



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**EL ENFOQUE CONGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA PREVENCIÓN INDICADA
DE DROGAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

TESINA

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

PRESENTA

ELVIRA VELÁZQUEZ DÁVALOS

Directora: Mtra. Diana Cecília Tapia Pancardo

Dictaminadores:

Dr. Claudio Antonio Carpio Ramírez

Dr. José Cristobal Pedro Arriaga Ramírez

Dra. Rosalva Cabrera Castañón

Dr. Luis Fernando González Beltran

Tlalnepantla. Mayo. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Estas líneas son para tí que compartiste y apoyaste el proyecto de tesina en las diferentes etapas. Decir sus nombres sería muy extenso y prefiero que cada uno se incluya al tenerla en sus manos.

A mi familia que me dió el gusto de estudiar un posgrado a mi mami que esta en la eternidad y mi padre que leerá estás líneas, a Consuelo y Milton junto con sus parejas. En especial a tí Analilia. Liliana y Marlon, que son la esperanza entre nosotros

A mi amiga y asesora Diana Cecilia por el ímpetu que puso al proyecto.

A los doctores Pedro, Claudio, Luis Fernando y Rosalva que me mostraron lo importante del apoyo humano y académico.

A cada adolescente, maestro, padre de familia y compañeros de trabajo de Centros de Integración Juvenil A.C. por el aprendizaje de más de una década.

Agradezco la vida y el sentido que le brinda Dios a Ella.

Índice

Índice de tablas	V
Índice de figuras gráfico	VI
Resumen	VII
Introducción	IX
Capítulo 1. Panorama epidemiológico del consumo de drogas	
1.1 Panorama internacional	1
1.2 Panorama nacional	4
1.2.1 Prevalencia del uso de drogas	4
1.2.2 Tabaco	5
1.2.3 Alcohol	9
1.2.4 Marihuana, inhalables, cocaína y otras drogas	11
1.3 Escolar	16
1.4 Centros de Integración Juvenil. A.C. Delegación Azcapotzalco	18
Capítulo 2. Modificación de conducta y uso de drogas	
2.1 Modificación de conducta	26
2.2 Enfoque Cognitivo Conductual Social	31

2.3 Estrategias cognitivas- conductuales en adolescentes	33
Capitulo 3. Propuestas de trabajo en la prevención de adicciones en adolescentes	
3.1 Factores de Riesgo y Protección	36
3.2 Resiliencia	42
3.3 Prevención Universal, Selectiva e Indicada	49
3.3.1 Prevención Universal	51
3.3.2 Prevención Selectiva	52
3.3.3 Prevención Indicada	54
3.4 Programas preventivos dirigidos a los adolescentes para evitar el consumo de drogas	57
3.4.1 El enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados	59
4. Discusión	67
4.1 Alcances y limitaciones	71
Referencias	75
Anexo	82

Índice de Tablas

Tabla 1. Fumadores activos, exfumadores y los que nunca han fumado en la población de 12 a 65 años. Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Tabla 2. Edad promedio de inicio de consumo diario de tabaco en los fumadores activos. México. ENA 2008.

Tabla 3. Conductas antisociales relacionada con el consumo de droga. Fuente: 100 expedientes de adolescentes atendidos en CIJ Azcapotzalco en el periodo de enero 2009 a enero 2010

Índice de Figuras

Figura 1. Percepción social de un adicto. México. ENA.2008

Figura 2. Los factores de riesgo y protección como modelo preventivo ante el consumo de drogas

Figura 3. La prevención en la escuela con apoyo de padres de familia y maestros

Figura 4. Atención a mujeres y hombres adolescentes en riesgo que presentan riesgo en el uso experimental de sustancias

Índice de Gráficos

Gráfica 1. Nivel Académico. Fuente: 100 expedientes de adolescentes atendidos en CIJ Azcapotzalco en el periodo de enero 2009 a enero 2011

Resumen

La prevención del uso de drogas en adolescentes es una necesidad social para enfrentar el inicio en el consumo, los tipos de drogas que se ofrecen a gente joven son peligrosas, personal y socialmente, por el daño que provocan a quienes las consumen.

Los adolescentes escolarizados, considerados población "cautiva" dentro las instituciones, reportan un incremento en el inicio del consumo de drogas, por lo que resultan ser un sector que refleja la urgente necesidad de contar con intervenciones psico-educativas que disminuyan la probabilidad en el inicio del uso de drogas. Al incorporar éstas se puede incidir en las conductas desadaptativas, así como las cogniciones relacionadas con la aceptación de usar drogas.

El enfoque cognitivo-conductual, según diferentes estudios, es una excelente alternativa para aplicarse en la prevención del uso drogas, debido a la identificación de las conductas relacionadas con el consumo de las mismas y las habilidades contrapuestas al repertorio conductual que tienen en ese momento los individuos.

En la prevención del uso de drogas es fundamental tomar en cuenta ciertas consideraciones para implementar intervenciones cognitivo conductuales, tales como, el asignar personal del área de psicología, pedagogía y educativa, principalmente, para capacitarlos con los elementos básicos del enfoque cognitivo-conductual. De esta manera podrán atender los casos de adolescentes escolarizados con riesgo o ya iniciados en el consumo de drogas. En otras

palabras es entrenar a quienes fungen como maestros y orientadores que puedan diagnosticar conductas de riesgo y cómo los estudiantes lo puede resolver.

Es reiterado por la investigación científica los beneficios que del enfoque cognitivo conductual puede producir en el campo de la prevención del uso de drogas, por lo cual se proponer cómo estrategia considerar el enfoque cognitivo conductual para realizar la prevención indicada.

El propósito de intervenir de manera individual con los adolescentes sería fomentar las habilidades personales que les prevengan del consumo de drogas, es cuestionar la idea acerca de que la “curiosidad” es el antecedente más importante para el inicio.

Es del interés profesional, de quien elabora el presente documento, de encontrar la forma de articular la prevención indicada en el consumo de drogas con la investigación psicológica, basada en el enfoque cognitivo conductual. La práctica diaria establece el reto de focalizar el uso de técnicas eficaces para el desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes, que le permitan enfrentar los riesgos de usar drogas durante esta etapa.

Los estudios expuestos en el presente trabajo han sido considerados, dado el panorama epidemiológico nacional e internacional, como el sustento teórico respecto al enfoque psicológico y la intervención preventiva indicada en el uso de drogas.

Introducción

El inicio en el consumo de drogas en adolescentes con mayor frecuencia está reportando edades más tempranas, por lo que es muy importante incidir en ello. La prevención sigue siendo esencial para ofrecer espacios donde se aborde el complejo comportamiento de iniciar y continuar usando drogas, debido al costo en social y de salud que provoca desarrollar la dependencia física o psicológica.

La investigación en prevención de uso de drogas en México es fundamental dentro de las instituciones, y en ellas es donde se evidencia el inicio en el uso de tabaco, alcohol u otras drogas y pueden fomentar la deserción educativa.

La psicología es una de las disciplinas en el área de la salud que puede explicar a profundidad acerca del uso y abuso de drogas entre la población, además de otros factores que pueden tener alguna relación como la violencia. Más aún la psicología cognitiva conductual, reporta varias investigaciones internacionales, que la hacen ser considerada como la más apropiada para intervenir en contextos escolares, comunitarios o clínicos, planteando objetivos a corto plazo posibles de evaluar mediante el uso de estrategias desarrolladas en este campo.

La prevención indicada es el primer eje medular en esta tesina, ya que establece las condiciones de intervención de manera personalizada con el adolescente escolarizado, subrayo la importancia de la prevención indicada por el alto costo que pueda significar el atender a una persona más que a grupos.

El segundo eje medular en esta tesina es el enfoque cognitivo conductual, el cual aporta estrategias para hacer la prevención indicada en el consumo de drogas,

con base en la consideración de diagnosticar las conductas desadaptativas y las habilidades para enfrentar el riesgo de proseguir en el uso de alcohol y tabaco, entre otras drogas.

De acuerdo a investigaciones internacionales y nacionales existen un significativo número de esfuerzos, por conocer lo que sucede con el uso y abuso de sustancias entre quienes las consumen y las recomendaciones para incidir en contextos cotidianos. En el caso de México, se creó un sistema de evaluación para conocer acerca de la prevalencia respecto al consumo de drogas, en donde nuevamente se requiere retomar la prevención de las drogas de inicio, tal como se les considera al alcohol y tabaco, por el daño que provocan a quienes las consumen.

La prevención requiere de invertir más recursos y personal capacitado en técnicas que favorezcan intervenciones breves con los usuarios, quienes tienen el riesgo de padecer mayores daños, por el manejo inadecuado en situaciones cotidianas relacionadas con el uso de drogas.

De acuerdo a la revisión bibliográfica se evidencia que la baja percepción de riesgo y los factores de riesgo respecto al usar drogas, aunado al desconocimiento de los factores de protección, provocan en los adolescentes desajustes psicosociales.

El enfoque cognitivo-conductual aplicado para la prevención indicada en el uso de drogas en adolescentes escolarizados, propone desde esta tesina atender de manera personalizada los riesgos, así como las habilidades en la situación específica en donde se dé el inicio en el uso de tabaco, alcohol u otras drogas.

En el primer capítulo se presenta el panorama epidemiológico a nivel internacional, nacional y local (delegación Azcapotzalco), las investigaciones que se han realizado aportan datos relevantes respecto al consumo de drogas en la escuela y en niveles medio básico o de educación superior; además también se describe el estudio piloto que realicé en el Centro de Integración Juvenil A.C. Delegación Azcapotzalco, en donde se exponen las características de la población de estudiantes de secundaria y bachillerato que presentaban uso y/o abuso de sustancias que eran canalizados por las instituciones educativas debido al consumo de drogas dentro de sus instalaciones y/o presentar otras conductas consideradas, por ellos mismos, como antisociales.

El segundo capítulo referente a la modificación de conducta y uso de drogas, expone los fundamentos teóricos del campo de la psicología conductual para ofrecer opciones de solución ante problemas personales, tal es el caso del consumo de drogas. La modificación de conducta y luego las técnicas cognitivo conductuales han sido el resultado de investigaciones para ayudar a la gente que requiere de aprender acerca de la conducta personal o la de otros. Tal es el caso de usuarios de drogas que a través de entrenar habilidades o enfocar la conducta de uso de alcohol, o inhalables, por ejemplo; modifican el uso de estas sustancias.

El propósito del tercer capítulo es conocer los conceptos subyacentes al campo de la prevención en el uso de sustancias, que no son propiamente cognitivo conductuales. Es el marco teórico que respalda a la prevención como estrategia para intervenir en quienes presentan riesgo o uso de sustancias. A nivel internacional existen recomendaciones para hacer acciones preventivas eficaces y

efectivas, con las consideraciones de promover los llamados factores de protección.

Es en este capítulo donde se expone la parte sustantiva de la teoría y práctica profesional en el campo de la prevención y tratamiento del uso de drogas. La propuesta basada en el modelo cognitivo-conductual aplicada a los adolescentes podría fortalecer la Resiliencia que en ciertos momentos de la vida se debilita y requiere de reforzarse.

En resumen la presente tesina contiene elementos que he venido aplicando con el transcurrir de 13 años de trabajo en la prevención y tratamiento en la atención de consumidores de drogas, posterior a la formación en la Maestría de Modificación de Conducta en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales hoy llamada Facultad de Estudios Superiores Iztacala, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

El trabajo profesional y la presente concreción a partir de una tesina, muestran mi interés por ofrecer al ámbito de la salud y educativo, donde se atienden diariamente problemas como el uso de drogas, la violencia y conductas antisociales, entre otros; una herramienta funcional surgida desde un trabajo sistematizado donde concurrieron infinidad de ideas.

La teoría junto con la investigación guían el ejercicio profesional de los psicólogos donde aprender el cómo aterrizar estrategias y se hace en el momento de tener a los beneficiarios del servicio en frente, no es hacer políticas ni sacar diplomas, es resolver problemas reales con personas muchas veces vulneradas.

Capítulo 1. Panorama epidemiológico del consumo de drogas

En este primer capítulo se presenta la revisión estadística internacional y nacional del consumo de drogas que viven los adolescentes, lo cual permite resaltar la importancia de llevar a cabo investigaciones locales en donde se identifique, cómo se desarrolla el inicio en el consumo de drogas en los adolescentes.

La investigación psicosocial refiere que los adolescentes son considerados como grupos de riesgo para iniciar el uso de alguna droga, que los contextos familiar y escolar son los principales donde se observan los antecedentes o los efectos del uso de sustancias.

1.1 Panorama internacional

La Organización de Estados Americanos (OEA), la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas (CICAD), el gobierno de Canadá, así como sus Centros de Salud Mental; son algunos de los organismos que apoyan investigaciones a nivel internacional: tal es el caso de la investigación realizada en la Universidad de Sao Paulo Brasil cuyo objetivo era conocer la prevalencia del uso de drogas en la población universitaria de las carreras de enfermería, farmacia y odontología en donde el consumo de tabaco, marihuana y cocaína son significativos (Pimenta, Cunningham, Strike, Brands & Miotto, 2009).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que realiza estudios descriptivos en varios países como: Brasil, Colombia, Chile, Honduras, Perú y otros, ha encontrado similitudes acerca de la prevalencia del uso de drogas, la cual es más frecuente entre los jóvenes en comparación con los adultos en

diferentes países del mundo (Montoya, Cunningham, Brands, Strike & Miotto, 2009).

La **Salud Internacional** propone estudios acerca del fenómeno que representa el consumo de drogas, con el propósito de comprender ampliamente este problema, ya que ni las políticas, ni los gobiernos han logrado crear las estrategias necesarias para atacarlo de manera eficaz (Vargas, Barrio, Palacios, Porras, Quesada y Leiva, 2010). Es por ello que el campo de la salud sigue mostrando la mayor responsabilidad social para encontrar cómo prevenir el uso de drogas.

La población más afectada por el consumo de drogas es la de los adolescentes, por ejemplo en Costa Rica representa el 26.6% de la población total, lo que equivale a 1,013,508 personas (V informe del Estado de los Derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica, 2005 citado en Vargas, *et al.* 2010), el dato relevante en diferentes países es que el consumo de drogas está iniciando a más temprana edad.

En los estudios realizados en 2009 por diferentes investigadores podemos encontrar la diversidad de drogas y el porcentaje representativo en los jóvenes consumidores en relación al total de la población de cada país. Siendo así que en América encontramos que el 26.6% de consumidores lo tienen los adolescentes de Costa Rica, en tanto que en el Noreste y Sureste de Alaska los jóvenes utilizan inhalables (Gruenewald, Johnson, Shamblen, Ogilvie & Collins, 2009). En el caso de países Europeos reportan mayor consumo de alcohol como es el caso de Islandia, cuyos jóvenes consumidores representan el 30% en tanto que en

Australia los jóvenes entre 15 y 16 años, representan el 80% (Hibell, *et al.* citado en Downing & Bellis, 2009).

Rodríguez, Fernández, Hernández, Valdés, Villalón, Ramírez, Ramírez, Valenzuela & Cardemil, (2009) encontraron que existe una tendencia a concentrar más adolescentes en forma recurrente respecto al uso de drogas, aumentando de manera progresiva las tasas de drogadicción. Aunque puede también existir una subestimación debido a los grupos denominados “población oculta” (hidden population) que son los grupos de individuos no representados habitualmente para realizar estimaciones poblacionales (poblaciones con baja aceptación social, drogadictos, delincuentes, con maltrato infantil, etc). Otro caso de datos internacionales referentes al consumo de drogas, es por ejemplo el de Tailandia en donde la prevalencia de cigarrillos era de 5.4%, el alcohol de 37.3% y 37.8% para drogas ilegales.

Hay un interés por indagar acerca del uso de drogas en poblaciones de estudiantes, en especial en el caso de universitarios de carreras de la salud, por ejemplo en Irlanda donde realizaron un estudio prospectivo (1973-2002) y evaluaron el consumo de drogas en estudiantes de medicina, evidenciando una disminución en el consumo de cigarrillos (de 28.8% a 9.2%) en contraste con una fuerte alza de alcohol. Sin embargo, la prevención puede ser considerada desde niveles educativos más básicos.

