TRATAMIENTO	2 consumos de alcohol que rebasaron su meta de consumo de dos copas por ocasión de consumo. No reporta consumo de otras sustancias psicoactivas	Consumo de 1 mona durante tratamiento. No reporta consumo de otras sustancias psicoactivas
PRIMER SEGUIMIENTO (AL MES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO).	2 consumos de alcohol que superaron su meta. 2 consumos dentro de la meta de consumo. No reporta consumo de otras sustancias psicoactivas	Un consumo de dos monas. No reporta consumo de otras sustancias psicoactivas
SEGUNDO SEGUIMIENTO (A LOS 3 MESES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO).	5 Consumos de alcohol dentro de la meta establecida. No reporta consumo de otras sustancias psicoactivas.	No reporta consumo de sustancias psicoactivas.
TERCER SEGUIMIENTO (SEIS MESES DESPUÉS DE TERMINADO EL TRATAMIENTO).	10 consumos de alcohol dentro de la meta establecida. No reporta consumo de otras sustancias psicoactivas.	No reporta consumo de sustancias psicoactivas.

La Figura 6 muestra el patrón de consumo por mes desde los seis meses anteriores al consumo (línea base), hasta seguimientos de Amanda; durante el tratamiento únicamente tomó alcohol y se observa cómo, a partir del segundo seguimiento logró mantener su meta de consumo moderado de alcohol. Para Amelia se elaboró la Figura 7 con sus consumos por mes desde la línea base hasta terminar el último seguimiento, Amelia no volvió a consumir inhalables a partir del primer seguimiento.

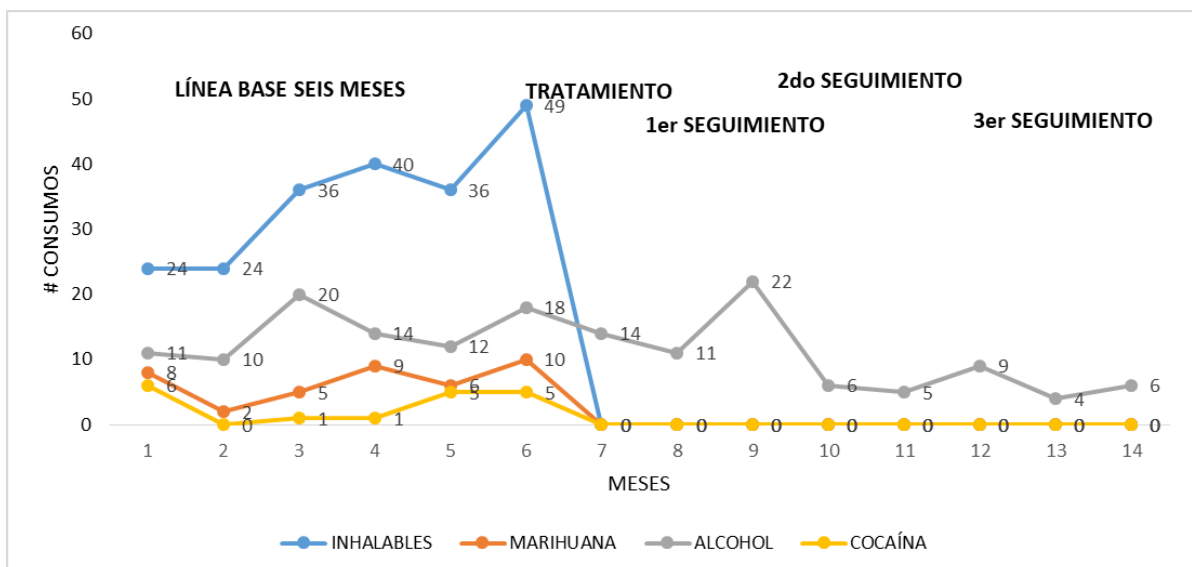


Figura 6. Patrón de consumo con seguimientos de Amanda

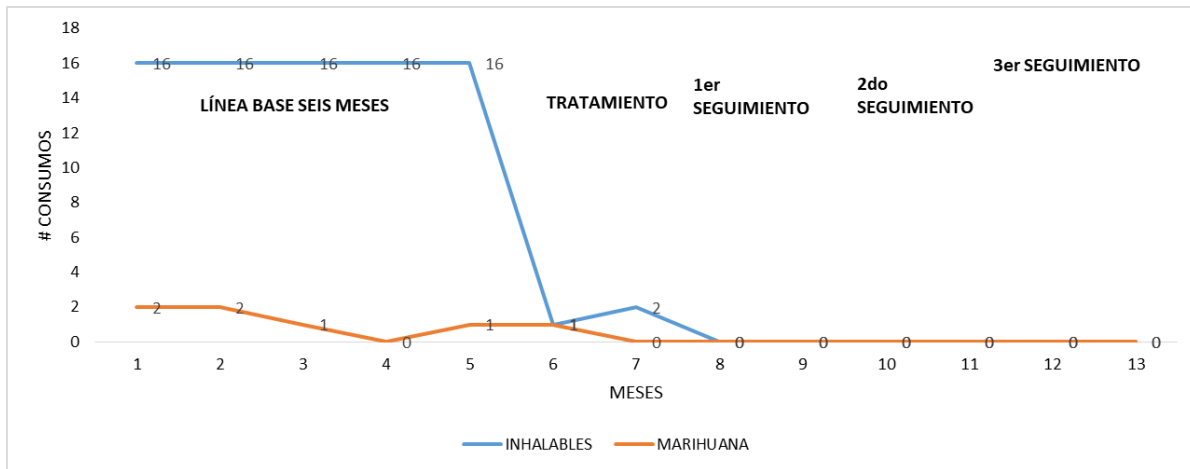


Figura 7. Patrón de consumo con seguimientos de Amelia

Tomando en cuenta lo reportado por Amanda y Amelia y los cambios en su conducta, informado por los padres, se considera que el tratamiento fue exitoso con mejorías en el área académica, ambas mejoraron calificaciones y aprendieron a controlar las emociones desagradables que precipitaban los consumos.

Amanda se inscribió a un curso de preparación para el examen a bachillerato, en lo familiar mejoró la relación con su madre, con la que tenía una mala relación al inicio del tratamiento, logró controlar mejor el enojo como principal precipitador de consumo. Amelia recuperó la confianza que su madre depositaba en ella y logró controlar los sentimientos de tristeza que anteriormente le llevaban a consumir.

El PIBA incorpora en sus componentes metas de vida, este componente fue de gran utilidad en el tratamiento de las adolescentes, ya que reconocieron que sus metas eran incompatibles con el consumo, que los problemas que presentaban se estaban incrementando por el mismo. Incluso era origen de muchos de sus problemas, en ese sentido las adolescentes establecieron planes de acción, que les alejó del consumo y les permitió seguir avanzando para conseguir lo que deseaban. Adicionalmente, se trabajaron estrategias sobre las emociones desagradables vinculadas a la relación con

la madre de cada una de las adolescentes, logrando que las adolescentes pudieran afrontar situaciones precipitadoras sin acudir a las sustancias psicoactivas.

En la siguiente sección se reporta el caso de Andrés joven que se presentó a consulta en una de las sedes donde realicé mi residencia y cuyo caso considero pertinente reportar como caso principal, dentro de este reporte.

7. Reporte de caso único

En esta sección se reporta el caso de Andrés, adolescente de 17 años habitante de la Ciudad de México que se atendió con el PIBA. Andrés consumía inhalables y ocasionalmente alcohol. Vivía con sus padres y un hermano menor. Estudiaba el bachillerato en una escuela pública.

7.1. Identificación del paciente

Edad: Andrés

Sexo: Masculino

Edad: 17 años

Estado Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante de bachillerato

Nivel socioeconómico: Medio-bajo

Lugar de residencia: colonia popular de la Ciudad de México.

Entorno familiar: Vivía con ambos padres, en casa de los abuelos, es el hijo mayor, tiene un hermano varón de 8 años. La madre se dedica al hogar y el padre trabaja por su cuenta.

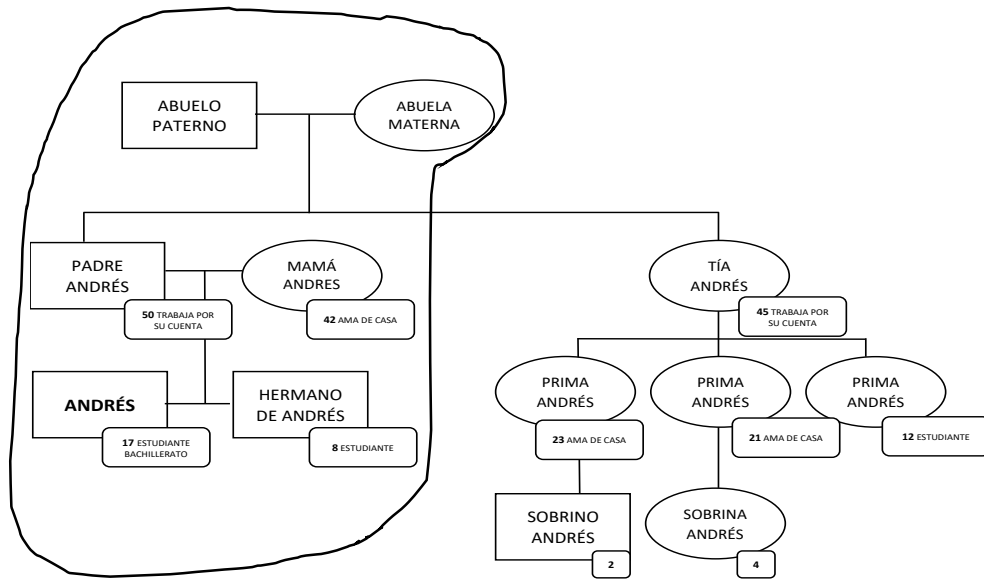


Figura 8. Familiograma básico de Andrés

Descripción del familiograma básico: Andrés es estudiante de bachillerato, primogénito de un matrimonio con otro hijo menor de 8 años, vivía con sus padres y la familia nuclear de Andrés habitaba en el terreno de los abuelos paternos. Donde ambas familias tenían sus casas independientes, mantienen buena relación con una tía paterna y los abuelos paternos, la relación con los parientes maternos es distante ya que viven en otro estado (Figura 8).

7.2. Motivo de consulta

Se presenta a consulta en compañía de ambos padres con buena disposición y en condiciones de aliño adecuadas. La demanda de atención deviene de los padres, que reportaron a la profesional de la salud preocupación por consumo de inhalables, desconociendo el momento de inicio. Al entrevistar a Andrés mencionó consumos de alcohol e inhalables tres meses atrás, indicaba que acudía por solicitud de sus padres

que se encontraban preocupados por su consumo de inhalables. Su madre incluso amenazó con sacarlo de la escuela, el padre se mostró más sereno.

7.3. Información obtenida de la entrevista

Andrés se mostró dispuesto a atender y responder la entrevista y con disposición ante la perspectiva de tratamiento, sin embargo, refería que debido a petición de su madre es que habían acudido en busca de tratamiento y no por iniciativa propia.

