



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

“EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A**

ANA LUCÍA JIMÉNEZ PÉREZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

COMITÉ TUTORIAL: DR. FRANCISCO JAVIER PEDROZA CABRERA

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres, por su amor y su apoyo a lo largo de toda mi formación como estudiante y como mujer. Gracias por su ejemplo de trabajo, responsabilidad y entrega.

Gracias por motivarme a seguir adelante y luchar junto conmigo siempre.

A mis abuelos Aurora y Guadalupe por todo su cariño, su apoyo y sus enseñanzas.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lydia Barragán, mi tutora, por impulsarme desde el inicio de la maestría para realizar este trabajo. Gracias por tu retroalimentación constante, por tus enseñanzas, por ser tan comprometida en tu trabajo, y por todo tu apoyo a nivel académico y personal.

Agradezco al Dr. Francisco Pedroza por sus enseñanzas a nivel teórico y metodológico, siempre acompañadas de buen humor. Gracias por tus comentarios y por motivarme y ayudarme a seguir adelante.

Gracias a la Dra. Silvia Morales por sus enseñanzas a lo largo de la maestría, siempre con una actitud positiva aún en momentos difíciles.

También quiero agradecer al Dr. Samuel Jurado y a la Dra. María Elena Medina-Mora por sus comentarios al presente trabajo.

A Kalina por sus comentarios y apoyo para realizar este trabajo. Por invitarme a hacer investigación e impulsarme a entrar a la maestría. Gracias por todas tus enseñanzas, y por todo tu apoyo en lo profesional y en lo personal. Gracias por tu ejemplo de trabajo, compromiso y responsabilidad.

Gracias a Margarita por participar conmigo y comprometerse en todo momento en la realización del presente trabajo, gracias por el tiempo dedicado y gracias también por tu amistad.

A Lety, por confiar en mi, por su apoyo en este trabajo y por ser ejemplo de disciplina.

Gracias Euni, por tu amistad a lo largo de estos dos años, por los momentos de trabajo juntas y tus comentarios pertinentes. Gracias por enseñarme de tu sutileza, por confiar en mí, apoyarme aún en mis peores momentos y por compartir los tuyos conmigo.

A Sofía, Jennifer, Alejandra, Tere y Carlos, por su amistad y apoyo en estos años. Gracias por los momentos de tranquilidad, de anécdotas increíbles y de ternura.

A Viris, Carolina y Nayeli por su ayuda y su apoyo desde mis trámites para ingresar a la maestría y durante ella. En ustedes encontré a tres grandes amigas, gracias por la orientación, las pláticas y las fiestas.

Gracias a Omaidá y Lupita por su participación, y por los buenos momentos tanto en el cubículo como fuera de él.

Mi agradecimiento para Gaby Ruiz, por su retroalimentación en el arranque de mi trabajo y su apoyo durante mi maestría.

Gracias a ti, hermana por ser siempre mi mejor amiga, por tus palabras que aunque fuertes siempre me impulsaron a seguir adelante, gracias por todo tu apoyo incondicional y tu cariño.

Y gracias a ti Octavio por llegar justo al inicio de todo el proceso y estar conmigo de una u otra forma a pesar de la distancia, gracias por enseñarme a disfrutar esta etapa de mi vida y motivarme a seguir adelante; pero sobre todo gracias por comprender y apoyar mis metas y ser parte de esas metas y de mi vida.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
I. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO.....	7
II. MODELOS QUE EXPLICAN EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO.....	10
2.1. APRENDIZAJE.....	10
2.1.1. Condicionamiento Clásico.....	11
2.1.2. Condicionamiento Operante.....	12
2.1.3. Teoría Cognitivo-Social.....	12
III. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	17
IV. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES.....	20
4.1.1. Entrevista Motivacional.....	21
4.1.2. Auto-control.....	23
4.1.3. Prevención de Recaídas.....	24
4.2. LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES A NIVEL INTERNACIONAL.....	25
4.3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN VALIDADOS EMPÍRICAMENTE EN MÉXICO.....	28
V. PRODUCTOS	
5.1. INVESTIGACIÓN APLICADA: “EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS”.....	32
5.2. FORMULACIÓN DE CASOS. “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: COMPARACIÓN DE CASOS”.....	52
VI. REFERENCIAS.....	65
VII. ANEXOS.....	75

INTRODUCCIÓN.

El presente constituye un Reporte de Experiencia Profesional para la obtención del grado de Maestra en Psicología en Residencia de Psicología de las Adicciones.

En este reporte se abordan elementos que resultan relevantes para la comprensión de los comportamientos adictivos, para ello se inicia con el abordaje epidemiológico del consumo de sustancias en México, retomando los resultados de las encuestas de adicciones más recientes, incluida la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008.

Posteriormente se abordan brevemente las principales posturas conductuales: el Condicionamiento Clásico, el Condicionamiento Operante y la Teoría Cognitivo-social las cuales permiten la comprensión de la adquisición y mantenimiento de la conducta de consumo de sustancias; además enseguida se abordan los factores protectores y de riesgo relacionados con las conductas adictivas.

También se hace una descripción de los elementos que componen las intervenciones cognitivo-conductuales. Y se retoman las intervenciones de este tipo que han sido validadas empíricamente a nivel nacional e internacional. En este sentido se aborda el Modelo de Auto-cambio dirigido, el cual fue la base para el desarrollo de una serie de intervenciones breves en nuestro país; así como el Community Reinforcement Approach, el cual también fue adaptado a nuestra población mexicana. Dado esto, se describen cada uno de los programas que han sido validados empíricamente en México y que son la base de la Residencia en Psicología de las Adicciones, así, se describe la estructura de cada uno de ellos así como los resultados de su evaluación.

Algo en común que tienen estos programas son las variables que consideran variables en común para medir su efectividad, entre estas variables se encuentran: el patrón de consumo, las consecuencias negativas asociadas, el nivel de auto-eficacia, etc, sin embargo una variable que poco se ha estudiado es la *Integridad al tratamiento*, por lo que se realizó una investigación que tuvo como objetivo evaluar esta variable en uno de los programas de residencia, específicamente el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de sustancias.

Finalmente se presenta la formulación de casos, la cual también es con base en el programa antes mencionado, y se compara la efectividad de este en el caso de dos adolescentes usuarios de sustancias como el alcohol, en uno de los casos, e inhalables en el otro.

Espero el presente trabajo sea de utilidad para las futuras generaciones de psicólogos o egresados de esta residencia.

I. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO.

Las diferentes encuestas sobre adicciones reportan cifras que indican cómo el consumo de sustancias se ha incrementado a lo largo de los años. Los datos obtenidos de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) realizadas 1993 y 1998 muestran que el consumo de bebidas alcohólicas continúa como una práctica característica de la población masculina ya que en ellas se reporta que el 77% de los varones entre 18 y 65 años de edad de las zonas urbanas bebió en los 12 meses previos a la encuesta, en tanto que sólo 45% de las mujeres lo hizo. Posteriormente, la ENA (2002), reporta que el 46.2% de la población de 12 a 65 años ha consumido alcohol, sin embargo al dividir por sexos se observa que el 72% de los hombres y el 43% de las mujeres de 18 a 65 años de edad consumieron alcohol el año previo al estudio. Pero además durante la encuesta del 2002 se incluyen datos sobre el consumo en población rural, mostrando que el consumo de alcohol en esta población es menor que en la población urbana, ya que en las poblaciones urbanas el 60.7% de los hombres y el 18.9% de las mujeres reportaron consumo en el año previo. Además el patrón de consumo de alcohol prevaleciente en nuestro país es aquel que se presenta con poca frecuencia pero en cantidades elevadas (ENA, 2002; Medina-Mora en Tapia- Conyer, 2000).

En el caso de los adolescentes, el 33.3% de los que habitan en zonas urbanas han consumido alcohol, mientras que de aquellos que viven en zonas rurales, el porcentaje de adolescentes consumidores es del 14% (ENA, 2002).

Por otro lado, en la Encuesta de Consumo de drogas de Estudiantes (ECDE) (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, Amador & Medina-Mora, 2007) se reporta que el 68.8% de los adolescentes de secundaria y bachillerato han consumido alcohol alguna vez en su vida; sin embargo en esta encuesta, a diferencia de las reportadas anteriormente, no se observan diferencias en cuanto al porcentaje de hombres y mujeres que han bebido alguna vez. Además en esta misma encuesta se reporta que el porcentaje de adolescentes que consumen alcohol aumenta con la edad, de tal forma que el 54% de los que tienen 14 años de edad o menos ha tomado alguna vez, mientras que en el grupo de adolescentes de 18 años el 88% de ellos ha bebido alguna vez en su vida.

De manera reciente se publicaron los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), que con respecto al consumo de alcohol reporta que en concordancia con las encuestas previas, el patrón de consumo que se mantiene entre los mexicanos es aquel del tipo esporádico-explosivo, es decir, que la mayoría de los mexicanos si bien no consume todos los días, cuando lo hace es de manera excesiva. Por tanto en esta encuesta se habla de consumo

consuetudinario o de abuso y consumidores que presentan dependencia. En este sentido se reporta que poco más de 27 millones de mexicanos de 12 a 65 años presentan un patrón de de abuso (+ 5 copas por ocasión), mientras que poco más de cuatro millones de mexicanos de estas mismas edades cubren con los criterios de dependencia. De acuerdo con la edad se reporta que el 11% de los hombres de 12 a 17 años abusan del alcohol y en el caso de las mujeres el 7% lo hace; el 2.9% de los adolescentes consumidores cubren los criterios de dependencia, mientras que el 6.1% de los adultos los cubre. Lo que nos indica la necesidad de atención durante la adolescencia. Además el grupo de edad en el que se presenta mayor consumo es el de 18 a 29 años de edad, siendo similar entre hombres y mujeres. Por otro lado, este tipo de consumo se traduce en problemas laborales, familiares y con la policía.

Con respecto al consumo de tabaco, este constituye la segunda droga de inicio, en nuestro país la ENA (2002) reporta que el 24% de la población de 18 a 65 años de edad es fumadora, sin embargo el 55% de la población en general es fumadora involuntaria, lo que se traduce en costos de salud. Con respecto a las cifras en comunidades rurales, el porcentaje de consumo de tabaco es menor, ya que sólo el 14% de esta población reportó ser fumadora activa. En el caso específico de los adolescentes, esta misma encuesta reporta que la edad de inicio para el consumo de esta sustancia es entre los 13 y los 14 años de edad y que 3 de cada 10 adolescentes (30%) habían fumado alguna vez en su vida. Por su parte, en la ECDE (Villatoro, et al, 2007), se reporta que aproximadamente el 48% de los adolescentes ha fumado alguna vez en su vida, lo que muestra un incremento en el consumo de esta sustancia con respecto a encuestas previas. Además, se observa un incremento en el porcentaje de fumadores dependiendo del grupo de edad, así el 33% de aquellos que tienen 14 años ha fumado alguna vez en su vida, mientras que el 77% de los adolescentes de 18 años ha fumado alguna vez.

Recientemente en la ENA, 2008, se reporta que en el caso del consumo de tabaco, éste ha sido consumido alguna vez en la vida por el 35.6% de la población de 12 a 65 años, mientras que en el caso específico de los adolescentes sólo el 14.9% de personas de 12 a 17 años lo ha consumido alguna vez y el 40.2% de los adultos (18-65 años) lo ha consumido, como se puede observar estas cifras muestran una reducción del consumo de tabaco en el periodo del 2002 al 2008. Además la edad de inicio del consumo de esta sustancia también aumentó en comparación con las encuestas previas, siendo ésta los 17 años.

Por otro lado, el consumo de drogas ilegales se ha incrementado a partir de la década de los 90's , especialmente el consumo de marihuana y cocaína (Observatorio, 2003). De acuerdo con el tipo de comunidad, se observa que al igual que en el caso del alcohol y el tabaco, las drogas ilegales son más consumidas entre la población urbana (5.5%), en comparación con la

población rural (3.34%), además es mayor el número de hombres que de mujeres consumidores de drogas ilegales. Sin embargo, se observan diferencias por sexo en cuanto a la droga de preferencia, ya que la marihuana es más usada por los hombres, mientras que las drogas médicas son usadas con mayor frecuencia por mujeres. Así mismo, se ha incrementado el uso de drogas médicas de tipo anfetamínico como el “éxtasis” entre los adolescentes (ENA, 2002). En este sentido, la ECDE (Villatoro, et al, 2007) reporta que el 17.8% de los adolescentes ha consumido algún tipo de droga ilegal alguna vez en su vida, y las principales sustancias de consumo son: 1) marihuana, 2) inhalables, 3) tranquilizantes y 4) cocaína, teniendo como drogas de inicio el alcohol y el tabaco. Esto concuerda con lo reportado previamente en el Observatorio Nacional de Drogas en donde se menciona que las principales sustancias consumidas por la población de 18 a 65 años de edad son: el alcohol, el tabaco, la marihuana, los inhalables y la cocaína.

Finalmente en la ENA, 2008, se reporta que el 33% de la población de 12 a 65 años consumió alguna droga en el último año, y el 3.4% de los adolescentes consumió alguna droga en ese periodo. Las drogas de preferencia son: la marihuana, la cocaína y los inhalables, siendo la edad de inicio, en el caso de la marihuana y los inhalables antes de los 18 años, mientras que en el caso de la cocaína este se presenta después de los 18. Un aspecto que resalta esta encuesta es el hecho de que el uso de drogas ilegales se presenta con mayor frecuencia en las generaciones más jóvenes (18-39 años), lo que indica que las nuevas generaciones tienen un mayor acceso a este tipo de sustancias y por tanto deben tener acceso a programas que disminuyan el riesgo para el consumo. Cabe mencionar que de acuerdo con el tipo de comunidad (urbana o rural) esta encuesta presenta los datos de ambos tipos de población de manera unificada, lo que dificulta observar la evolución del consumo de drogas ilegales en cada una de las poblaciones.

Como se puede ver hasta aquí, el consumo de sustancias tanto legales como ilegales es un fenómeno que se presenta en todo tipo de poblaciones: urbanas y rurales: adolescentes y adultos; hombres y mujeres. Además, el consumo de sustancias se concibe como un problema de salud, social y económico, dado que las elevadas tasas de consumo de sustancias se traducen en problemas médicos y que además generan costos importantes en el sistema sanitario; el consumo de sustancias también se asocia con conducta delictiva y a nivel personal, un elevado consumo implica pérdidas económicas para el usuario. Por otro lado, las estadísticas no son el único medio por el cual se puede dimensionar el consumo de sustancias, también existen diferentes aproximaciones que permiten describir y explicar qué es el consumo de sustancias y de dónde deriva esta conducta.

II. MODELOS QUE EXPLICAN EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO.

La Psicología explica a partir de diversas aproximaciones teóricas cómo es que se adquiere y se mantiene la conducta de consumo en los individuos. Existen enfoques que refieren el desarrollo de una personalidad adicta, hay modelos que enfatizan una predisposición genética para el consumo de sustancias y hay quienes consideran el consumo de sustancias como una enfermedad, resultando esta postura la más popular y difundida entre la población; sin embargo, existen otras aproximaciones que explican la conducta en términos de condicionamiento o de aprendizaje como las teorías conductuales, específicamente aquellas basadas en el condicionamiento clásico y operante y la Teoría Cognitiva Social, en las cuales se basan la mayoría de los programas validados empíricamente..

2.1. APRENDIZAJE.

A lo largo de la historia el aprendizaje ha sido definido de acuerdo con diferentes posturas en psicología. En este caso solo mencionaré la manera en que el aprendizaje ha sido concebido desde el enfoque conductual.

Desde el condicionamiento clásico, el aprendizaje se explica a través del reflejo condicionado, el cual es producto de una serie de aparejamientos de un estímulo incondicionado con un estímulo neutro, el cual es capaz de producir una respuesta refleja en el organismo.