La información epidemiológica enfoca el consumo de drogas como una prioridad de salud, para proponer líneas de acción o programas que identifiquen los factores

de riesgo y la habilidad en la toma la decisión respecto a sentirse capaz de poder enfrentar la oferta o posibilidad de consumir.

Con base en la información internacional se destaca que el consumo de alcohol y tabaco están siendo recomendados para trabajar desde la prevención por sus efectos y los daños a la salud, así como por la posibilidad que ofrecen de aceptar otras drogas. La población de adolescentes en su actividad cotidiana puede ser considerada como grupo vulnerable o vulnerado.

1.2 Nacional

En México se realizan intervenciones en cuanto a la prevención y tratamiento de personas consumidoras de drogas, las instituciones que se dedican a ello son Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Centros de Integración Juvenil e Instituto Nacional de la Juventud, entre los más representativos. De acuerdo con datos emitidos por el Gobierno del Distrito Federal, en el 2008 cerca de 9000 jóvenes fueron atendidos en talleres para la prevención del uso de sustancias, sin embargo, antes de saber cuántos son atendidos en servicios preventivos o de tratamiento se requiere conocer la situación a nivel nacional y en el Distrito Federal, específicamente en la población de adolescentes y jóvenes de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Adicciones en el 2008.

1.2.1. Prevalencia del uso de drogas

En nuestro país el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es monitoreado de manera longitudinal por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en donde se

conocen la prevalencia, la tendencia del consumo de las diferentes drogas y la edad de inicio. La ENA es una de las herramientas más confiables para conocer lo que está sucediendo en materia del uso y abuso de drogas, por lo que es necesario citar lo que se plasma referente a la situación de adultos y adolescentes en nuestro país.

1.2.2. Tabaco

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones reportada en el 2008 el 64.4% de la población mexicana refirió no haber fumado, de los cuales 51.2% fueron hombres y 76.6% mujeres. Respecto a la edad de los no fumadores se encontró que el 85.1% era adolescente y el 59.8% población adulta. (Ver Tabla 1).

El incorporar datos de hombres y mujeres es para proponer políticas de salud respecto a las medidas preventivas o de tratamiento, considerando el genero con base en la información epidemiológica, así como resaltar que durante la adolescencia es donde se puede hacer prevención acerca del hábito al tabaco.

	Nunca han fumado	Actualmente fuma	Ex fumador
Adultos	59.8	20.6	19.6
Adolescentes	85.1	8.8	6.1
Mujer	76.6	9.9	13.5
Hombre	51.2	27.8	21

Tabla 1. Fumadores activos, ex fumadores y los que nunca han fumado en la población de 12 a 65 años. Encuesta Nacional de Adicciones 2008

El reporte resalta los aspectos más interesantes respecto al consumo de tabaco, ya que las dos razones de mayor importancia que se comentaron fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores; el 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad y el 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. En el caso de los adolescentes el 68.6% inició el consumo por curiosidad y el 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores.

En el ámbito nacional entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años; en la población adolescente fue de 13.7 años y en la adulta de 17.4 años. Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población de adolescentes y adultos en el ámbito rural fueron muy similares a las de la población nacional(Ver Tabla 2).

Sexo	Edad	IC95% L. inferior	IC95% L. superior
Adolescentes	13.738	13.445	14.030
Adultos	16.806	16.629	16.982
Hombre	16.060	15.900	16.220
Mujer	18.392	17.990	18.794
Total	16.724	16.551	16.896

Tabla 2. Edad promedio de inicio de consumo diario de tabaco en los fumadores activos en población nacional. México. ENA 2008

Al hacer el análisis de la tabla 2. se encuentra que al comparar los grupos por edad, 2.5% de los adolescentes y 20.4% de los adultos respondieron haber fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida. Desde el punto de vista epidemiológico (estimación de prevalencia de fumadores activos, ex fumadores y nunca fumadores), la información presenta problemas ya que puede existir la subestimación de la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes y sobreestimar el consumo en los adultos.

En reporte oficial de la ENA 2008 se afirma que el consumo del tabaco es una epidemia global y cambiante, desde el punto de vista de vigilancia sanitaria y seguimiento al cumplimiento de políticas públicas para el control del tabaco, por lo que se requiere actualizar las campañas para prevenir el inicio en el hábito del fumar y revisar la políticas sanitarias existentes. Desde octubre del año 2010 se han colocado pictogramas con información de las consecuencias físicas y sociales

en las cajetillas de cigarro y se han aumentado impuestos a las tabacaleras transnacionales que operan en México.

En el ámbito nacional, los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio; los adolescentes cinco cigarrillos y los adultos siete. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12 – 17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18 – 65 años). El 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos.

Algunas de las características de los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos durante el último año, son las siguientes: el 75.4% de los adultos y el 56.4% de los adolescentes le “dan el golpe” al cigarro algunas veces o siempre; el 3.2% de los adolescentes y el 11% de los adultos fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse; en más del 92% de los casos, tanto de adolescentes como de adultos, el período en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la tarde y la noche.

En general, puede considerarse el esfuerzo en México para tener políticas de salud menos permisivas ante la conducta de fumar, que inicia para la mayoría de individuos en la adolescencia al convivir con otros fumadores, dichas políticas tienen el propósito de enfrentar los problemas de salud de quienes en etapas subsecuentes tendrán que hacer uso de servicios de salud.

El aprender a fumar es muy fácil, por lo que es necesario ejercer alguna intervención preventiva para cuestionar lo que para muchos es muy tolerado. Las acciones preventivas enfocadas únicamente en el consumo de tabaco podrían

arrojar listas de cogniciones relacionadas con la aceptación de fumar y cómo evoluciona hasta una adicción tanto en hombres como en mujeres.

1.2.3. Alcohol

Los datos sobre consumo de alcohol que se desprenden de la ENA 2008 indican que el consumo diario se mantiene como una práctica poco frecuente en el país y que el beber grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, continúa siendo común en nuestra población.

El alcohol y tabaco generan problemáticas sociales y aún así siguen siendo toleradas por la sociedad, además que tienen un gran mercado de venta y se consideran facilitadores de la diversión entre los jóvenes y adultos.

La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana, le siguen los destilados y en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece. El consumo de alcohol de 96° y de aguardiente es bajo, de hecho es donde se observa mayor diferencia de consumo (8,5 hombre por cada mujer). El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres.

En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre los adolescentes son menores que en la población mayor de 17 años, con excepción de las bebidas preparadas, el pulque y el aguardiente/alcohol de 96°.

Dentro de los reportes de investigación, una de las formas en que los adolescentes llegan a tener abusos de alcohol es al preparar bebidas denominadas: “aguas locas” o “bebidas de zopilote” en donde se mezclan de

varios tipos de alcohol provocando intoxicaciones que pueden ser muy graves, al provocar algún tipo de accidente, riña, etc.

El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer, sin embargo, beber de ésta manera va en aumento, especialmente entre las adolescentes.

La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia, además se reporta un incremento entre las mujeres adolescentes usuarias de alcohol.

También resulta evidente que los adolescentes están copiando los modelos de los adultos y que una proporción importante presenta problemas con su manera de beber.

Una proporción significativa de la población requiere tratamiento y más educación para aprender a moderar el consumo de alcohol y evitar los períodos de consumo excesivo que se asocian con otros tipos de problemas (accidentes, violencia, etc). Existen variaciones nacionales interesantes que señalan la importancia de orientar los servicios para las diferentes poblaciones de acuerdo con sus necesidades.

En el caso del alcohol se requiere considerarlo como una droga de inicio debido a su permiso legal para adquirirse, podemos observar que los abusos por ocasión son muy frecuentes entre los adolescentes que establecen sus propias reglas de consumo en donde “saber tomar”, les resulta equivalente a tomar en exceso y continuar en la convivencia.

La connotación de socializar con alcohol provoca en los adolescentes una opción para aprender un comportamiento que les llevará unas cuantas veces para después continuar en el abuso de alcohol.

1.2.4. Marihuana, Inhalables, cocaína y otras drogas

La opinión de la población en general, respecto a las personas con dependencia a drogas, influye en la manera que se involucren o excluyan con ellos, afectando así, el funcionamiento social de estos últimos:

Mediante una escala que evaluó el acuerdo sobre diferentes atributos se les pidió a los entrevistados que indicaran su opinión acerca de las características de un adicto. Los resultados indicaron que más de la mitad (58.5%) de los encuestados consideraron que los adictos son personas enfermas y 60.4% estuvieron de acuerdo en que necesitan ayuda. Una tercera parte los considera personas débiles (30.6%), y 19.1% los percibe como delincuentes (ver figura 1). La opinión social influye mucho en los consumidores ya que facilita o hace difícil su reinserción social o laboral.

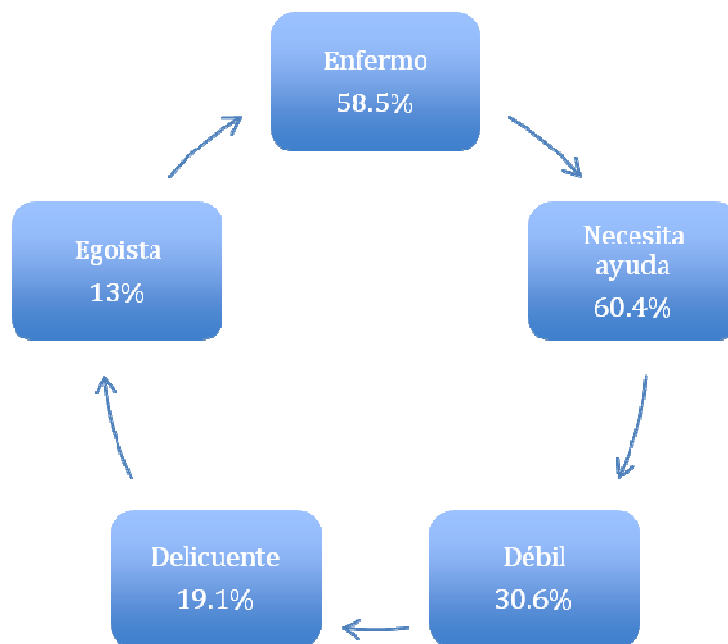


Figura 1. Percepción social de un adicto. México. ENA.2008

La exposición a la oportunidad se midió por una serie de variables, entre los adolescentes, no estar en la escuela es un factor de riesgo importante. Los factores tales como trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo que consuma droga, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos aumentan la probabilidad de la exposición a las drogas.

De acuerdo al reporte de la ENA 2008 se considera a la incidencia acumulada como el total de la población que ha usado drogas alguna vez, inhalables, medicamentos con potencial adictivo sin prescripción médica. Considerando los diferentes grupos de edad, la mayor proporción se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos:

De manera sintética puede resaltarse que el 12.1% fueron hombres y 3.3% mujeres, además de que el grupo que ha reportado mayor afectación fue el de hombres de 35 años en adelante (8.6%), siguiendo los adolescentes de 12 a 17 años con un 3.7%. En el caso de las mujeres la incidencia acumulada refleja que las adolescentes y mujeres mayores de 35 años tienen similitud con un porcentaje de 2.1%.

De acuerdo a los datos de la ENA 2008 el reporte del consumo en la categoría del último mes antes de la encuesta, muestra un patrón similar entre hombres y mujeres, mientras que los adolescentes presentan mínimas diferencias:

La relación de 1.8 hombres por cada mujer aumenta en el siguiente grupo de edad a 5.8 hombres por cada mujer y a 6 en el grupo de mayores de 35 años. Como era de esperarse, el uso de drogas es mayor en las generaciones más jóvenes, en comparación con lo que ocurría en las Encuestas Nacionales de Adicciones previas; solamente 3.6% de las personas que nacieron entre 1942 y 1956 informó haber usado drogas.

La marihuana continúa siendo la droga de preferencia en la población, la incidencia acumulada alcanza 4.2%, seguida en orden por la cocaína con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen crack). Hay 1.8 hombres que usan marihuana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1.

En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%). Los datos acerca de las drogas médicas reportan que hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia.

También se quiso averiguar si los adolescentes están en mayor riesgo que las personas mayores de edad al momento del estudio, se sabe que el cerebro de los adolescentes está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones y es por ello que tendrían más propensión a tomar riesgos. Su condición de adolescentes les permite cuestionar al mundo de los adultos y, en este sentido, son una promesa de cambio social. Sin embargo, enfrentan también importantes riesgos que obligan a pensar en mecanismos para protegerlos de los daños potenciales a la salud durante este periodo de sus vidas. La información reportada en la ENA 2008 considera que los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo en comparación de quienes ya han alcanzado la mayoría de edad. Además, presentan 69 veces más probabilidad de usar marihuana cuando se la ofrecen regalada, que sus compañeros que no han estado expuestos. La probabilidad de consumir alguna droga aumenta sólo 21 veces para quienes tienen entre 18 y 34 años y 19 veces entre quienes tienen 35 años o más.

Otro dato importante para ser considerado en actividades preventivas es que de acuerdo a la ENA 2008, los adolescentes también progresan en mayor proporción hacia la dependencia, debido a que el 35.8% de los adolescentes reportó abuso de alguna sustancia, 24.6% de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) y 14.5% de quienes tienen más de 25 años.

Un menor número de personas, perteneciente a las generaciones anteriores, consumió drogas debido a la oportunidad: 21.6% de la generación nacida entre 1942 y 1956, el 26.1% de la nacida entre 1957 y 1971 y 29.5% de aquéllos

nacidos entre 1972 y 1983 y el 26.3% de las personas nacidas entre 1984 y 1996. Una proporción considerablemente menor progresó del uso al abuso y a la dependencia en generaciones anteriores en comparación con las más recientes: sólo 8.5% de la primera generación, el 14.5% de la generación de 1957 a 1971, el 16.3% de la generación entre 1972 y 1983, y el 27.8% de la generación más joven. De acuerdo a estas cifras en la actualidad se tiene un significativo incremento entre la población de los adolescentes.

En las familias y escuelas es donde se observa un mayor riesgo de iniciar con el consumo de drogas y adquirir conductas que afectan el desempeño social, así como también se puede notar, que las personas de generaciones anteriores desconocen cómo enfrentar conductas tan complejas como el uso de drogas, peleas o venta de droga entre los adolescentes.

En síntesis, la comparación entre el inicio en el consumo de tabaco, alcohol y las drogas como marihuana e inhalables que son las de mayor frecuencia en el inicio de los adolescentes, nos indica que la complejidad de conductas que se aprenden posterior al consumo son de mayor desadaptación, debido que al mentirle a sus familiares, acerca del consumo, los expone a vivir en la clandestinidad y aceptar formas de convivencia de esos lugares. Por lo que la prevención tiene que ser de acuerdo a los diferentes motivos que lo acercan a aprender respecto al inicio de alguna droga.

1.3 Escolar

¿Por qué a las instituciones educativas les debería interesar incidir en el uso de drogas entre sus estudiantes? De acuerdo a varios autores (Florenzano, 1998; Nishimura *et al.* 2005, Pillon *et al.* 2005, Weiner & Loas, 2005 citados en Rodríguez, *et al.* 2009) el uso y abuso de drogas afecta la salud y se asocia con conductas violentas y victimización, afectando la estabilidad de todas las instituciones que conforman la sociedad.

Desde el mismo consumo del tabaco, el hacer estudios acerca de la prevalencia, resulta prioritario por las propiedades psico-estimulantes que pueden generar dependencia e iniciar el camino hacia otras drogas (Okoli *et al.* 2008, Iglesias *et al.* en Cardoso 2009). El consumo del alcohol, la cocaína, la marihuana, está dando la oportunidad de escalar en la experimentación con otras sustancias, para luego llegar al abuso y dependencia.