Historia del problema: Andrés reportaba consumos de alcohol e inhalables, la sustancia de impacto eran los inhalables (activo PVC), no consideraba problemático el consumo de alcohol, incluso refería que no le gustaba pero que tomaba alcohol por convivir con amigos.

El consumo de inhalables y alcohol databan de tres meses atrás, en el caso del alcohol la bebida de preferencia era la cerveza, reportaba que no le agradaba mucho el efecto ni el sabor, sin embargo, regularmente se tomaba 3 caguamas (6 t.e.) pero las repartían entre 8 amigos de la escuela, consumía cada 15 días aproximadamente y no lo consideraba problema. Los inhalables los consumía en la calle en las inmediaciones de la escuela, Andrés asistía a la escuela por la tarde; cuando salía o entre clases aprovechaban él y sus amigos para salir y consumir en la calle, de dos a tres días a la semana consumía activo, cuatro monas máximo y una mona mínimo, los fines de semana no lo hacía porque estaba en casa y no veía a sus amigos. Gastaba en promedio 15 pesos en los inhalables y no consideraba ninguna dificultad si decidía dejar los inhalables.

Por el contrario Andrés consideraba que los inhalables ya eran un problema, a partir de que sus padres se enteraron y había experimentado consecuencias negativas,

por ejemplo, ya no lo dejaban salir solo e iban por el a la escuela. También le restringieron el dinero y expresaba tener miedo de que su abuelo paterno se enterará de su problema, ya que no quería que pensara mal de él y decepcionarlo. El mayor tiempo que había estado sin consumo era un mes, debido a que en ese momento tenía novia y a ella no le agradaba que el consumiera. A decir de Andrés retomó el consumo por “antojo” (apetencia) del activo. El efecto del inhalable (Activo pegamento para PVC) que reportaba Andrés era sentirse bien, relajado, feliz y ardor en los ojos.

Dejar de consumir inhalables se volvió muy importante para Andrés, ya que había tenido problemas familiares que consideraba graves. Y algunos amigos de la escuela no consumidores, se habían acercado a él para aconsejarle que no lo hiciera más. Se mostró sensible a la preocupación de sus amigos aunque consideraba que su mamá exageraba.

Andrés asistía a la escuela de manera regular, y de dos meses a la fecha de la demanda de tratamiento, sus calificaciones habían bajado, por lo que debía preparar algunos exámenes extraordinarios, a pesar de los anterior el consideraba ser buen estudiante y tenía confianza en poder lograr pasar las materias sin problema.

La salud de Andrés era buena, en una exploración más profunda mencionó que su ciclo de sueño, se había visto ligeramente alterado por el consumo, lo anterior se podía explicar debido a que Andrés consumía al salir de la escuela en el turno vespertino, retardaba el regreso a casa para que se le pasara el efecto; al llegar tardaba en conciliar el sueño por lo que se despertaba más tarde. También mencionaba que había notado dificultad para concentrarse, una problemática reportada de índole interpersonal era que había tenido que mentir para ocultar el consumo y había perdido la confianza de sus padres, además por estar en compañía de amigos consumidores se había visto envuelto

en peleas dentro y fuera de la escuela, algo que consideraba normal debido a que era frecuente que se dieran altercados al salir de la escuela.

Adicionalmente Andrés mencionaba planes claros y realistas a futuro, deseaba estudiar ingeniería en sistemas, tener un auto y una casa; al momento de la entrevista cursaba el tercer semestre, en un colegio de bachilleres enclavado en una colonia popular de la Ciudad de México. Le gustaba bailar y asistir a fiestas, a corto plazo le interesaba tener una novia y pasar todas sus materias del semestre anterior.

7.4. Impresión diagnóstica

Andrés llegó a tratamiento a petición de sus padres, principalmente la madre, sin embargo, es importante resaltar que eran ambos padres los que le acompañaban y aunque, Andrés no consideraba el consumo un gran problema en un principio, debido a la problemática familiar, los inhalables se llegaron a convertir en un gran problema. Durante la entrevista y admisión Andrés logró darse cuenta que, si bien al principio no consideraba problemático el consumo, haciendo un recuento de su historial y consecuencias del mismo, éste se había convertido en un problema importante. Considerando lo anterior Andrés se sentía confiado de no consumir, e insistía que el alcohol no representaba un problema pues no le gustaba, bebía en muy pocas ocasiones y menos cuando había consumido o iba a consumir activo. La impresión que se tuvo de Andrés en este primer momento, fue la de un joven con confianza en sí mismo, con planes a futuro incompatibles con el consumo de sustancias psicoactivas y con buenas redes de apoyo familiar y social.

7.5. Recursos disponibles y déficits

A partir de los primeros encuentros, pude darme cuenta que Andrés tenía posibilidades de terminar con éxito el PIBA abandonando el abuso de inhalables. Basé mi valoración en que Andrés contaba con el apoyo de ambos padres, que se mostraron dispuestos a llevarlo a tratamiento, a pesar de recorrer una distancia considerable y que habían aplicado consecuencias negativas a la conducta de consumo, mismas que Andrés consideraba aversivas (controlarle el dinero, ir por él a la escuela, ya no prestarle el coche y mostrarle poca confianza). Andrés se manifestaba avergonzado de haber sido encontrado consumiendo y consideraba que “monearse” no era algo que tuviera que ver con lo que él era y lo que quería en un futuro llegar a ser.

Adicional a lo antes mencionado, mostraba interés en la escuela, en tener una novia y en rescatar la relación con sus amigos no consumidores. Se mostraba como un joven seguro de sus capacidades y con metas a futuro, respetaba las normas de casa y consideraba a sus padres como autoridades y le importaba lo que pensarán de él.

Cómo déficits consideré su exceso de confianza ante el logro de la abstinencia y el nulo interés que mostró en evaluar sus consumos de alcohol. La escuela podía llegar a convertirse en un obstáculo tanto cómo los compañeros que consumían fuera de ella, además durante la entrevista se hizo notar que alrededor de la escuela se daban reiteradamente actos de violencia entre alumnos y entre alumnos y la policía. Andrés justificaba los altercados violentos normalizándolos y minimizando su importancia.

Se consideró importante durante el tratamiento, abordar el tema de la violencia y no dejar de lado la evaluación y vigilancia del consumo de alcohol de Andrés.

7.6. Resultados de la evaluación

Para integrar la información necesaria sobre el problema y el contexto en el que se desenvolvía Andrés, se le evaluó con los instrumentos que el PIBA establece.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: POSIT, Línea Base Retrospectiva LIBARE, Indicadores de dependencia del DSM-IV-TR, el Cuestionario Breve de Confianza Situacional CCS y el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes ISCD-A.

POSIT

Los resultados más importantes en el POSIT fueron las respuestas afirmativas en dos preguntas claves que fueron, ¿has empezado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseabas? Y la pregunta ¿manejaste un automóvil estando borracho o bajo los efectos de alguna droga? Andrés reportaba que efectivamente, había empezado a consumir más activo (inhalables) para lograr sentirse cómo las primeras veces y que su padre le prestaba el coche de vez en cuando, sin embargo, a partir de chocarlo estando bajo el efecto de los inhalables dejaron de prestárselo.

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

La Línea Base Retrospectiva de Andrés incluía 6 meses antes de la búsqueda de tratamiento (ver figura 9). Es importante notar que a pesar de que los consumos totales no eran considerados altos (56 monas), en los seis meses si se aprecia el tiempo que estuvo sin consumo, debido al rechazo de esta actividad por su novia de esa época y

cómo en el mes previo a iniciar el tratamiento incrementó las cantidades de activo reportadas.

En el caso del alcohol mencionó, consumos con amigos e incluso en fiestas familiares con conocimiento de sus padres, Andrés continuaba sin darle importancia e indicaba que no le gustaba el efecto ni el sabor.

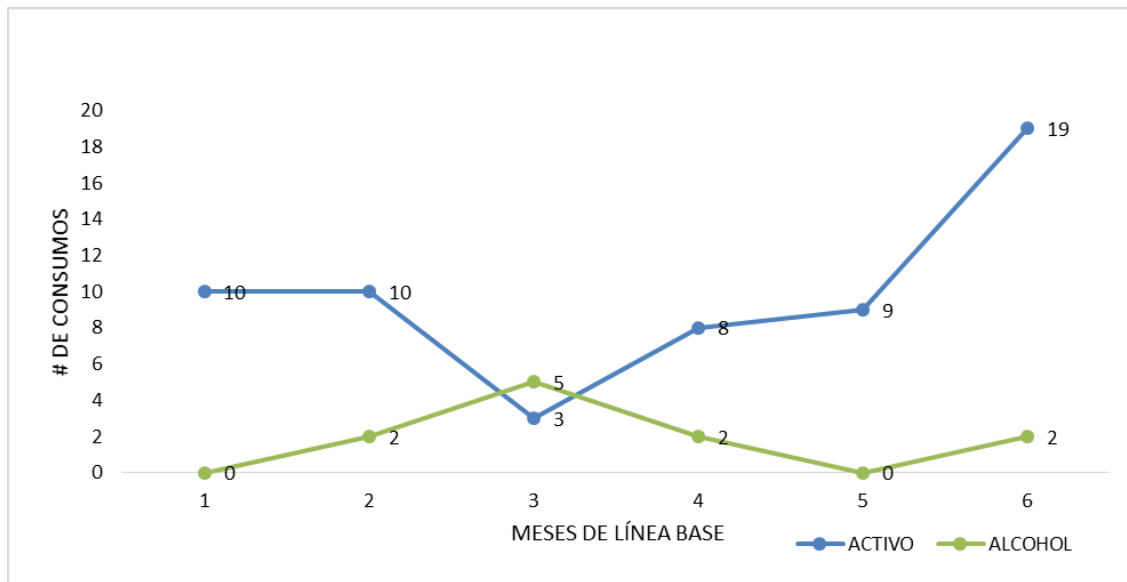


Figura 9. Patrón de consumo de Andrés en Línea Base

INDICADORES DE DEPENDENCIA DEL DSM-IV

En este instrumento Andrés respondió a todos los indicadores con una respuesta afirmativa, menos al que se refiere a si presentaba malestar físico (síndrome de abstinencia), al suspender el consumo y que se alivia cuando se vuelve a consumir. Andrés consideró que no experimentaba los mismos efectos del activo que los que había experimentado la primera vez, había aumentado la cantidad y la frecuencia del consumo, también había tratado de reducir o suspender el consumo pero no lo había logrado,

invertía más tiempo en estar con amigos consumidores y consumiendo que en otras actividades, había cambiado sus amistades por personas que consumían, había dejado de entrar a todas las clases por estar consumiendo, y por último no dejaba el activo, incluso sabiendo que le hacía daño.

A pesar de la corta historia de consumo y que las cantidades no eran consideradas altas Andrés se mostró receptivo y reflexivo sobre su consumo de inhalables, durante la evaluación logró percatarse de que el activo estaban afectando su vida, en cómo elegía a sus amistades, lo descuidada que tenía la escuela y el tiempo que en realidad gastaba en estar consumiendo. Por otro lado el síndrome de abstinencia por inhalables es muy pocas veces informado y por el nivel del consumo era poco probable que Andrés lo presentara, sin embargo, se ahondo más sin encontrar evidencia de su presencia.