Posteriormente, después de una serie de discusiones sobre la pertinencia del estudio de los reflejos como propio de la psicología, Skinner (en Ribes & Burgos, 2006) define el aprendizaje como “un cambio en la probabilidad de que ocurra una respuesta”, es decir, que podemos hablar de aprendizaje cuando un organismo se comporta de la misma manera ante situaciones similares y la probabilidad de que una conducta ocurra o no, estará dada por sus consecuencias.

El aprendizaje es un proceso complejo que está relacionado no sólo con las conductas adictivas sino con la mayoría de nuestro comportamiento. El entender este proceso permite comprender cómo es que se adquieren y mantienen ciertas conductas, en este caso el consumo de sustancias. En este sentido es importante abordar brevemente las Teorías Conductuales que dan cuenta de cómo es que se da el aprendizaje de la conducta de consumo de sustancias.

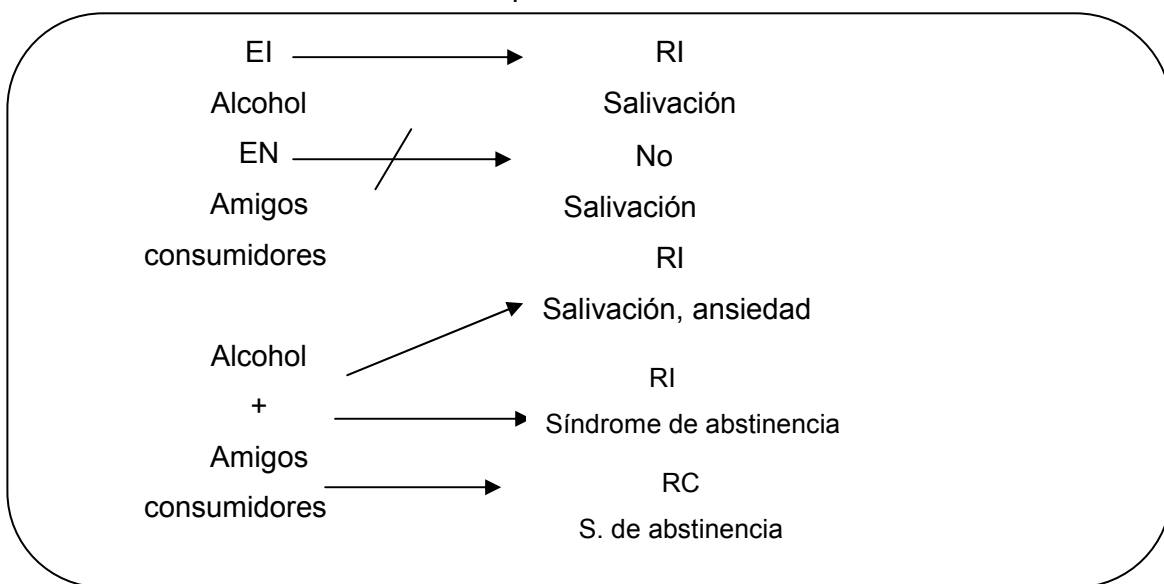
2.1.1. Condicionamiento clásico.

Este tipo de condicionamiento corresponde al paradigma Estímulo-Respuesta. Desde este paradigma un estímulo siempre va a elicitar una respuesta refleja, es decir, aquellas respuestas que un organismo no aprende sino que le son inherentes. Desde esta perspectiva diferentes estímulos pueden provocar una misma respuesta después de repetidas ocasiones en las que fueron aparejados con el estímulo original (estímulo incondicionado) que la elicitió; es decir, si reiteradamente el estímulo incondicionado se presenta ante la ocurrencia del estímulo neutro, este último adquiere la función de estímulo condicionado al instigar una respuesta condicionada (Cooper, Heron & Heward, 1987).

Este tipo de aprendizaje explica parcialmente la conducta de consumo al explicarse de esta forma solo algunos elementos de la conducta de consumo de sustancias como puede ser el craving o necesidad intensa por consumir y el síndrome de abstinencia en usuarios crónicos.

Lo anterior se puede explicar desde el condicionamiento clásico de la siguiente manera: el alcohol es el estímulo incondicionado, mientras que el grupo de amigos consumidores es el estímulo neutro; posteriormente se aparean de manera repetida el grupo de amigos con el consumo de tal forma que ante la presencia de estos dos estímulos se genera la necesidad por consumir. Posteriormente, cuando al usuario crónico se le presentan ambos estímulos de manera separada como por ejemplo tener cerca una bebida o la invitación de esos amigos para salir, se “activa” la necesidad y tentación intensas por el consumo, generando ansiedad en él. La figura 1 esquematiza lo anterior.

Figura 1. La figura muestra el proceso de condicionamiento clásico en el síndrome de abstinencia por el consumo de alcohol.



2.1.2 Condicionamiento operante.

Esta perspectiva, retoma el paradigma anterior al hablar de un estímulo que antecede la presencia de una conducta, sin embargo, a diferencia de lo propuesto por el condicionamiento clásico, en el paradigma del condicionamiento operante el inicio y mantenimiento de una conducta es explicado por las consecuencias derivadas de esta y no por la sustitución de estímulos, como ocurre en el condicionamiento clásico (Skinner, 1953). Aquí, cabe hacer una distinción importante entre el tipo de respuestas estudiadas por los dos tipos de condicionamiento. En el condicionamiento clásico la unidad de análisis es el reflejo condicionado, lo cual se sitúa más a nivel de lo fisiológico que a nivel psicológico; mientras que en el caso del condicionamiento que se describe en este apartado, el objeto de estudio es la conducta operante, es decir, aquel tipo de conducta que opera sobre el ambiente y genera determinadas consecuencias (Skinner, 1938 en Ribes & Burgos, 2006; Skinner, 1953). En este sentido el consumo de sustancias es una conducta operante dado que se mantiene por las consecuencias que le genera al individuo, como por ejemplo, facilidad para la socialización, o reducción en los niveles y sensaciones de tensión, o bien en el caso de los usuarios crónicos de sustancias, el consumo resulta reforzante dado que disminuye los síntomas relacionados con el síndrome de abstinencia. Esto explica que la conducta de consumo es afectada por su ambiente y a su vez lo impacta ya que subyace a la *Triple Contingencia*, donde hay uno o varios estímulos que la anteceden y ésta precipita a su vez, una serie de efectos contingentes, medibles y observables. (Cooper, Heron & Heward, 1987). En este sentido, la teoría del condicionamiento operante es interaccionista dado que considera el impacto que tiene sobre el sujeto al proveerle de consecuencias, y a su vez el sujeto actúa sobre su ambiente para obtenerlas.

Otro tipo de aprendizaje es el aprendizaje vicario o por observación, cuyo estudio generalmente es adjudicado a Albert Bandura, sin embargo este tipo de aprendizaje ya había sido estudiado en experimentos sobre condicionamiento clásico y operante, por varios autores (Warden, Herber & Harsh, 1944; Barnett & Benedetti, 1960; Ven & Short, 1973 en Chance, 2001). Sin embargo este tipo de aprendizaje frecuentemente se adjudica a la teoría Cognitiva Social, la cual se abordará a continuación.

2.1.3 Teoría del Aprendizaje Social.

Desde la perspectiva de la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) la conducta es explicada con base en una relación triádica de reciprocidad en donde se interrelacionan factores internos personales como las emociones, las cogniciones y elementos biológicos;

factores conductuales y factores ambientales, los cuales se relacionan entre sí, sin que uno sea necesariamente la causa de otro (Bandura, 1999), sino que la relación entre todos ellos se da de manera recíproca, de ahí el nombre de *Determinismo recíproco* (Bandura, 1978).

Este determinismo recíproco es, de acuerdo con Bandura (1978) una nueva forma de abordar la conducta del ser humano, el autor menciona que con frecuencia se dan explicaciones de la conducta en términos de constructos o bien en el caso de las Teorías de la Conducta, se ha explicado el comportamiento principalmente en términos de conducta operante, lo que implica que el sujeto es un ser que únicamente reacciona al medio ambiente en el que se desarrolla, por lo que las condiciones ambientales son las que determinan su comportamiento, habiendo una relación unidireccional entre el sujeto y el ambiente.

En ese sentido, Bandura hace una revisión de diferentes posturas teóricas con el objetivo de justificar su propia postura, de tal forma que para llegar a la explicación y la importancia del determinismo recíproco, comienza hablando de los partidarios del condicionamiento operante a quienes califica como radicales, en este caso a Skinner (1971 en Bandura 1978) quien hace referencia al ambiente que es el que controla la conducta del individuo y que éste reacciona ante dicho ambiente. Posteriormente Bandura retoma la propuesta de los humanistas existenciales quienes hablan de una toma de decisiones por parte del sujeto como resultados de juicios concientes sobre la propia conducta, observando que a pesar de que es el propio sujeto quien hace los juicios, la relación es nuevamente unidireccional, ya que la conducta de la persona ahora depende únicamente de un elemento personal interno del sujeto dejando de lado los elementos del ambiente.

Por lo tanto, lo que se propone a partir de la teoría social cognitiva es un determinismo que significa la producción de unos eventos por otros en lugar de acciones que son determinadas o causadas por eventos externos al propio sujeto, lo que tiene como resultado que entonces la producción de ciertos eventos sea probable pero no totalmente inevitable.

Generalmente, se ha tratado de considerar el interaccionismo a partir de la psicología social o bien de teorías de la personalidad, que si bien abarcan una serie de factores relacionados con una conducta, la realidad es que continúan relacionando sólo uno de ellos con dicha conducta, teniendo como resultado varias relaciones, y teniendo una relación unidireccional parcial, por lo que al hablar de determinismo recíproco se habla de un interjuego entre los diversos elementos, los personales, los ambientales y la conducta misma.

A partir de esta propuesta teórica (Bandura, 1978), se derivan una serie de determinantes personales, los cuales intervienen en el proceso de aprendizaje en los individuos, sobre esto se habla a continuación.

2.1.3.1 Los determinantes personales

Como se ha mencionado anteriormente, un punto característico de la Teoría Cognitiva Social, es la interacción entre elementos personales, de conducta y medio ambientales, por lo tanto, la conducta y su desarrollo se explica en términos de cómo es que se va dando esta relación a lo largo del ciclo vital. Así desde esta perspectiva teórica, la conducta del ser humano se altera tanto por sus características biológicas, las cuales están relacionadas con sus características y capacidades físicas como por los cambios sociales que se van dando en el contexto en el que el individuo se desarrolla, como pueden ser los cambios económicos, políticos, o culturales. Sin embargo, al mismo tiempo el individuo es un agente activo en dichos cambios dentro de su contexto (Bandura, 1999).

La Teoría Cognitiva Social, postula algunas características personales como factores que intervienen en esta relación triádica que se ha comentado de manera previa, dichas características son mencionadas en varios de los trabajos de Bandura sobre su teoría (Bandura, 1986, 1996, 1999), e incluyen: la simbolización, la capacidad vicaria, la capacidad de anticipación o previsión, la capacidad auto-regulatoria y auto-reflexiva o la auto-eficacia.

La simbolización es la capacidad de los seres humanos, que permite observar su ambiente y dar significado a todas aquellos eventos que conforman la experiencia del individuo, la manera en la que se simboliza dicha experiencia permite conocer las cogniciones y emociones respecto a un evento determinado. Es con base en esta capacidad, que el individuo va estructurando su experiencia a lo largo de su vida. Pongamos como ejemplo el consumo de alcohol, el individuo puede concebir el consumo, como algo que genera beneficios o por el contrario lo puede considerar como algo inapropiado, entonces, dada la capacidad de simbolización del individuo éste generará ideas y emociones determinadas acerca del consumo de alcohol.

La capacidad vicaria, es parte central en la forma en que se explica el aprendizaje a partir de esta postura. Esta capacidad permite que los patrones de conducta ya sea en una familia o en una cultura se vayan transmitiendo por generaciones; esta capacidad se refiere al aprendizaje por observación de modelos, de tal forma que para que un individuo aprenda una conducta y sus consecuencias no necesariamente necesita experimentarla de manera directa, sino que aprende de la forma en que otros se comportan y observa en ellos las consecuencias que pueden derivar de su conducta, más adelante se verá como esta observación de las consecuencias de una conducta en otros, tiene relación con la forma en que se presenta y se mantiene o cambia un patrón de comportamiento.. Siguiendo con el ejemplo del consumo de

alcohol, la capacidad vicaria es la que le permite al individuo aprender sobre las consecuencias del consumo de alcohol, aún sin la necesidad de tener que consumirlo, o bien, a través del aprendizaje vicario también se pueden aprender patrones de consumo en una sociedad determinada. De tal forma que el individuo puede aprender por observación sobre los beneficios que el alcohol genera como puede ser el divertirse o el “sentirse mejor”.

En lo que respecta a la *capacidad de anticipación o de previsión*, esta capacidad permite al individuo anticiparse a las consecuencias de su conducta, por lo tanto, implica que no solo reaccione a su ambiente inmediato sino que sea capaz de anticiparse a lo que puede ocurrirle a futuro. Esta capacidad es la que permite que las personas se establezcan metas y dirijan sus acciones hacia el logro de la meta, obviamente tiene relación con la motivación, ya que si un individuo anticipa consecuencias positivas como resultado del logro de la meta, entonces, dirigirá más esfuerzos hacia ello, en comparación con aquellas cosas que a futuro implican consecuencias aversivas. En el caso de aquellos que son consumidores de alguna sustancia y asisten a tratamiento para ello, una forma de ejemplificar la capacidad de anticipación es la asistencia al tratamiento con el objetivo de evitar problemas de salud que se pueden generar a largo plazo.

La *capacidad de auto-regulación* tiene que ver con el manejo que la propia persona hace sobre su comportamiento, de tal forma que sea el mismo individuo quien genere sus propias demandas, las acciones para cumplir con ellas así como las sanciones por el incumplimiento, al igual que la capacidad de anticipación tiene relación con el elemento motivacional. Retomando el ejemplo del consumidor que asiste a tratamiento puede poner en práctica estrategias de auto-regulación, con las cuales él identifique los momentos en los que consume y la cantidad que usa, para así poner en práctica acciones que le ayuden a controlar su consumo en situaciones de riesgo, además tiene relación con la capacidad de anticipación ya que esta capacidad implica el anticiparse a consecuencias aversivas relacionadas con el consumo de alguna sustancia.

Finalmente, con respecto a *la auto-eficacia*, tiene un lugar muy importante como uno de los conceptos más importantes de la Teoría Cognitiva Social, y tiene que ver con la capacidad cognitiva de los individuos para juzgar su propia conducta y sus capacidades, de tal forma que dicho juicio afecta la confianza que el sujeto tiene para actuar de manera eficiente ante una situación determinada. En el caso del consumo de sustancias este elemento es muy importante, ya que con frecuencia el cambio de conducta de los individuos es facilitado o bien se ve limitado por un bajo nivel de auto-eficacia, sin embargo al mismo tiempo se afectan las demás capacidades, ya que la auto-eficacia, como se puede ver se relaciona con el resto de las

capacidades mencionadas anteriormente, en el sentido de que un elevado nivel de auto-eficacia en las personas les permite anticipar su nivel de competencia para enfrentar de manera efectiva una situación de riesgo lo que a su vez se relaciona con la capacidad del individuo para poder controlar su consumo. Existen diversos estudios en los que se relaciona la auto-eficacia con una disminución en el consumo o bien con elevadas tasas de abstinencia en usuarios de alcohol y drogas como la cocaína y la marihuana (Hasking & Oei, 2007; Dolan, Martin & Rohsenow, 2008).

III. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

El ambiente influye en la decisión del individuo respecto a su conducta de consumo o de la evitación de este a partir de dos tipos de factores: los de riesgo y de protección. Se define a los factores de riesgo como los que incrementan la probabilidad de ocurrencia de la conducta de consumo; por el contrario, los factores protectores decrementan ésta posibilidad (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

Este tipo de factores se han explicado desde diferentes perspectivas. Por ejemplo, desde una perspectiva de la ecología social Bronfenbrenner (1979) ha propuesto que el desarrollo de ciertas conductas es explicado por la interacción del individuo con diferentes sistemas sociales, de tal forma que los factores protectores y de riesgo están en el microsistema, en el mega sistema, meso-sistema y en exo-sistema.

Sin embargo el modelo que más se ha utilizado en el caso de los factores e riesgo y protección, específicamente para el consumo de sustancias, es el propuesto por Hawkins, Catalano & Miller (1992), el cual propone que existen diferentes tipos de factores de riesgo y protección: factores comunitarios, familiares, escolares, individuales y fisiológicos. Los factores comunitarios se refieren a la permisividad para el consumo y al uso de sustancias como parte del proceso de socialización en determinada cultura, mientras que entre los factores familiares se encuentra el modelamiento del consumo dentro de este grupo social o bien la historia familiar de consumo así como la presencia o ausencia de conflictos dentro de la familia. En el caso de los factores escolares se encuentra el desempeño académico, y en el caso de los factores personales se encuentran las expectativas relacionadas con el consumo así como la experiencia que se ha tenido con las sustancias. Finalmente en el caso de los factores fisiológicos, se refiere a la vulnerabilidad de la persona para tolerar los efectos del consumo y en algunos casos se ha hablado del factor hereditario como parte de los factores fisiológicos.

Por otro lado, si bien, el consumo de sustancias se ubica principalmente como un problema de adolescentes y adultos, este tipo de comportamiento no aparece de la nada en estas etapas sino que es parte del desarrollo de una serie de conductas que se han venido presentado desde la infancia; es decir que aquellos niños que presentan problemas de conducta desde los primeros años tienen mayor probabilidad de involucrarse en algún tipo de conducta antisocial, incluido el consumo de sustancias (Patterson, DeGarmo, & Knuston, 2000; Farrington, 2005).

Por otro lado, un factor de riesgo para el consumo de sustancias durante la adolescencia, es la interacción social con pares consumidores (Guifford-Smith, Dodge, Dishion

& McCord, 2005) o bien con pares que presentan conducta delictiva ya que generalmente este tipo de conducta se ha asociado con el consumo (Farrington, 2005).

Otro factor de riesgo importante es la relación con los padres que incluye comunicación o bien la disciplina y supervisión de los padres hacia los hijos (Jessor, 1987; Cava, Murgui & Musitu, 2008). En este sentido se ha encontrado que aquellos adolescentes cuyos padres tienen historia de consumo de sustancias tienen una mayor posibilidad de consumir en alguna etapa de su vida (Farrington, 1992; Adalbjarnardottir & Rafnsson, 2002), por el contrario, aquellos niños y adolescentes cuyos padres tienen un sistema de disciplina consistente tienen menores posibilidades de involucrarse en algún tipo de conducta antisocial como el consumo de sustancias (Webster-Straton & Hammond, 1998).

Jenson, Wells, Plotnick, Hawkins & Catalano (1993), realizaron un estudio sobre la relación de las habilidades cognitivas, habilidades conductuales y el auto-reporte de intención de consumir con el consumo de alcohol y drogas ilegales. El estudio se realizó con una muestra de 130 adolescentes y encontraron como resultado que el contar con adecuadas habilidades de solución de problemas constituía un factor de protección para el consumo de alcohol y drogas ilegales, lo mismo ocurrió con las habilidades de auto-control y de evitación del consumo. Además aquellos adolescentes que reportaron con mayor frecuencia haber tenido intención de consumir sustancias lo habían hecho en mayores cantidades que aquellos que no lo habían reportado.

Por otro lado, los factores comunitarios también tienen una influencia importante sobre el consumo de sustancias, principalmente de los adolescentes, al respecto Van Horn, Hawkins, Arthur & Catalano (2007) reportaron un estudio con adolescentes estudiantes, en el que encontraron que los factores de riesgo comunitario más frecuente era la permisividad para el consumo dentro de la comunidad, la observación de reforzamiento debido al consumo, y las costumbres comunitarias que incluyen el consumo de sustancias.

En este sentido, Legaspi, et al, (2007) realizaron un estudio sobre factores de riesgo en adolescentes de comunidades rurales que participaban en una programa para adolescentes consumidores de sustancias, y de acuerdo con la clasificación hecha por Hawkins, Catalano y Miller (1992), encontraron que los adolescentes participantes presentaban como principales factores de riesgo el tener un bajo nivel de auto-eficacia ante ciertas situaciones, la necesidad o curiosidad por experimentar los efectos de las sustancias, la baja percepción de riesgo hacia el consumo y las expectativas positivas de sus efectos, dejando de lado los factores fisiológicos, es decir aquellos efectos que la sustancias provoca en el organismo dadas sus propiedades farmacocinéticas.

Durante la adultez, también los eventos estresantes y la falta de estrategias de enfrentamiento efectivas funcionan como factores que pueden precipitar el consumo. Aquellos quienes poseen una menor cantidad de estrategias de enfrentamiento efectivo son más vulnerables de consumir alguna sustancia (Gómez-Fraguela et al, 2006); aún, independientemente de la etapa del desarrollo de los individuos consumidores. Además en un estudio realizado por Arellanes-Hernández, Díaz-Negrete, Wagner-Echegaray & Pérez-Islas (2004) estos autores encontraron que el consumo de sustancias se incrementaba conforme avanzaba la edad de los sujetos, principalmente en lo relacionado con el consumo de sustancias ilegales, y que aquellas personas que tenían un empleo, mayor nivel de escolaridad y que contaban con estrategias adecuadas para el manejo del estrés presentaban consumos menos problemáticos; por el contrario aquellos que se encontraban sin alguna ocupación, y que se enfrentaban a situaciones estresantes debido a problemas interpersonales tenían mayores posibilidades de presentar dependencia a algún tipo de sustancia.

Como se puede observar existe una serie de factores protectores y de riesgo para el consumo de sustancias, los cuales es importante identificar dado que muchos de los programas de intervención se basan en ellos para el planteamiento de sus estrategias.

IV. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES.

Las intervenciones Cognitivo-conductuales, tienen sus orígenes en las teorías conductuales, principalmente en el condicionamiento operante, del cual ya se ha hablado anteriormente. Este tipo de intervenciones surgen como una alternativa a las teorías conductuales “radicales” ya que autores partidarios de otros enfoques consideraban que la postura conductual ignoraba elementos relacionados con la conducta como por ejemplo los pensamientos y sentimientos (Carroll, Ball & Martino, 2004). En este sentido el concepto: *Determinismo recíproco* propuesto por Bandura (1986) cobra gran importancia como fundamento de este tipo de intervenciones.

Las intervenciones cognitivo-conductuales son el tipo de intervenciones que tienen como objetivo la modificación de la conducta de las personas, pero a diferencia de las intervenciones exclusivamente conductuales, las intervenciones cognitivo-conductuales asignan un peso importante a los determinantes personales descritos por Bandura (1999) como elementos que facilitan la aparición y modificación de la conducta. Este tipo de intervenciones combinan estrategias de tipo cognitivo como la modificación de pensamiento y estrategias conductuales como el manejo de contingencias (Higgins & Heil, 2004).

Por otro lado, las intervenciones de este corte incluyen dos elementos fundamentales: la realización de un análisis funcional de la conducta y el entrenamiento en habilidades. El primero se refiere a la identificación de los antecedentes y consecuentes relacionados con la conducta de consumo y así identificar los factores relacionados con el mantenimiento de dicha conducta; el segundo tiene que ver con el hecho de que los usuarios son quienes proponen las estrategias que les ayudarán a cambiar el consumo de sustancias y además dichas estrategias son ensayadas durante las sesiones y puestas en práctica en situaciones reales a las que se enfrenta el usuario, así al proveer al usuario de habilidades para enfrentarse al consumo se disminuye la probabilidad de que el problema se agrave (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2005).

Además de estas ventajas existen otras que caracterizan a las intervenciones de tipo cognitivo-conductual, por ejemplo, son el tipo de intervención psicológica que ha sido evaluada con mayor frecuencia de manera sistemática, las estrategias que utiliza están enfocadas a que el usuario vaya logrando sus metas y tienen un formato estructurado que es flexible a las características de cada persona, además se centra en orientar al usuario hacia la identificación de problemas actuales y su solución, lo que hace que estas intervenciones tengan una duración menor que otras intervenciones clínicas tradicionales que se centran en la resolución de

conflictos del pasado, generalmente la duración de las intervenciones de este tipo va de nueve a 12 semanas (Fals-Stewart, O'Farrell & Birchler, 2004)

Uno de los principales tipos de intervención cognitivo-conductual es las intervenciones breves (de una a cinco sesiones) que tienen como objetivo la identificación y atención temprana de usuarios de sustancias que recientemente han iniciado su consumo o que comienzan a presentar problemas relacionados con este y por tanto se pretende evitar la progresión del problema (Ayala & Echeverría, 1998); otro de los objetivos de este tipo de intervenciones es la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de drogas (Marlatt, Larimer, Baer y Quigley, 1993; Miller, Tuner & Marlatt, 2001). Son aproximaciones que permiten abordar la conducta de consumo de manera costo-efectiva, al reducir el gasto en tiempo y dinero y al proporcionar ayuda rápida y efectiva a los usuarios; incluyen la evaluación global del usuario, el asesoramiento breve y el seguimiento (Rodríguez-Martos, 2002). Sin embargo, también existen intervenciones de mayor duración, dirigidas para usuarios crónicos de sustancias, cuyo objetivo es que los usuarios logren la abstinencia de sustancias y adquieran y desarrollen una serie de habilidades comportamentales para con ello lograr una mejor calidad de vida (Barragán, 2005).

Tanto las intervenciones breves como las intervenciones de mayor duración han demostrado efectividad en el campo de las adicciones, tienen como fundamento además de la Teoría del Aprendizaje Social, otros elementos como la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991), estrategias de autocontrol, entrenamiento en habilidades específicas y un componente de prevención de recaídas (Marlat & Gordon, 1985). A continuación se describe cada uno de los elementos que fundamentan las intervenciones cognitivo conductuales y posteriormente se reportarán algunas de las intervenciones cognitivo-conductuales que han sido validadas empíricamente. No se hará mención a la teoría Cognitiva-social ya que esta se ha abordado anteriormente.

4.1.1 Entrevista motivacional.

La *motivación* es el estado de disposición al cambio, en un sentido pragmático, la motivación es definida como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con la aplicación de una estrategia que le permita realizar un cambio en su conducta (Miller, 1991). Por tanto la motivación es un proceso con características propias en cada una de sus etapas, las cuales son influidas por factores externos. En este sentido, *la rueda del cambio* propuesta por Prochaska y DiClemente (1986 en Miller & Rollnick, 1991), propone seis etapas para el cambio en la motivación de las personas hacia la modificación de su conducta. *La precontemplación*, es la etapa en la que la persona no identifica algún

problema con su conducta de consumo y por tanto no considera el llevar a cabo acciones; *en la contemplación*, la persona identifica algunos problemas relacionados con su conducta, sin embargo aún se encuentra ambivalente para llevar a cabo un cambio; durante la *determinación*, la persona decide llevar a cabo un cambio en su conducta; durante la *fase de acción*, la persona diseña y pone en práctica que le llevarán al logro del cambio propuesto. Además hay otras dos etapas a considerar: el mantenimiento y la recaída. *Mantenimiento*, es la fase en la que la persona sigue con los logros alcanzados durante la fase de acción, por el contrario durante la *recaída*, la persona tiene la oportunidad de aprender de consumos no planeados, reformulando planes que permitan evitar nuevas recaídas, esta fase es parte natural del proceso de cambio y así es como se ve, como una oportunidad de aprender más que como un fracaso que sea motivo para desertar en el cambio.

De esta forma, la entrevista motivacional (Miller, & Rollnick, 1991) es una estrategia que tiene como objetivo el incrementar en los usuarios su disponibilidad al cambio, esto con dos posibles finalidades: lograr un cambio en el consumo o bien incrementar la motivación de los usuarios para adherirse a intervenciones más extensas que los lleven a la reducción del consumo de sustancias.

Las entrevista motivacional se basa en cuatro principios para su aplicación: expresar empatía, desarrollar la discrepancia en el usuario, combatir la resistencia y apoyar la auto-eficacia (Miller & Rollnick, 2002).

- *Expresar empatía*. Se refiere a las expresiones del terapeuta que tienen como objetivo hacerle ver al usuario que se está comprendiendo lo que él dice.
- *Desarrollar la discrepancia*. Consiste en ayudar al usuario a que analice las ventajas y desventajas tanto de la conducta de consumo como la de no consumo. Este tipo de herramienta favorece la toma de decisiones especialmente en la etapa de precontemplación y contemplación en donde las personas se encuentran ambivalentes con respecto al cambio.
- *Combatir la resistencia*. Consiste en evitar discusiones con el usuario, sobre la importancia del cambio, ya que es el usuario quien define los motivos para el cambio. Además es importante señalarle que el terapeuta no es quien decide cómo hacer el cambio, sino que el usuario es el responsable de este.
- *Apoyar la auto-eficacia*. Se refiere a incrementar en el usuario la creencia de que puede modificar exitosamente su conducta de consumo, esto enfatizando que ha habido ocasiones en el pasado en las que ha sido capaz de controlar su consumo, además,

parte importante de esta herramienta es reforzar o elogiar los logros o recursos que tiene la persona y serán su apoyo en el cambio de su conducta.

4.1.2 Autocontrol.

En algunas ocasiones la conducta de una persona, debe ser monitoreada, evaluada y reforzada de manera constante y en diferentes contextos por lo cual es importante que la persona desarrolle la capacidad de autocontrol.

Skinner, habló en el libro *Ciencia y Conducta* (1953), de un mundo existente “bajo la piel” y como parte de esto incluyó los mecanismos de auto-regulación o auto-control. Este autor partió del supuesto de que la persona es capaz de controlar su propia conducta de la misma forma en que puede controlar la conducta de otros organismos, es decir, que es capaz de manipular una serie de variables de las que es función su conducta, de la misma manera en que las manipula para modificar la conducta de otros. Por tanto, el hombre es capaz del auto-conocimiento, lo que le ayuda a generar cursos de acción que favorezcan la solución de problemas.

En ese mismo libro, Skinner (1953), se refiere específicamente al auto-control relacionado con el consumo de alcohol basándose en los principios del condicionamiento operante, explicando que el consumo es función de una serie de consecuencias positivas que el individuo obtiene de dicha conducta como por ejemplo: tener mayor confianza para actuar socialmente, reducción de la ansiedad o el olvido de sus problemas; sin embargo, menciona que el consumo también tiene consecuencias aversivas (p. ej, la resaca), las cuales pueden ser evitadas por el consumidor de alcohol, y afirma que de hecho el individuo que bebe, actúa o modifica ciertas variables que maximicen las consecuencias positivas o bien que le permitan evitar o disminuir las consecuencias aversivas. A esta manipulación es lo que Skinner llama: Auto-control.

Por su parte Kazdin (1975) define el auto-control como la aplicación de los principios conductuales con el objetivo de modificar la propia conducta. De esta manera es importante que durante el tratamiento la persona adquiera habilidades de auto-monitoreo y de auto-reforzamiento, lo que se logra con la utilización de técnicas de registro de la conducta, tal y como ocurre en el escenario real (Copper, Heron & Heward, 1987).