En México, se reportó en la Encuesta de Estudiantes del 2007, realizada por la Secretaría de Salud, que el 68.8% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo consumió en el último mes, otro dato valioso de esta encuesta es que en la Ciudad de México los adolescentes de secundaria fueron quienes presentaron el mayor porcentaje de consumo de alcohol, mientras que correspondió a la Ciudad de Aguascalientes el más alto porcentaje en los adolescentes (Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez & Salazar, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que junto con las medidas legales y sociales, las educativas son la base para realizar la prevención en el consumo de drogas (CIJ, 2007). Es en los campus universitarios o en las aulas de

clase donde se encuentra la mayor parte de la población en riesgo para iniciar con el uso de drogas, de ahí la importancia de dar a conocer sus riesgos y cómo protegerse del consumo de drogas.

Las escuelas cuentan con el apoyo de instituciones que atienden la prevención y tratamiento de drogas entre su población estudiantil preferentemente, ya que los profesores y padres de familia, pocas veces son canalizados por dichas instancias debido al uso o abuso de sustancias. Una de las instituciones con mayor trayectoria y experiencia es Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), en la cual se implementan, desde hace 41 años, intervenciones con la población en general y en particular con la estudiantil. Ha investigado desde la teoría psico-educativa acerca de los factores de riesgo y protección, en donde se relacionan las variables psicosociales protectoras con los trastornos afectivos y la atracción por las drogas, así como la severidad del consumo en usuarios de drogas, que tenían la característica sociodemográfica de tener grados educativos de nivel básico, medio superior y superior (García-Aurrecochea, Rodríguez & Córdova, 2008).

Considerando mi experiencia en la atención de prevención y tratamiento del uso de drogas, la cual se suscribe a las recomendaciones emitidas por la norma oficial de salud Nom-028-SSA2-1999, en materia de adicciones en México y que refiere establecer trabajos en redes institucionales para poder dar respuesta a los nuevos casos de consumo de drogas, he confirmado que la participación de quienes conviven más cercanamente con los adolescentes, son quienes pueden tener más eco en ellos debido a la cercanía o función profesional que los vincula para llevar a cabo acciones ante el riesgo o inicio del consumo de drogas.

1.4 Centros de Integración Juvenil en la Delegación Azcapotzalco

El Centro de Integración Juvenil en la Delegación Azcapotzalco forma parte de la red de servicios que cuenta con 124 unidades ubicadas en todo país, para la atención en la prevención, tratamiento e investigación del consumo de drogas. Su misión es atender un fenómeno que suele identificar a las zonas de alto riesgo dentro de una delegación o municipio. Los servicios que brinda a la población son basados en líneas internacionales respecto al uso y abuso de drogas, así como las estrategias recomendadas para llevar a cabo la prevención o tratamiento.

Dicha institución ofrece el campo fértil para que el ejercicio profesional del psicólogo desarrolle planteamientos científicos e investigaciones psicosociales, ya que tiene la materia prima que es el acceso a la gente en situación de riesgo, tanto para intervenir en prevención o tratamiento, lo cual genera nuevas estrategias para abordar dicho problema social, con base en los reportes epidemiológicos o psicosociales.

El trabajo con adolescente puede resultar exhaustivo y confrontar habilidades profesionales, el reto es establecer trabajos útiles para ambas partes.

El trabajo en la prevención o tratamiento del uso de drogas da oportunidades de generar ofertas para hacer mejores intervenciones en la comunidad abierta o escolar. A partir de mi formación en modificación de conducta y experiencia profesional como psicóloga, es que me planteé el trabajar un estudio piloto para incorporarlo a esta tesina, considerando los elementos metodológicos que fueron supervisados por la maestra que dirigió el presente documento.

El protocolo para guiar la recopilación de datos y su adecuado manejo estadístico se basó en el procedimiento científico del área social para hacer investigación.

El tema surgió al conocer acerca de la prevención indicada y al ver que los adolescentes que acudían a tratamiento a CIJ Azcapotzalco, no cubrían con todos los requisitos de inclusión para éste, pero ya eran consumidores de alcohol, marihuana o inhalables y carecían de habilidades para resolver su situación de riesgo. Sin embargo el integrarlos a cursos de orientación con corte universal resultaba insuficiente por lo complicado de sus conductas desadaptativas.

El estudio piloto se realizó durante el 2009 y 2010 para fundamentar por qué la prevención indicada era la opción para atender a los adolescentes, hombres o mujeres, que acudían a tratamiento regularmente canalizados por la escuela (el tema de la prevención indicada se desarrollara en el capítulo 3 sección 3.3 para conocer las características).

Los contextos escolares de secundaria y bachillerato son importantes por la observación directa que puede hacerse en períodos determinados (Guzmán & Pedrao, 2008) respecto al cómo pueden enfrentar eficazmente los riesgos en la institución y con ello desarrollar habilidades sociales. En el caso de CIJ Azcapotzalco, donde aun estoy laborando, con frecuencia las escuelas canalizan a los adolescentes a tratamiento por la sospecha de usar droga o portarla dentro de las instalaciones, lo que genera trabajar también con los factores de riesgo que están implícitos.

Al atender las historias de adolescentes consumidores de alguna droga y considerar la experiencia clínica psicológica basada en mayor medida en el enfoque cognitivo conductual, me llevó a la pregunta de investigación ¿Con qué frecuencia se asocia el consumo de drogas con las conductas de riesgo en los adolescentes atendidos en el CIJ Azcapotzalco? Se consideró que el interés principal era establecer la frecuencia con que se asocia el consumo de drogas con la conducta antisocial en los adolescentes atendidos en dicha instancia.

Respecto a la metodología aplicada fue un estudio cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo, correlacional, transversal y retrospectivo.

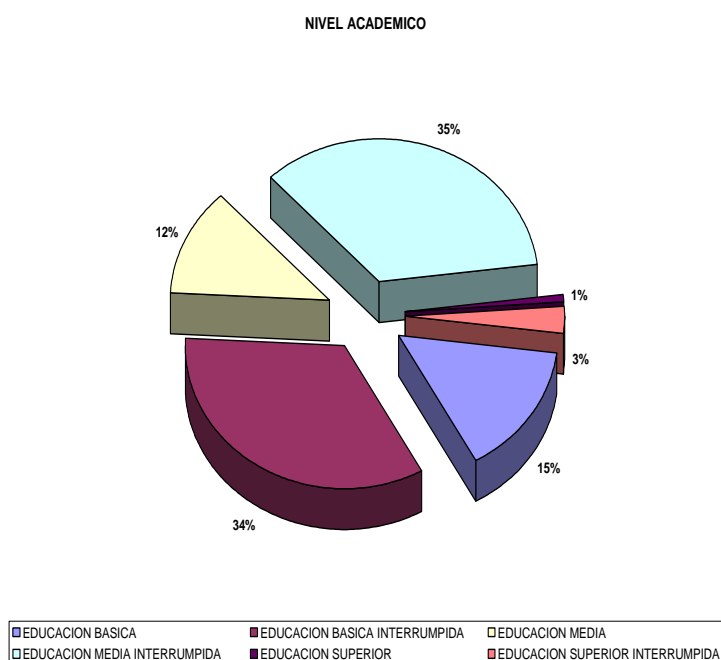
La población la conformaron los expedientes activos de pacientes adolescentes atendidos en el Centro de Integración Juvenil Azcapotzalco, D.F. de enero de 2009 a enero de 2010 teniendo como muestra los expedientes clínicos en fase diagnóstica de 100 casos de adolescentes entre 12 y 20 años que solicitaron su ingreso al tratamiento por el consumo de sustancias. Tipo de muestra no probabilística, por conveniencia.

La obtención de información fue de acuerdo a la confidencialidad que protege a los participantes, debido a que cumplía con el criterio de anonimato de los participantes y que la actividad solo implicaba la revisión de expedientes sin la acción directa en los adolescentes.

Los resultados de esta investigación mostraron, respecto a la edad de los adolescentes, que quienes más solicitaron tratamiento tenían la edad entre 12 y

20 años, con un promedio de 16.9 años de edad, de los cuales 29 fueron mujeres y 71 hombres.

El nivel académico de los sujetos, mostró que el promedio mayor de uso de drogas en los adolescentes se correlacionó con haber interrumpido su formación académica, de los cuales el 35% abandonó su bachillerato, el 34% la secundaria y el 3% el nivel profesional, a diferencia de los que todavía cursaban algún nivel y consumían drogas, el 15% estudiaban secundaria, el 12% bachillerato y el 1% el nivel profesional (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Nivel académico. Fuente: 100 expedientes de adolescentes atendidos en CIJ Azcapotzalco en el periodo de enero 2009 a enero 2010

Conductas antisociales y uso de drogas.

Los resultados respecto a las conductas antisociales y uso de sustancias están expuestos en la Tabla 3. en donde se muestra que un mismo adolescente podría haber tomado varias sustancias, por lo que el uso de esa sustancia se relaciona con una conducta considerada por ellos como antisocial, es decir que el usar varias sustancias se relaciona con varias conductas antisociales:

La **conducta de consumir dentro de la escuela** presentó una relación con el uso de alcohol del 26.4%, seguida por el uso de solventes con un 23.2%, lo referente al uso de tabaco y marihuana el promedio fue de 20.8%. En caso de otras drogas se obtuvo un 8.8%

El **consumir drogas en la vía pública** y su relación con el uso de marihuana fue de 26.65%, seguido por el consumo de alcohol con un 23.28%, quienes consumen tabaco y han tenido esta conducta fueron el 20.54%, con solventes 17.80% y otras drogas con un 1.39%

La **conducta de manipular a la familia** presentó su mayor relación con el uso de alcohol en un 26.27%, mostrando regularidad con el resto de las drogas con un 21% y con otras sustancias hubo un 9.48%

En las **conductas agresivas** se encontró que el 27.92% utilizó solventes, el 24.32% alcohol y 18.9% tabaco o marihuana. En la categoría del uso de otras drogas se obtuvo el 9.90%.

La **conducta de distribuir drogas entre pares y uso de sustancias** obtuvo un 33% de los cuales, 27% consumían alcohol y marihuana.

La **conducta de venta y uso de drogas** mostró un 5% de la muestra, así como el de robo con allanamiento de morada con un 4%. Respecto a las **detenciones policíacas** asociadas o no con el consumo de sustancias el 23.40% consumía alcohol y 25.53% marihuana, seguidas en una proporción similar el tabaco con un 18.04% y solventes con el 19.14%.

En síntesis las **conductas de pedir dinero, robo en pandilla, robo a la familia y robo con allanamiento de morada**, mostraron la menor frecuencia en comparación con las conductas más empleadas por los adolescentes.

En los cuestionarios se encontró que el 67% de adolescentes no reportaron antecedentes de algún familiar consumidor de sustancia, mientras que el 34% reportó al padre o primos como el vínculo familiar con consumo de drogas.

CONDUCTAS ANTISOCIALES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS					
	ALCOHOL	TABACO	MARIHUANA	SOLVENTES	OTRAS
CONSUME DROGAS DENTRO DE LA ESCUELA	33	26	26	29	11
CONSUME DROGAS EN LA VÍA PÚBLICA	17	15	18	13	10
DISTRIBUYE DROGAS ENTRE SUS PARES	9	6	9	7	2
VENDE LA DROGA	1	1	1	2	0
ROBA EN PANDILLA	3	2	3	6	1
ROBA A LA FAMILIA	6	5	5	6	2
MANIPULA A LA FAMILIA	36	29	30	29	13
CONDUCTAS AGRESIVAS	27	21	21	31	11
PIDE DINERO	8	6	7	6	1
PINTA GRAFFITIS	6	5	7	3	1
DETENCIONES POLICÍACAS	22	17	24	18	13
ROBO CON ALLANAMIENTO DE MORADA	1	1	1	0	1

Tabla 3. Conductas antisociales relacionadas con el consumo de droga.

Fuente: 100 expedientes de adolescentes atendidos en CIJ Azcapotzalco en el periodo de enero 2009 a enero 2010

A partir de los resultados se concluyó que la frecuencia con que se asocian la conducta antisocial y el uso de drogas en los adolescentes, evidencia las conductas desadaptadas, manifiestas en la muestra investigada, lo cual coincide con las encuestas estadísticas internacionales y nacionales, que respaldan cómo es considerado un problema complejo el uso de sustancias por las alteraciones conductuales.

De acuerdo a la variable de escolaridad se encontró que la deserción o

interrupción de secundaria y bachillerato fue la más frecuente entre la muestra de adolescentes, más que el estar dentro de la escuela, lo cual permite sumar un factor más de riesgo a las conductas que manifiestan los estudiantes adolescentes, ya que quedarse fuera o salirse de la preparación académica incrementa los desajustes en su comportamiento.

Una de las principales conclusiones de este estudio piloto fue que el 70% de las conductas, consideradas como antisociales, se asociaron con el consumo de alcohol y solventes, lo cual respalda que el objetivo de este estudio diferenció las drogas que más se asocian con otras conductas problemáticas. En tanto que estos resultados permiten proponer que el trabajo preventivo requiere de enfocarse a identificar usuarios de alcohol y solventes, ya que son quienes más tienen dificultades en su desempeño social o académico.

Por lo anterior se constata que es en la escuela donde se puede alertar a los padres acerca de la importancia de atender de manera oportuna los riesgos en el uso de drogas en sus hijos e hijas adolescentes.

Las intervenciones con un enfoque cognitivo conductual se caracterizan por ser breves, lo cual genera más beneficios en corto plazo para el usuario, en este caso el adolescente sería atendido en la prevención indicada con técnicas cognitivo-conductuales, basadas en el refuerzo positivo más que el control o la utilización de métodos de aversión (aunque no quedan completamente excluidos estos últimos). El uso de reforzadores naturales y poco artificiales, también beneficiarían a quienes participen en programas que fomenten habilidades sociales desde el enfoque de modificación de conducta.

Capítulo 2. Modificación de conducta y uso de drogas

2.1 Modificación de conducta

Los fundamentos de la Modificación de Conducta están en la historia de investigaciones basadas en reflejos asociados con actos, en su libro Reynoso & Seligson (2005) retoman los fundamentos que dieron como resultado establecer estrategias basadas en la modificación de la conducta o en la terapia cognitiva-conductual; el considerar que el “humano aprende a coordinar sus movimientos gracias a la repetición frecuente de reflejos asociados y, al mismo tiempo (gracias a los reflejos), aprende a inhibirlos” (Sechenov , 1863 citado en Reynoso. *et al.*, 2005, p 1).

Respecto a la investigación científica sobre reflejos, los trabajos de Pavlov acerca de condicionamiento clásico y la ley de efecto de Thorndike son de los fundamentos que contemplarán quienes continúen en la psicología de la conducta.

La siguiente cita sobre la historia de la Modificación de la conducta se consultó en la tesis doctoral de Jaume (1984) titulada la “Breve historia de la modificación de conducta y terapia de la conducta en España”:

La modificación y terapia de conducta como movimiento formal surgió a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta en Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos. En Sudáfrica, el desarrollo de la terapia de conducta se debió fundamentalmente a la obra de Wolpe (1958) y de sus colaboradores Rachman y Lazarus. En Inglaterra, la modificación de conducta

empezó a desarrollarse en el Maudsley Hospital de Londres gracias al trabajo de Eysenck y Shapiro. Durante los años sesenta, la aplicación de la terapia de conducta en ese hospital aumento notablemente con la llegada de Gelder, Marks y Rachman. En Estados Unidos, antes de que la modificación de conducta llegara a ser un campo de estudio específico, ya se habían aplicado algunas técnicas conductuales... podemos citar como los más destacados los trabajos de Watson y Rayner (1920), M. C. Jones (1924), Dunlap (1932), Mowrer y Mowrer (1938), Voetglin y Lemere (1942) y Salter (1949). Sin embargo, la mayor contribución al desarrollo de la modificación de conducta en Estados Unidos fue la aplicación sistemática del condicionamiento operante a conductas humanas relevantes, desde el punto de vista clínico (Ayllon, 1963; Ayllon y Azrin, 1968; Bijou, 1955 y Baer, Wolf y Risley, 1968). Además, históricamente Skinner, Solomon y Lindley (1953) fueron los primeros en utilizar el término behavior therapy, aunque lo hicieron en manuscritos de escasa difusión. El término se popularizo, de hecho, a partir de publicaciones inglesas -como las editadas por Eysenck (1960, 1964a) y la primera revista sobre el tema: Behaviour Research and Therapy fundada en 1963 por Eysenck y Rachman- y, en menor medida, sudafricanas. En Inglaterra, Eysenck (1959) fue el primero en emplear el término behaviour therapy. En Sudáfrica, Lazarus ya lo había utilizado en 1958.