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

En lo relativo a que tan confiado se sentía de no consumir ante ciertas situaciones, Andrés reportó confianza del 100 por ciento de resistir al consumo ante situaciones como: momentos agradables con otros, malestar físico, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, y presión social. En el caso de las emociones desagradables indicó una confianza del 95 por ciento y ante emociones agradables del 85 por ciento. Andrés reconocía que ante las emociones le era más difícil controlarse y no consumir, aunque el porcentaje no era tan bajo. En general Andrés se percibía como un adolescente confiado en sus capacidades.

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS PARA ADOLESCENTES

En el inventario, Andrés obtuvo puntajes bajos, sin embargo, en dos áreas de las cuatro evaluadas se ubicó en situación de consumo de riesgo que fueron emociones agradables y momentos agradables con otros (ver figura 10).

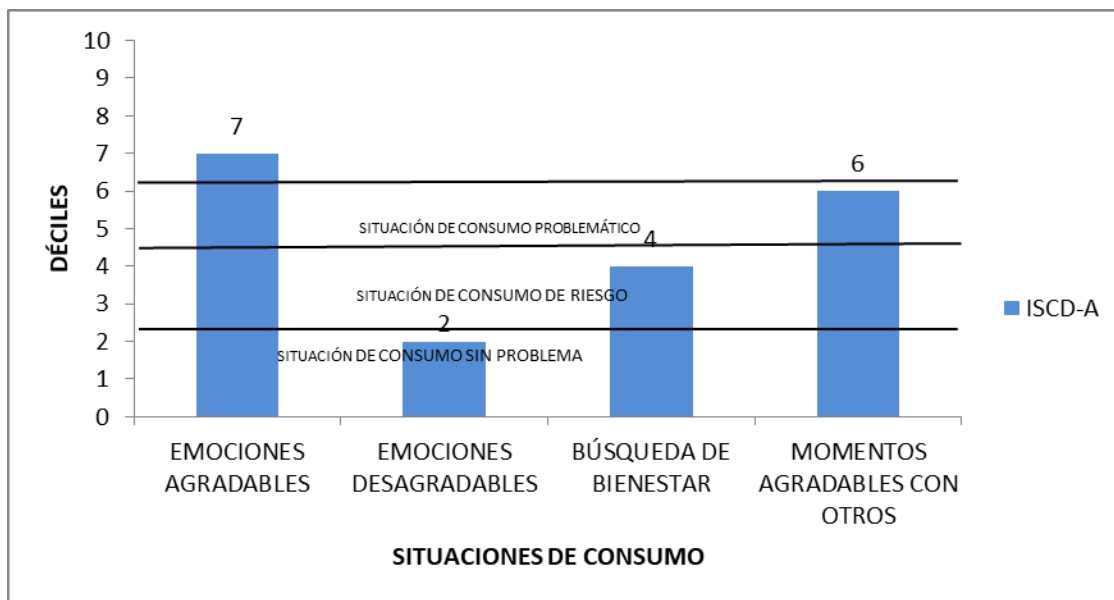


Figura 10. Resultados de Andrés en el ISCD-A

Al comparar las situaciones de consumo de riesgo de inhalables que son Emociones agradables y momentos agradables, con la confianza de rechazar consumir ante las ocho situaciones evaluadas por el CCS, tenemos que en situaciones de emociones agradables, Andrés generalmente consume y es la escala que puntuó más bajo en confianza es decir, tiene menor confianza congruentemente con la situación de riesgo, contrario a la otra situación de consumo de riesgo que fueron los momentos

agradables con otros y en la que Andrés se percibía 100 por ciento seguro de no consumir.

El resultado global de la evaluación fue que Andrés tenía un problema por abuso de inhalables, que había repercutido en diferentes áreas de su vida, en particular en el área académica, había bajado mucho de calificación y el área social- relacional también fue afectada ya que perdió la confianza de sus padres y se enfrentaba a la posible decepción del abuelo paterno.

A Andrés le costaba trabajo controlar su consumo ante emociones tanto agradables cómo desagradables, pero se mostraba confiado de su capacidad de rechazar los inhalables en casi todas las circunstancias menos levemente ante las emociones agradables. Demostró tener buenos recursos y oportunidades para beneficiarse del programa PIBA.

Durante la evaluación no se aplicó el ISCA, ya que Andrés indicaba no consumir alcohol frecuentemente, y se negó a pesar de la insistencia de la profesional, sin embargo, se le conminó a reportar los consumos y en caso de presentar un aumento en ellos se precisaría fijar también meta de consumo de alcohol.

Andrés mostraba interés en la escuela, en tener un buen desempeño académico y en que su abuelo paterno no supiera que consumía inhalables puesto que consideraba, sería una gran decepción y él no deseaba causarle esa vergüenza. Esta fue una constante expresión de preocupación durante todo el tratamiento.

Por las características del problema, patrón de consumo, sustancia, la evaluación y características, se consideró que Andrés presentaba abuso de inhalables (sustancia

específica activo PVC) con problemática asociada en área académica y familiar principalmente. En el caso del uso del DSM-V Trastorno por Consumo de Sustancias TCS, inhalables (sustancia específica activo) leve, presentando tres criterios diagnósticos, uno en el área de control deficitario: consumo de grandes cantidades de sustancia o durante un tiempo más prolongado de lo previsto. Y dos en el área de deterioro social: consumo recurrente que puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos y se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

El plan de tratamiento adecuado para Andrés era el PIBA, trabajando inhalables cómo sustancias de impacto, además orientar consumo responsable de alcohol y adicionalmente aumentar la percepción de riesgo al involucrarse en riñas y participar en bandas de la escuela.

7.7. Tratamiento

La profesional de la salud consideró basándose en la evaluación que aplicaría el programa PIBA a Andrés, solo se interrumpió la secuencia del tratamiento entre la sesión dos y la tres, reagendando excusándose en que tenía exámenes y no podía asistir. Todos los seguimientos fueron presenciales y los realizó la misma profesional de la salud.

7.7.1. Sesión de inducción al tratamiento

Durante la inducción se devolvieron y explicaron los resultados de la evaluación, encontrando a Andrés asombrando por el número aproximado de monas consumidas, los seis meses previos al tratamiento (ver figura 9), en lo referente a la información de daños a la salud resultado del consumo de inhalables, se mostró alarmado por el daño

cognitivo a mediano plazo, los temblores involuntarios de las personas que abusan de los inhalables también le causaron gran impresión. Socialmente le importaba mucho que su abuelo se enterara que consumía inhalables ya que Andrés suponía que enterarse lo decepcionaría mucho.

Al mostrarle la lámina sobre el proceso adictivo, Andrés preguntó si él era un adicto, ya que se identificó con algunos de los criterios y descripciones; demostrando que le preocupaba serlo por lo que pudieran pensar sus familiares y conocidos en particular su abuelo. Se habló con él sobre el consumo de alcohol, pero insistió en que no era un problema. Se rescataron algunas consecuencias del consumo a corto plazo cómo son los accidentes automovilísticos, embarazos no deseados e involucramiento en riñas y peleas.

Andrés se mostró muy receptivo durante la inducción, indicando su deseo de dejar los inhalables, mejorar sus calificaciones y pasar los extraordinarios que tenía pendientes.

En la tabla 20 se destaca lo que se trabajó durante la sesión de inducción con Andrés.

Tabla 20.

Sesión de inducción de Andrés

COSAS QUE TIENES QUE CUIDAR PARA NO TENER PROBLEMAS	LO QUE TE PUEDE AYUDAR PARA NO TENER PROBLEMAS
Cuidar el consumo de alcohol	Tu familia, el respeto que le tiene a su abuelo.
Amistades “Banda el cubo” riñas en las que se ve envuelto por estar con la banda.	El ser reflexivo y que te importa tu futuro.
Consumir inhalables cómo alcohol fuera de la escuela.	Amistades que te impulsan a dejar los inhalables y que desean mejores en tus estudios.
Bajar de calificaciones por no entrar a la escuela.	
Seguir frecuentando a amigos consumidores	
COSAS QUE QUIERES CAMBIAR DE SU CONSUMO	
Te muestras motivado y deseas dejar de abusar de los inhalables (activo) te interesa estudiar y tener una carrera. Quieres alejarte de los peligros que consideras te puede llevar el abuso de inhalables cómo son el daño cognitivo y los temblores.	

7.7.2. Primera sesión “Balance decisional y establecimiento de metas”

En la sesión de inducción Andrés, mostró interés personal en iniciar tratamiento para su consumo abusivo de inhalables, vigilar su consumo de alcohol y mantenerlo en límites que no le ocasionaran problemas.

En la sesión la profesional de la salud y Andrés exploraron las razones de consumo, y que beneficios obtenía. Esto con la finalidad de que con los recursos disponibles Andrés lograra encontrar actividades que sustituyeran a los inhalables en su vida. En lo general Andrés consumía para estar con los amigos de la Banda el cubo, físicamente los inhalables lo hacían sentir relajado, desinhibido. Socialmente le preocupaba no poder convivir con sus amigos de la banda el cubo si dejaba de consumir.

Tabla 21.
Balance decisional de Andrés

BALANCE DECISIONAL		
	CAMBIAR	NO CAMBIAR
CONSECUENCIAS POSITIVAS	<p>Que voy mejor en la escuela.</p> <p>Que ya no me canso mucho al hacer ejercicio.</p> <p>Ya no convivía con amigos por el consumo y ya he salido con ellos.</p> <p>Mejorar la relación con mis padres y con mi abuelo.</p>	<p>Seguir conviviendo con mis amigos de la banda el cubo.</p> <p>Sentirme bien por una hora.</p>
CONSECUENCIAS NEGATIVAS	<p>Que mis papás no confían mucho en mí.</p>	<p>Que mi salud ya no sea la misma.</p> <p>Que dejé de salir con amigos no consumidores.</p> <p>Ir mal en la escuela.</p>

La tabla 21 da cuenta de las principales consecuencias del consumo de Andrés. Había experimentado pérdidas al ser descubierto por sus padres, a decir de Andrés la más grave fue la pérdida de la confianza y temía que su abuelo se enterara, sin embargo, aún mantenía gran importancia para Andrés la convivencia y pertenencia a “El Cubo” (banda de adolescentes consumidores e involucrados en actos de violencia), en este momento del tratamiento se evidenció la ambivalencia en la toma de decisión del abandono del consumo, un objetivo de este ejercicio.

Se exploró con el adolescente ¿qué hacía antes de iniciar el consumo de inhalables?, ¿en qué se divertía?, ¿con quién pasaba el tiempo? Mencionó amigos que iban bien en la escuela y que no consumían sustancias psicoactivas, también que pasaba

tiempo entre clases con ellos, que deseaba tener novia, que le gustaba tocar la guitarra, escuchar música y bailar en las fiestas.

Andrés guiado por la profesional de la salud logró comprender con este ejercicio, que si bien el consumo le trajo algunos beneficios, todos habían sido a corto plazo y que las consecuencias negativas habían sido de mayor importancia y a largo plazo. Ejemplo de lo anterior fue la pérdida de la confianza familiar, el reprobar algunas materias y tener que presentar exámenes extraordinarios. Andrés manifestó buena disposición para fijar sus metas de consumo tanto para inhalables, cómo para alcohol, mismas que se pueden apreciar en la tabla 22.