Desde la teoría de la elección, el auto-control se ha relacionado con el concepto de *impulsividad* que forma parte del *Descuento temporal*. Es importante aclarar que el concepto de Descuento temporal parte del supuesto de que las personas asignan un valor mayor a aquellos reforzadores que en tiempo son más cercanos, asignando un menor valor para

aquellos se implican una mayor demora. Por tanto, el concepto de impulsividad, permite explicar el fenómeno de auto-control en estos términos; es decir, la impulsividad se define como la elección de aquellas alternativas que generan un reforzamiento menor pero inmediato, mientras que el auto-control estaría dado por la elección de aquellas alternativas que generan un reforzamiento mayor pero demorado (Bickel & Marsch, 2001; Tucker, Vuchinich, Black & Rippens, 2006)

De esta forma, el usuario de sustancias al poder identificar la topografía de su conducta de consumo, se encuentra en condiciones de modificar aquellas circunstancias que anteriormente lo han llevado a consumir y lograr evitar una recaída, además la observación de los logros a través del auto-registro, funciona como reforzador positivo del cambio, al observar el logro del cambio y las consecuencias positivas asociadas con este, incrementando la auto-eficacia del usuario para mantenerse sin consumo.

4.1.3 Prevención de recaídas.

Como ya se ha mencionado, la recaída es el proceso durante el cual se presenta un consumo elevado de algún tipo de sustancia, posterior a un periodo de abstinencia (Parks & Marlatt, 2000), se considera como parte normal del proceso de recuperación y diversas intervenciones incluyen un componente de prevención de recaídas.

Las intervenciones basadas en este componente fueron desarrolladas para mantener el cambio producto de intervenciones para el abuso de sustancias. Este tipo de intervenciones tienen como objetivo el enseñar a los usuarios de sustancias a anticipar y enfrentar aquellas situaciones de riesgo para el consumo (Parks & Marlatt, 2000). Una situación de riesgo es aquella en la que el usuario percibe cierta dificultad para controlar su consumo y que por lo tanto hace que su auto-eficacia disminuya, y que por lo tanto incrementa la posibilidad de que la recaída ocurra. Entre las situación de riesgo más comunes se encuentran: estados emocionales negativos, conflictos con otros, presión social, momentos agradables, emociones agradables, situaciones en las que se pretende demostrar control sobre el consumo, ante malestares físicos o por necesidad física (Marlatt & Gordon, 1985), así como por curiosidad en el caso específico de adolescentes (Salazar, Galarza, Álvarez, Martínez & Reidl 2008).

El componente de prevención de recaídas es incorporado generalmente en tratamientos cognitivo-conductuales, y al dar al usuario herramientas para prevenir las recaídas, éste tiene la oportunidad de experimentar-al igual que en el caso de las estrategias de autocontrol-la sensación del control que tiene sobre su propia conducta, al mismo tiempo que incrementa su

percepción de auto-eficacia al observar el mantenimiento de los logros alcanzados por el tratamiento (Parks & Marlatt, 2000, Marlatt & Gordon, 1985).

Como se ha mencionado los elementos antes mencionados son característicos de las intervenciones cognitivo-conductuales, a continuación se presentan alguna de las intervenciones validadas empíricamente y que han mostrado ser efectivas en la modificación de la conducta de consumo de sustancias.

4.2 LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES A NIVEL INTERNACIONAL.

Para iniciar con el presente apartado hay que considerar la relevancia que tiene el término “validez empírica”, el cual se refiere al hecho de que las intervenciones usadas para la disminución del consumo de sustancias deben demostrar que son efectivas para tal objetivo, esta demostración se da a través de la evaluación sistemática de las intervenciones mediante diversas metodologías, como los diseños de caso único o los de comparación de grupos.

El contar con programas validados empíricamente es importante por que de esta forma los usuarios reciben intervenciones enfocadas a sus necesidades. Como se ha mencionado anteriormente las intervenciones basadas en la Teoría Cognitivo-social han sido evaluadas tanto a nivel nacional como internacional.

Por otro lado, para hablar de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual que han sido validadas empíricamente es fundamental mencionar el modelo de Auto-cambio (Sobell & Sobell, 2005), en el cual se fundamentan muchas de las intervenciones para el consumo de sustancias, este modelo surge en la década de los 70's cuando se da un incremento importante en el consumo de alcohol y drogas. Este modelo postula que aquellas personas que han comenzado a consumir sustancias no necesariamente llegarán a presentar dependencia, esto siempre y cuando reciban una intervención en las fases iniciales del consumo. Este modelo tiene como antecedente una intervención realizada en Inglaterra por Orford y Edwards (1977 en Sobell & Sobell, 2005) en donde se comparó una intervención de una sesión con un tratamiento de duración mayor que incluía farmacoterapia, estos investigadores encontraron que aquellos usuarios con un menor consumo se beneficiaron de la intervención más breve. Como consecuencia de esta evaluación además de la importancia que se dio al considerar el nivel de consumo de los usuarios, se incluyó en el modelo de auto-cambio un componente motivacional basado en el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1986).

Este modelo de auto-cambio propuesto por Sobell & Sobell (1993) ha sido evaluado en diversas ocasiones. En uno de los estudios Sobell, Sobell & Gavin (1995) evaluaron el modelo

comparando la efectividad con y sin el componente de prevención de recaídas. La intervención constó de una sesión de evaluación y dos de intervención además de seguimiento a un año, sin embargo los resultados no mostraron diferencias significativas en cuanto a la efectividad del modelo con aquellos usuarios que sí recibieron prevención de recaídas y aquellos que no recibieron este componente, sin embargo en ensayos posteriores sí se incluyó este componente debido a que los terapeutas reportaron que de lo contrario el abordar conceptos relacionados con recaídas llevaba más tiempo.

Por otro lado, el Modelo de auto-cambio dirigido (Sobell & Sobell, 1985) también ha sido evaluado en formato grupal, por ejemplo, en 1995 se realizó un estudio en el que se incluyeron usuarios que abusaban del alcohol y drogas, quienes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno que recibió 4 sesiones de terapia individual y otro grupo que recibió 4 sesiones grupales, en ambos grupos se les dieron los mismos componentes. Como resultado se encontró que los participantes de ambos grupos mostraron un cambio similar al finalizar el tratamiento, sin embargo dadas las características de una intervención grupal ésta resultó ser menos costosa que la intervención individual (Sobell, Sobell, Brown & Cleland, 1995 en Sobell & Sobell, 2005).

Dada la efectividad que este modelo ha mostrado, no solo se han seguido sus evaluaciones sino que este ha sido adaptado en nuestro país teniendo como resultado la creación de programas para bebedores problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995), adolescentes (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005), fumadores (Lira, 2009), usuarios de cocaína (Oropeza, 2003) de los cuales se hablará más adelante.

El tipo de intervenciones que se acaban de mencionar son del tipo denominado como Intervención Breve, sin embargo, como se comentó en el apartado anterior no todas las intervenciones de tipo Cognitivo-conductual son breves, sino que existen otras intervenciones de mayor duración y que están dirigidas a población con un consumo crónico de sustancias. Un ejemplo de este tipo de intervención es el Community Reinforcement Approach (CRA) (Hunt & Azrin, 1973), este programa está dirigido a usuarios que presentan dependencia al alcohol o a drogas ilegales. Su objetivo es enseñar a las personas conductas o hábitos que puedan “competir” con el consumo de sustancias, en el sentido de que dichas conductas resulten más reforzantes para el individuo en comparación con el consumo. Este intervención se basa en el manejo de contingencias y es flexible a las necesidades de cada usuario, de tal forma que se aplican los componentes necesarios para cada caso y no necesariamente todos los componentes que marca el programa. Está integrado por ocho componentes:

- 1) Análisis funcional, el cual se refiere a la identificación de antecedentes y consecuentes de la conducta de consumo así como la descripción de esta en términos de cantidad y frecuencia.
- 2) Muestra de abstinencia, es una meta inicial de este programa, se les pide a los usuarios que se fijan una meta de abstinencia durante cierto periodo de tiempo- idealmente 90 días- para que en este periodo, el usuario tenga la oportunidad de aprender estrategias que le ayuden a rehusarse al consumo y sobre todo, que al desarrollar conductas que compitan con este pueda experimentar los efectos reforzantes de otras actividades diferentes del uso de alcohol o drogas.
- 3) Plan de tratamiento, en el que el usuario, junto con el terapeuta plantean las metas de la intervención basándose en la escala de satisfacción del usuario en 10 áreas de su vida.
- 4) Entrenamiento en habilidades conductuales, este entrenamiento se centra en tres tipos de habilidades que el usuario debe desarrollar durante el tratamiento: habilidades de solución de problemas, habilidades de comunicación y habilidades para rehusarse al consumo.
- 5) Estrategias para el empleo, se refiere al entrenamiento en habilidades que permitan al usuario a obtener y mantener un empleo, lo que constituye un factor protector para el consumo.
- 6) Actividades recreativas, da al usuario la oportunidad de experimentar actividades recreativas incompatibles con el consumo de sustancias pero que al mismo tiempo le resulten reforzantes.
- 7) Prevención de recaídas, implica la realización de un análisis funcional que permita al usuario identificar los precipitadores del consumo y generar estrategias que le ayuden a enfrentar de manera efectiva dichos precipitadores, evitando así que se presente una recaída.
- 8) Consejo Marital, permite al usuario que mejore la relación con su pareja cuando esto constituye un precipitador de consumo.

El CRA ha sido evaluado en varias ocasiones, la primera de ellas fue comparándolo con una intervención tradicional para la reducción del consumo de alcohol y se encontró que aquellos que recibieron el CRA tuvieron más días de abstinencia así como un mayor número de días en que se mantuvieron en alguna actividad laboral o recreativa (Hunt & Azrin, 1973). Posteriormente, en 1976, los mismos autores incluyeron el uso de Disulfiram como una herramienta que facilitaría el logro de la muestra de abstinencia, obteniendo como resultado de este estudio que los usuarios reportaban un mayor número de días en abstinencia así como

menos días en internamiento. Se han realizado diferentes evaluaciones del CRA por ejemplo comparándolo con programas de 12 pasos (Smith, Meyers & Delaney, 1998) y se han realizado adaptaciones para diferentes poblaciones como los familiares de los usuarios (CRAFT) (Meyers & Smith, 1997), o adolescentes que abusan de las sustancias (ACRA) (Godley et al 2001). Además el CRA ha sido adaptado y validado con población mexicana (Barragán, 2005), aunque los datos de dicha validación se abordarán en el próximo apartado.

Hasta aquí se han abordado brevemente algunas intervenciones de tipo cognitivo conductual que ha mostrado ser eficaces en el tratamiento de conductas adictivas, además estas intervenciones han sido adaptadas a población mexicana y han sido la base para el desarrollo de nuevos programas de intervención en México.

4.3 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN VALIDADOS EMPÍRICAMENTE EN MÉXICO.

Como se comentó anteriormente, en nuestro país se han desarrollado una serie de intervenciones cognitivo-conductuales que tienen como objetivo incidir sobre una serie de variables relacionadas con el consumo de sustancias: patrón de consumo, situaciones de consumo, nivel de autoeficacia, nivel de riesgo y consecuencias negativas (Echeverría, Ruiz, Salazar & Tiburcio, 2004, Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005, Oropeza, Loyola & Vazquez, 2004, Lira, 2009; Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala 2007).

El Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, Ruiz, Salazar & Tiburcio, 2004), es una programa que tiene como objetivo el logro de la abstinencia o la moderación¹ en bebedores que tienen diversas consecuencias negativas asociadas a su consumo y que presentan un nivel de dependencia de bajo a moderado. Este programa consta de una sesión de admisión que tiene como objetivo conocer la historia de consumo de alcohol del usuario así como su nivel de dependencia², para determinar si el usuario es candidato o no al programa; también incluye una sesión de evaluación en la que se miden las consecuencias negativas asociadas al consumo, las situaciones de consumo de alcohol, así como el nivel de auto-eficacia del usuario. Posteriormente, la fase de intervención tiene una duración de 4 sesiones (1 a la semana) en las cuales se revisan las ventajas y desventajas de hacer un cambio y se plantea una meta inicial de consumo, se identifican situaciones de riesgo para el

¹ No más de 4 copas por ocasión de consumo en el caso de los hombres y no más de dos copas en el caso de las mujeres, de acuerdo con la OMS.

² Puntaje para ingresar al programa: de 1 a 25 puntos en el BEDA.

consumo y se diseñan planes de acción para enfrentar dichas situaciones sin consumo, finalmente, de ser necesario se plantea una nueva meta de consumo que se habrá de procurar hasta los seguimientos, los cuales se realizan a uno, tres, seis y doce meses después de terminado el tratamiento.

A partir de este programa se desarrollaron una serie de programas preventivos como el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de sustancias (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005; Martínez, Salazar, Ruiz, Pedroza & Ayala, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008). Este programa fue evaluado con una muestra de 25 adolescentes consumidores de sustancias en la Ciudad de México, obteniéndose resultados favorables ya que éstos lograron disminuir su patrón de consumo, la cantidad de consecuencias negativas asociadas al consumo así como la cantidad de situaciones de consumo, además de que los adolescentes lograron incrementar su nivel de auto-eficacia para controlar su consumo ante situaciones de riesgo. En este programa se entrena a los usuarios en el uso de estrategias de autocontrol, y de prevención de recaídas; consta de 6 fases: a) detección de casos, b) admisión al programa, c) evaluación d) inducción al tratamiento e) intervención de cuatro sesiones y f) seguimientos, al mes, a los tres y seis meses después de concluido el tratamiento.

Además, a partir de este programa para adolescentes se desarrolló el Consejo Breve para Adolescentes (Martínez Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, 2008), el cual consta de una sola sesión, basada en estrategias motivacionales. Esta intervención fue validada con adolescentes urbanos y rurales del estado de Aguascalientes, mostrando resultados efectivos sobre la reducción del patrón de consumo de los adolescentes, la disminución del nivel de riesgo y consecuencias negativas asociadas así como un incremento en el nivel de auto-eficacia al compararlos con un grupo control.

Por otro lado también existe un programa que fue desarrollado específicamente para usuarios de cocaína, el Tratamiento Breve para Usuarios de cocaína (TBUC) (Oropeza, Loyola & Vazquez, 2004), es un programa que coincide con los dos anteriores en la estructura inicial de admisión y evaluación, sin embargo éste consta de 8 sesiones de tratamiento durante las cuales se manejan los siguientes tópicos: 1) balance decisional y meta de cambio, 2) manejo del consumo de cocaína, 3) identificación y manejo de pensamientos sobre el consumo de cocaína, 4) identificación y manejo del deseo del consumo de cocaína, 5) Habilidades asertivas de rechazo, 6) Decisiones aparentemente irrelevantes, 7) Solución de problemas y 8) Reestablecimiento de metas y planes de acción, posterior a las sesiones de intervención se llevan a cabo seguimientos en los mismos periodos que en el caso del Programa de

Intervención Breve para Adolescentes (Martínez, et al.) para evaluar el cumplimiento de la meta durante el tiempo posterior al tratamiento. Cabe señalar que el caso de este programa, dado el tipo de sustancia que se maneja, la meta final es el logro de la abstinencia.