La modificación de conducta ofrece buscar soluciones en las personas con diferentes conductas problemáticas, ya sea relacionadas con ellas mismas o con otras personas. Las estrategias de intervención suelen clarificar e identificar lo que es el campo conductual, la terapia conductual ha sido sometida a

verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas: “adoptar este método implica considerar que las conductas desadaptadas provienen de experiencias fallidas en el aprendizaje o de una insuficiencia motivacional para cambiarlas” (Reynoso, 2005. pág. 9).

Cabe mencionar que la modificación de conducta también ha trabajado el aspecto ético para el ejercicio profesional. Martin y Pear (1999) exponen en su libro *Modificación de Conducta: qué es y cómo aplicarla*, que el trabajo del modificador de conducta tiene que ser dirigido por la ética y por el adecuado manejo de contingencias respecto al plan de trabajo que desempeñará, que dentro de sus códigos éticos el último en considerar es el control de la gente. La conducta meta que se seleccione debe ser la más importante para el cliente o la sociedad, debe hacerse hincapié en la enseñanza de habilidades funcionales apropiadas a la edad del cliente y que le permita mayor libertad para realizar actividades preferidas, así como también los objetivos deben de incluir conductas alternativas deseables coherentes, con sus derechos de dignidad, intimidad y cuidado humanitario.

Respecto a la selección del tratamiento, los modificadores de conducta requieren de utilizar métodos eficaces empíricamente validados con el menor grado de molestia para el cliente. La utilización del refuerzo positivo más que el castigo es indicado, aunque puede hacerse uso del segundo sólo en caso de que la situación lo requiera, la opción de que el cliente decida entre alternativas es necesario considerarlo y también el uso de reforzadores naturales y en pocos casos artificiales, siendo prioritarios los naturales.

Se recomienda que el trabajo con el cliente se realice mediante la firma de un contrato en donde se especifique el plan de trabajo.

El uso de los registros o autorregistros son con un máximo de discreción. Por lo que otra de las recomendaciones distintivas de la Modificación de Conducta es el uso y mantenimiento de los registros, antes de iniciar con la intervención se requiere de previa evaluación acompañada de observación que dé continuidad a las metas conductuales que valoren los posibles efectos secundarios y puedan con ello dar seguimiento una vez que concluya el tratamiento. Es importante recordar que el problema es la conducta que puede ser medida.

Hay un concepto muy interesante entre el modificador de conducta y el cliente, denominado contracontrol, el cual refiere “reciprocidad en el control, es decir la influencia que la persona controlada tiene sobre lo que la controla, a través del acceso a reforzadores adecuados” (Martin y Pear, 1999 p. 5).

Al aplicar el concepto anterior al tema de esta investigación, referente al uso de drogas o conducta de riesgo en adolescentes escolarizados, podría mencionarse que quien realice prevención del uso de drogas con los adolescentes estará en un proceso de aprendizaje, en donde tratará de apoyarse en el control que ambos pueden ejercer para el logro de mutuos reforzadores, lo cual suena interesante y benéfico para los involucrados.

La modificación de conducta en su enfoque cognitivo conductual está cada vez más vinculado al interés de trabajar el tema de las adicciones o específicamente el consumo de drogas, debido como ya se mencionó, al incremento y prevalencia que están presentando la población en general y la estudiantil en particular. Aproximadamente a mediados de la década de los años setenta del siglo pasado,

en el contexto de la Modificación de Conducta, aparecieron las primeras descripciones de técnicas de modificación cognitivo conductual. En las décadas posteriores ha habido un auge de estas técnicas fortaleciendo las bases científicas de los esfuerzos iniciales, de tal forma que las intervenciones cognitivo conductuales se han consolidado y ampliado su alcance (Carrascoza, 2007).

La aportación de la psicología al campo del uso y abuso de drogas será con base en el enfoque cognitivo conductual, que además está ofreciendo evidencias en el campo de la investigación en comunidades escolares y no escolares, el poder mejorar sus proceso de aprendizaje respecto a su autoeficacia y autoestima entre otras habilidades para protegerse del consumo de drogas (Gruenewald *et al.* 2009; Martínez *et al.* 2008).

Es importante resaltar que la investigación en modelos de psicología experimental en animales ha considerando la autoadministración basada en unos de los paradigmas básicos de reforzamiento clásico y operante están ofreciendo modelos explicativos acerca del efectos de drogas como el éxtasis en el cerebro, (Bruno *et al.* 2009), tratando con ello de mostrar los efectos neuropsicológicos que provocan las drogas en los organismos (animales o humanos).

La conducta del consumo de drogas entre adolescentes es éticamente cuestionada por quienes conviven con los consumidores y el valor de comportamiento desadaptado e incorrecto, coincide en mostrar la pertinencia para abordarlo desde una perspectiva objetiva que incluya: definición de problema y selección de objetivos, selección del tratamiento y el mantenimiento de los registros y seguimiento.

2.2 Cognitivo conductual social

En el contexto de la adicciones, la terapia cognitivo conductual ha tenido resultados positivos, ofreciendo tratamientos breves, de bajo costo y de efectos duraderos (Carrascoza, 2007). Entre las diversas intervenciones que tiene el enfoque cognitivo conductual, en la atención preventiva de usuarios de sustancias, se encuentra el realizado por Ruiz y Medina Mora (2007) citado en Echeverría *et al.* (2007) en donde presentan un modelo de entrenamiento en habilidades para evitar el abuso del alcohol en adolescentes, buscando atender la conducta de uso para disminuir el riesgo de una adicción, mediante estilo de afrontamiento social más adaptativos como son la habilidades sociales.

Con base en los factores protectores descritos por varios autores como (Hawkins, 2009; Martínez *et al.* 2008), han sistematizado los riesgos y protecciones que pueden considerar las conductas asociadas al consumo de drogas (Castro & Margain, 2008) para trabajar aspectos relacionados con el autocontrol, la autoeficacia y habilidades sociales.

Cabe definir lo que es un factor de protección y de riesgo, lo cual facilita diferenciar las situaciones, condiciones que incrementan la probabilidad del uso de drogas en un persona (factor de riesgo), o bien que disminuye o evita el inicio en el consumo de droga (factor protector).

El trabajo cognitivo conductual aplicado a la prevención de uso drogas considera la lista de variables proximales o no que están asociadas con el incremento del uso de sustancias, así como el interés en establecer estrategias breves para

entrenar a quienes están bajo situaciones de riesgo, es por ello que las estrategias de enfrentamiento y autoeficacia reportan en materia de adicciones alentadores resultados; en el caso de las investigaciones están relacionadas con aprender a enfrentar situaciones de riesgo en adolescentes, las cuales pueden ser identificadas debido a la confusión que tienen en sus situaciones cotidianas, especialmente al estar expuestos a recibir ofertas para consumir drogas. Además de las oportunidades hacia el consumo, también puede presentarse el interés, por el uso de alcohol y otras drogas (Echeverría *et al.* 2007). Las circunstancias son variadas y ante ellas el adolescente se encuentra con el hecho de aceptar o no la posibilidad de consumir alcohol, tabaco u otras drogas.

Las conductas de uso y abuso de sustancias pueden ser considerados como la adquisición de hábitos que desde la teoría cognitiva del aprendizaje social, la psicología cognoscitiva y la psicología social experimental pueden diferir de los modelos explicativos del modelo de enfermedad o de lo moral. Desde la perspectiva del aprendizaje social las conductas adictivas representan “malos hábitos”, incluyendo conductas como beber de manera problemática, fumar, abusar de sustancias, comer en exceso, etc. En términos de la frecuencia de ocurrencia, las conductas adictivas se supone que van en un continuo uso, más que ocurrir en términos de categorías fijas o discretas (Carrascoza, 2007), con lo anterior se puede enfocar el consumo de drogas como una conducta que al aprenderse puede ser modificada permitiendo a quien lo hace quitarse la connotación tan severa como “adicto”, lo cual lo paraliza frente a un proceso de cambio o adquisición de conductas alternativas.

Cuando la intervención cognitivo conductual está enfocada a grupos de riesgo es cuando se requiere ofrecerles una serie de alternativas frente a la posible problemática de enfrentar situaciones ante el uso de alcohol, tabaco u otras drogas. Es indudable que las drogas causan efectos en las funciones cognitivas y provocan desordenes afectivos, tal es el caso de los estudios que reportan lo relacionado con el uso del éxtasis (Bruno *et al.* 2009).

2.3 Estrategias cognitiva conductuales en adolescentes

Las estrategias para la prevención de drogas en adolescentes son variadas, se han reportado esfuerzos desde el aspecto de restricción legal para evitar o ratardar el inicio en el consumo de cigarro (Botello-Harbaum *et al.* 2009). Las estrategias van desde el control de los contextos, en donde se facilitan las sustancias, hasta donde se entrenan en habilidades a quienes muestran mayor riesgo para el consumo. Gruenewal, Jhonson, Shamblen, Ogilvie & Collins (2009) realizaron un entrenamiento con los estudiantes del sexto grado de educación básica del noreste de Alaska en habilidades asertivas (*ThinkSmart*) para llevar acabo una acción preventiva respecto al uso de productos legales peligrosos (HLPs) o inhalables, los cuales fueron empleados por dichos sujetos para la intoxicación, la investigación reportó actitudes favorables hacia el uso de droga, una baja percepción del riesgo y existir relaciones con amigos consumidores. El entrenamiento consistió en tener 15 sesiones de 30 minutos distribuidas en varias semanas, en donde se identificaba el factor de riesgo y el factor protector por los preadolescentes. El estudio también demostró que el modelo de prevención comunitario fue efectivo al incorporar estrategias ambientales tales como reducir el

uso de productos legales peligrosos (HLPs) y habilidades cognitivo-conductuales; esto generó la reducción de la demanda.

El uso experimental o esporádico de drogas predispone a adoptar estilos de vida riesgosos, el conjunto de factores psicosociales, conductuales y ambientales tienen como relevante la manera de enfrentar o manejar el tiempo libre, la sexualidad y los actos antisociales, lo cual está presente en un importante porcentaje de niños, niñas, preadolescentes, adolescentes, jóvenes y adultos, que aun no inician con el consumo de droga, pero que tienen una alta probabilidad de hacerlo (Castro & Margain, 2009).

A través de la estrategia cognitivo conductual se puede retomar el **modelo de riesgo y protección** como el modelo que ha sido considerado en la prevención del uso de drogas, en sí los estilos de vida que aprenden los adolescentes son los que pueden protegerlos o ponerlos en riesgo de iniciar, abusar o depender de una sustancia.

Cardoso, *et al.* (2009) indagaron en poblaciones educativas, tanto del sector privado y público de medio superior y secundaria del Distrito Federal de Brasilia, Brasil acerca de la prevalencia de quienes consumían el tabaco, encontrando que el 76.5% que habían fumado también consumieron bebidas alcoholicas 12 veces más que quienes reportaron no haber fumado, siendo en escuelas públicas donde se presentaron más riesgos de consumir drogas ilicitas que en las privadas. La principal recomendación que surge de dicho estudio es trabajar la prevención en escuelas públicas. Existen similitudes entre las poblaciones estudiantiles

mexicanas y brasileñas (Kuri-Morales, González-Roldan, Hoy & Cortés-Ramirez , 2006 citado en Cardoso, *et al.* 2009) en donde se encontraron que los adolescentes también reportaban una asociación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Por su parte, Rodríguez, *et al.* 2009 ratifican en población de adolescentes chilenos de la comunas de Recoleta y Huechuraba la asociación entre el consumo de drogas lícitas e ilícita.

La propuesta cognitivo conductual considera el uso del alcohol y cigarro como las conductas idóneas para poder trabajar, ya que son consideradas las drogas de inicio que conducen al uso de otras sustancias. En el caso de la prevención con adolescentes se requiere valorar de manera gradual las conductas previas a la adicción de un sustancia.

Capítulo 3. Propuestas de trabajo en la prevención de adicciones en adolescentes.

3.1 Factores de Riesgo y de Protección

La investigación acerca de los factores de protección se ha mencionado desde la década de los 80's, sustituyendo al término multi-causalidad, el cual proponía cierto determinismo y no consideraba la diferencia entre las relaciones de los riesgos y las protecciones que prevalecían en una persona.

Existe gente con un gran número de riesgos sin el padecimiento de inhabilidad social. El concebir los riesgos y protecciones explica la vulnerabilidad de quienes viven ciertas condiciones sociales, étnicas y económicas, desfavorables para su desarrollo personal, familiar, social o cultural (Becoña, 1999 citado en CIJ, 2007), siendo evidente que la vulnerabilidad hace énfasis en la presencia de mayor número de factores de riesgo que factores de protección.

El uso tradicional del término factor de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se le relaciona con resultados adversos en términos de mortalidad, por ejemplo, un factor de riesgo asociado con enfermedades cardiovasculares es el consumo de tabaco. El trabajo de investigación ha desentrañado que vivir con factores de riesgo no se traduce en mortalidad, afortunadamente con las aportaciones que brinda la epidemiología social, se permite dar explicaciones y proponer estrategias de intervención respecto a los diferentes contextos psicosociales en donde existe riesgo de daños mayores, si el involucrado tiene más factores de riesgo que de protección (CIJ, 2007).

Están implícitos los términos de daño y salud respecto al intercambio que pudieran darse en una persona o en un grupo social de acuerdo a un diagnóstico de las necesidades y las acciones para resolverlas. Es por ello que retomar el término de *Resiliencia*, para el presente trabajo, permitirá considerar el juego dinámico entre los factores de riesgo y protección, explicando con ello a la Resiliencia como la característica propia o aprendida de quienes han experimentado el manejo de mayores riesgos que protecciones y aun así manifiestan fortaleza para continuar su desarrollo social (Munist, 2007).

Una de las definiciones básicas acerca de los factores de riesgos y protección que encontré hace unos 12 años y que me ha parecido adecuada para la práctica profesional, es la explicada en el *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*, en donde refiere:

“Al factor de riesgo como cualquier característica de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de daño a la salud. Con respecto al factor protector lo definen como las condiciones o entornos que favorecen el desarrollo de los individuos y grupos, que en muchos de los casos reducen los efectos de circunstancias desfavorables. La investigación basada en el modelo de factores de riesgo y protección ha provisto información acerca de los diferentes contextos donde al estar presentes, se incrementan posibilidades de daño o mantener la salud” (Munist, *et al.* 1998. p 12 citado en Munist, 2007)

Es decir, el trabajo en la prevención de drogas evoluciona de acuerdo con las investigaciones respecto a la manera de abordar situaciones de riesgo en el uso o

abuso de sustancias de los adolescentes. Desde la intervención referente al uso de sustancias en los 60's, en donde informar acerca de los daños era una propuesta para atender a quienes todavía estaban sin iniciar y posteriormente en las décadas de los 70's y 80's, se retomaron los marcos teóricos acerca del aprendizaje social con los trabajos de Bandura (1986), de la Psicología Social con Evans (1976) y antecedentes del consumo de drogas de Jessor y Jessor (1977) citados en CIJ (2009), entre otros autores quienes contribuyeron en la consideración de los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y la conducta.

La investigación enfocada en los factores de riesgo y protección (próximas o distantes) ha generado vasto conocimiento acerca de los estilos de convivencia y del reto por establecer metodologías adecuadas para responder a la indudable demanda de quienes hoy enfrentan mayores riesgos que las generaciones pasadas (Castro & Margain, 2009). Los niños de hoy enfrentan una presión excesiva a crecer demasiado rápido, hoy en día los adolescentes viven más y más presión: los medios de comunicación, la televisión, las películas y la industria de la música han distorsionado la percepción acerca de lo que es popular.