Tabla 22.
Establecimiento de metas de Andrés

ESTABLECIMIENTO DE METAS		
SUSTANCIA PSICOACTIVA	INHALABLE	ALCOHOL
META	No consumir	Reducir el consumo
CANTIDAD DE CONSUMO	nada	No más de 3 t.e., solamente un día de consumo a la semana.
VOY A CONSUMIR CUANDO		Me sienta bien, sin tristeza, vaya acompañado por novia o alguna amiga ya que sé que no consumiré más.
NO VOY A CONSUMIR CUANDO		Se consuman otras drogas en la fiesta, principalmente activo. Si a la fiesta o reunión asisten integrantes del Cubo.

La meta de consumo para la sustancia de impacto fue la abstinencia y la importancia de conseguirla fue del 100%, en el caso del alcohol Andrés se planteó un consumo de tres t.e. una vez a la semana en alguna fiesta y de preferencia donde no se consumieran inhalables y que no asistieran integrantes de la banda el Cubo. La importancia de conseguir la meta de alcohol fue del 50% (el alcohol en este momento del tratamiento aún no era considerado problemático para Andrés), la confianza de Andrés en lograr las metas fijadas fue del 100% para inhalables y de 75% para el alcohol.

En este momento del tratamiento Andrés aún consideraba que no era problemática la ingesta de alcohol, a pesar de que se le indicó en su momento la importancia de monitorearlos y cómo uno de los efectos del alcohol estaba en estrecha relación con la toma de decisiones, y que si se encontrara bajo los efectos del alcohol, le sería más difícil mantener su decisión de no consumir inhalables.

Los reportes en este momento del tratamiento continuaron en blanco, debido a que Andrés seguía castigado y no salía a fiestas ni tenía dinero. Un cambio positivo logrado fue que ya no faltaba a clases, por lo que no había visto a los integrantes de la banda El Cubo.

7.7.3. Segunda sesión “Situaciones de riesgo”

La decisión de cambiar el consumo de inhalables en Andrés, se mantenía firme y reconocía que le había provocado más consecuencias negativas que positivas, en sus metas contemplaba el factor negativo que había sido en la historia de consumo su afiliación a la banda del Cubo. Sin embargo, en el caso del alcohol persistía en que no era una situación problemática, debido a que sus consumos siempre habían sido independientes de los de inhalables, no percibía la relación o importancia. Se le pidió

continuar reportando los consumos de alcohol si es que los tenía, ya que era probable que sus padres le levantaran el castigo pronto.

La segunda sesión del PIBA sirve para aterrizar estrategias y ayudar a reconocer situaciones específicas (con quien, cuanto, en donde) de consumo en este caso de inhalables y da la oportunidad de explorar las consecuencias tanto positivas como negativas de los mismos.

Andrés identificó dos situaciones principales de consumo de inhalables, la primera los viernes por la noche saliendo de la escuela con la banda el Cubo y la segunda, en fiestas donde se consumen inhalables y en las que asisten compañeros del Cubo. En la tabla 23 se detallan estas dos situaciones.

Tabla 23.
Principales situaciones de Riesgo de Andrés

SITUACIÓN 1	
SITUACIÓN DE CONSUMO	¿CUÁNTO CONSUMISTE?
Fuera de la escuela, en viernes con la banda “el Cubo”	4 monas.
CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
Me sentí bien platicando con amigos y amigas, escuchando música.	Me llevé el coche de mi papá y lo choqué, me sentí muy culpable y mi papá me regañó.
SITUACIÓN 3	
SITUACIÓN DE CONSUMO	¿CUÁNTO CONSUMISTE?
En una fiesta y con amigos y amigas.	4 o 5 monas.
CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
Platiqué con todos, me divertí mucho.	Mis padres se dieron cuenta que consumí, ya no confían en mí. Me da miedo que le digan a mi abuelo o él se dé cuenta de mi problema.

Tanto las consecuencias positivas y las negativas, que había experimentado Andrés con relación al consumo habían sido de índole social-relacional, consumía para estar y pasar tiempo con sus amigos del Cubo, el efecto era relajante, incrementaba su capacidad para platicar y divertirse, relajarse y sentirse bien. Las consecuencias negativas por su parte, también habían sido de tipo social, ya no le dejaban sacar el coche, perdió la confianza de sus padres y se sentía temeroso de que por alguna razón su abuelo se diera cuenta, o alguien le dijera que Andrés se drogaba. Hasta este momento las consecuencias se habían presentado claras para Andrés, si consumía era para relacionarse con sus compañeros del Cubo, y las consecuencias negativas habían sido en relación a cómo lo veía su familia que antes del problema lo trataba cómo adulto, sin tanta supervisión y con bastante libertad, posterior al consumo le trataban con falta de confianza.

En esta sesión se logró confirmar que, la relación de Andrés con la banda el Cubo aún era importante para él y que ellos estaban profundamente relacionados con la problemática de consumo. Se exploró junto a Andrés estos hallazgos, indicándole que debería contemplar cómo resolver ese problema mediante estrategias que lo ayudaran a mantenerse sin consumo.

Al hablar de la caída y la recaída tema de esta sesión, Andrés expresó su preocupación de que a pesar de su decisión de no consumir inhalables, pudiera recaer, él consideraba la decisión ya tomada y tenía plena confianza en lograrla, la perspectiva de recaer le inquietó. Se habló sobre la importancia de tener confianza en sí mismo, pero en no bajar la guardia y siempre estar atento a las situaciones en las que regularmente

consumía y evitarlas al principio, para posteriormente enfrentarlas con planes de acción, que él mismo decidiera le ayudaran a no consumir.

En este mismo orden de ideas, se trabajó la importancia de identificar las situaciones en que Andrés abusaba de los inhalables y que comprendiera que por cada consumo, por pequeño que fuera, siempre tendría una consecuencia positiva a corto plazo y una o más consecuencias negativas a largo plazo. Adicionalmente se le instruyó en que si ocurría un consumo, él era capaz de detenerlo sin llegar a patrones anteriores.

Andrés no reportó consumos continuaba castigado, tampoco reportó antojo o apetencia.

7.7.4. Tercera sesión: “Planes de acción”

En la sesión dos se trabajaron, la identificación de las principales situaciones de consumo de Andrés, además de identificar las consecuencias positivas y negativas; en esta sesión se trabajarían los planes de acción de las principales situaciones de consumo.

Cómo se ha podido apreciar, tanto en la evaluación y a lo largo de las sesiones las situaciones de consumo de Andrés estaban vinculadas con personas, en específico (integrantes del Cubo) y con eventos y lugares de índole social (fiestas y reuniones fuera de la escuela), se usaron las dos situaciones de la sesión dos, fiestas con integrantes del Cubo y saliendo de la escuela por la noche, encontrándose con amigos del Cubo (ver tabla 24).

Tabla 24.
Planes de acción de Andrés

PLANES DE ACCIÓN SESIÓN TRES

SITUACIÓN 1 **Saliendo de la escuela con compañeros del Cubo.**

PLAN 1 Salir temprano y no detenerme, decir que tengo que llegar temprano a casa.

CONSECUENCIAS POSITIVAS

No inhalo.
Llego temprano a casa y confiarán en mi pronto.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

Que ya no voy a convivir con mis amigos del Cubo.
Tengo que salir corriendo de la escuela.
Sentirme solo.

PLAN 2 Salir con amigas mujeres y decir que las voy a acompañar.

CONSECUENCIAS POSITIVAS

No salgo corriendo todos los días.
Voy acompañado y platicando.
Los del Cubo no me van a insistir.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

Tener siempre que salir con alguien de la escuela.

SITUACIÓN 2 **En fiestas donde hay inhalables y asisten compañeros del Cubo**

PLAN 1 No ir a las fiestas o salirme en cuanto vea a los del Cubo

CONSECUENCIAS POSITIVAS

Me gana la confianza de mis papás.
Tengo tiempo para estudiar.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

No me divierto.
Dejo de ver y convivir con amigos fuera de la escuela.
Que los del Cubo piensen que les temo o huyo de ellos.

PLAN 2 Ir a fiestas, pero acompañado, en cuanto vea que hay consumo y estoy con alguna amiga permanecer pero bailando y no separarme de los compañeros con los que llegué y que no consumen. Si me dan ganas o me invitan mejor me voy de la fiesta.

CONSECUENCIAS POSITIVAS

Si voy a las fiestas, pero sin consumir.
Me divierto y convivo fuera de la escuela con amigos no consumidores.
Mis papás me volverán a tener confianza.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

A veces me tendré que ir de las fiestas.
Tengo que aprender a decidir cuándo es mejor irme.

Se trabajaron las situaciones de riesgo para elaborar planes de acción con Andrés, problematizándolos; debido a que no incluía en sus planes situaciones que pudieran presentarse y dificultarle su objetivo de no consumo. Por ejemplo, en las fiestas, al principio consideraba que nunca y bajo ninguna circunstancia consumiría, revisando sus planes, se indagó sobre la posibilidad de que sus compañeros del Cubo fueran a esas fiestas, se le preguntó ¿qué pasaría si ellos se presentaban en la fiesta? ¿te invitarían a consumir activo? A partir de la problematización, Andrés logró enriquecer sus planes de acción incluyendo la posibilidad de irse de una fiesta si las condiciones no eran favorables para él.

También se le indicó que si llegara a suceder una recaída o consumo mínimo eso no significaba que había fracasado, sino que podía parar el consumo (entre más pronto mejor) en cualquier momento y evitar en la manera de lo posible las consecuencias negativas del consumo. Otro elemento trabajado fueron los pensamientos alrededor del consumo, en el caso de Andrés eran: “ya no tendré vida social”. Se indagó sobre sus gustos, que hacía y con quien pasaba el tiempo libre antes, y se le pidió ofreciera alternativas realistas al pensamiento anteriormente citado, en este ejercicio se logró que Andrés redimensionara la veracidad de su pensamiento, llegando a afirmar que su vida social era más rica que solo ir a fiestas, que podía socializar sin la necesidad de consumir ninguna sustancia psicoactiva, etc.

En esta sesión no se reportó consumo ya que Andrés continuaba castigado, sin embargo, era la última semana de castigo, por lo que se le recordó la importancia y las razones que el mismo identificó para no consumir, y se le ofrecieron los planes de acción que trabajó en sesión para usar en los días entre sesiones.

7.7.5. Cuarta sesión: “Metas de vida”

Debido a que Andrés era un adolescente en el momento del tratamiento, fue particularmente importante trabajar esta sesión ya que, si bien Andrés tenía claras sus metas. Que eran terminar el bachillerato, lograr entrar a la universidad y mejorar la convivencia con su familia, no estaba tan claro en cómo las iba a lograr. Esta sesión ayudó a Andrés a esclarecer definitivamente, que el abuso de inhalables era incompatible con sus metas y que el tratamiento y todo el trabajo realizado, estaba dirigido a que lograra lo que más deseaba y que no se le presentaba cómo una imposición o cómo requisito arbitrario para recuperar la confianza de sus padres (ver tabla 25).