Finalmente, también existe un programa de este mismo corte cognitivo-conductual, que está dirigido a usuarios crónicos de sustancias, el Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005; Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005; Barragán, Flores, Medina-Mora & Reidl, 2007), es la adaptación a población mexicana del Community Reinforcement Approach (Hunt & Azrin, 1973). Inicialmente Barragán y colaboradores (2005) instrumentaron y pilotearon la adaptación con 9 usuarios que acudieron a un Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM, los requisitos para participar en el programa fueron: ser mayor de 18 años, presentar dependencia severa al alcohol u otras drogas, haber recibido tratamientos previos y pérdidas asociadas al consumo en diferentes áreas de su vida. En este estudio se realizó mediante un diseño de caso único con réplicas, la aplicación de los siguientes componentes: análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, comunicación, solución de problemas, habilidades para rehusarse al consumo, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades recreativas y sociales y prevención de recaídas. Cabe mencionar que el componente de autocontrol emocional se añadió al modelo y en los de comunicación y rehusarse al consumo se les añadieron técnicas indispensables para lograr contar con nuevos contactos sociales, disponer de contactos sociales de apoyo y lograr no consumir ante ofrecimientos respectivamente, así mismo se evaluaron las variables predictoras de la abstinencia identificando como predictoras las de auto-eficacia, precipitadores, rehusarse al consumo y satisfacción cotidiana (Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007). Dichos componentes fueron trabajados de manera flexible, acorde con las necesidades de cada usuario, y la intervención tuvo una duración de entre 15 y 24 sesiones. Como resultado de este piloteo se obtuvo que los usuarios que participaron en el programa incrementaron su satisfacción cotidiana al realizar conductas incompatibles con la conducta de consumo, redujeron en forma significativa el patrón de consumo así mismo, y se determinó incluir un componente de entrenamiento en autocontrol emocional. Posteriormente, el modelo fue aplicado con las modificaciones, en una muestra de 20 usuarios, obteniendo como resultado una reducción significativa en el patrón de consumo, en las situaciones que les precipitaron consumo, en los niveles de ansiedad y de depresión e incrementaron la autoeficacia, el dominio en su habilidad para rehusar consumo, usar estrategias de comunicación, de solución de problemas y su satisfacción respecto a su funcionamiento en diferentes áreas de su vida

cotidiana; dichos cambios se mantuvieron hasta el seguimiento a seis meses mostrando así, la efectividad de esta intervención con población de usuarios crónicos (Barragán, 2005).

El de Prevención de Recaídas que es de 12 sesiones para usuarios quienes tienen dependencia sustancial y severa a drogas o media y severa al alcohol, que han tenido solamente un tratamiento previo o ninguno, tienen disposición al cambio y tienen habilidades de autocontrol para alcanzar períodos de abstinencia mayores a 1 mes. Incluye admisión, evaluación, análisis funcional, efectos del consumo de la sustancia, muestra de abstinencia y la reestructuración cognitiva y elaboración de planes de acción para cada una de las 8 áreas de precipitadores propuestos por Marlatt & Gordon: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, necesidad física y tentación por consumir, probar autocontrol personal sobre la sustancia, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros. Este modelo disminuyó significativamente la cantidad de consumo favoreciendo la abstinencia de los participantes, disminuyó sus eventos precipitadores e incrementó su autoeficacia y satisfacción cotidiana. (Barragán, Flores, Ramírez & Ramírez, 2008; Barragán, Flores, Medina-Mora & Ayala, 2007).

Como se puede observar, las intervenciones basadas en la Teoría del Aprendizaje Social y que han sido validadas empíricamente resultan efectivas en el tratamiento preventivo y correctivo de las conductas adictivas, su eficacia se ha evaluado principalmente con base en variables relacionadas con el consumo de los usuarios, por lo que resulta importante incluir en los resultados de evaluación, datos relacionados con las características e implementación de los programas, es por ello que en el siguiente apartado se hace una propuesta sobre la evaluación de la integridad en la aplicación del Programa para adolescentes, y finalmente se hará una réplica de este mismo programa en la formulación de algunos casos atendidos durante la maestría.

INVESTIGACIÓN APLICADA

**“EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL
TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN BREVE PARA
ADOLESCENTES QUE INICIAN EL
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS
DROGAS”**

“EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS”

1. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de sustancias.

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala 2005), está basado en un modelo conductual y tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social, además para su aplicación incorpora como estrategia la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991). El programa tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través del entrenamiento del adolescente en habilidades de autorregulación para controlar el consumo de drogas y mantener el cambio de su conducta. Este programa va dirigido a adolescentes de entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna sustancia y reportan problemas relacionados con su consumo pero que no presentan dependencia a la sustancia. El programa se lleva a cabo en seis etapas: 1) *detección de casos*, 2) *admisión*, 3) *evaluación* del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo, 4) *inducción al tratamiento*, en donde se promueve la motivación al cambio en el adolescente y que este tome la decisión de ingresar al programa 5) *tratamiento*, el cual consta de cuatro sesiones de forma individual con una duración de 60 a 90 minutos y 6) Seguimiento donde se evalúa el cambio de patrón de consumo así como el mantenimiento de este.

Como se comentó anteriormente, la fase de tratamiento consta de cuatro sesiones: en la primera sesión, el adolescente elabora un *balance decisional* sobre las ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo, y establece metas de reducción de consumo. Durante la segunda sesión, el adolescente *identifica sus principales situaciones* de consumo y elabora *planes de acción* para enfrentar esas situaciones. Posteriormente, en la tercera sesión, el adolescente analiza el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo. En la cuarta sesión, el adolescente revisa avances en cuanto a la reducción de su consumo y las estrategias para mantener el cambio. Finalmente, se lleva a cabo el seguimiento donde se evalúa el mantenimiento del cambio (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala 2005) así como las estrategias usadas para el logro de este o bien las dificultades que tuvo en ello.

Este programa fue validado con estudiantes de la Ciudad de México consumidores de alcohol y drogas que no presentaban dependencia a las sustancias, y se evaluó su impacto sobre el patrón de consumo (cantidad y frecuencia), y en variables de tipo psicosocial como: situaciones de consumo, consecuencias negativas, nivel de auto-eficacia. Se obtuvieron como resultados la disminución en el patrón de consumo de los adolescentes, en las consecuencias negativas asociadas y las situaciones de consumo, y un incremento en el nivel de auto-eficacia de los adolescentes que participaron en el programa (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008).

Posteriormente, este programa fue adaptado para adolescentes pertenecientes a comunidades rurales y se evaluó su efectividad comparándolo con una intervención de una sola sesión (Salazar, 2008). Cabe mencionar que como resultado de la adaptación del programa original de cuatro sesiones (Martínez, 2003), la sesión de *situaciones de consumo y planes de acción*, se dividió en dos, así cada uno de los temas se revisa en una sesión distinta, de tal forma que el programa quedó conformado por cinco sesiones de intervención. En esta evaluación (Salazar, 2008), los adolescentes participantes fueron aleatorizados a las diferentes condiciones de tratamiento, sin embargo a pesar de ello no había diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a variables como la edad o el patrón de consumo. Como resultado se obtuvo la disminución del patrón de consumo de los adolescentes, sin embargo en el caso del programa de cinco sesiones, el consumo continuaba disminuyendo durante el seguimiento, a diferencia de la sesión de consejo breve, en donde la cantidad de consumo, después de disminuir se mantenía estable en el seguimiento a 6 meses. En cuanto a las variables psicosociales, no se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones.

En este sentido, al momento de realizar la evaluación de un programa, se consideran diferentes aspectos tales como: efectividad a lo largo de una serie de ensayos clínicos aleatorios, la costeabilidad de la intervención, el mantenimiento del cambio a largo plazo (Goodman, 2000); o bien se contrastan los resultados de un programa con respecto a otro (Orwin, 2000), sin embargo estos aspectos son con frecuencia evaluados con respecto a características de consumo (cantidad y frecuencia) y variables psicosociales (auto-eficacia, situaciones de consumo, consecuencias negativas asociadas) que presentan los usuarios, y de hecho en muchas ocasiones estas mismas variables son relacionadas con la adherencia de los usuarios al tratamiento o con los resultados de éste, dejando de lado, características del terapeuta que son necesarias para la implementación de un tipo de tratamiento (Kolden, Howard, Bankoff, Maling & Martinovich en Onken, Blaine & Boren, 1997; NIAAA, 2005), y

olvidando que aún la adherencia terapéutica es un aspecto a considerar dentro del proceso de evaluación de un programa de intervención.

1. Integridad del tratamiento.

La *integridad del tratamiento*, también llamada *fidelidad del tratamiento* es definida como el grado en el que un terapeuta se adhiere al protocolo original de un programa en su aplicación, es decir, se refiere al grado en que un programa es implementado tal y como este fue planeado (Greshman, 1989; Truscott, Richardson, Cohen, Frank & Palmeri, 2003; Orwin, 2000; Vermileya, Barlow & O'Brien, 1984 en Pérez, 2002; Barber, Triffleman y Marmar, 2007) teniendo en cuenta las habilidades del terapeuta, es decir, en la integridad se evalúan tanto la adherencia del terapeuta al programa como sus habilidades. Además un elemento que facilita la evaluación de la integridad de un programa es la susceptibilidad de éste de ser operacionalizado claramente en sus componentes y las estrategias que lo componen (Orwin, 2000, Hagermoser y Kratochwill, 2008).

Por otro lado, también se ha encontrado que es importante la adherencia terapéutica, y esta se define como una participación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento con el fin de producir un resultado terapéutico deseado; esta adherencia depende no solo de la conducta del paciente, sino también de las acciones efectuadas por el terapeuta, como la claridad de las indicaciones, el uso adecuado de los recursos de comunicación y el tiempo dedicado a las intervenciones (Libertad, 2004).

Mattson, Del Boca, Carroll, Cooney, DiClemente, Donovan, Kadden, McRee, Rice, Rycharik, & Zweben (1998), definieron la adherencia terapéutica como la asistencia de los usuarios a un número determinado de sesiones o bien a la terminación del tratamiento, sin embargo, Orwin (2000) distingue el término *asistencia* del de *participación*, mencionando que la participación se refiere a todo aquello que el usuario realiza como parte de su tratamiento para lograr el cambio conductual y no solo la mera asistencia, y menciona que tanto la asistencia como la participación son aspectos a considerar al momento de evaluar la integridad del tratamiento; este autor también señala que en el caso de los tratamientos de tipo cognitivo-conductual, un terapeuta que se adhiere al protocolo original de una intervención logrará la asistencia y participación de sus usuarios además del cambio de conducta.

Sin embargo, la asistencia y participación de los usuarios no constituyen los únicos elementos para la evaluación de la integridad de la intervención, sino que existen otros indicadores que nos permiten dicha evaluación. Greshman (1989) propone como indicador para la evaluación de la integridad, el porcentaje de componentes que son aplicados tal y como fueron planeados en el protocolo original.

Barber, Triffleman & Marmar (2007) consideran como elementos importantes de la integridad a los tratamientos tanto la adherencia al protocolo original como la competencia. Con respecto a la adherencia estos autores afirman que hay tres tipos de conductas que definen la adherencia: a) conductas prescritas, es decir, aquellas conductas que están especificadas en el manual para que el terapeuta las lleve a cabo; b) conductas proscritas, que son aquellas que no están especificadas en el manual y que se consideran un violación al protocolo; y c) conductas inespecíficas, como todas aquellas comunes a la práctica clínica como por ejemplo la realización de rapport. Sobre la competencia, los autores la definen como las habilidades con las que cuenta el terapeuta para la aplicación del programa y para interactuar con el usuario. Sin embargo una limitación sobre la definición de competencia es que no se especifican aquellas habilidades que favorecen una adecuada aplicación del programa o una buena interacción usuario-terapeuta, lo que dificulta la distinción entre conductas relacionadas con la adherencia al protocolo y aquellas relacionadas con la competencia, además es probable que en un manual se consideren aquellas conductas que favorecen las interacciones positivas, por lo que al realizarlas un terapeuta estaría realizando conductas prescritas relacionadas con la adherencia y no con la competencia.

Por su parte Dane & Schneider (en Hagermoser & Kratochwill, 2008), realizan una conceptualización multidimensional acerca de la integridad del tratamiento y proponen como indicadores para su evaluación los siguientes elementos:

a) *Adherencia*, definiéndola como el número de sesiones que el terapeuta ejecuta como fueron propuestas en el protocolo original.

b) *Exposición*, en donde se engloban aspectos como el número de sesiones implementadas, la duración de éstas y la frecuencia con que las técnicas o estrategias necesarias para la intervención son realizadas por el terapeuta.

c) *Calidad de la implementación*, la cual se refiere al entusiasmo y preparación del terapeuta.

d) *Receptividad*, aspecto que tiene que ver con el grado de compromiso hacia el programa por parte de los participantes.

e) Diferenciación del programa, el cual se refiere al control de la manipulación de la intervención al momento de la difusión de esta.

En la aplicación de programas de intervención clínica, resulta importante que el terapeuta tenga los conocimientos teóricos y las habilidades necesarias para llevarlos a la práctica ya que esto permitirá que los programas sean efectivos, además es necesario desarrollar estrategias que permitan retroalimentar el trabajo realizado por los terapeutas con

respecto a sus habilidades terapéuticas, así como respecto a la integridad con la que aplica el programa, esta retroalimentación tiene como objetivo mejorar la calidad de la intervención y asegurar su efectividad a largo plazo (Orwin, 2000; Baetman, 2005).

2.1 Estrategias para evaluar la integridad del tratamiento

Existen diferentes estrategias que permiten evaluar la integridad del tratamiento, tales como: registros de observación directa de los terapeutas en una situación real o bien durante juegos de roles (Miller, 2001; Forsberg, Källmén, Hermansson, Berman & Helgason, 2007; Hagermoser & Kratochwill, 2008) a través de audio-grabaciones y video grabaciones (Orwin, 2000), auto-reportes y productos permanentes (Wilkinson, 2007). Además en algunos casos, los manuales de tratamiento, incluyen entre sus materiales aquellos que permiten evaluar la integridad de dichos tratamientos (Hagermoser & Kratochwill, 2008).

De entre estos métodos, el método usado con mayor frecuencia es el registro de observación directa, lo que implica una definición operacional de la intervención en sus componentes, estrategias y número de sesiones, para así, estar en posibilidades de estimar el porcentajes de componentes que se aplican y el nivel de dominio de cada uno de ellos, así como las estrategias usadas con mayor frecuencia (Lane, Bocian, MacMillan & Greshman, 2004 en Hagermoser & Kratochwill, 2008).

En el caso de los auto-reportes, son listas checables en las que sesión a sesión el terapeuta va registrando la realización de conductas y la aplicación de los componentes de la intervención, sin embargo en ocasiones esta puede ser una estrategia poco confiable (Wilkinson, 2007)

Con respecto a los métodos de productos permanentes, este tipo de estrategias son útiles ya que facilitan identificar la integridad del tratamiento sin ser intrusivas como en el caso de la observación, sin embargo en este caso, la integridad se evalúa en términos de los resultados de cada una de las sesiones, por lo que se deja de lado el grado de dominio de las habilidades terapéuticas, y se corre el riesgo de que se adjudiquen resultados a una intervención que no fue aplicada con integridad (Shadish, Cook & Campbell, 2002 en Hagermoser y Kratochwill, 2008).

Todas las estrategias anteriores permiten evaluar la integridad con la que se aplican los programas de intervención y los datos de dicha evaluación son de relevancia al momento de abordar las variables implicadas en la eficacia de las intervenciones (Wilkinson, 2007; Hagermoser y Kratochwill, 2008).

2.2 La integridad del Tratamiento como indicador de evaluación de la efectividad de los programas de intervención en adicciones.