Al presentarle a los adolescentes la oportunidad de reconocer sus riesgos y protecciones, se favorece la reflexión acerca de sus habilidades para lidiar con situaciones cotidianas que tanto en la escuela, la familia y lo social enfrentan, las cuales por ser más complejas requieren de maneras superiores de manejo. La práctica profesional, proporciona que al trabajar los factores de riesgo y protección se facilite el análisis y comprensión de la manera dinámica en que se relacionan,

sin embargo a veces por la misma confusión y cantidad de riesgo es obvio que se requiere establecer estilos de trabajo para poder identificar los riesgos desde el ámbito institucional algo que compete a los padres, para priorizar lo que puede proteger a sus hijos adolescentes.

El modelo de intervención de Centros de Integración Juvenil, A.C. (2007) y otras Instituciones, se guían por las recomendaciones del *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, en donde se refiere el trabajo con los padres en el manejo de información precisa, respecto a la prevalencia y los riesgos en sus contextos para evitar el inicio del uso de drogas en sus hijos.

Las intervenciones están fundamentadas en evidencias científicas, respecto a lo que el fenómeno del uso/abuso de drogas legales e ilegales ha mostrado por décadas. Como participante del programa “Para vivir sin drogas” de Centros de Integración Juvenil, A.C. he constatado lo que es socializar la información con quienes viven en riesgo y tienen que tomar estrategias para evitar que se de el consumo de drogas en ellos.

El trabajo preventivo basado en los factores de riesgo y protección es el más respaldado por investigaciones García-Aurrecochea *et al.* (2008), las intervenciones con adolescentes con características de mayores riesgos familiares, individuales o escolares, son ejemplos de lo que hoy se requiere respecto a precisar metodologías para orientar a quienes tendrán que decidir sobre su consumo de sustancias.

El reto para quienes operan los programas preventivos está relacionado con comprender la elaboración del curso y contar con material didáctico suficiente para los destinatarios. De qué sirve atender grupos cuando el material está restringido o inexistente. De ahí la propuesta de atender en prevención indicada con enfoque cognitivo conductual donde se pueda asegurar que el manejo del programa y técnicas cognitivo-conductuales pueden ser más efectivas al tratar en forma individual a los adolescentes y acordar con ellos la adquisición de formatos útiles para autorregistros.

La prevención se construye con la teoría y se incluye en las políticas de salud y en los objetivos de las instituciones responsables de llevarlas a cabo, los profesionales quienes conocen la teoría y cuentan con los recursos para la implementación del curso, aumentan la probabilidad de éxito y efectividad en sus intervenciones; por lo que los psicólogos tienen un amplio campo de acción.

Hablando en términos de riesgo y protección las intervenciones orientadas hacia poblaciones de adolescentes, detectan que en esta época tienen mayores riesgos que hace una década, por lo que el reto es generar procesos de aprendizaje que faciliten la comprensión de conductas e ideas que realizan en sus ambientes cotidianos y puedan discernir acerca de situaciones riesgosas.

La prevención ofrece a quienes puedan acceder a ella, evitar métodos de coerción policial o social debido a la acción de drogarse en vía pública, deportivos, etc.

En las familias optar por prevenir les permitiría ahorrar momentos de mayores crisis en su convivencia, por lo que también son consideradas por su función parte

importante en las actividades de prevención, con un enfoque cognitivo conductual; de hecho en la familia es donde se han aprendido conductas que por sus características son de riesgo para sus integrantes.

Para el fin de este trabajo no se consideraron las largas listas de factores de riesgo y protección, el sentido fue retomar una de las sugerencias internacionales para pensar cómo poder aproximarnos a una de las conductas que en sí, condensa muchos riesgos en los adolescentes: el consumo de drogas legales o ilegales (Hawkins, 2009). Todavía existe un reto mayor, que es elaborar estrategias para prevenir el consumo de metanfetaminas, opiáceos, depresores, alucinógenos, cocaína y cannabis considerando los factores de riesgo y protección (CIJ, 2007).



FIGURA 2. Los factores de riesgo y protección como modelo preventivo ante el consumo de drogas.

3.2 Resiliencia

El término vulnerabilidad se ha mencionado en los anteriores capítulos, sin embargo se requiere comprender el concepto que apuntala muchas de las condiciones de investigación e intervención psicosocial, para atender a grupos vulnerables o vulnerados y que será el propósito en este apartado.

La vulnerabilidad puede tener diversas connotaciones que nos llevan a referir el daño, la pérdida, la desventaja o la incapacidad física, situación en la que pueden encontrarse una o varias personas, es decir grupos (Donas, 2010). La vulnerabilidad de una comunidad depende de varios factores, entre los que se

encuentran: el grado de exposición a la amenaza, el conocimiento que se tenga de la misma, la organización de la sociedad, la voluntad política de grupos y dirigentes, la capacidad de servicio y cobertura de las instituciones de apoyo. En lo personal se puede comentar que alguien es vulnerable cuando por sus propios medios no puede realizar las condiciones para su propio desarrollo y el de las personas que dependen de ella.

Las investigaciones demuestran que quien consume drogas ha pasado por un proceso de vulnerabilidad permanente que consiste en la acumulación de riesgos individuales, colectivos y sociales que promueven un estrés psicosocial, que pasa inadvertido por la familia, la escuela y la comunidad, por citar algunos ejemplos la marginación y la pobreza (Castro & Margain, 2009).

La vulnerabilidad es una condición dinámica en donde se connota a quienes han sido “ubicados” y más que vulnerables el término podría referir a que “han sido vulnerados”; por lo que el término es necesario actualizarlo de “grupos vulnerados” a “socialmente vulnerados”.

En el trabajo preventivo que he realizado en Centros de Integración Juvenil, A.C. con grupos vulnerables o socialmente vulnerados ha resultado un reto cada vez mayor, respecto a identificar los grupos que viven aún más riesgos de consumir sustancias tóxicas; sin duda uno de esos grupos que padecen violencia o el problema de alcoholismo de parte de un familiar es el de los adolescentes.

El individuo o grupo vulnerado tiene una historia de acuerdo a los daños asociados, y sin embargo no identifica las condiciones que le dificultan el manejo

de situaciones cotidianas, tales como el control de sus impulsos o las experiencias de situaciones de riesgo que ha vivido desde la niñez y que le dificultan el protegerse del alcoholismo o drogadicción.

Sin duda, la relación entre la violencia y el uso de drogas hace muy caótico para quienes viven ambas problemáticas, en el caso de los adolescentes el ser victimarios o adherirse a conductas antisociales dentro o fuera de la escuela, es sólo un ejemplo de lo confuso que puede vivir alguien vulnerado por la condición social, respecto a infringir reglas y consumir sustancias (CIJ, 2009) ¿Es acaso qué el consumo de drogas es una respuesta del adolescente ante la sociedad que ha generado las condiciones en las que vive?

Lo vulnerado de un individuo o grupo podrá ser explicado en la medida en que la identificación de los factores de riesgo se presentan, ya que la resiliencia será afectada de acuerdo al tiempo e impacto en que el adolescente ha estado expuesto o la importancia atribuida a dicha situación.

El enfoque de la vulnerabilidad social sugiere observar las “desventajas acumuladas” y/o “ventajas compartidas” de un individuo o grupos, el cual se esfuerza por enfrentar esta situación y evitar o modificar la repercusión sobre la salud al interior de un contexto histórico y dinámico.

El concebir que las relaciones desiguales que fomentan las injustas condiciones sociales, económicas, labores, étnicas, de género, ambientales y culturales en lo que respecta a la vulnerabilidad de ciertos humanos, las construyen otros que se benefician de que existan los vulnerados. Acaso los vulnerados ¿No están siendo

vistos y protegidos por políticas? o bien ¿Los funcionarios que justifican su bien social y sus presupuestos desconocen las marcadas diferencias que viven los vulnerados?

En el caso de los adolescentes ¿Por qué considerarlos grupo vulnerable? ¿En dónde se generan los riesgos respecto a su condición de individuos que asumirán el costo de enfermedad y desajuste respecto a su desadaptación social y su productividad?

Iniciando por su contexto familiar se tienen una serie de relaciones que serán más de riesgo respecto a asumir conductas desviadas. La inadecuada supervisión, cercanía, apoyo y comunicación son de los obstáculos que padres e hijos viven en su cotidianidad, por su falta de conocimientos o costumbre de hábitos inadecuados de convivencia en donde se culpa a uno de los dos como el más vulnerable. Regularmente a la generación más joven es a la que se le atribuye la falla por no adquirir y desempeñarse adecuadamente, son considerados como los que desean dañar a los padres, quienes en ocasiones son los primeros que vulneraron al hijo.

La escuela es el otro contexto en donde se vulnera a los estudiantes desde los primeros años de escolaridad al etiquetarlos como casos problemáticos y por lo consiguiente que se quedan sin atención adecuada y se convierten en un riesgo (Granados, 2007 citado en CIJ, 2009). Así inicia la historia de vulnerados, que para la secundaria y siguientes niveles sólo actuarán lo que han ido pensando, sintiendo y significando, siendo este momento de la vida, uno de los más

complejos, el marco para comprender qué tan vulnerado ha sido y por ende cómo manifiesta su desajuste por medio del consumo de drogas, aunado a ello continúa recibiendo más rechazo social, en ocasiones por parte de los maestros o autoridades, al considerarlo caso perdido.

Son las acciones preventivas que retoman el aspecto de la vulnerabilidad psicosocial las que refieren que atendiendo los primeros avisos de riesgo, se puede incidir en quienes en sus conductas ya presentan riesgo y quienes al tener atención oportuna podrán enfrentar con menor costo personal su condición de vulnerado por las situaciones socioculturales.

En el programa de Centros de Integración Juvenil, A.C. "Para vivir sin Adicciones", se plantean aproximaciones teóricas y metodológicas para atender a los grupos desfavorecidos y para reconfigurar los riesgos biopsicosociales asociados al consumo de drogas (Munist, 2007).

Al abordar la vulnerabilidad y el enfoque de riesgo- protección en la prevención es también de interés lo referente a la teoría de la resiliencia, como una corriente conceptual que examina los factores proximales que contribuyen a disminuir el riesgo, y actuar desde la protección hacia los vulnerables que enfrentan un grado de adversidad acumulada (Castro & Margain, 2009).

El término de resiliencia se refiere a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

La investigación de Werner en 1992 citado en Munist, *et al.* 1998 estuvo enfocada a dar seguimiento a un grupo de personas durante 40 años, en donde aparentemente los niños estaban condenados a presentar problemas en su futuro, sin embargo llegaron a ser exitosos y conformaron familias estables, esta investigadora considero a estos niños “invulnerables” al referir el ambiente insano en donde se habían desarrollado, sin embargo el concepto tenía una explicación basada en la biología, por lo que se buscó otro concepto más flexible como “capacidad para afrontar”.

La palabra resiliencia se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora (Munist, 2007).

Respecto a la relación entre la resiliencia y el enfoque cognitivo conductual podemos notar que el caso de la primera es una característica o cualidad en los individuos, sin embargo requiere de estrategias o métodos capaces de desarrollarla o mantenerla, es así que las áreas de la resiliencia que se verían beneficiadas con entrenamientos en cognitivo conductuales serían:

1. Física (por ejemplo: la buena salud) □
2. Espiritual (por ejemplo: tener fe, querer la propia vida; sentido de conexión con la humanidad)
3. Moral (por ejemplo: ayudar a los demás, ser -bajo la presión- uno mismo)
4. Emocional (por ejemplo: la regulación emocional) □

5. Social relacional (por ejemplo: confianza básica, la capacidad para realizar y mantener buenos vínculos)

6. Cognitiva (por ejemplo: capacidad para resolver problemas; locus de control interno, la auto-comprensión)

Las personas resilientes logran mantener un equilibrio en estas áreas. Afrontan y manejan los eventos positivos y negativos de la vida. Persisten en presencia de los obstáculos y aceptan las circunstancias que no pueden cambiar. El ser humano no nace con la resiliencia, por lo que es importante encontrar el modo de promover esa capacidad en el individuo, en la familia y en la comunidad.

La resiliencia les ofrece un buffer (zona neutral) que los protege de las consecuencias psicológicas y físicas durante los tiempos difíciles. Claramente la resiliencia es una cualidad deseable y todos experimentamos sus fluctuaciones a lo largo de la vida. Algunas personas nunca desarrollan resiliencia. Suena paradójico, pero hay quienes siendo resilientes sin saberlo, prefieren evitar los desafíos que podrían afrontar. Otras veces la resiliencia es deteriorada por los múltiples motivos de estrés y desafíos que la vida impone. La construcción de resiliencia puede ser un puente que va desde los desórdenes y trastornos emocionales a la salud emocional.

El presentar resiliencia como síntesis de una serie de habilidades sociales, hace que la persona se adapte a su entorno y pueda desarrollarse de manera favorable.

En diferentes programas de prevención de drogas se hace referencia al desarrollo de habilidades sociales como el componente más importante debido a la influencia social en la que viven los adolescentes.

Las habilidades sociales alientan que los jóvenes se involucren en redes sociales de pares con bajo riesgo y disminuya su integración con grupos de alto riesgo; las habilidades que más se reportan han sido asertividad, habilidades de comunicación y de resistencia a la presión de iguales o habilidades de rechazo (García, 2010)

3.3 Prevención Universal, Selectiva e Indicada

La prevención pretende incidir en los riesgos que pueden generar mayores daños al no atenderse oportunamente en el campo de la salud, el anticipar acciones ante lo que se advierte como factores que incrementan una enfermedad que dará como resultado no tener gastos en atender a quienes la padecen.

Esto mismo sucede en el campo de la prevención en el uso de drogas, incidir en los casos que reportan riesgos o inicio en el consumo de drogas, puede convenir más que esperar que desarrollen el hábito de drogarse. El reto es poder brindar la información adecuada con la mejor estrategia a quienes están involucrados.

En el caso del uso de drogas, los padres y maestros presentan dificultad para distinguir cuales son alteraciones propias de la edad en el adolescente y cuándo estas modificaciones del carácter y los hábitos deben alertarlos acerca de un problema relacionado con drogas o con otros trastornos de la personalidad (Granados, 2007 citado en CIJ, 2009).

En los 13 años de trabajo en prevención de adicciones que he realizado, me he encontrado con las mismas preguntas respecto a los daños, cómo prevenir y los mitos que manejan respecto a las drogas de inicio y su relación con la violencia; son reiteradas tanto en adolescentes como en adultos, al desconocimiento de una problemática creciente continúa siendo parte del diario vivir en la población.

Cabe resaltar que las estrategias preventivas que más se realizan son las que contiene el programa “Para vivir sin Adicciones”, de Centros de Integración Juvenil, A.C. en donde se consideran las recomendaciones internacionales para los países de Latinoamérica.

A continuación se presentan los tipos de prevención que explican mejor el término inscrito en la tesis como prevención indicada y su diferencia con la prevención universal y selectiva. En la figura 3. Puede observarse un grupo atendido por la prevención universal y que sin embargo la demanda de los maestros era atender la gravedad de los riesgos que algunos de ellos presentaban y que ponían en riesgo su estancia escolar.



Figura 3. La prevención en la escuela con apoyo de padres de familia y maestros.

3.3.1 Prevención universal

La salud pública ha requerido establecer modos de abordar problemas de tipo endémico o epidémico para poder dar respuesta a las adicciones. En Estados Unidos de América se hizo una clasificación respecto a la prevención de la enfermedad, considerando la propuesta de la Comisión de Enfermedades Crónicas en 1957, donde se consideraban tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria, en otras palabras hace referencia a la prevención, curación y rehabilitación.

Considerar los factores de riesgo y protección y la dificultad en su relación con la enfermedad, generó varias confusiones por lo que Gordon (1983, 1987, en

Mrazek, & Haggerty, 1994) de acuerdo a una reflexión basada en lo empírico, se propuso una clasificación alternativa con tres categorías: prevención universal, selectiva e indicada.