Tabla 25.
Metas de vida de Andrés

META	RAZONES	% DE LOGRO	OBSTÁCULOS	PERSONAS DE APOYO	CONSUMO
Acabar una carrera	Para que mi papá este orgulloso de mi	25%	No acabar el bachilleres		El consumo afectaría todas mis metas, ya que si yo sigo inhalando mis padres me sacarán de la escuela, por lo que no terminaré el bachillerato, no podré estudiar una carrera y mi abuelo se decepcionaría de mí. Tendría mala relación con mi familia en general y perdería su apoyo.
Mejorar la convivencia con mi familia	Para ganarme la confianza de mis papás	60%	Volver a caer en la droga	Padres, abuelo y amigos que no consumen.	
Acabar el bachillerato	Para poder trabajar y ayudar con mis estudios de licenciatura	50%	Que repruebe el semestre		

En esta sesión Andrés dividió las metas que deseaba lograr en metas pequeñas que lograría a mediano y corto plazo, por ejemplo para terminar el bachillerato sin adeudo

de materias se propuso: ya no saltarse clases, tener sus apuntes en orden, estudiar todo el semestre fijándose resultados para evaluar su avance, para mayor detalle ver la tabla 26 donde se analiza la meta 3 que era acabar el bachillerato.

Tabla 26.
Desarrollo de la meta "Acabar el bachillerato" de Andrés

Tiempo de cumplimiento	¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
A un mes	Estudiar todo el semestre. Tener mis apuntes en orden. Asistir a clases todos los días.	Entender mejor las clases Libretas completas que sirvan para estudiar.
A seis meses	Seguir sin consumir para aumentar mi promedio. Acabar con el cuarto semestre sin adeudos.	Permanecer sin consumo. Mejores calificaciones, libretas completas y salir mejor en los exámenes.

En el desarrollo de las metas y la forma de evaluar el logro, Andrés siempre incluyó cómo factor no consumir inhalables, por que identificó la relación entre sus consumos y las consecuencias negativas que traían para él.

No reportó consumo durante la semana, pero si presentó una situación de riesgo, un día entre semana se reunió con los integrantes del Cubo, ellos consumieron pero el no, le ofrecieron y él dijo que no, incluso reportó que les informó que ya no quería volver a consumir y no le insistieron. Estuvo a punto de involucrarse en una pelea con una patrulla que custodiaba la salida de los alumnos del plantel y que por minutos su mamá casi presencié el altercado.

Se trabajó con el adolescente la importancia de analizar la conveniencia de seguir frecuentando a la banda del Cubo y cómo no solo le incitaban a situaciones de consumo, sino que también provocaban escenarios de violencia, que en esa ocasión no tuvieron consecuencias negativas para él, pero se le invitó a pensar que hubiera pasado si su madre hubiera visto el conato de pelea con los patrulleros. Andrés reveló que si su madre hubiera visto lo que pasó, seguramente lo hubiera regañado e incluso quizá volvería a insistir en sacarlo de la escuela, y seguramente no le hubiera creído que solo hablaba con los del Cubo sino que pensaría que volvió a consumir inhalables.

Ya que Andrés en cada sesión acudía con su madre, se pidió hablar con ella terminada esta sesión, se le preguntó cómo veía a su hijo, ella mencionó que lo veía mucho mejor. Que el día que se reportó la situación de riesgo, ella fue por él a la escuela y no lo notó raro, confirmando la versión de Andrés de que no consumió. No se dio mayor información a la madre y se le agradeció su cooperación.

7.7.6. Quinta sesión: “Restablecimiento de metas de consumo”

Para este momento del tratamiento, Andrés ya casi tenía levantados todos los castigos, las situaciones principales ya tenían planes de acción, uno ya había sido puesto en práctica (no consumir con el Cubo al salir de la escuela) y la otra situación de consumo no se había presentado (asistencia a fiestas donde hay consumo de inhalables). Andrés tenía claras sus metas de vida y las había aterrizado con planes a un mes y seis meses. Sin embargo, debido a lo reportado en la sesión 4 sobre conductas violentas fuera de la escuela en donde el Cubo había sido el principal instigador de la violencia, se tomó tiempo de esta sesión para tratar el problema y lo que implicaba para Andrés seguir frecuentándolos.

Se retomó lo trabajado en las sesiones anteriores del tratamiento, recordando a Andrés los logros que había conseguido, se mantenía estudiando para los extraordinarios que iba presentar, tenía sus apuntes en orden, también se había inscrito en las clases para repetir curso y había estado asistiendo regularmente; con su familia ya se llevaba mejor, aunque le faltaba mucho para recuperar su confianza. Cumplir con los deberes y asistir a tratamiento habían conseguido que sus padres le fueran dando poco a poco la confianza perdida, había logrado mantenerse sin consumo y no había reportado antojo o deseo. Logró salir de la escuela y no quedarse a consumir con sus amigos del Cubo a pesar de que ellos seguían consumiendo y le invitaron en una ocasión. Ya con una semana sin castigos se había mantenido en su decisión de no consumir, por lo que se le invitó a refrendar sus metas de inhalables y alcohol.

En la tabla 27 se muestra el ejercicio de restablecimiento de metas

Tabla 27.
Restablecimiento de metas de Andrés, sesión 5

SUSTANCIA PSICOACTIVA	INHALABLE	ALCOHOL
META	No consumir	Reducir el consumo
CANTIDAD DE CONSUMO	nada	No más de 3 t.e., solamente un día de consumo.
VOY A CONSUMIR CUANDO		Este con amigos de confianza y/o en casa de alguna persona que conozca.
NO VOY A CONSUMIR CUANDO		Si estoy en la escuela, si voy a manejar y si estoy en lugares no seguros no consumiré

Las metas que se fijaron al inicio del tratamiento y las que Andrés reestableció en la última sesión no cambiaron, sin embargo, las condiciones en que consumiría alcohol, reflejaban una mayor percepción del riesgo. Al preguntarle la importancia de lograr sus metas, respondió que ambas las consideraba muy importantes, otro cambio en comparación con la importancia al principio del tratamiento, donde al logro de la meta de alcohol le daba menos importancia, con respecto a la confianza percibida por Andrés de lograr la meta puntuó 75% cuando se le preguntó el porqué de este cambio comparado con la primera vez, respondió que estaba siendo más realista y que ya conociendo la naturaleza de las adicciones, era mejor poner un 75% aunque aspiraba a un 100%.

En esta sesión se le aplicó nuevamente el instrumento de Confianza Situacional, la figura 11 muestra las dos mediciones del Cuestionario de Confianza Situacional y la figura 12 muestra la manera en que cambio su patrón de consumo durante el tratamiento.

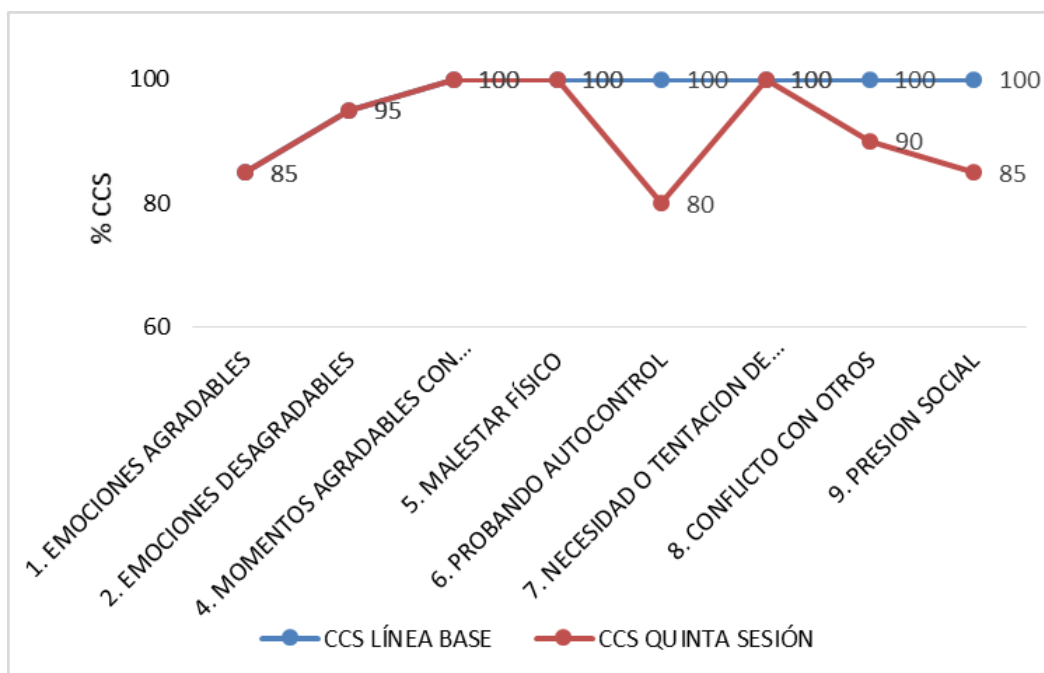


Figura 11. Confianza Situacional de Andrés

En la figura 11 se puede apreciar que Probando autocontrol bajó 20% en comparación con su medición inicial, cuando se preguntó a Andrés, el respondió que en ese momento del tratamiento (evaluación) no sabía que era tan difícil y ya para el término del mismo, pensaba que era difícil pero que podía hacer frente a eso. En presión social también bajo su confianza, ya que pronto volvería a ir a fiestas y sabía que tendría invitaciones, en ese momento del tratamiento, se le hacía más difícil que al inicio.

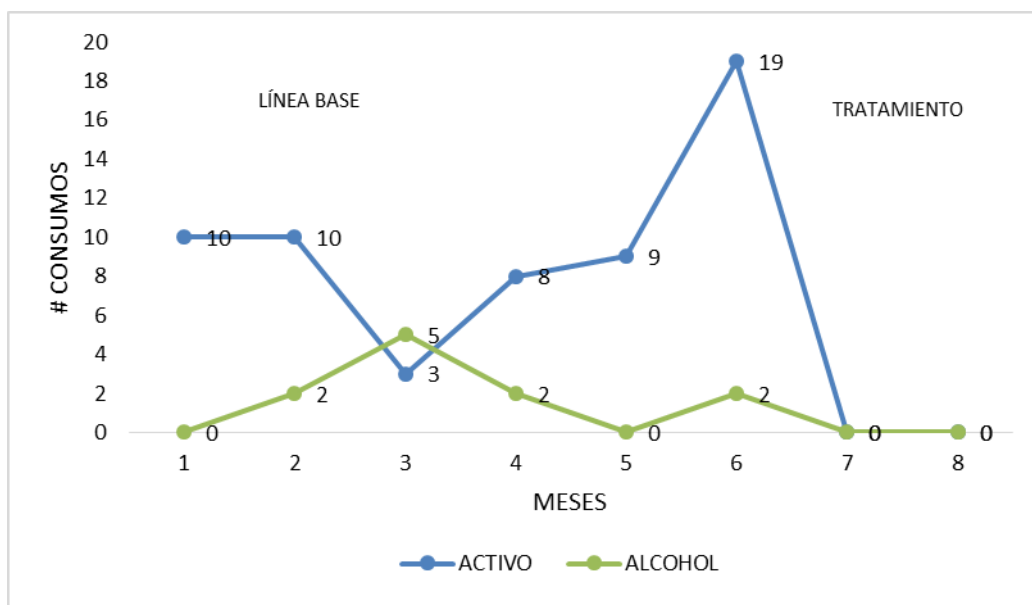


Figura 12. Patrón de consumo de Andrés durante tratamiento

Durante la mayor parte del tiempo en tratamiento, Andrés permaneció castigado, el castigo consistió en no poder asistir a fiestas, sus padres iban por él al salir de la escuela y le restringieron el dinero, sin embargo, Andrés trabajó en recobrar la confianza de sus padres, y no se salió más de clases, mejorando su desempeño escolar. Para la quinta sesión llevaba ya una semana que se le había levantado los castigos, por lo que no fue de sorprenderse el encontrar en la figura 12 consumos en cero tanto de inhalables

cómo de Alcohol en tratamiento. Sin embargo, por los ejercicios y la ocasión en que resistió una invitación a consumir se consideró que continuaba motivado y trabajando para mantener el logro de las metas fijadas.