La evaluación de la integridad del tratamiento es un elemento de utilidad para entender los resultados de los ensayos clínicos (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993) ya que con frecuencia los resultados negativos de las intervenciones se adjudican a las características de los usuarios o a las de la intervención dejando de lado la implementación de esta. De esta forma existen dos posibilidades referentes a los tratamientos las cuales pueden explicar estos resultados negativos: por un lado la posibilidad de que la intervención no esté bien diseñada y que por ello los resultados no sean favorables, por otro lado existe la posibilidad de que aunque la intervención este correctamente diseñada y arroje resultados positivos en sus evaluaciones iniciales esta no sea aplicada de acuerdo con el protocolo original en aplicaciones posteriores, arrojando resultados negativos contrarios a los esperados (Greshman, 1989; Barber, Foltz, Crits-Christoph & Chittams, 2004)

Nezu & Nezu (2005) publicaron una serie de comentarios sobre la integridad al tratamiento en programas de medicina conductual, y coincide con la definición de Barber, Triffleman & Marmar (2007) basada en la adherencia al protocolo y las competencias del terapeuta, sin embargo, los primeros definen la adherencia al hecho de que el terapeuta realice los procedimientos terapéuticos indicados en el manual, mientras que la competencia la definen como la eficiencia con la que los terapeutas se dirigen durante las sesiones. Además, estos autores a diferencia de la mayoría de los que dan una definición de integridad al tratamiento en la cual tiene un peso preponderante el adherirse al protocolo, resaltan la importancia de la competencia de los terapeutas y mencionan que no es lo mismo un terapeuta que un programa terapéutico argumentando que a pesar de que el terapeuta aplique de manera íntegra un programa no es el programa en sí mismo el que garantiza resultados positivos en el tratamiento sino la competencia de los terapeutas para aplicarlo. Por tanto, los autores sugieren que se desarrollen manuales específicos sobre las intervenciones y tener una supervisión constante de los terapeutas entrenados con el fin de asegurar la competencia en los terapeutas, pues si bien el adherirse a un protocolo es indispensable, el grado de adherencia no permite identificar las diferencias en cuanto a la competencia que cada uno de los terapeutas tiene. Dado lo propuesto por estos autores es importante que al momento de evaluar la integridad de una intervención se consideren no solo la aplicación o no de elementos de la intervención sino el estilo o competencia con la que los elementos son aplicados y garantizar que los terapeutas entrenados lo hagan en el mismo nivel.

Se han realizado una serie de estudios en los que se enfatiza la importancia de evaluar la integridad del tratamiento entre los terapeutas que aplican las intervenciones con el fin de incrementar la confiabilidad de intervenciones en el área de las adicciones.

Por ejemplo Miller & Rollnick (1991) definen el estilo terapéutico como el uso de conductas empáticas, evitando enjuiciamiento, la práctica de la escucha reflexiva y la promoción de la discrepancia cognitiva entre sus usuarios evitando discusiones con ellos. Estos autores proponen que aquellos terapeutas que hagan uso adecuado de este tipo de habilidades tendrán mejores resultados en el tratamiento.

Nicolai, Demmel & Hagen (2007), realizaron una escala para evaluar la comunicación empática con personal médico que atendía usuarios de alcohol, este tipo de personal carece de esta habilidad lo que disminuye la calidad del servicio que se da a los pacientes, cabe mencionar que además los médicos recibieron entrenamiento sobre comunicación empática la cual fue evaluada mediante la escala, se encontró como resultado que aquellos médicos que mostraron menores niveles de empatía tendían a ser confrontativos en su práctica, sin embargo los autores no mencionan la implicación de usar un estilo ya sea confrontativo o empático, sobre la efectividad de su intervención.

Barnett, Monti & Wood (2001), aplicaron una sesión de tipo motivacional con adolescentes que llegaban a salas de emergencias en Estados Unidos por haber tenido algún accidente a consecuencia de su consumo de alcohol, y evaluaron la fidelidad al tratamiento mediante una escala de 4 puntos, la cual era contestada por los adolescentes, y en la que los ítems se referían a los aspectos que los adolescentes notaron que sus terapeutas presentaron en la sesión, obteniéndose que de manera global los terapeutas realizaban durante un 88% del tiempo los componentes de la sesión. Sin embargo una de las limitaciones del estudio es el hecho de que las escalas fueran contestadas por los propios usuarios ya que los informes pueden sesgarse, primero, por la participación del terapeuta en la aplicación, y segundo, debido a que los usuarios no fueron entrenados para realizar observaciones de ese tipo, lo cual implica algunas limitaciones como las derivadas de auto-reportes de terapeutas.

En otro estudio, Diamond, Godley, Liddle, Sampl, Webb, Tims & Meyers (2002), realizaron una descripción de cinco modelos de tratamiento para adolescentes usuarios de marihuana, mencionando aspectos como su fundamento teórico, las metas de cada uno de los programas, su estructura y las consideraciones que se tuvieron en caso de que hubieran sido programas para adultos adaptados a población adolescente. Estos autores concluyen que la efectividad de los programas que describen, radica en que se consideran una serie de aspectos como la asignación aleatoria de los sujetos dentro de las evaluaciones de los programas, así

como el uso de manuales de tratamiento para el entrenamiento de terapeutas y la supervisión constante de ellos, lo que favorece una mayor adherencia al protocolo de la intervención.

Por otro lado, el evaluar la integridad con la que un programa es aplicado, tiene implicaciones no solo a nivel de la validación de un programa determinado, sino que además tiene implicaciones para la diseminación, especialmente de aquellos programas que han sido validados empíricamente (Barlow, 1996).

En este sentido diversos programas incluyen la supervisión de la integridad del tratamiento como parte del entrenamiento de sus terapeutas.

Específicamente en el caso del Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995) evaluado en población mexicana, se desarrolló una estrategia para la evaluación de aquellos elementos de la interacción usuario-terapeuta que permitían explicar la resistencia al cambio por parte del usuario, para esto se procedió con la adaptación del Código del Proceso Terapéutico (Chamberlin, Patterson, Reid, Kavanagh & Forgatch, 1994 en Pérez, 2002) al programa de Bebedores Problema. Como resultado se obtuvo una gama de conductas que propiciaban la resistencia de los usuarios, como el tener conductas confrontativas; y por otro lado se observó que aquellos usuarios atendidos por terapeutas con experiencia y que mostraban conductas de enseñanza hacia ellos mostraban menores niveles de resistencia al cambio. Cabe mencionar que durante las observaciones de los terapeutas se buscó el acuerdo entre jueces, para la integridad del tratamiento, dicho acuerdo debía ser mayor al 80%.

En el caso del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de sustancias (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala 2004), se realizó un estudio preliminar sobre el desarrollo de una estrategia de supervisión de terapeutas, para lo cual se realizó una primer versión de listas de cotejo, estas fueron sometidas a jueces y fueron aplicadas en la observación directa de terapeutas, durante juegos de roles así como en audio-grabaciones (Nuñez, Frías, Jiménez, Reyes, Vacio & Martínez, 2006). Cabe mencionar que las evaluaciones se realizaron con seis terapeutas que aplican el programa en la ciudad de Aguascalientes sin embargo las listas de cotejo empleadas fueron jueceadas por terapeutas de la ciudad de México que aplican el programa, así como por terapeutas de la ciudad en la que se realizó el estudio, sin embargo en este no se reportan datos sobre la validación de las listas. Como se mencionó anteriormente los terapeutas fueron evaluados en tres condiciones: observación in situ, video-grabación de juego de roles y audio-grabación, por lo que se comparó el porcentaje de acuerdo entre jueces sobre la integridad del tratamiento en cada una de las modalidades. Además, con respecto a la integridad del tratamiento se evaluó el uso de

estrategias terapéuticas básicas, entendidas estas como aquellas estrategias comunes en la práctica clínica, y de estrategias específicas (propias de la intervención como las relacionadas con la entrevista motivacional) para cada uno de los componentes; este aspecto constituye un intento por operacionalizar el término “integridad del tratamiento”, pues autores como Waltz, Adis Koerner & Jacobson (1993) mencionan que hay estrategias generales y específicas de cada componente y que estos deben ser considerados en el momento de evaluar la integridad del tratamiento. Sin embargo otra de las limitaciones de este estudio es que la integridad únicamente fue medida en términos de la realización de los procedimientos planteados en el protocolo, dejando de lado la evaluación del estilo terapéutico, el cual resulta relevante dado que un elemento primordial para la aplicación del programa es el uso de la Entrevista Motivacional.

Es por ello que el objetivo del presente estudio es evaluar la integridad con que los terapeutas de Programa para Adolescentes que Inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala 2004) considerando la correcta aplicación de los componentes del programa así como las habilidades motivacionales, esto mediante la observación directa de los terapeutas en su aplicación del programa con usuarios reales

Objetivo general.

Evaluar la integridad con la que es aplicado el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala 2004) a través de la observación de los terapeutas, haciendo uso de listas de cotejo y del Código de observación de terapeutas.

Objetivos específicos.

- Diseñar un código de observación para terapeutas del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- Modificar las listas de cotejo de las sesiones del PIBA de acuerdo con las características del programa de cinco sesiones.
- Evaluar el grado en que los terapeutas se adhieren a los componentes de las sesiones del PIBA
- Evaluar en los terapeutas el uso de habilidades de tipo motivacional durante las sesiones: admisión, evaluación, inducción, y las cinco sesiones de tratamiento

- Identificar si el nivel de integridad al tratamiento varía de acuerdo con la experiencia de los terapeutas en la aplicación del programa.

MÉTODO.

Participantes.

Dos diadas conformadas por usuarios y terapeutas del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Los terapeutas eran del sexo femenino, una de ellas con experiencia de cinco años en la aplicación del programa y la otra terapeuta con un año de experiencia. Los usuarios tenían 15 y 16 años cada uno. El usuario menor fue atendido por el terapeuta experto y presentaba un consumo promedio de cinco copas por ocasión de consumo y puntuó afirmativamente a 10 ítems del POSIT; por su parte el usuario mayor, quien fue atendido por el terapeuta inexperto reportó un consumo promedio de cuatro tragos por ocasión y puntuó afirmativo en cinco ítems del POSIT. De acuerdo con el número de copas consumidas por ocasión, ambos usuarios se ubicaron en un nivel de riesgo moderado.

Escenario.

Escuelas preparatorias del Estado de Aguascalientes.

Variables:

- Adherencia al protocolo, se refiere a la aplicación de los elementos de la sesión, de acuerdo a como están propuestos en el manual para el terapeuta; implica la realización de todos los ejercicios de cada sesión de acuerdo a como fueron planteados en el protocolo, además del respeto a los tiempos planteados con respecto a la duración de cada sesión y al número de sesiones en las que el programa es impartido.
- Habilidades motivacionales del terapeuta. Es parte de la integridad del tratamiento y se considera el uso de estrategias planteadas en la Entrevista Motivacional como la empatía, la escucha reflexiva, fomentar la auto-eficacia, dar retroalimentación, evitar confrontación y discusiones.
- Experiencia. Se refiere al periodo de tiempo durante el cual cada uno de los terapeutas ha aplicado el PIBA.
- Efectividad. Se refiere a la disminución del patrón de consumo, del riesgo y de los problemas asociados al consumo de sustancias, además del incremento en el nivel de auto-eficacia de los adolescentes como resultado de su participación en el programa.

Instrumentos.

- *Listas de cotejo.* (Jiménez, García & Murillo, 2007). Son una serie de listas, en las que se incluyen aspectos relacionados con la aplicación de los componentes de cada sesión, por ejemplo a) sesión de admisión: aplicación de entrevista semi-estructurada; b) evaluación: aplicación de entrevista inicial y de instrumentos de evaluación de cada una de las variables¹; c) inducción: retroalimentación de resultados, explicación de consecuencias, planteamiento de meta de consumo; d) sesión 1, Balance Decisional: revisión de auto-registro², realización de balance decisional; e) sesión 2, Situaciones de consumo y planes de acción: identificar las situaciones de riesgo para el consumo, generación de al menos dos planes de acción para cada situación de consumo, elección de plan de acción a poner en práctica; f) sesión 3, Metas de vida: identificar las metas a corto y largo plazo así como los medios para el logro de estas; g) sesión 4, Reestablecimiento de metas: revisar los avances durante la intervención, en caso de ser necesario plantear una nueva meta para los siguientes meses. La validación de las listas se realizó por jueceo obteniéndose un 100 de acuerdo. (Ver Anexo 1)

- *Código de observación de la interacción usuario-terapeuta.* (Jiménez & Reyes, 2009) Consiste en una lista de 16 conductas tanto del terapeuta como del usuario, las cuales están divididas en cuatro categorías: conductas motivacionales del terapeuta, conductas no motivacionales, conductas participativas y no participativas del usuario. (Ver anexo 1)

Las conductas que se incluyen en el código de observación son: conducta empática, escucha reflexiva, retroalimentar, fomenta la auto-eficacia, humor, contacto visual, confrontar, etiquetar, discutir, ordenar, ignorar al otro, logro, respuesta amplia, otras conductas. Dichas conductas fueron definidas con base en los principios de la entrevista motivacional y de acuerdo con las observaciones de los videos de interacción usuario-terapeuta.

Procedimiento.

Se contó con dos terapeutas que aplicaron el PIBA en preparatorias de Aguascalientes, tres de ellos tenían por lo menos un año de experiencia y los otros tres contaban con menos de un año de experiencia en la aplicación del tratamiento. Los tres terapeutas con experiencia fueron entrenados durante un semestre a través del manual para terapeutas del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005), y además se usaron estrategias como el

¹ Inventario de situaciones de consumo, Cuestionario Breve de confianza situacional, LIBARE, POSIT.

² Esta revisión se hace en todas las sesiones de tratamiento.

modelamiento de cada una de las sesiones y posteriormente se realizaron juegos de roles con los terapeutas en entrenamiento y se retroalimentó su ejecución; además los terapeutas revisaron lecturas adicionales sobre epidemiología, la Teoría del Aprendizaje Social, intervenciones breves, prevención de recaídas, auto-control y la Entrevista Motivacional, estas lecturas fueron discutidas en sesión con los entrenadores del programa. En el caso de los terapeutas con experiencia menor a un año, el entrenamiento tuvo los mismos componentes, con la variación de que dicho entrenamiento tuvo una duración de 2 meses. Todo lo anterior permitió hacer comparaciones sobre la integridad del tratamiento dependiendo de la experiencia en la aplicación y el entrenamiento.

El estudio se llevó a cabo en dos fases: la primera de ellas consistió en la elaboración de las listas de cotejo, y la adaptación del Código del Proceso Terapéutico; en la segunda, se realizó la aplicación de dichos instrumentos para la evaluación de la integridad al tratamiento con la que los terapeutas aplican el programa.

A continuación se describe cada una de las fases:

Fase 1. Adaptación de instrumentos.

Primero, las listas de cotejo, fueron elaboradas con base en el manual de Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras Drogas. Se propuso que cada lista estuviera dividida en dos apartados, uno de ellos con los elementos referentes a la preparación del escenario y los materiales antes de la sesión, y el segundo con las conductas del terapeuta de tipo motivacional para la aplicación del programa, así como la realización de actividades propias de cada sesión. Estas listas tenían tres opciones de calificación para los terapeutas: 1) no lo domina, para el caso en que el terapeuta presentara ninguna de las conductas solicitadas para cada completar cada una de las actividades; 2) en proceso, si el terapeuta realizaba solo algunas de las conductas para cada actividad y 3) lo domina, si el terapeuta realizaba todas las conductas necesarias para cada actividad. Además las listas cuentan con espacios para observaciones, los cuales debían ser llenados en caso de que los observadores, registraran “no lo domina” o “en proceso”, esto es importante ya que facilita la retroalimentación a los terapeutas con respecto a su desempeño en la aplicación del programa. Se realizarán observaciones con dos terapeutas con respecto a la aplicación de cada una de las sesiones del programa, realizando un registro de observación anecdótico.

Posterior a la elaboración de las listas, estas fueron sometidas a jueceo, con cinco terapeutas, quienes tenían al menos un año de experiencia en la aplicación del programa. Los jueces valoraron aspectos como: la redacción de los ítems, la secuencia que seguían las listas,

el contenido, y la escala de evaluación. Finalmente se realizaron los cambios con respecto a redacción y modificaciones recientes de las sesiones de acuerdo con los resultados del jueceo.