Lo referente a la prevención universal está dirigida a una población en general donde es indistinto el tipo de gente sana, enferma o con diferentes riesgos, las ventajas de usar esta alternativa es el impacto a diferentes tipos de población y poder seleccionar aquellas que por sus características requieren de otro tipo de atención más enfocada en su problemática (Dillon & Chivite, 2007)

3.3.2 Prevención selectiva

La prevención selectiva está enfocada en la atención a grupos que por sus condiciones de vida, suelen ser más susceptibles a iniciar con el consumo de drogas, a estos grupo se les denomina de “alto riesgo”. Pueden identificarse a través del número de factores de riesgo que presentan en sus contextos específicos y que se asocian con el posible inicio en el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Se continúa considerando el nivel grupal de riesgo sin determinar aspectos personales, el riesgo puede ser considerado por aspectos del contexto donde vive o bien por el momento de vida. Específicamente en el caso de la población adolescente con riesgo de consumir drogas, las acciones selectivas se han enfocado a:

- a) Identificar si existe un grupo en donde pudiera emerger el consumo de drogas.
- b) Conocer si los factores asociados están relacionados con el abuso de sustancias.

c) Investigar si existe una predisposición genética.

d) Valorar si existe disfunción familiar en el aspecto psicosocial.

e) Considerar los factores ambientales como son la desorganización social entre otros (CIJ, 2005).

En la prevención selectiva se pretende que quienes participan tengan factores de riesgo específicos en donde se enfatice el disminuir el riesgo, teniendo una temporalidad larga e intensiva con la población elegida.



Figura 4. Atención a mujeres y hombres adolescentes en riesgo para hacer uso experimental de sustancias

En la anterior figura 4. se muestra el grupo de orientación para adolescentes donde era evidente que los riesgos que viven son tantos que el comentarlos de manera directa a los demás es difícil, tanto hombres como mujeres se resisten a exponerse frente a sus pares de manera más reflexiva, prefiriendo condescender ante las experiencias de riesgos como una manera de vivir. El trabajo con muchos grupos de adolescentes ha llevado a la consideración de evitar discutir abiertamente, ya que el adolescente suele esconderse ante este escenario.

3.3.3 Prevención indicada

La prevención indicada recomienda atender caso por caso en una atención breve que tenga claridad en los objetivos y métodos a aplicar. Los grupos vulnerables en materia de inicio en el consumo de drogas y los factores de riesgo asociados, son el gran reto para nuestro trabajo en lo referente a la salud psicosocial.

Las familias con adolescente viven crisis por sus comportamientos, los cuales son atendidos dentro de casa, o bien, en instituciones educativas, de salud y del sistema legal, sea para su protección o por su conducta antisocial.

El reto existe para quienes en instituciones atienden mas que grupos a personas en proceso de desarrollo físico, intelectual, afectivo, espiritual y social. La prevención indicada refiere lo costoso que puede resultar atender de manera personalizada a quienes presentan vulnerabilidad en el proceso de socializar o usar drogas. Pero ¿acaso el costo social de evolucionar en el consumo de drogas

no resulta mucho más oneroso? Además que cuestiona la efectividad de lo que en su momento se espera de quienes se encargan de atender a los adolescentes.

Cito el metáfora que se localiza en el libro "Autoestima" de Rodríguez (2007), a manera de centrar lo importante y el efecto que provoca atender a cada adolescente cara a cara, sin que esté incluido en un grupo, espero sea sensible al mensaje que incluye esta metáfora: "Iba un niño con su papá en el tren. El recorrido duraría unas horas. El padre se acomoda en el asiento y abre una revista para distraerse. El niño lo interrumpe preguntándole: ¿Qué es eso, papá?, el hombre se vuelve para ver qué es lo que señala su hijo y contesta: "es una granja, hijo". Al comenzar su lectura, otra vez el niño le pregunta: "¿Ya vamos a llegar?", y el hombre contesta que falta mucho. No bien había comenzado nuevamente a ver su revista cuando otra pregunta lo interrumpe; y así siguieron las preguntas, hasta que el padre, ya desesperado y buscando como distraer al chico, se da cuenta que la revista aparece un mapa del mundo; lo corta en pedacitos y se lo da al niño diciéndole que es un rompecabezas y que lo arme. Feliz se arrellana en su asiento, seguro de que el niño estará entretenido todo el trayecto. No bien ha comenzado a leer su revista de nuevo cuando el niño exclama "¡Imposible! ¡No lo puedo creer!

¿Cómo tan pronto? Pero ahí está el mapa del mundo perfecto. Entonces el padre le pregunta ¿Cómo pudiste armar el mundo tan rápido? El hijo contesta: yo no me fijé en el mundo, atrás de la hoja está la figura de un hombre; compuse al hombre y el mundo quedó arreglado".

Con la metáfora anterior observamos que los adultos suelen asignar tareas a los más jóvenes sólo para evadir la necesidad de atención que estos les demandan, en tanto la figura del niño resalta la importancia de atender individualmente lograr mejores resultados sociales. Esto aplicado a la prevención indicada sugiere atender la conducta y las ideas de los adolescentes para que resuelvan problemas de sí mismos.

La prevención indicada está dirigida a personas con consumo experimental u ocasional que aun no cumplen con los criterios de dependencia para el Manual Diagnóstico y Estadístico Trastornos Mentales Revisado IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), sin embargo presentan otras conductas problemáticas por lo que la intervención estaría en función de reducir el riesgo o daño.

El objetivo de la modalidad indicada es evitar la repetición del consumo o abuso de algunas sustancias y minimizar la severidad de los riesgos y daños. En el presente trabajo de tesina en la maestría de modificación de conducta, incluye la experiencia como psicóloga en la prevención y tratamiento con los adolescentes, y la alternativa de intervención cara a cara para potenciar su efectividad.

Con base en la experiencia del trabajo preventivo que considera Centros de Integración Juvenil, A.C. también el atender poblaciones con las estrategias universales y selectivas, puede de dar mayor claridad respecto a los objetivos a corto plazo que establecería con los consultantes, familiares y adolescentes en donde la prevención indicada se caracterizará por un procedimiento mas estricto

en comparación con el procedimiento para el tamizaje y canalización de personas con factores de riesgo.

Se considera que la colaboración de las familias en la intervención indicada es valiosa desde las investigaciones reportadas como exitosas, refieren la intervención con terapia familiar breve creando conexiones familiares duraderas, el otro estudio es acerca de familias y escuelas juntas (CIJ, 2009).

La parte medular de la propuesta de esta revisión bibliográfica, es para recomendar que el trabajo preventivo se realice de manera personalizada en un espacio donde el adolescente pueda sentirse en confianza sin ser nuevamente etiquetado como chico problema y que la atención del psicólogo ubique los objetivos específicos de acuerdo a una temporalidad breve para dar resultados que animen al desarrollo de habilidades sociales.

3.4 Programas preventivos dirigidos a los adolescentes para evitar el consumo de drogas

En México el consumo de drogas en adolescentes es un gran problema de salud pública, ya que más de 215,634 individuos entre 12 y 17 años consumen drogas. En términos de género las mujeres están consumiendo más sustancias y la edad de inicio está siendo a los 14 años. Considerando las estadísticas se observa que es uno de los problemas de conductas más frecuentes en dicha población (Encuesta Nacional de Adicciones 2002). En comparación con los datos reportados en la última Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 se observa que el inicio en el consumo de drogas en adolescentes se ha incrementado, por lo que

es necesario considerar las estrategias necesarias para intervenir de manera preventiva, desde el primer contacto con el alcohol, tabaco o droga ilegal.

Las alternativas para trabajar con adolescentes se inclinan a incidir desde la currícula de la escuela en donde el profesor contribuya con mayor énfasis en un trabajo preventivo, tal es el Project Toward No Drug Abuse que pretende integrar la teoría respecto a la cognición de la baja percepción y lo relacionado con habilidades conductuales.

Es a partir de la información acerca de la percepción de riesgo (cognición) que se modifica la actitud en los jóvenes, respecto a sus creencias hacia el uso de drogas. Por ejemplo, a partir de examinar los mitos relacionados con las drogas y contar con una autodirección de las habilidades, las conductas obtenidas serían más flexibles en varias situaciones con sus grupos de pares, dando como resultado alternativas de búsqueda en la manera enfrentar el ambiente social, su estrés o sus problemas en las interacciones (Sun, Sussman, Dent & Rohrbach. 2008).

El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) reconoce que los siguientes modelos tienen bases científicas y son vigentes para emplearse en la prevención: a) Transferencia Tecnológica Chimalli, b) ECO2 Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria, c) Módulo de Orientación para el manejo de problemas en la infancia y la promoción de la salud familiar, d) Dejando huellitas en tu vida, e) Programa Escolar de Prevención, f) Programa de Asistencia a Empleados S.A de CV., g) Programa CRECE (CONADIC,2010). Algunos de estos programas tienen enfoque cognitivo conductual y resiliencia, considerando que las redes sociales pueden favorecer la prevención del uso de drogas

3.4.1 El enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados

De acuerdo a la revisión bibliográfica internacional y nacional, respecto a la prevalencia y características de los programas preventivos dirigidos a la población de adolescentes que he atendido como psicóloga en el nivel medio superior, es que planteo la justificación de una intervención que incida en los factores de riesgo del adolescente, tratando de enfatizar sus factores protectores mediante técnicas cognitivo conductuales, que ayuden a vislumbrar la solución o alternativas de enfrentamiento a diferencia del uso de drogas.

En estudios realizados por Centros de Integración Juvenil, A.C. con adolescentes mexicanos, en la última década del siglo XX, encontraron que el consumo de drogas está vinculado con factores psicosociales relacionados con el estrés, tales como:

a) Estilos predominantemente de afrontamiento, en donde predomina la influencia de los demás (heterodirigidos), es decir la resolución de conflictos es dirigido por las relaciones interpersonales, frecuentemente entre amigos o compañeros que tratan de resolver dudas o inquietudes acerca de la sexualidad y el uso de drogas.

b) El consumo de tabaco o alcohol.

c) Pertenecer a familias con una baja cohesión y de estructura rígida.

d) El reportar mayores índices de depresión y baja percepción de riesgo.

f) La percepción de una mayor accesibilidad de drogas (Rodríguez- Kuri, *et al.*, 2009). Estas seis características consideradas como factores de riesgo

podrían estar muy relacionadas con la iniciación en el consumo de droga.

La propuesta de esta tesina titulada “El enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados”, se sustenta en la evidencia científica que apoya la utilidad de intervenir en quienes atraviesan por la adolescencia y que han iniciado el uso de sustancias como tabaco y alcohol para evitar que prueben las sustancias ilegales.

Una vez revisados los datos epidemiológicos y estudios en adolescentes, se considera que están las premisas para apoyar la propuesta de que la prevención indicada puede dar mejores resultados que la prevención universal, respecto a atender de manera personalizada a los estudiantes de secundaria o bachillerato que perciben las drogas como una conducta inofensiva para su futuro.

Cada adolescente requiere de identificar sus factores de riesgos y protecciones partiendo de la consideración de que el aprender conductas desadaptadas dificultarán su inserción social.

Resalto los dos ejes medulares de la propuesta de la tesina que son la prevención indicada y el enfoque cognitivo conductual para la atención de adolescentes con uso inicial de drogas, mediante los cuales se tratará de exponer cómo hacer intervenciones efectivas de acuerdo al alto número de factores de riesgos en los adolescentes. A continuación se describe las principales consideraciones:

La primera consideración por lo que se retoma la prevención indicada es atender de manera personalizada por un contrato de 5 sesiones y sesiones de reforzamiento en 2 y 4 meses.

La segunda consideración es la aplicación de un instrumento ya validado que

nos ofrezca los parámetros donde se realizará la intervención cognitiva-conductual y poder medir los efectos de la intervención.

El instrumento para aplicar fue propuesto por el Dr. Ralph Tarter y un grupo de especialistas de la Universidad de Pittsburg, quienes diseñaron el Drug Use Screening Inventory (DUSI), el cual fue creado para identificar áreas problemáticas de la vida relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes, con la posibilidad de cuantificar los indicadores que muestren su conflictos de ajuste psicosocial (Ver Anexo 1).

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos, tiene los derechos del DUSI para su aplicación en países de América Latina. Ha sido validado al mostrar niveles aceptables de consistencia interna y temporal; siendo sensible a los casos de usuarios de drogas y casos con alteraciones psicosociales, así como capaz de discriminar la población no consumidora. Debido a los resultados del DUSI en Estados Unidos y más países, Centros de Integración Juvenil, A.C. resolvió aplicarlo previa autorización de la CICAD con el propósito para el que fue creado y para generar información útil para el diseño y actualización de programas institucionales de atención (Rodríguez-Kuri *et al.* citado en Díaz, 2009).

Las áreas que evalúa son:

1. Conducta. Está basada en la escala de Child Behavior Checklist que identifica comportamientos anormales tales como aislamiento, agresividad, impulsividad, etc.
2. Estado de salud. Se sondea acerca de la prevalencia de trastornos de salud, accidentes o lesiones.

3. Estado afectivo y otros síntomas psicopatológicos. Indaga acerca de alteraciones afectivas que suelen estar asociadas con el consumo de drogas (ansiedad o depresión) y otros síntomas de trastorno mental (aislamiento, rasgos neuróticos, psicóticos y psicopáticos) de acuerdo al diagnóstico del DSM. La construcción de esta escala fue de acuerdo a la entrevista psiquiátrica *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*.
4. Competencia social. Indaga acerca de habilidades y recursos para la interacción social (timidez, baja asertividad, desconfianza y poca seguridad en si mismo). Su fundamento fue el *Constructive Thinking Inventory*.
5. Relaciones Familiares. Indaga acerca de la percepción, cuidado parental, conflictos en la familia y antecedentes de consumo de drogas y problemas legales. El instrumento que lo fundamenta es el *Family Assessment General Scale* que permite valorar la funcionalidad de la familia (roles, comunicación, expresión de afectos, control, valores y normas).
6. Desempeño escolar. Explora el rendimiento escolar, regularidad de la asistencia, conducta, así como la actitud e interés en relación con el estudio.
7. Desempeño laboral. En caso de estar laborando indaga acerca de los conflictos laborales y uso de drogas, esta área refleja una inclinación a la obtención de mayor autonomía.
8. Redes sociales. Indaga acerca del aislamiento social y pertenencia a redes sociales “disfuncionales”, con conductas o actitudes antisociales, problemas con la autoridad. Los instrumentos en donde se basa es el Adolescent Problem Situation Inventory, y a su vez fue basado en el Problem Situation Inventory for Young Adults.

9. Actividades Recreativas. Valora el uso del tiempo libre, las actividades y con quien las realiza.
10. Uso de drogas. Indaga acerca del uso y abuso de sustancias incluyendo el alcohol. Considera los criterios del DSM y del Chemical Dependency Assesment Scale.

La tercera consideración a partir de la entrevista para acordar un trabajo de prevención indicada acerca del uso de drogas con los adolescentes incluirá un auto reporte de sus factores de riesgo y habilidades sociales o nivel de resiliencia. En la siguiente sesión se aplicará el instrumento DUSI para que a partir de estas sesiones se establezca un plan para el entrenamiento del área que haya resultado con menor desarrollo o menor fortaleza.

De las técnicas que se podrán hacer uso para el trabajo con adolescentes están las relacionadas con el entrenamiento en manejo de contingencia y uso del reforzamiento que describe Ribes (2009) en su libro de técnicas de Modificación de Conducta, en donde se describe aquellas que favorecen la conducta social que en su conjunto son las habilidades sociales que pueden generalizarse a partir de la obtención de refuerzos positivos.

Seguramente la resiliencia en quienes han mostrado pocas competencias conductuales ha generado por historia una serie de fracasos que se tienen que atender en la intervención psicológica con un enfoque cognitivo-conductual.

A continuación se describen las técnicas posibles de utilizar después de tener la entrevista y evaluación del DUSI con los adolescentes, (las cuales están propuestas por Ribes):

1. Programa general de conducta. Este programa consiste en elaborar una serie de circunstancias en donde el individuo mostrará mejora en su conducta social o manejo de habilidades, se plantearán objetivos conductuales en las situaciones donde muestra mayor riesgo, de tal manera que pueda obtener reforzadores naturales (actividades y estímulos sociales).