Durante esta última sesión se reforzaron los planes para las principales situaciones de consumo de Andrés y se le instó a ponerlas en práctica, tomando en cuenta que a partir de esa semana tendría más oportunidades de aplicarlas.

7.7.7. Seguimientos

Los seguimientos para el PIBA se realizan al mes, a los tres y seis meses de terminado el tratamiento, en el caso de Andrés se logró contactar en las tres ocasiones de manera presencial, la tabla 28 resume los hallazgos más relevantes.

Tabla 28.
Seguimientos de Andrés

	1ER SEGUIMIENTO	2DO SEGUIMIENTO	3ER SEGUIMIENTO
REVISIÓN DE LOS MATERIALES	Si se revisaron los materiales y se realizó el auto-registro.	Si se revisaron los materiales y NO se realizó el auto-registro.	
CUMPLIMIENTO DE LA META	No, Consumo de 10 t.e. en una fiesta	No, he consumido inhalables una sola mona y me pasé en mi meta de consumo de alcohol.	No, dos ocasiones de consumo en que rebasó su meta sin consecuencias. Y una ocasión donde se sintió muy mal físicamente.
MANEJO DE RECAÍDAS	No apliqué mi plan de alcohol.	Pensé que no era necesario usar mi plan.	En dos ocasiones logré seguir mis planes, una ocasión por que llevábamos una motoneta y otra por que estaba con mi papá.

ANÁLISIS DEL CONSUMO	Positivas. Ninguna Negativas. Me regañaron, fuerte resaca, le castigaron (sin dinero y sin teléfono).	Positivas. Ninguna, Negativas. Logré parar de consumir la mona, pero me sentí muy mal, con culpa. Que por ese consumo no logré mantener mi meta de consumo de alcohol.	Reconozco que no hago planes para mis consumos de alcohol cómo los he hecho para inhalables. Positivas. La paso bien en la fiesta. Negativas. Fuerte resaca
RAZON DEL CONSUMO	Estaba confiado y de buen humor, pasando tiempo con mis amigos	Estaba pasando un buen rato con mis amigos. Primero pensé quena mona no importaba, pero luego la deje y me fui casa muy molesto conmigo mismo.	Estar con mis amigos pasando un buen rato, aunque después el malestar es muy grande.
LOGRO DE METAS DE VIDA	Si, ya debo menos materias, y me inscribiré a los círculos de estudio.	Sí, he seguido estudiando y no he reprobado más materias, ya debo menos. Y sé que tengo que cuidarme aunque pase mucho tiempo después de mi último consumo	Ya he pasado la mitad de las materias que debía, ya se separó definitivamente de la banda el Cubo,

Andrés logró y mantuvo su meta de abstenerse del consumo de inhalables, con un único consumo en el segundo seguimiento(se analizó satisfactoriamente la situación), mismo que logró parar y hasta los 6 meses de terminado el tratamiento no recayó, en el caso de la meta de consumo moderado de alcohol, no obtuvo el mismo éxito, durante los tres seguimientos Andrés mantuvo consumos esporádicos por encima de su meta, combinados con algunas ocasiones de consumo dentro de los límites (tres t.e. por ocasión de consumo, una vez a la semana).

Analizando con Andrés sus consumos excesivos de alcohol durante los seguimientos, se hizo patente que buscaba el efecto de la intoxicación del alcohol. Por lo que se había vuelto muy difícil que lograra su meta de moderación, se trataron durante los seguimientos (todos fueron presenciales) cada uno de los consumos excesivos y los consumos dentro de la meta de alcohol. En las ocasiones en que Andrés se moderó fueron principalmente por causas externas, en una ocasión estaba con su padre, en otra traían la motoneta de su primo, o había asistido a una fiesta con primas o amigas. Las consecuencias negativas eran claras, dolor de cabeza, náuseas, malestar general por todo un día, regaños de sus padres, sin, embargo, no llevaba a cabo sus planes de acción, incluso sus padres no se alarmaron por estos episodios de consumo excesivo de alcohol cómo habían hecho con el abuso de inhalables.

Durante los tres seguimientos se trabajaron los consumos excesivos de alcohol y se reforzó la abstinencia en el caso de los inhalables. Se revisó la importancia de elaborar planes de acción de alcohol en cada posible situación de consumo, encontrando razones para mantener la moderación de alcohol (en Andrés se logró vincular el consumo excesivo de alcohol con una mayor probabilidad de aceptar invitaciones de consumo de inhalables y otras drogas y las consecuencias de esa posibilidad), se retomaron sus planes a futuro y cómo, un consumo excesivo de alcohol podría impedir su logro.

Se propuso a manera de prioridad los seguimientos al consumo de alcohol. Se habló con la madre de Andrés en el tercer seguimiento, para explorar su percepción del problema y se le solicitó, sino tomar la misma postura que con los inhalables, establecer reglas claras con respecto al consumo de alcohol, ella estuvo de acuerdo.

En el cierre del tercer seguimiento se le dio cita telefónica y dependiendo del avance que tuviera, se le podría dar una cita presencial extra. La figura 13 muestra el patrón de consumo de inhalables y el de alcohol de Andrés hasta el tercer seguimiento.

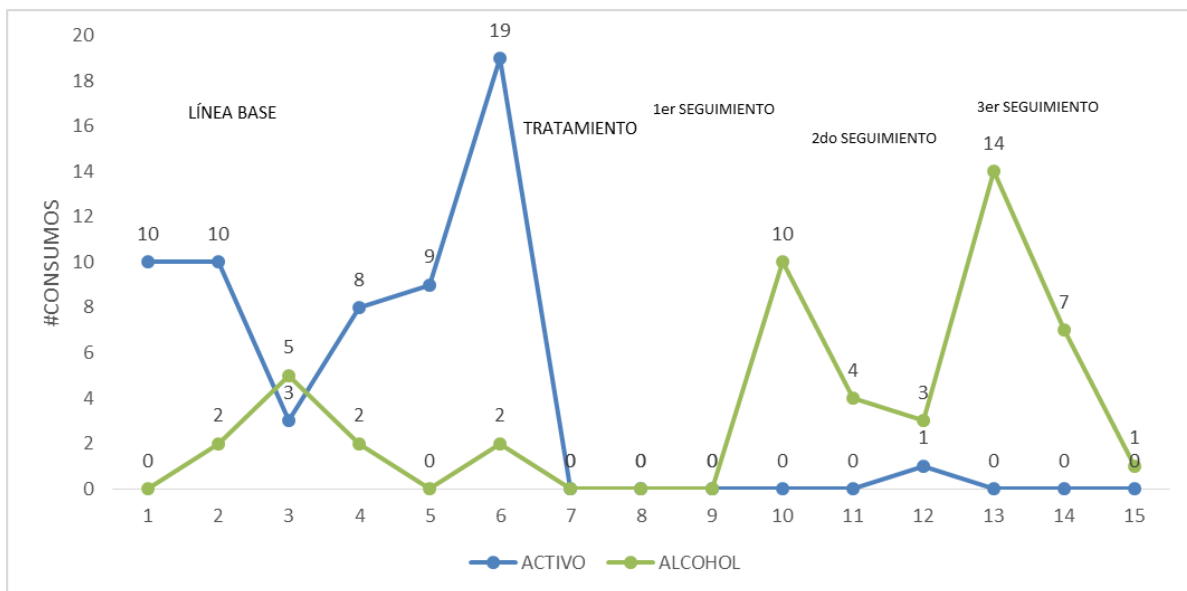


Figura 13. Patrón de consumo de Andrés, hasta el tercer seguimiento

7.8. Conclusiones y limitaciones del caso

El caso de Andrés se convirtió en experiencia clínica de mi interés, en primer momento por la sustancia de impacto, los inhalables en mono-consumo aparente, en un segundo momento llamó mi atención la normalización de la violencia y la pertenencia a grupos en específico la banda “el Cubo”. Ya avanzado el tratamiento la ingesta de alcohol que no aparentaba ser una razón de riesgo, en seguimientos se tornó un problema importante que incluso podía llegar socavar el avance y logro de la abstinencia de los inhalables, el consumo excesivo de alcohol fue sustituyendo la búsqueda de intoxicación y de convivencia relajada en fiestas y reuniones que producían los inhalables, agravado

por la normalización del consumo de alcohol que no alarmó a los padres a pesar de las visibles consecuencias negativas.

Considero éste, un caso afortunado donde los padres y los recursos de Andrés, jugaron un papel preponderante para lograr el cambio que se necesitaba para que se enfocara en sus estudios. El interés en conservar una buena relación con la familia, el no identificarse cómo consumidor de drogas y la claridad en las metas a futuro, fueron principalmente lo que lo ayudó a superar el abuso de inhalables. El alcohol fue una historia diferente que se complicó por la normalización de la ingesta de alcohol y que la misma familia permitiera el consumo, y no lo encontraran perjudicial a pesar de las consecuencias negativas (chocar el auto, gran resaca), incluso el padre actuó bajo la directriz de que a los miembros más jóvenes se les debía enseñar a beber en reuniones familiares.

Las condiciones anteriores fueron aprovechadas para que Andrés se beneficiara de cada componente del PIBA, la inducción sirvió para que obtuviera información actualizada y pertinente sobre los daños a corto plazo del alcohol y los inhalables, pudo ubicar su situación en el proceso de la adicción, determinó las situaciones de consumo excesivo y elaboró planes de acción para cada uno de ellos. Adicionalmente reconsideró su filiación a un grupo nocivo cómo un obstáculo para el logro de sus metas y logró alejarse de ellos, reconoció que la ingesta de alcohol por encima del límite podía precipitar el consumo de inhalables. Al finalizar el tratamiento y los seguimientos el cambio se había sostenido y Andrés era más realista con respecto a sus capacidades y confianza en sí mismo.

Sería ingenuo atribuir la totalidad de los cambios en el patrón de consumo y las mejoras reportadas por los padres, únicamente a la aplicación del PIBA, considero más bien se apuntaría hacia la contribución complementaria de los recursos con los que contó el paciente cómo son los límites impuestos por los padres, el auto-concepto del adolescente que le impedía identificarse cómo adicto, y los planes claros a futuro.