Después de la elaboración de las listas de cotejo se les pidió a los terapeutas participantes que grabaran sus sesiones con los usuarios (previo consentimiento informado de estos) y se realizaron registros de observación anecdóticos, posteriormente se formaron las categorías que constituirían el código del Proceso terapéutico con base en dichas observaciones y en la entrevista motivacional; se obtuvo la confiabilidad Inter-jueces del instrumento; para ello se pidió a dos terapeutas con al menos un año de experiencia en la aplicación del programa, que observaran a la ejecución de un mismo participante.

Fase 2. Observación y registro de conductas de los terapeutas, durante la aplicación de las sesiones del programa.

Durante esta fase se realizaron las observaciones sobre las grabaciones de las sesiones de los terapeutas. Para ello se les asignó a los terapeutas una cámara de video y DVD o casetes para que realizaran las grabaciones. Se le pidió a cada uno de los terapeutas que grabaran todas las sesiones que realizaran con un caso, previo consentimiento por parte del adolescente, comenzando desde la admisión.

En caso de que alguno de los adolescentes desertara en las últimas sesiones (considerando la deserción como la inasistencia del usuario en 3 ocasiones), se le pidió al terapeuta que videograbara la sesión faltante con otro caso que estuviera atendiendo, para así poder evaluar a un mismo terapeuta durante todas las sesiones del programa.

Posteriormente se capacitó a dos terapeutas con experiencia de al menos un año en la aplicación del programa, para que hicieran uso de los registros de observación. Así estos terapeutas se encargaron de realizar las observaciones de cada uno de los videos haciendo uso tanto de las Listas de Cotejo como del Código de Observación del Proceso terapéutico, explicándoles que las listas de cotejo les servirían para evaluar la aplicación de los componentes del programa, mientras que el Código de Observación era para observar aspectos relacionados habilidades motivacionales en el terapeuta. Después de realizadas las observaciones se obtuvo el acuerdo entre jueces sobre la ejecución de los terapeutas participantes en el estudio.

Cabe mencionar que, posterior a la observación de las sesiones los terapeutas recibieron retroalimentación sobre la forma en que aplicaron el programa, dicha retroalimentación destacó tanto las fortalezas como las debilidades del terapeuta durante la aplicación del programa.

RESULTADOS.

Adherencia al protocolo.

Para la evaluación de esta variable, dos terapeutas entrenados en el uso de las listas de cotejo, observaron los videos de las sesiones de dos terapeutas del PIBA, los cuales han sido descritos anteriormente. Las sesiones observadas fueron: admisión, evaluación, inducción y las cinco sesiones de tratamiento.

Se obtuvo un 100% de acuerdo entre observadores durante las observaciones de las sesiones, obteniéndose los siguientes resultados de adherencia al protocolo:

Para la sesión de admisión el terapeuta con mayor experiencia (terapeuta 1) mostró un 100% de adherencia a los componentes de la sesión que consistía en la revisión de respuestas afirmativas en el POSIT, así como en la aplicación de la LIBARE y el CIDI, mientras que en el caso de del terapeuta con menor experiencia (terapeuta 2), este mostró un 85% de integridad al tratamiento dado que no se explica el objetivo de aplicar la LIBARE.

En la sesión de evaluación ambos terapeutas mostraron un 100% de adherencia a los componentes, en tanto que esta sesión consistió en la aplicación de instrumentos como: entrevista inicial, Adolescent Coping Scale (ACS) y el cuestionario Breve de Confianza Situacional. Este mismo nivel de adherencia se reportó en las sesiones de *Balance Decisional*, *Situaciones de Consumo*, *Planes de Acción* y *Restablecimiento de meta*. Mientras que en la sesión de *Inducción* el terapeuta 1 mostró menor nivel de integridad (95%) que el terapeuta 2, quien mostró 100% de adherencia en esta sesión, esto debido a que el terapeuta 1 omitió la explicación del proceso de adicción. Finalmente, en el caso de la sesión de *Metas de Vida* el terapeuta 2 mostró un menor nivel de adherencia (95%) que el terapeuta 1, dado que no realiza el resumen de la sesión previa para así dar paso al objetivo de esta sesión.

Habilidades de tipo motivacional.

Se observaron las habilidades de tipo motivacional en los terapeutas, con el uso del Código de observación de la interacción usuario-terapeuta, durante las sesiones de admisión e inducción.

Para el código se obtuvo una confiabilidad entre observadores de .85 con base en el Kappa de Cohen.

En lo que respecta a la sesión de admisión, el terapeuta de menor experiencia presentó con mayor frecuencia las conductas: *Otras* y *preguntar*. Es decir que la mayoría del tiempo de esta sesión el terapeuta estuvo explicando o dando información al adolescente, además de hacer

preguntas relacionadas con su consumo o bien durante la aplicación de instrumentos. Las habilidades de tipo motivacional se presentaron menor número de veces que las conductas ya mencionadas. Por su parte, el terapeuta con mayor experiencia presentó con mayor frecuencia las conductas de *escucha reflexiva* y *la retroalimentación*. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Muestra el porcentaje de veces que el terapeuta realizó alguna conducta durante la sesión de admisión.

CONDUCTA	TERAPEUTA 1	TERAPEUTA 2
Empatía	2.1%	1.8%
Escucha reflexiva	58.1	.4
Retroalimentar	32.9	1.8
Fomentar auto-eficacia	.3	0
Discutir	0	.4
Contacto visual	2.8	.7
Humor	3.5	.4
Preguntar	0	45.3
otras	.3	49.3

* Las categorías faltantes no fueron presentadas por ninguno de los terapeutas.

En lo que respecta a la sesión de inducción, al igual que en la de admisión, el terapeuta de mayor experiencia presentó con más frecuencia conductas motivacionales que el terapeuta de menor experiencia; aunque un dato que llama la atención a pesar de no ser significativo es el hecho de que el terapeuta experto presentó conductas no motivacionales como el *confrontar* y el *ordenar* al usuario, mientras que el terapeuta inexperto solo presentó en una ocasión la conducta *etiquetar*. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Muestra el porcentaje de veces que el terapeuta realizó alguna conducta durante la sesión de inducción.

CONDUCTAS	TERAPEUTA 1	TERAPEUTA 2
Empatía	3.9	11.9
Escucha reflexiva	32.7	8.2
Retroalimentar	51.9	11.6
Fomentar auto-eficacia	3.3	2
Etiquetar	0	.3
Confrontar	2.3	0
Ordenar	.4	0

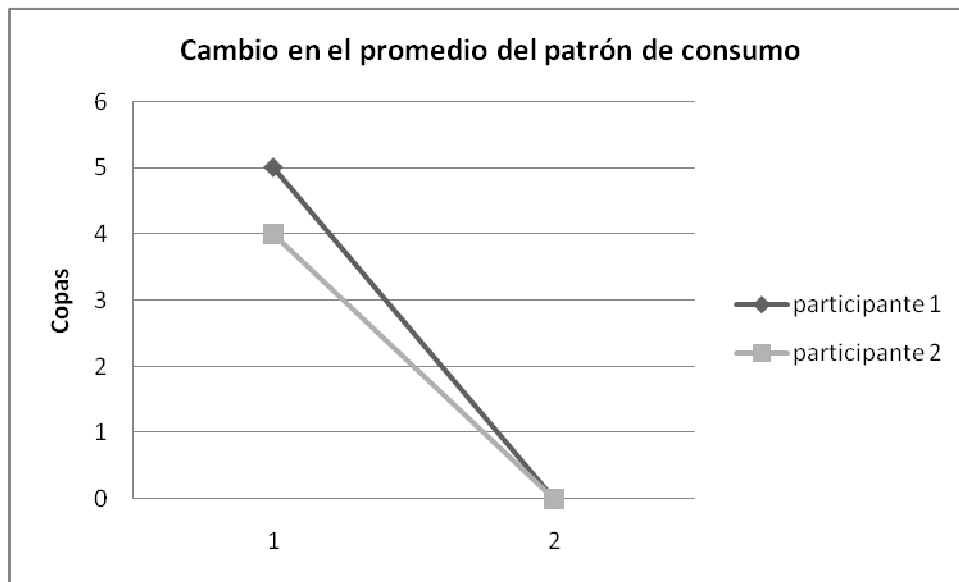
* Las categorías faltantes no fueron presentadas por ninguno de los terapeutas.

Con respecto a las conductas emitidas por los usuarios, se observó que aquellas que presentaban con mayor frecuencia, fue el *leer*, y *respuesta* ante las preguntas hechas por los terapeutas.

Efectividad del programa

En cuanto a la efectividad que tuvieron los terapeutas en la aplicación del programa se observa que ambos usuarios presentaban un consumo similar antes del tratamiento y de igual forma ambos llegaron a la abstinencia al finalizar el tratamiento, aún cuando ambos se habían propuesto como meta de consumo la moderación. Ver gráfica 1.

Gráfica 1. Muestra el patrón de consumo de cada adolescente antes y después de la intervención.



En cuanto a los problemas reportados por el adolescente uno (16 años), antes de la intervención este reportó problemas y discusiones con sus padres, gasto excesivo en alcohol, discusiones con amigos, cambios de humor y desobedecer las reglas puestas por sus padres sobre la hora de llegada a casa. Al finalizar la intervención el adolescente no reportó problemas asociados a su consumo.

En el caso del segundo adolescente éste solo reportó problemas con sus padres, discusiones con amigos y cambios de humor después de haber bebido. Al igual que en el caso anterior no reportó problemas asociados a su consumo al finalizar el tratamiento.

Con respecto al nivel de auto-eficacia global, antes del tratamiento, el adolescente 1, reportó una auto-eficacia de 72% mientras que el adolescente 2 reportó un 84% de auto-eficacia. Mientras que posterior a la intervención ambos casos incrementaron su confianza: el primero hasta un 90% y el segundo hasta un 100%.

DISCUSIÓN.

Los resultados apoyan la definición propuesta por Geshman (1989) en cuanto al nivel de integridad con base en el porcentaje de las sesiones aplicadas de acuerdo con el protocolo original, de tal forma que el PIBA es aplicado de forma íntegra por ambos terapeutas, en cuanto a sus componentes, dado que se reportan porcentajes mayores al 80%, sin embargo en el caso de las habilidades motivacionales, se observa que el terapeuta de mayor experiencia usa con mayor frecuencia habilidades motivacionales como la escucha reflexiva y la retroalimentación a diferencia del terapeuta de menor experiencia que en la mayor parte del tiempo realiza otras conductas como puede ser el explicar o dar información a los adolescentes sobre la aplicación del programa o sus componentes, los resultados concuerdan con la distinción que hacen Nezu & Nezu (2005) sobre el nivel de adherencia a los componentes y las habilidades para aplicar dichos componentes, sin embargo a diferencia de lo propuesto por ellos, en el presente estudio, las habilidades motivacionales no marcaron una diferencia en cuanto a las sesiones a las que asistieron los adolescentes. Lo cual se puede explicar debido a que el terapeuta inexperto contaba con las habilidades terapéuticas básicas, lo que de acuerdo favorece una adecuada adherencia (Barber, Triffleman & Marmar, 2007).

Además, Nezu & Nezu (2005) mencionan que resultan mas importantes las habilidades terapéuticas que los componentes del programa en sí mismos, sin embargo estos resultados no apoyan dicho supuesto, mostrando que la aplicación íntegra de los componentes resulta efectiva, lo que además fortalece la evidencia sobre la efectividad del programa, ya que se puede decir que son las estrategias del programa las que resultan efectivas y no solo los terapeutas que lo aplican. Sin embargo esto puede ser considerado dentro del proceso de disseminación de los programas con un número mayor de terapeutas y en escenarios diversos.

Por otro lado, los resultados sobre el uso de habilidades de tipo motivacional y el nivel de experiencia de los terapeutas concuerda con lo reportado por Pérez (2002) mostrando que aquellos terapeutas con mayor experiencia ejecutan con mayor frecuencia este tipo de habilidades, lo que hace necesario una supervisión y retroalimentación continua de los terapeutas y observar si se producen cambios como resultado de la retroalimentación.

Como se ha mencionado anteriormente, el proceso de disseminación es un paso importante para la aplicación del programa con un mayor número de personas, sin embargo para ello es necesario la adecuada capacitación de los terapeutas tanto en la adherencia al protocolo como en el uso de las habilidades adecuadas, esto debido a que no hay que dejar de lado que puede haber varios motivos por los que un programa no sea aplicado de manera

íntegra como puede ser: un entrenamiento inadecuado, una formación académica distinta a la propuesta en un manual o bien la propia convicción del terapeuta sobre la efectividad del modelo terapéutico, por lo que resulta importante conocer este tipo de antecedentes durante la capacitación a nuevos terapeutas como parte de la diseminación.

Finalmente es necesario profundizar el estudio de las conductas tanto de los usuarios como de los terapeutas en interacción para así determinar con mayor confiabilidad si lo que originó el cambio fue solo el programa en sí mismo, si son solo las características del terapeuta o bien las del usuario o bien en que medida cada uno de estos elementos contribuye a la efectividad del programa.

FORMULACIÓN DE CASOS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS: COMPARACIÓN DE CASOS.

Este programa está basado en un modelo conductual y tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social, además para su aplicación incorpora como estrategias la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991), el auto-control y la prevención de recaídas. Su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través del entrenamiento del adolescente en habilidades de autorregulación para controlar el consumo de drogas y mantener el cambio de su conducta. Este programa va dirigido a adolescentes de entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna sustancia y reportan problemas relacionados con su consumo pero que no presentan dependencia a la sustancia. El programa se lleva a cabo en seis etapas: 1) *detección de casos*, 2) *admisión*, 3) *evaluación* del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados con el consumo, 4) *inducción al tratamiento*, en donde se promueve la motivación al cambio en el adolescente y que este tome la decisión de ingresar al programa 5) *tratamiento*, el cual consta de cuatro sesiones de forma individual con una duración de 60 a 90 minutos y 6) Seguimiento donde se evalúa el cambio de patrón de consumo así como el mantenimiento de este.

Como se comentó anteriormente, la fase de tratamiento consta de cuatro sesiones: en la primera sesión, el adolescente elabora un *balance decisional* sobre las ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo, y establece metas de reducción de consumo. Durante la segunda sesión, el adolescente *identifica sus principales situaciones* de consumo y elabora *planes de acción* para enfrentar esas situaciones. Posteriormente, en la tercera sesión, el adolescente analiza el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo. En la cuarta sesión, el adolescente revisa avances en cuanto a la reducción de su consumo y las estrategias para mantener el cambio. Finalmente, se lleva a cabo el seguimiento donde se evalúa el mantenimiento del cambio (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala 2005) así como las estrategias usadas para el logro de este o bien las dificultades que tuvo en ello.

Este programa fue validado con estudiantes de la Ciudad de México consumidores de alcohol y drogas que no presentaban dependencia a las sustancias, y se evaluó su impacto sobre el patrón de consumo (cantidad y frecuencia), y sobre variables de tipo psicosocial como: situaciones de consumo, consecuencias negativas y nivel de auto-eficacia. Se obtuvieron como resultados la disminución en el patrón de consumo de los adolescentes, en las consecuencias negativas asociadas y las situaciones de consumo, y un incremento en el nivel de auto-eficacia

de los adolescentes que participaron en el programa (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008). Sin embargo en este estudio, los participantes fueron adolescentes usuarios de alcohol y marihuana, lo que hace relevante el evaluar su efectividad con aquellos que usan algún otro tipo de droga, para así realizar aportaciones en términos de la generalidad de los resultados que ya han sido obtenidos. Es por esto, que el presente estudio tiene como objetivo evaluar y comparar la efectividad del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas, con respecto a la reducción en el patrón de consumo, problemas relacionados y nivel de riesgo, así como un aumento en el nivel de auto-eficacia, en un adolescente consumidor de inhalables y un consumidor de alcohol.

MÉTODO.