2. Contacto físico. Para el desarrollo de conductas sociales y habilidades se requiere del contacto físico, el cual constituye un recurrente para el desarrollo de otras conductas como el agrupamiento, juegos cooperativos, etc. El tener contacto físico implica la conducta contraria del aislamiento, de ahí la importancia de procurar un contacto positivo hacia otros pares y hacia adultos, ya sea que se logre por aproximaciones sucesivas o por instigación mediante el aprendizaje vicario.

En el caso de los adolescentes con uso experimental o riesgos identificados en el DUSI y en la entrevista de la primera sesión, se requiera saber cuales contactos físicos y sociales habrán de practicarse en el transcurso de las sesiones.

3. Conducta Cooperativa. Es una conducta que requiere al menos de la participación de otra respuesta (persona) más que buscar la misma consecuencia, es en este tipo de conducta donde está la esencia de lo social.

4. Aproximación al grupo. En este tipo de conducta lo que se pretende es acercarse al grupo aunque no se presente el contacto físico, siendo valorada como algo positivo, de tal manera que se inicien con aproximaciones sucesivas que le permitan obtener refuerzo ante la presentación de esta conducta, el

adolescente tendrá que pasar más tiempo con el grupo hasta que sin reforzamiento él se mantenga en conducta de agrupamiento que le permitirá mostrar habilidades adquiridas durante el proceso de acercarse al grupo.

5. Conducta de afecto. Es una conducta que le generará más reforzadores, desde sonreír, abrazar, besar, acariciar, etc. Mediante un adecuado manejo esta conducta se convertirá en una habilidad social. Dentro del repertorio conductual se trata de hacer que manifieste más conductas afectivas que le sean personales y le pueden ayudar a favorecer el aspecto social. En el caso de los adolescentes se requeriría saber con quienes mantienen un adecuado manejo de sonreír o abrazar de manera recíproca y social.

6. Agresión. Esta conducta es sancionada por el grupo social mediante el rechazo y la dificultad para obtener reforzadores sociales. En el caso de tener que atender este tipo de conducta se tendría que considerar si la conducta obedece a un estímulo previo o bien está relacionada de manera operante por circunstancias que la facilitan y así saber qué tipo de intervención aplicar en el caso específico. En el caso de los adolescentes en donde se pretende aplicar la intervención preventiva indicada respecto al uso de sustancias y con base en la entrevista y el DUSI, sería importante conocer si estas conductas agresivas pueden disminuir a partir de identificar sus antecedentes.

7. Hiperactividad. Es la conducta que puede interferir seriamente en la socialización durante la infancia y adolescencia, la hiperactividad se asocia con el consumo de drogas, y debido a que el efecto de la droga es transitorio y el control cesa tan pronto disminuye el efecto de la droga, la solución es inadecuada. Las

maneras de incidir en ella sería por el reforzamiento de conductas incompatibles a la hiperactividad, alejarlo de estímulos que la aumenten o por medio del tiempo fuera donde se controlen dichos estímulos.

8. Conducta emocional o “berrinche”. Las conductas emocionales o también llamadas berrinche suelen ser reforzadas por agentes del ambiente social, como podrían ser los padres, así que la manera para poder incidir sobre ella es la eliminación del reforzamiento que lo mantiene, o bien dando tiempo fuera para que el individuo controle la estimulación que está recibiendo y como último recurso estará el castigo.

En síntesis la propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo conductual en la prevención indicada del uso de drogas en adolescentes escolarizados, buscará por un lado, que ellos se integren y conozcan formas diferentes de poder enfrentar lo que están viviendo y que hasta el momento les genera insatisfacción o mayores problemas de los que tenía.

El atender los factores de riesgo mediante el entrenamiento personalizado del adolescente con las ocho áreas descritas por Ribes y aun otras técnicas del enfoque cognitivo conductual, podrán aplicarse para que las intervenciones sean significativas.

Discusión

El objetivo de la revisión teórica e investigaciones realizadas en México y otros países, conlleva a encontrar como dato relevante que el consumo de drogas en jóvenes está iniciando a más temprana edad, tanto en nuestro país, como en Costa Rica, Brasil y Chile y demás lugares. Los informes gubernamentales acerca de la prevalencia y las investigaciones científicas, resaltan el fenómeno de la fármacodependencia, debido al riesgo por iniciar el uso drogas entre los jóvenes.

El encontrar alternativas para el trabajo que resulta más efectivo es un quehacer obligado para quienes nos dedicamos a trabajar con adolescentes.

La subestimación del consumo de alcohol y tabaco es uno de los hallazgos encontrados en varias investigaciones, y debido a la importancia real, se requiere enfocarlas como conductas que incrementen el riesgo de pasar del uso de las sustancias llamadas legales a las ilegales.

Dentro del trabajo en el uso y abuso de drogas en México, puede contarse con tres instituciones de gran renombre a nivel internacional, la Universidad Nacional Autónoma de México con su interés por formar recursos humanos en disciplinas de psicología, pedagogía, medicina, enfermería, etc; para el impulso de programas preventivos y de intervención en materia de drogas; el Instituto Nacional de Psiquiatría que cuenta con el área en adicciones y finalmente el Consejo Nacional Contra las Adicciones, la cual norma a Centros de Integración Juvenil, A.C. y opera estrategias de prevención y tratamiento en grupos de población vulnerable, además dentro de su área de investigación pretende, a partir de tener acceso al mayor número de personas que ahí solicitan prevención ó tratamiento, contar con

elementos teórico-prácticos que favorezcan la prevención y las intervenciones, siendo la aportación de la psicología cognitivo conductual uno de los enfoque más propuestos. La intención es llegar a poblaciones valoradas como de alto riesgo o más vulnerables.

Gruenewald *et al.* 2009; Martínez *et al.* (2008) coinciden con que la psicología cognitiva conductual puede estar favoreciendo los procesos de aprendizaje en quienes son intervenidos por estrategias de este tipo. Con ello mejora la autoestima y otras habilidades para protegerse del consumo de drogas.

La aportación de la presente tesina “El enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados”, ha considerado la información científica que reportan varios países y la ética profesional acumulada en el ejercicio de la psicología, a través de 13 años de trabajo con personas que tienen problemas con el abuso de drogas y quienes apenas inician.

Las escuelas son los contextos ideales para hacer prevención o canalizar a los adolescentes a instituciones especializadas en el consumo de drogas, sin embargo ello no garantiza que estos desarrollen habilidades para enfrentar sus problemas.

Retomando lo dicho por las investigaciones: la escuela es un contexto preventivo importante, debido a que en ella se observa que los adolescentes consumidores, que han abandonado la escuela agudizan el padecimiento, por lo tanto la prevención tiene que hacerse en la misma escuela.

Los adolescentes definitivamente requieren de espacios para ellos, pero no en grupo, debido a la dificultad que puede haber para expresar abiertamente su interés por resolver alguna situación, como se refiere en la metáfora del

rompecabezas del mundo utilizada en el apartado 3.4.1.

El hecho de que los factores de riesgo, tales como, tener dinero disponible para comprar droga, contar con un miembro en la familia o amigo consumidor, ideación suicida, entre otros, hace recordar que ahora la modernidad expone a las nuevas generaciones a tener problemas más complejos que en épocas pasadas no enfrentaban los adolescentes.

El trabajo de la psicología en el campo de la prevención y tratamiento del uso de drogas, suele organizar técnicas que identificarán al profesional cada vez más debido a sus intervenciones eficaces y congruentes con marcos explicativos de la conducta. Tal fue el caso del estudio piloto que realicé en el CIJ AZCAPOTZALCO en donde a partir del conocimiento en el tratamiento de consumidores experimentadores de drogas se estableció la relación entre la conducta de uso de drogas y otras conductas manifestadas en la escuela y la familia y que son consideradas como problemáticas.

Martin y Pear (1999) citado en Ética de la Modificación de Conducta 2009 resaltan que la definición del problema y el objetivo requieren de considerar: que la conducta meta que se seleccione debe ser la más importante para el cliente o la sociedad. Es necesario hacer hincapié en la enseñanza de habilidades funcionales apropiadas a la edad del cliente y que le permita mayor libertad para realizar actividades preferidas, así como también los objetivos deben de incluir conductas alternativas deseables, coherentes con los derechos referentes a su dignidad, intimidad y cuidado humanitario.

Resalta la importancia de elaborar intervenciones que favorezcan el desarrollo entre la demanda de servicio psicológico y los resultados a corto y mediano plazo. El cómo llevar acabo los procesos de aprendizaje de habilidades, o la autoeficacia.

La tesina referente al enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados, recopiló bibliografía en el campo de la investigación psicosocial referente a la atención en el uso de drogas en población adolescente y la revisión teórica acerca de la modificación de conducta con el paradigma del enfoque cognitivo-conductual, así como la experiencia profesional para trabajar con la manera de prevenir el uso de drogas en adolescentes con uso experimental de tabaco, alcohol u otra droga y factores de riesgo asociados, que concretiza la labor profesional de quienes con estudios de posgrado hemos pretendido incidir en problemáticas psicológicas de gran relevancia por el impacto personal y social que tienen.

Alcances y limitaciones

Las conclusiones que pueden desprenderse del presente trabajo, considerando los alcances y las limitaciones, la exposición de datos y experiencias en relación a la atención clínica en tratamiento del uso de drogas y la prevención en el contexto escolar, es lo que se refleja en cada uno de los capítulos de la tesina “el enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados”.

Uno de los alcances en la prevención indicada con enfoque cognitivo conductual es que podrá realizarse en el mismo contexto donde se encuentra el adolescente, ya sea en la escuela o instituciones de salud clínica; considerando inicialmente un espacio cerrado para evaluar y aplicar técnicas que le faciliten resolución de situaciones de riesgo relacionadas con el inicio del uso de drogas.

Es evidente, que la tolerancia social y mercadotecnia respecto al uso de alcohol y tabaco, han sido un riesgo para que los adolescentes estén expuestos a otras drogas en los lugares de convivencia. Por lo que al realizar prevención indicada con las drogas como el tabaco y alcohol, se pueden favorecer las habilidades en la toma de decisiones o de convivencia, donde el adolescente tenga la opción de conducta más convenientes para sí mismo y los demás.

Respecto al atender con la estrategia de prevención indicada a los adolescentes consumidores de alcohol se incidirá en los patrones de abuso de dicha sustancia, de tal manera que puedan moderarse los consumos y los períodos en donde se

esté haciendo el consumo, de acuerdo a la bibliografía se retomaría el enseñar a beber alcohol a los adolescentes.

En apariencia resulta costosa una intervención breve con un adolescente, sin embargo al trabajar de manera grupal la limitación que puede estar presentando es que falta precisar cambios específicos en patrones de imitación o consumo en los adolescentes.

La principal limitación, es la congruencia entre las políticas emitidas y las condiciones reales para atender a los adolescente, además de que son pocos los espacios de servicio. La población adolescente requiere de orientación, pero desconoce los lugares que puedan apoyar para mejorar su toma de decisiones o situaciones que tienen que ver con problemas familiares o violencia en sus vecindarios.

Uno de los más importantes cuestionamientos que se puede hacer con este trabajo es en relación a la información obtenida en la ENA 2008, referente a la aseveración de que los adolescentes están en mayor riesgo que las personas mayores de edad al momento del estudio, debido a que el cerebro de los adolescentes está menos desarrollado, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones. Es por ello que tendrían más propensión a tomar riesgos. Su condición de adolescentes les permite cuestionar al mundo de los adultos y, en este sentido, son una promesa de cambio social.

Los adolescentes enfrentan también importantes riesgos que obligan a pensar en mecanismos para protegerlos de los daños potenciales a la salud durante este periodo de sus vidas. Se enfatiza que sólo una investigación en neuropsicología o

neurociencias podría aportar mayor información acerca de las características del cerebro en la etapa adolescente más que un reporte epidemiológico como es el caso de la ENA 2008.

Otra de las limitaciones sería que el uso de sustancias suele también desarrollar habilidades de adaptación de acuerdo al contexto comunitario o educativo (aprender a pelear, traficar en tramos cortos con sustancias o negociarla, etc), por desgracia dichas habilidades no sostienen la convivencia social. Ante esta limitación es que se sostiene que una prevención indicada puede atender el caso particular de lo que para un adolescente está resultando desarrollar habilidades en conductas antisociales y obviamente inadecuada toma de decisiones.

El objetivo principal de la tesina fue dar consistencia, mediante la revisión de investigaciones, a la propuesta de realizar intervenciones con la prevención indicada en el uso de drogas, considerando al enfoque cognitivo conductual como el factible para enfrentar problemas que presentan los adolescentes y no tienen cómo resolverlos.

El estudio piloto en el CIJ Azcapotzalco con adolescentes en tratamiento aportó a la presente tesina, la confirmación que el uso de drogas se asocia con conductas antisociales y el abandono de la escuela, los cuales son factores de riesgo reportados también en otras investigaciones. Es por ello que requieren de considerarse, en el momento de plantear la atención con adolescentes, así como estar al pendiente del incremento en el consumo de mujeres en esta etapa de vida.

Es la psicología, desde varios enfoques que puede nutrir a la prevención en el inicio de algunas drogas, lo cual no es tarea fácil; en el caso del enfoque cognitivo conductual, es el que ofrece alternativas relacionadas con el manejo de conductas presentes y el aprender a relacionar sus cogniciones con lo que hace, lo que puede favorecer a mejorar las competencias en los adolescentes y así desarrollen sus capacidades para funcionar socialmente.

R e f e r e n c i a s

Botello-Harbaum, M., Haynie, D., Lannotti, R., Wang, J., Gase, L., & Morton, S. (2009). Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States. *Nicotine & Tobacco Research, 11*, 875-885. Doi: 10.1093/nt/ntp08.

Bruno, R., Matthews, A., Topp, L., Degenhardt, L., Gómez, R., & Dunn, M. (2009). Can the severity of dependence scale be usefully applied to "Ecstasy". *Neuropsychobiology, 60*, 137-147. Doi: 10.1159/0000253550.

Cardoso, R. M., De Assis, V. C., Lucas, G. E., Majella, J. P., & Coelho, J. (2009). *Prevalence of smoking and its association with the use of other drugs among students in the Federeal Districtic of Brasília, Brazil. (Study carried in Department of Pulmonology) University Hospital of Brasilia. Escola Superior de Ciências da Saúde.*

Carrascoza, V.C. (2007). *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: conceptuales y procedimientos clínicos. México: Facultad de Psicología de la UNAM y CONACYT.*

Castro, M.E., & Margain, M. (2008). Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida. <http://www.liberadictus.org/Pdf/0779.pdf>

Centros de Integración Juvenil. (2007a). *Prevención del Consumo de drogas: Retos y estrategias en la sociedad contemporánea*. Tomo I. México: Editado en Centros de Integración Juvenil. A. C.

Centros de Integración Juvenil. A. C. (2007b). *Prevención del consumo de drogas: Retos y estrategias en la sociedad contemporánea*. Tomo II. México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil. A. C. (2009). De la prevención universal a la prevención selectiva. México: CIJ.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2008). *Encuesta nacional de adicciones 2008. Enfermagem 16*. revisado el 10 de octubre, 2009 desde www.scielo.br/bdf/rlae/v16n3/es_06.pdf

- Donas, S. (2010). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Revista Adolescente Latinoamericana*. v.1. n. 4 Porto Alegre dic. http://raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141471301999000100004&lng=es&nrm=iso
- Downing, J., & Bellis, M. (2009). Early pubertal Honest and its relationship with sexual risk taking, substance use and antisocial behaviour: A preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 446.
- Echeverria, S. L., Carrascoza, C., & Reidl, M. L. (2007). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- García-Aurrecoechea, R., Rodríguez-Kuri, S., & Córdova, A. A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud Mental*, 31, 453-459.
- García, L.,M. (2010). Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes: Una Revisión Actualizada de la Materia. <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/20100727DROGODEPENDENCIAS.pdf>

García de Jesús, M. C., & Carvalho, F. M. (2008). School as a “protective factor” against drugs: Perception of adolescents and teachers. *Revista-Latinoamericana. Enfermagem*. Julio-agosto, 16,590-594. [www. eerp. ups. br/lae](http://www.eerp.ups.br/lae)

Gruenewald, J. P., Jhonson, K., Shamblen, R. S., Ogilvie, A. S., & Collins, D. (2009). Reducing adolescent use of harmful legal products: Intermediate effects of a community prevention intervention. *Substance Use Misuse*, 44, 2080-2098. Doi:10.3109/10826080902855223..