Tomando en cuenta esta experiencia clínica recomiendo trabajar con los padres de los adolescentes; en ningún caso de los reportados en este trabajo se atendió a los padres más que en entrevistas para resolver dudas sobre el tratamiento y conocer la percepción de algún cambio en el adolescente durante el tratamiento. Particularmente en este caso, cuando se habló con la madre haciendo de su conocimiento que el consumo de alcohol se había vuelto un problema y requiriendo que los padres, contribuyeran en el tratamiento estableciendo límites con respecto al consumo de alcohol, solo entonces se logró que se respetaran las metas de consumo. Si se trabaja con los padres se puede potenciar el efecto del PIBA y aumentar la probabilidad de éxito de los adolescentes que buscan tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Haciendo un ejercicio de recapitulación, sobre mí experiencia en los diferentes lugares donde hice la residencia, encontré que a pesar de que las personas atendidas eran un grupo heterogéneo, las Intervenciones Breves ofrecen una opción viable, para que obtuvieran cambios significativos en su conducta de consumo de sustancias psicoactivas, además les dio la posibilidad de tomar decisiones con respecto a su tratamiento, sin imposiciones. Los jóvenes en especial se ven beneficiados de una intervención creada para ellos y que se mejora continuamente tomando en cuenta sus necesidades. Lo que de mi experiencia puedo compartir es que el trabajo con los padres

es vital, para que el adolescente pueda hacer un cambio real y duradero en sus patrones de consumo, si solo se trabaja con el adolescente sin involucrar a los padres, reducirá el efecto benéfico del programa. En esta etapa del desarrollo los padres aún juegan un papel importante en lo que se refiere al establecimiento de límites, si se les incluye y orienta en cómo tratar los consumos de sustancias psicoactivas, en dónde buscar ayuda y cómo incorporar límites y reglas en el hogar, se podrán obtener cambios que permanezcan en los jóvenes. Si no se incorporan en los planes de tratamiento, se corre el riesgo de no mantener los cambios conseguidos.

Las Intervenciones Breves a pesar de ser estructuradas, dan la oportunidad de trabajar todo tipo de problemas a los que nos podemos enfrentar en tratamiento con un adolescente, el claro ejemplo de eso fue la atención al problema de violencia y afiliación a una banda de adolescentes que constantemente incurrían en actividades violentas. Estrictamente la intervención no incluye la atención de conductas violentas pero, en este caso fue suficiente para obtener el cambio deseado, en caso de no haberse logrado se debe canalizar al adolescente a un servicio psicológico que atienda la problemática. Y aunque la intervención está centrada en el problema de consumo eso no impide al profesional trabajar diversidad de conductas disruptivas del adolescente.

7.9. Discusión

Como se afirmó en los reportes internacionales de Drogas de la UNODC, coincidiendo con los casos reportados y particularmente en el de Andrés de 17 años, la población joven es la más afectada en relación al consumo de sustancias psicoactivas (edades de inicio entre los 14 y 17 años), además de tener a los inhalables como sustancia de impacto en el caso principal. Así también concuerda el estrato

socioeconómico bajo en todos los casos, donde los inhalables por su bajo precio y accesibilidad se convirtieron en la sustancia psicoactiva de preferencia de los adolescentes reportados.

En el caso de Andrés los factores que determinaron el consumo de inhalables, fueron la accesibilidad, bajo precio, el efecto rápido de corta duración (le permitía consumir al terminar las clases en turno vespertino y regresar a su casa ya pasado el efecto) adicionalmente tener un grupo de compañeros de escuela consumidores, coadyuvaron a que el consumo de Inhalables tuviera una frecuencia y cantidad que determinaron el patrón de abuso. La influencia de pares que normalizaban el consumo de inhalables facilitó que Andrés a pesar del estigma del “monearse” muy arraigado en él, no fuera suficiente para inhibir el consumo, por lo que los pares se constituyeron como un factor de riesgo de consumo.

Así también de acuerdo con lo mencionado en el reporte de la CICAD de 2019, la percepción de riesgo de cada una de las sustancias influyó en el trabajo con Andrés ya que en este caso la percepción de riesgo diferenciada de las sustancias inhalables y alcohol, facilitó el establecimiento de metas y trabajo terapéutico en los inhalables, que tenían una mayor percepción de riesgo y de estigmatización social, en cambio, la percepción de riesgo del consumo de alcohol era mínima, tanto para Andrés como para sus pares, por lo que el trabajo y establecimiento de las metas para esta sustancia, se trabajó con mayores dificultades y en una etapa avanzada del tratamiento.

Adicional la percepción de riesgo como lo menciona Klimenco, Martínez y Miranda (2018), Andrés subestimó, el poder adictivo del alcohol y las consecuencias en salud del consumo de inhalables, consideraba que su consumo era bajo, sin embargo cuando se

le explicaron los riesgos a la salud del consumo de inhalables incrementó la percepción de riesgo. También creía que lo podía dejar cuando él quisiera pero, al explorar la toma de decisiones y como los inhalables había influenciado, con que personas se juntaba, que actividades hacía, incrementó la percepción de riesgo y promovió la decisión de entrar a tratamiento y de cumplir con los ejercicios y actividades dentro de PIBA. Llegó a considerar que el consumo de sustancias no era el estilo de vida que deseaba tener y trabajó para encaminar sus metas a objetivos relacionados con lo que quería lograr en su vida.

Los datos recabados en la entrevista con Andrés sobre la experiencia del consumo de PVC concuerdan con lo descrito por Williams et al. (2007) al consumir inhalables se experimenta un “high” con la desaparición rápida del efecto y sin síntomas de resaca, se experimenta bienestar inmediato.

También este caso coincide con lo encontrado por Medina-Mora y Real (2008) en jóvenes que consumían inhalables y que fueron más propensos a involucrarse en conductas violentas, actos delictivos o en contra de la autoridad, Andrés junto a algunos compañeros de escuela previo al tratamiento, se habían enfrentado a la policía en inmediaciones de la escuela a la que asistía, además de pleitos con estudiantes de otras escuelas. Consideraba normal este tipo de enfrentamientos y en tratamiento se trabajó la relación de estos comportamientos violentos con el consumo de inhalables y la pertenencia a grupos de jóvenes que se comportaban de manera violenta.

Al contrario de lo reportado por Santos y Simpson (1984) el entorno familiar de Andrés era estable, no provenía de un hogar con problemas, los padres asistieron a la consulta inicial mostrándose preocupados por su hijo, tampoco había historia de

problemas de consumo problemático de alcohol u otras sustancias psicoactivas en los familiares cercanos. Tampoco tenía familiares cercanos en prisión o con problemas legales. Andrés antes del consumo era considerado buen estudiante, a partir del consumo bajan sus calificaciones y no entraba a clases.

El contexto en el que Andrés se desenvolvía, escolarizado, con interacción positiva con la familia nuclear y extendida, hizo más efectiva la intervención con el PIBA que reúne criterios que tanto NIDA como la UNODC mencionan aumentan la efectividad de las intervenciones.

Referencias

- Alonso, M., Guzmán, V., Armendáriz, N., Alonso, B., y Alarcón, N. (2018). Crianza parental, sucesos de vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 20(1). doi: 10.11144/javeriana.ie20-1.cpsv
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal V Legislatura. (14 de febrero de 2012). Artículo 11. [Título III]. Ley de establecimientos mercantiles. [DO]: 14-II-2012
- Asociación Americana de Psiquiatría. [APA DSM-IV-TR]. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA DSM-5]. (2017). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5. Suplemento (5a edición). Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista mexicana de psicología*, 14(2), 113-127
- Baeza, E., Echeverría, L., Velasco-Rojano, E. y Cruz-Morales, S. (2018). Validación del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol en personas que buscan tratamiento en México. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 4(2), 33-40 doi: <https://doi.org/10.28931/riiad.2018.2.05>
- Bass, M. (1970). Sudden Sniffing Death. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 212(12), 2075. doi: 10.1001/jama.1970.03170250031004
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E. Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 3, 155-163
- Bowen, S., y Hannigan, J. (2006). Developmental toxicity of prenatal exposure to toluene. *The AAPS Journal*, 8(2), E419-E424. doi: 10.1007/bf02854915
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 521-534 Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ah>

UKEwj-

tLmwueXIAhUJP6wKHUECCFsQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.re
dalyc.org%2Fpdf%2F647%2F64750308.pdf&usg=AOvVaw3yv_r1NIXUmAaq_IMp
KWrR

Carballo, J., García, O., Secades, R., Fernández, J., García, H., Errasti, J. y Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (24), 674-679 Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3049>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD]. (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas*. (pp. 117-138). Washington, D.C. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjui-niueXIAhUxnq0KHcMhAKYQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cicad.oas.org%2Fmain%2Fpubs%2FInforme%2520sobre%2520el%2520consumo%2520de%2520drogas%2520en%2520las%2520Am%25C3%25A9ricas%25202019.pdf&usg=AOvVaw3ZGcX6Cd4aOQz_B2ZKawTC

De León, P., y Pérez, F. (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología UNAM, México.

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N. y Stoklosa, M. (2018). *The Tobacco Atlas Sixth Edition American, Cancer Society and Vital Strategies*. Atlanta Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiLyvavuuXIAhUGT6wKHdcZB5QQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Ftobaccoatlas.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F03%2FTobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf&usg=AOvVaw1Jwlvyk0S0Y5JaedrjP7Ff

- Embleton, L., Mwangi, A., Vreeman, R., Ayuku, D., y Braitstein, P. (2013). The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 108(10), 1722-1733. doi: 10.1111/add.12252
- Fleiz, C., Guilherme, B., Rojas, E., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2007). Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30 (5), 63-73 Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfvKmkuxIAhVIXKwKHSwNB48QFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.inprf-cd.gob.mx%2Fpdf%2Fsm3005%2Fsm300563.pdf&usg=AOvVaw3rSzeBIZ4NrNdUIRTJZa7G>
- Galván, J., Ortiz, A., Soriano, A. y Casanova, L. (2005). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México (1986-2003) Sistema de reporte de información sobre drogas. *Salud Mental*, 28(3), 51-59
- Greenfield, S., Back, S., Lawson, K., y Brady, K. (2010). Substance Abuse in Women. *Psychiatric Clinics Of North America*, 33(2), 339-355. doi: 10.1016/j.psc.2010.01.004
- Gutiérrez, R. y Vega, L. (2008). Niñas y niños “callejeros”, uso de sustancias y su atención en México. *Revista peruana de drogodependencias*, 6(1), 55-74 Recuperado de www.academia.edu/download/54259226/REVISTA_PERUANA_DE_DROGODEPENDENCIAS_NUMERO_6_2008.pdf#page=55
- Harrison, P., y Narayan, G. (2003). Differences in Behavior, Psychological Factors, and Environmental Factors Associated with Participation in School Sports and Other Activities in Adolescence. *Journal Of School Health*, 73(3), 113-120. doi: 10.1111/j.1746-1561.2003.tb03585.x
- Hynes-Dowell, M., Mateu-Gelabert, P., Taunhauser, H., y Delva, J. (2011). Volatile Substance Misuse Among High School Students in South America. *Substance Use & Misuse*, 46(sup1), 27-34. doi: 10.3109/10826084.2011.580192

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones [IAPA], Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal. (2013). Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2012. Recuperado de <http://oe.iapa.df.gob.mx/Epidemiologia/Encuestadeestudiantes2012.aspx>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones [IAPA]. (2015). Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México. Recuperado de <http://oe.iapa.df.gob.mx/Epidemiologia/Encuestadeestudiantes2014.aspx>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 [ENA]: Reporte de Drogas. México DF, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud

Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 [ENCODAT]: Reporte de Drogas. México DF, México, Secretaría de Salud

Klimenko, O., Martínez, D. y Miranda, J. (2018). Algunos aspectos de estructuración de los programas de prevención en farmacodependencias. *Revista Psicoespacios*, 12(21), 94-115. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6757903>

Lubman, D., Yücel, M. y Lawrence, A. (2008). Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. *British Journal of Pharmacology*, 154(2), 316–326. doi: 10.1038/bjp.2008.76

Mariño, D., Gonzalez-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, E. (1998). Validation of a questionnaire for detecting adolescents with drug abuse problems. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.

Martínez, K., y Ayala, H. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. (Tesis

de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, Facultad de Psicología, México.

Martínez, K., Ayala, H., Salazar, M., Ruíz, G. y Barrientos, V. (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiP09Oa3L3IAhUKDKwKHe-vBDEQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fpliopencms05.salud.gob.mx%3A8080%2FBasesCDI%2FArchivos%2FAdicciones%2Fintervencion_breve.pdf&usg=AOvVaw1aLA6zLj5Sqy4EmDQOEKx3M México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Martínez, K., Pedroza, F., y Salazar L. (2008). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que abusan del Consumo de Alcohol y otras Drogas: resultados de aplicación con adolescentes consumidores de Alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de Investigación en Adicciones CEAA*, 9(1), Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiVk73FmtflAhUOSq0KHVQzBUUQFjAJegQIBxAC&url=http%3A%2F%2F132.248.9.34%2Fhevila%2FAnuariodeinvestigacionenadicciones%2F2008%2Fvol9%2Fno1%2F4.pdf&usg=AOvVaw0ykDSYUL5T0H3F6Ryn7qBm>

Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. y Ayala, E. (2008). Resultados preliminares del programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127 Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200006

Medina-Mora, M.E. y Rojas E. (2003). La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional. *Salud Mental*, 26 (2), 1-11 Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=17310>

Medina-Mora, M.E. y Real, T. (2008). Epidemiology or inhalant use. *Addictive Disorders*, 21(3), 247-251 Recuperado de https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2008/05000/Epidemiology_of_inhalant_use.5.aspx

- Miech, R., Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., Schulenberg, J. y Patrick, M. (2019). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2018: Volume I, Secondary school students. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7gdCHxuXIAhVLIKwKHQYEDH4QFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fdeepblue.lib.umich.edu%2Fbitstream%2Fhandle%2F2027.42%2F150622%2FVol%25201%25202018%2520FINAL3.pdf%3Fsequence%3D2%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw1iZ3suJeUeKNyeP1sYdwk>
- Montoya, L., Restrepo, D., Mejía-Montoya, R., Bareño-Silva, J., Sierra-Hincapié, G., Torres, Y., Marulanda-Restrepo, D., Gómez-Sierra, N. y Galviria-Arbeláez, S. (2016). Sensibilidad y especificidad entre la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 3.0 (World Mental Health, CIDI) con la Evaluación Clínica Estandarizada versión I (SCID-I) en la Encuesta de Salud Mental de la ciudad de Medellín, 2012. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 22-27. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Muck, R., Zempolich, K., Titus, J., Fishman, M., Godley, M., y Schwebel, R. (2001). An Overview of the Effectiveness of Adolescent Substance Abuse Treatment Models. *Youth & Society*, 33(2), 143-168. doi: 10.1177/0044118x01033002002
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents (Second Edition). Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents-in-brief> on 2019, August 6
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2011). Abuso de inhalantes. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/abuso-de-inhalantes>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2012). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Tercera Edición). Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2017). Inhalantes. Drugs Facts. Revisado en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/inhalantes>

Oetting, E., y Webb, J. (1997). Psychosocial Characteristics and Their Links with Inhalants: A Research Agenda. *Substance Use & Misuse*, 32(12-13), 1841-1846. doi: 10.3109/10826089709035591

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2011). World Drug Report. 2011. Vienna: Office on Drugs and Crime. S.11.XI.10 Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj2_SA2bjIAhURLKwKHcB5DhoQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.unodc.org%2Fdocuments%2Fdata-and-analysis%2FWDR2011%2FWorld_Drug_Report_2011_spanish.pdf&usg=AOvVaw2fyNi2GLa0AfoewKxr7CXP

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2017). Informe Mundial de Drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. S.17.XI.7. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj5lumL973IAhVjLH0KHZxtCQwQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.unodc.org%2Fwdr2017%2Ffield%2FWDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf&usg=AOvVaw3Vdznq2LP4dAYXXhRMV-IP

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). World Drug Report. Executive Summary Conclusions and policy implications. Recuperado de <https://www.unodc.org/wdr2018/en/drug-demand-and-supply.html>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2019). Informe Mundial de Drogas. Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi35ceawr3IAhUP-6wKHXAfC9gQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwdr.unodc.org%2Fwdr2019%2Fprelaunch%2FWDR2019_B1_S.pdf&usg=AOvVaw3Ec95kGybc6P35WyMbRU6N

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. (OPS/NMH/19-012). Recuperado de

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiQsq-Kw73IAhVES6wKHa8wBrMQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F51352%2FOPSNMH1901_2_spa.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usq=AOvVaw1sXELtXGJK-eVasoRcZtc7

- Pedrero-Pérez, E., Rojo Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista De Neurología*, 52(03), 163-172. doi: 10.33588/rn.5203.2010513
- Pfeiffer, H., Al Khaddam, M., Brinkmann, B., Köhler, H., y Beike, J. (2006). Sudden death after isobutane sniffing: a report of two forensic cases. *International Journal Of Legal Medicine*, 120(3), 168-173. doi: 10.1007/s00414-005-0062-x
- Pérez-Zamora, I., Ostrosky-Shejet, y López-Portillo, A. (2016). Alteraciones cognitivas por exposición a disolventes industriales en trabajadores mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 18(2), 31-40.
- Ridenour, T. (2005). Inhalants: not to be taken lightly anymore. *Current Opinion In Psychiatry*, 18(3), 243-247. doi: 10.1097/01.yco.0000165593.52811.cd
- Rosembaun, A., Rojas, P., Rodríguez, M., Barticevic, N y Rivera, S. (2018). Brief interventions to promote behavioral change in primary care settings, a review of their effectiveness for smoking, alcohol and physical inactivity. *Medwavw*, 18(1), doi: 10.5867/medwave.2018.01.7148
- Sánchez-Hervá, E., Tomás, V. y Marales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159-166 doi: [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(04)70159-2)
- Santos, M. y Simpson, D. (1984). Inhalant Users in Drug Abuse Prevention Programs. *The Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(4), 503-518 doi: 10.3109/00952998409001488
- Saucedo, F. y Salazar, M. L., (2004). Adaptación de instrumentos de evaluación en comunidades rurales. Documento presentado en Congreso. *IV Congreso*

Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México, D. F., México.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J., y Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA]. (2003). Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) México: 2002. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjRt5jqyL3IAhUEQ60KHTYeDdwQFjABegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.conadic.salud.gob.mx%2Fpdfs%2Fpublicaciones%2Fobs2003_I.pdf&usg=AOvVaw1NOFB6ja0t6wmFFmpuwJTt

Vaughn, M. y Howard. M. (2004). Adolescent Substance Abuse Treatment: A Synthesis of Controlled Evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14(325) doi: <https://doi.org/10.1177/1049731504265834>.

Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M.,... Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457

Williams, J.F., Storck, M. y the Committee on Substance Abuse y Committee on Native American Child Health. (2007). Inhalant Abuse. *Pediatrics*, 119(5), 1009-1017 doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0470>

Índice de Tablas

Tabla 1 Clasificación de los inhalables	26
Tabla 2 Tratamientos psicológicos para la adicción a sustancias psicoactivas (cognitivo conductuales)	52
Tabla 3 Tratamientos psicológicos para la adicción a sustancias psicoactivas (cognitivo conductuales)	¡Error! Marcador no definido.
Marcador no definido.	
Tabla 4 Descripción breve de los programas de Intervención Breve.	64
Tabla 5 Organización del programa PIBA.	66
Tabla 6 Descripción general de los las adolescentes que se reportan	68
Tabla 7 Descripción breve de las etapas que conforman el PIBA	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8 Contenido de la LIBARE	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9 Características generales de los casos de Amanda y Amelia	79
Tabla 10 Criterios de inclusión y exclusión de PIBA	81
Tabla 11 Motivo de consulta de las adolescentes tratadas con PIBA	82
Tabla 12 Patrón de consumo de Amanda y Amelia	83
Tabla 13 Resultados de evaluación de Amanda en el PIBA	86
Tabla 14 Resultados de la evaluación de Amelia en el PIBA	88
Tabla 15 Principales resultados de la Inducción de Amanda y Amelia (ejemplo de llenado de los folletos de Inducción).	92
Tabla 16 Balance decisional de Amanda y Amelia	95
Tabla 17 Resultados de la sesión 2 del PIBA (Situaciones de consumo)	98
Tabla 18 Sesión Metas de Vida de Amanda y Amelia	102
Tabla 19 Resumen de la Sesión 4 de Amanda y Amelia	106
Tabla 20 Seguimientos Amanda y Amelia	111
Tabla 21 Sesión de inducción de Andrés	127
Tabla 22 Balance decisional de Andrés	128
Tabla 23 Establecimiento de metas de Andrés	129
Tabla 24 Principales situaciones de Riesgo de Andrés	131
Tabla 25 Planes de acción de Andrés	134
Tabla 26 Metas de vida de Andrés	136
Tabla 27 Desarrollo de la meta "Acabar el bachillerato" de Andrés	137
Tabla 28 Restablecimiento de metas de Andrés, sesión 5	139
Tabla 29 Seguimientos de Andrés	142

Índice de Figuras

Figura 1. Situaciones que mide el ISCA	77
Figura 2. Patrón de consumo de Amanda, línea base de 6 meses, en tratamiento y al primer mes de seguimiento	85
Figura 3. Patrón de consumo de Amelia, línea base de 6 meses, en tratamiento y al primer mes de seguimiento.	85
Figura 4. Confianza Situacional de Amanda durante la intervención	110
Figura 5. Confianza Situacional de Amelia durante la intervención	110
Figura 6. Patrón de consumo con seguimientos de Amanda	112
Figura 7. Patrón de consumo con seguimientos de Amelia	113

Figura 8. Familiograma básico de Andrés	115
Figura 9. Patrón de consumo de Andrés en Línea Base	121
Figura 10. Resultados de Andrés en el ISCD-A	123
Figura 11. Confianza Situacional de Andrés	140
Figura 12. Patrón de consumo de Andrés durante tratamiento	141
Figura 13. Patrón de consumo de Andrés, hasta el tercer seguimiento	145