Guzmán, F. R. & Pedrao, L. J. (2008). Factores de riesgo personales e interpersonales en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16, revisado 10 de octubre, 2009 desde [http://www. scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_06.pdf)

Hawkins J., & Katathryn C. M. (2009). Covariance of problem behaviors in adolescents. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07rdsolr0407.pdf>

Jaume, C. (1984). *Breve historia de la modificación de conducta y terapia de la conducta en España*. Disertación doctoral en la dirección electrónica <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/64522/88353>

Kuri-Morales P. A., González-Roldan, J. F., Hoy M. J., & Cortés-Ramírez, M., (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 48(Suppl 1):S91.

Martin, G. & Pear, J. (1999). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla?* Madrid. Prentice-Hall (Capítulo 29 pp. 419-430) en la pagina electrónica <http://www.scribd.com/doc/17542674/Cuestiones-eticas-de-la-modificacion-de-conducta>

Martínez, M. K., Pedroza, C. F., Vacío, M. M., Jiménez, P. A., Salazar, G. M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 247-264.

Mrazek, P., J. & Haggarty, R. J (Eds.). (1994). Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press. [www. Seniormentalhealth.ca](http://www.Seniormentalhealth.ca)

Montoya, V. E., Cunningham, J., Brands, B., Strike, C., & Miotto, W.M. (2009). Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la ciudad de Medellín, Colombia. 17 (Esp); 886-892. www.eerp.usp.br/rlae

Munist, M. (2007). *Adolescencia y resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.

Pimenta, C. A., Cunningham, J., Strike, C., Brands, B. & Miotto, W. M.(2009). Normas percibidas por estudiantes sobre el uso de drogas entre sus pares, en tres áreas académicas de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 17 (Esp);900-6. www.eerp.usp.br/rlae

Reynoso, E. L., Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rodríguez, J., Fernández, A., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S., Ramírez, R., Valenzuela, C., & Cardemil, S.

(2009). Estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de enseñanza básica, a través de la metodología de pares. *Revista Médica de Chile*, 137, 774-784. Doi: 10.4067/S0034-98872009000600007

Rodríguez-Kuri, S., Díaz, B., Arrellanez, J., Balanzario, M., & Sánchez, R.

(2009). *Once años de estudios de consumo de drogas en México*. México: Centros de integración Juvenil, A. C.

Ribes, I. E. (2009). *Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en desarrollo*. México: Editorial Trillas.

Sun, P., Sussman, S., Dent, C. W., Rohrbach, L. A. (2008). One year follow-up evaluation of project towards no drug abuse (TND-4). *Prev-Med*. October; 47(4): 438-442. Doi:10.1016/j.jpmed.2008.07.003

Vargas, V., Barrio S., Palacios C., Porras, M., Quesada Q., & Leiva, D.

(2010). La salud internacional y el consumo de drogas por parte de adolescentes de Costa Rica. *Revista Enfermería REVENF*. 17 Octubre 2009- marzo 2010. [http:// www.revenf. ucr.sc.cr/ salud%20internacional.pdf](http://www.revenf.ucr.sc.cr/salud%20internacional.pdf)

ANEXO 1

CUESTIONARIO Drug Use Screening Inventory (DUSI)

El presente Cuestionario es descrito en el capítulo tercero sección 3.4.1 El enfoque cognitivo-conductual en la prevención indicada de drogas en adolescentes escolarizados, por medio del cual se evaluarán los factores de riesgo de los adolescentes y junto con la entrevista se establecerá el plan para desarrollar habilidades sociales.

Primera sección: Variables socio demográficas. Incluye las variables: Edad, Sexo, Estado civil, Escolaridad y Ocupación.

Segunda sección: DUSI-R. Las siguientes preguntas se refieren a las situaciones exploradas, contestar con Si o NO, de acuerdo al caso del adolescente.

Área I

1. ¿Has discutido mucho?
2. ¿Has hablado con frecuencia muy bien de ti mismo?
3. ¿Has molestado o hecho daño a los animales?
4. ¿Te has exaltado con frecuencia al hablar?
5. ¿Has sido terco?
6. ¿Has desconfiado de otras personas?
7. ¿Has usado un lenguaje soez (vulgar) con frecuencia?

8. ¿Has molestado a otros con frecuencia?
 9. ¿Te has sentido de mal humor?
 10. ¿Has sido muy tímido?
 11. ¿Has amenazado con lastimar o hacer daño a otras personas?
 12. ¿Has hablado, por lo general, más fuerte que tus compañeros?
 13. ¿Te has molestado con facilidad?
 14. ¿Has actuado muchas veces sin pensar en las consecuencias?
 15. ¿Has actuado muchas veces en forma peligrosa o riesgosa?
 16. ¿Te has aprovechado de otras personas?
 17. ¿Te has enojado con frecuencia?
 18. ¿Has pasado solo(a) la mayor parte del tiempo libre?
 19. ¿Has sido una persona solitaria?
 20. ¿Has sido muy sensible a la crítica?
 21. ¿Han sido mejores tus modales cuando estás fuera de casa?
-

Área II

1. ¿Has recibido algún tratamiento médico?
2. ¿Has tenido algún accidente o lesión que todavía te esté molestando?
3. ¿Has dormido demasiado o muy poco, respecto de lo usual?
4. ¿Has notado que aumentó o disminuyó tu peso de manera importante?
5. ¿Te has sentido con menos energía de la usual?
6. ¿Has padecido tos o problemas respiratorios?
7. ¿Has tenido alguna preocupación respecto del sexo o problemas en tus órganos sexuales?

8. ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien que se inyectara drogas?
 9. ¿Has padecido dolor abdominal o náuseas?
 10. ¿Se te han puesto amarillos los ojos alguna vez?
 11. ¿Has sentido alguna vez ganas de maldecir o decir palabras soeces (groseras o vulgares)?
-

Área III

1. ¿Has dañado intencionalmente objetos de otras personas?
2. ¿Has robado?
3. ¿Has tenido más peleas que la mayoría de tus compañeros?
4. ¿Te has sentido intranquilo?
5. ¿Has tenido dificultad de permanecer largo rato en una misma posición?
6. ¿Te has frustrado con facilidad?
7. ¿Has tenido problemas para concentrarte?
8. ¿Te has sentido triste con mucha frecuencia?
9. ¿Has acostumbrado comerte las uñas?
10. ¿Has tenido problemas para dormir?
11. ¿Te has sentido nervioso?
12. ¿Has sentido miedo o te has asustado fácilmente?
13. ¿Te has preocupado mucho?
14. ¿Has tenido dificultad para quitarte algún pensamiento fijo?
15. ¿Has sentido que la gente te mira fijamente?
16. ¿Has escuchado ruidos o voces alrededor tuyo, que nadie más oía?
17. ¿Has sentido que posees poderes especiales que nadie más tiene?

18. ¿Has tenido miedo de estar con otras personas?
 19. ¿Has tenido ganas de llorar con frecuencia?
 20. ¿Te has sentido con tanta energía que te provoca intranquilidad?
 21. ¿Has tenido, alguna vez, la tentación de robar algo?
-

Área IV

1. ¿Has sido rechazado por tus compañeros u otros jóvenes de tu edad?
2. ¿Te has sentido generalmente mal por tu desempeño en las actividades con tus compañeros?
3. ¿Te ha sido difícil hacer amigos en un grupo nuevo?
4. ¿Se han aprovechado de ti otras personas?
5. ¿Has tenido miedo de defender tus derechos?
6. ¿Te ha sido muy difícil pedir ayuda a otros?
7. ¿Te has dejado influir fácilmente por tus compañeros?
8. ¿Has preferido andar con amigos mucho mayores que tú?
9. ¿Te has preocupado demasiado de cómo tus acciones podrían afectar a otros?
10. ¿Has tenido dificultades para defender tus opiniones o puntos de vista?
11. ¿Has tenido problemas para decir "No" a la gente?
12. ¿Te has sentido incómodo cuando alguien te felicita o te elogia?
13. ¿Te ha percibido la gente como una persona poco amigable?
14. ¿Has evitado mirar a los ojos a otra persona al hablarle?
15. ¿Has tenido, alguna vez, cambios en tu estado de ánimo?

Área V

1. ¿Algún miembro de tu familia (padre, madre , hermano o hermana) ha consumido marihuana o cocaína?
2. ¿Algún miembro de tu familia ha ingerido alcohol hasta el punto de causar problemas en la casa, en el trabajo o con amigos?
3. ¿Ha sido arrestado algún miembro de tu familia (madre, padre o hermano)?
4. ¿Has tenido discusiones frecuentes con tus padres o tutores, que terminaran en gritos y peleas?
5. ¿Rara vez en tu familia realizaban actividades todos juntos? (Excluida del análisis)
6. ¿Han sabido tus padres o tutores, lo que a ti te gustaba o disgustaba? (Excluida del análisis)
7. ¿Existían reglas claras acerca de lo que podías hacer y lo que no podías hacer?
8. ¿Han sabido tus padres o tutores lo que piensas o sientes sobre las cosas que son importantes para ti?
9. ¿Han discutido mucho tus padres o tutores entre ellos?
10. ¿Generalmente tus padres o tutores estaban enterados de dónde estabas y que hacías?
11. ¿Han estado tus padres o tutores fuera de casa la mayor parte del tiempo?
12. ¿Has sentido que eres importante para tus padres o tutores?
13. ¿Te has sentido mal con las personas y el ambiente en que vives?
14. ¿Has sentido que corrías peligro en tu casa?
15. ¿Te has enojado alguna vez?

Área VI (se contesta sólo si cursa algún grado escolar)

1. ¿Te ha disgustado asistir a la escuela o colegio?
2. ¿Has tenido problemas de concentración durante las clases o cuando estudiabas?
3. ¿Han sido tus notas inferiores que las del promedio de tus compañeros?
4. ¿Has faltado a la escuela o al colegio más de dos días seguidos al mes?
5. ¿Te has ausentado con frecuencia de tus clases?
6. ¿Has pensado seriamente en abandonar los estudios?
7. ¿Dejabas de cumplir con regularidad las tareas asignadas por la escuela?
8. ¿Has tenido frecuentemente sueño durante las clases?
9. ¿Has llegado tarde a clases con frecuencia?
10. ¿Son diferentes tus compañeros de clase de este año que los del año anterior?
11. ¿Te has sentido irritable o enojado durante las clases?
12. ¿Te has aburrido durante las clases?
13. ¿Han empeorado tus calificaciones este año?
14. ¿Te has sentido en peligro en la institución donde estudias?
15. ¿Has perdido o reprobado algún año escolar?
16. ¿Te has sentido rechazado en actividades grupales fuera o dentro de la escuela o colegio?
17. ¿Has faltado o llegado tarde a clases por el consumo de drogas o alcohol?
18. ¿Has tenido problemas de estudio por el consumo de alcohol o drogas?
19. ¿Se han visto afectadas tus tareas y trabajos escolares debido al consumo de

alcohol o drogas?

20. ¿Te han suspendido en la institución donde estudias?

21. ¿Alguna vez has dejado de cumplir con los deberes o tareas escolares que necesitabas hacer?

Área VII (se contesta sólo si realiza algún trabajo)

1. ¿Te han despedido de algún trabajo?

2. ¿Has dejado de trabajar simplemente porque no te importa?

3. ¿Has necesitado ayuda de otros para conseguir trabajo?

4. ¿Has dejado de ir o has llegado tarde con frecuencia al trabajo?

5. ¿Se te ha hecho difícil realizar las labores en el trabajo?

6. ¿Has ganado alguna vez dinero en actividades ilegales?

7. ¿Has consumido alcohol o drogas en horas laborales?

8. ¿Te han despedido de algún trabajo debido al consumo de drogas o alcohol?

9. ¿Has tenido problemas de relaciones con los jefes en tu trabajo?

10. ¿Has trabajado, principalmente, para comprar drogas o bebidas alcohólicas?

11. ¿Te has sentido más contento cuando ganas que cuando pierdes un juego?

Área VIII

1. ¿Ha consumido alguno de tus amigos alcohol o drogas con regularidad?

2. ¿Alguno de tus amigos le ha vendido o dado drogas a otro compañero?

3. ¿Ha hecho trampa alguno de tus amigos en los exámenes en la escuela o colegio?

4. ¿Han sido tus amigos rechazados por tus padres o tutores?
 5. ¿Han tenido problemas algunos de tus amigos con las autoridades?
 6. ¿Han sido mayores que tu la mayoría de tus amigos?
 7. ¿Han faltado mucho tus amigos a la escuela o al colegio?
 8. ¿Se han aburrido tus amigos en fiestas donde no había licor?
 9. ¿Han llevado tus amigos drogas o alcohol a las fiestas?
 10. ¿Han robado o causado daños tus amigos a la propiedad privada a propósito?
 11. ¿Has pertenecido a alguna “banda” o pandilla?
 12. ¿Te has disgustado mucho cuando has tenido diferencias con un buen amigo?
 13. ¿Has estado sin un amigo en quien confiar?
 14. ¿Has tenido pocos amigos en comparación con la mayoría de tus compañeros?
 15. ¿Te han incitado alguna vez a hacer lo que tú no querías?
-

Área IX

1. ¿Has practicado menos deporte en comparación con la mayoría de tus compañeros?
2. ¿En tiempo de clases, has salido a divertirte en las noches sin permiso?
3. ¿Has visto televisión más de tres horas en un día, entre semana?
4. ¿En la mayoría de las fiestas en las que has participado, hubo supervisión de adultos?
5. ¿Has hecho menos ejercicio que la mayoría de tus compañeros?
6. ¿Has usado tu tiempo libre con tus amigos para simplemente “pasar el tiempo”?

7. ¿Has pasado aburrido la mayor parte del tiempo?
 8. ¿Has hecho la mayoría de actividades recreativas sólo?
 9. ¿Has consumido alcohol o drogas por recreación o diversión?
 10. ¿Has tenido menos pasatiempos o “hobbies” que tus compañeros?
 11. ¿Te has sentido insatisfecho con la manera como has gastado el tiempo libre?
 12. ¿Te has cansado muy rápido cuando has hecho algún esfuerzo físico?
 13. ¿Has comprado alguna vez algo que no necesitabas?
-

Área X

1. ¿Has sentido un deseo muy intenso por consumir alcohol o drogas?
2. ¿Has tenido que aumentar la cantidad de alcohol o de droga para obtener el efecto que deseas?
3. ¿Has sentido alguna vez que no puedes controlar el consumo de alcohol o de las drogas?
4. ¿Te has sentido “atrapado” en el alcohol o en las drogas?
5. ¿Has dejado de participar o realizar actividades por gastar mucho dinero en drogas o alcohol?
6. ¿Has faltado a las reglas, tales como llegar tarde a la casa, no asistir a clases por estar bajo el efecto de las drogas o del alcohol?
7. ¿Ha cambiado rápidamente tu estado de ánimo, de muy triste a muy contento o de muy contento a muy triste, por el uso de drogas?
8. ¿Has tenido algún accidente de tránsito (como peatón o conductor) después de consumir alcohol o drogas?
9. ¿Te has lesionado accidentalmente a ti mismo o a otras personas, como

consecuencia del consumo de alcohol o drogas?

10. ¿Has peleado o discutido fuertemente con un amigo o un miembro de tu familia debido a tu consumo de alcohol o drogas?

11. ¿Has tenido problemas para llevarte bien con alguno de tus amigos debido a tu consumo de alcohol o drogas?

12. ¿Has presentado algún síntoma de abstinencia (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, temblor) después de consumir alcohol o drogas?

13. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste cuando estabas bajo lo efectos del alcohol o las drogas?

14. ¿Te ha gustado competir “a ver quién toma más”?

15. ¿Has tenido problemas para decir “No” cuando te ofrecían alcohol o drogas?

16. ¿Has mentido alguna vez?