Participantes:

Dos adolescentes que asistieron a recibir atención en el Centro de Prevención y Atención de las Adicciones (CEPREAA) perteneciente a la UNAM, debido a su consumo de sustancias. Uno de los participantes fue un adolescente de 17 años de edad y cuya principal sustancia de consumo era el alcohol, el otro participante fue una adolescente de 18 años de edad que reportó consumir inhalables.

Criterios de inclusión:

- Tener entre 14 y 18 años de edad.
- Saber leer y escribir
- Presentar consumo de alcohol o drogas en forma de abuso. Para el caso del alcohol se considera un abuso consumir más de 3 tragos estándar por ocasión, mientras que para el caso del consumo de drogas, cualquier consumo se considera un abuso, esto de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud.
- No cubrir los criterios de dependencia de acuerdo con el DSM-IV.

Diseño.

Para el presente estudio se utilizó un diseño de caso único de tipo A-B con 2 réplicas, el cual permite analizar los cambios en las unidades de análisis -patrón de consumo, situaciones de consumo, nivel de riesgo y nivel de auto-eficacia- durante el tratamiento y el seguimiento en comparación con la línea base. Además con este tipo de diseño se favorece la consistencia del estudio al mostrar que los cambios en las unidades de análisis son en resultado de la participación de los adolescentes en el programa de intervención.

Instrumentos y materiales.

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes [POSIT] (Mariño, González-Forteza, Andrade, & Medina-Mora, 1997). Este instrumento permite identificar a aquellos adolescentes consumidores de sustancias y que presentan algunos problemas relacionados con su consumo. Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos que contempla 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para el propósito de esta investigación, sólo se empleó el área de uso/abuso de sustancias. La adaptación del cuestionario realizada por Mariño (1997) en población mexicana determinó un alfa de .9057.

Entrevista inicial (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005). Es una entrevista semiestructurada que evalúa diversas áreas de funcionamiento del adolescente. Incluye la evaluación de aspectos como: historia de consumo, área familiar, área escolar, área de salud, depresión y riesgo suicida, administración del tiempo libre, área de sexualidad, área de conducta antisocial y satisfacción personal. La validación de la entrevista se obtuvo mediante jueceo, obteniéndose un acuerdo del 100%.

Línea Base Retrospectiva (Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979). Es un calendario de los últimos tres meses del año, tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y la cantidad consumida en un día típico. En el caso del consumo de alcohol, se evalúan días de consumo y cantidad consumida a través de la medida de trago estándar. Mientras que para evaluar el consumo de drogas ilegales sólo se mide la frecuencia de días de consumo. La validez de este instrumento se ha obtenido al correlacionar las puntuaciones sobre patrón de consumo con puntuaciones en pruebas que miden nivel de dependencia, y reportes de informantes; por tanto se ha obtenido una correlación elevada entre las puntuación de estas variables.

Inventario de Situaciones de Consumo (Salazar, Galarza, Álvarez, Martínez & Reidl, 2008). Este inventario evalúa el índice de riesgo para el consumo en tres principales situaciones de consumo en adolescentes rurales. Fue validado con una muestra de 100 adolescentes rurales. Se compone de 18 reactivos que se agrupan en tres situaciones principales: momentos agradables con otros, emociones desagradables y curiosidad. Tiene una escala de respuesta de cuatro puntos: nunca, a veces, casi siempre, siempre. El análisis de consistencia interna arrojó un índice de confiabilidad de .8882.

Cuestionario de confianza situacional versión breve (Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997c). Este cuestionario consta de 8 reactivos. En este instrumento se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones. Su objetivo es medir la auto-eficacia de los individuos con relación a su percepción para controlar el consumo en diferentes situaciones de riesgo. Las situaciones medidas, se basan en el trabajo de Marlatt y Gordon (1985), quienes agruparon las principales situaciones de consumo en:

- Situaciones personales, en donde el consumo es una respuesta a eventos de naturaleza psicológica o física: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control y necesidad física o urgencia por consumir
- Situaciones interpersonales, en donde la influencia de terceras personas está involucrada: conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros.

La confiabilidad de este instrumento es de 0.977.

Procedimiento.

Como se mencionó anteriormente, los adolescentes asistieron al CEPREAA, ambos acompañados de algún familiar que fue quien solicitó el tratamiento. En ambos casos el tratamiento se realizó en sesiones individuales, las cuales se describen a continuación.

1. Admisión. Esta sesión tuvo como objetivo determinar si el PIBA resultaba adecuado a las características de consumo del adolescente. En esta sesión se aplicó la Entrevista semiestructurada (breve), la cual permite conocer datos sociodemográficos del adolescente, así como aspectos relacionados con la historia y patrón de consumo, los problemas asociados y la disposición a participar en el programa. Luego de que se exploró sobre estos aspectos, se realizó la aplicación del POSIT, con el cual se identificaron las consecuencias negativas relacionadas con el consumo, y se comentan junto con el adolescente.
2. Evaluación. En esta sesión se realizó la evaluación del patrón de consumo de los adolescentes, mediante la aplicación de la LIBARE; posteriormente se evaluó cuáles eran aquellas situaciones que precipitaban el consumo de sustancias y el nivel de auto-eficacia que el adolescente percibía para poder controlar su consumo ante cada una de las situaciones.
3. Inducción. Esta sesión tuvo como objetivo retroalimentar al adolescente sobre la situación de su consumo de sustancias, esto con base en los resultados de los

instrumentos aplicados en las sesiones previas, dicha retroalimentación tenía como finalidad incrementar la motivación de los adolescentes hacia el cambio en su conducta de consumo. Para ello se les explicó a cada uno de los adolescentes la cantidad total que han consumido en los últimos seis meses, así como las cantidades máximas y mínimas consumidas por ocasión y posteriormente se comparan dichas cantidades con la norma poblacional obtenida de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), esto con la finalidad de que los adolescentes compararan su consumo con una norma y analicen la dimensión de su consumo en comparación con la mayoría de los adolescentes. Posteriormente se le explicó el proceso de adicción, para que revisen su nivel de consumo y observen que puede mantenerse en un consumo moderado o abstinencia, de acuerdo con la meta que se plantearon. Posteriormente se les explicaron las consecuencias físicas y psicológicas, a corto y largo plazo, debidas al consumo de las sustancias que cada adolescente consumía y finalmente se les presentó el PIBA como una alternativa para reducir su consumo así como los problemas relacionados con el consumo, para que así los adolescentes tomaran la decisión de ingresar al programa.

4. Intervención. Esta fase constó de 4 sesiones semanales con una duración aproximada de 60 minutos. Durante la primera sesión se analizaron las ventajas y desventajas de que los adolescentes cambiaran su consumo de alcohol y se establece una meta de consumo para el tratamiento, en el caso del consumo de alcohol la meta puede ser la abstinencia o la moderación (3 copas o menos por ocasión de consumo), mientras que en el caso del consumo de drogas como los inhalables la meta debe ser la abstinencia; en la segunda sesión se analizaron las situaciones que facilitaban el consumo de sustancias en los adolescentes y se generaron planes de acción para enfrentar sin consumo dichas situaciones de riesgo; en la sesión 3 se analizaron las metas de vida y la manera en cómo estas se pueden ver afectadas por el consumo de sustancias, finalmente, durante la cuarta sesión se revisó el cumplimiento de la meta planteada al inicio del tratamiento así como la efectividad de los planes de acción, además en esta sesión se realizó la validación social del programa. Luego del tratamiento se realizaron seguimientos al mes, a los tres y seis meses de concluida la intervención. La tabla 3 muestra la forma en que se aplicó el PIBA con el adolescente consumidor de alcohol y la tabla 4 el PIBA con la adolescente consumidora de inhalables..

Tabla 3. Muestra el procedimiento de aplicación del PIBA con el adolescente consumidor de alcohol

Admisión	El adolescente asiste a sesión por consumo de marihuana ya que su mamá encontró restos de la sustancia entre sus cosas. Sin embargo en la exploración él reporta que solo fue un consumo el cual fue desagradable, se explora sobre su consumo de alcohol y se encontró que presentaba un patrón de abuso y se le ofreció la intervención para el consumo de esta sustancia. Es importante resaltar que asistió acompañado de su papá y que su mamá recibió orientación profesional antes de comentarle sobre lo que había encontrado. Actualmente estudia.
Evaluación	Durante esta sesión se hace la aplicación de instrumentos de medición y evaluación y se corrobora un patrón de consumo de alcohol de 6 copas por ocasión, el cual se presenta en momentos agradables con otros, no presenta síntomas de dependencia física y tiene un elevado nivel de auto-eficacia.
Inducción	Se da la retroalimentación de los resultados de evaluación al adolescente, y se observa que lo que genera impacto en su motivación para el cambio es la parte de la comparación normativa de su consumo así como la explicación del proceso de adicción. Decide hacer un cambio en su consumo e ingresar al programa.
Balance Decisional	Durante esta sesión el adolescente reporta como ventajas de cambiar su consumo el evitar problemas con sus papás, mejorar su condición física, llegar temprano a casa, y tener más control de sí mismo; mientras que como desventajas reportó solamente el estar menos tiempo en las fiestas por lo que decide como meta la reducción del consumo hacia la moderación.
Situaciones de consumo y planes de acción	Durante la sesión el adolescente realiza los planes de acción y comenta que seguirá la dinámica del balance decisional para elegir las alternativas que le pueden ayudar a lograr su meta de consumo, pues considera que eso le ha sido útil para decidir desde la sesión anterior. Propone como alternativas: llevar a su novia a las fiestas, hablar con sus amigos sobre el cambio que está haciendo y bailar en lugar de solo tomar. Eligiendo como mejores opciones las dos primeras.
Metas de vida	El adolescente comenta que el proceso de solución de problemas le ha sido útil en otras áreas de su vida como la académica. En esta sesión plantea como metas de vida: continuar con la moderación de su consumo, pasar exámenes extraordinarios y terminar la prepa, las cuales se han visto afectadas por el consumo de alcohol. Se propuso como alternativas para el logro de metas de vida, el repaso de guías de estudio para pasar los extraordinarios y hacer guías de estudio en temporadas de exámenes.
Re-establecimiento de meta	El adolescente reporta estar satisfecho con los resultados del programa. Y comenta que algo que le ayudó a lograr su meta de consumo fue la comunicación con el terapeuta así como el trabajo por medio de folletos ya que eso hace dinámica la sesión. Sugiere que para aquellos adolescentes con problemas más severos se les den más sesiones.
Seguimientos	1 mes: Reporta haber cumplido su meta ya que solo consumió en dos ocasiones, 2 y 1 copa respectivamente. 3 meses: Reporta consumos cada dos semanas (viernes) de 2 y 3 copas por ocasión. 6 meses: Se mantiene el patrón que presentó a los 3 meses, ha cumplido sus metas de vida y los problemas por llegar tarde a casa han disminuido.

Tabla 4. Muestra el procedimiento de aplicación del PIBA con la adolescente consumidor de inhalables

Admisión	La adolescente asiste con su abuela, quien además la acompañará todas las sesiones. Reporta que no había considerado como un problema el consumo de inhalables y no lo ve como un problema, sin embargo le está generando discusiones con su abuela y tíos que es con quienes vive, y es por ello que decidió asistir al tratamiento. Actualmente no estudia ni trabaja, y su abuela es quien le da dinero. Está dispuesta a asistir aunque no lo está de hacer un cambio. Comenta que no tiene claras sus metas de vida.
Evaluación	Se aplican los instrumentos y se obtiene que la adolescente presenta un patrón de consumo de 7 monas por ocasión, con consumo diario durante los cuatro meses previos a esta sesión. En las últimas 3 semanas solo ha consumido viernes y domingos, en la cantidad antes mencionada. Las principales situaciones de consumo son: emociones desagradables y momentos agradables con otros, dado que la mayoría de sus amigos son consumidores de esta sustancia y otras drogas. Comenta que los problemas en casa no son solo por su consumo sino por que a su abuela no le gustan los amigos que tiene. Su nivel de auto-eficacia es elevado excepto en las situaciones de emociones desagradables y conflictos con otros. Presenta algunos síntomas de dependencia como problemas con otros y la continuación del consumo a pesar de ello, incremento en las cantidades consumidas, no presenta síndrome de abstinencia.
Inducción	Se da la retroalimentación de sus resultados de evaluación a la adolescente, quien no se muestra sorprendida por ellos, pues dice que de hecho creyó que consumía más. Reconoce que sí puede tener algunos problemas dado que con frecuencia discute con sus familiares pero argumenta que no la entienden en lo que respecta a sus amigos y que es algo que no va a cambiar. Se le observa poco motivada a realizar un cambio pues dice que no perjudica a nadie con su consumo.
Balance Decisional	Se realiza el balance decisional y reporta como ventajas del cambio: tener más dinero, poder salir a paseos con sus amigos y su familia confiaría mas en ella; como desventajas encontró que se le antojaría mucho consumir, se aburriría y por lo tanto saldría menos a la calle con sus amigos. Después de esto inicialmente toma la decisión de no cambiar, y entonces se le pregunta qué tan importante es para ella el recobrar la confianza de su abuela, a lo que responde que es importante pero que sus amigos son como su familia y que no los dejará. Se enfatiza el hecho de que ella no realiza alguna actividad y sin embargo recibe dinero, de hecho comenta que no tiene ganas de estudiar o trabajar por lo que se le pide que analice lo que pasaría si su abuela la retirara el apoyo que le da, entonces se sorprende y menciona “no, sin mi abuela no soy nada”, se analiza ese punto y ella decide iniciar un cambio, se le aclara que para mayor facilidad este puede ser gradual.
Situaciones de consumo y planes de acción	Para esta sesión reporta solo un consumo de dos monas, lo que indica una disminución en cantidad y frecuencia, pero reporta que en esta ocasión tuvo una alucinación, la cual no recuerda muy bien, pero sus amigas se la describieron, eso le preocupa debido a que consumió menos. Se le explica que esto se pudo deber a la agudización de los efectos de la sustancia dado que antes había discutido con sus familiares y estaba experimentando emociones desagradables, por tanto este tipo de situaciones se trabajan en la sesión. El irse a otra

	habitación en lugar de salir a la calle cuando está enojada, así como el juntarse con amigas que no consuman. Ambas opciones pueden ser puestas en práctica.
Metas de vida	En esta sesión no reporta consumos y se siente contenta por ello, ya que además no ha discutido con su abuela. Se retoma el hecho de que no había mencionado sus metas de vida, y menciona que ahora sus metas son el mantenerse sin consumo y conseguir un trabajo para mantenerse ocupada. Como estrategias para lograrlo propone el seguir sus planes de acción y reporta que ya ha comenzado con la búsqueda de un empleo.
Re-establecimiento de meta	Decide mantenerse sin consumo, lo cual es lo más importante para ella y confía en que lo logrará. Está satisfecha con los resultados del programa y comenta que lo que más le ayudó fue el plantearse metas ella misma. Sugiere que en los folletos se pongan imágenes más atractivas o de colores.
Seguimientos	1 mes: reporta sólo un consumo de 2 monas, y que tuvo ganas de consumir otra ocasión pero recordó su meta y que si esa ocasión se lo permitía nunca dejaría de consumir. Además reporta que ha enseñado algunas estrategias a sus amigas. 3 meses: reporta 2 consumos de 3 monas por ocasión dado que se sentía triste y además sus amigos le habían ofrecido, lo que le ocasionó regaños, optó por dedicar más tiempo a su trabajo o salir con amigas que no consuman. 6 meses: Reporta 3 consumos de 3 y 4 monas, esto ante conflictos con otros y se plantea nuevas alternativas como el salir solo con su hermana quien no consume.

RESULTADOS.

Los análisis de los datos fueron realizados de manera visual y de manera estadística. Primero se realizó el análisis visual fue utilizado para observar el patrón de consumo de los adolescentes a lo largo de las fases del estudio. Este tipo de análisis permite identificar de manera rápida cambios en la tendencia y nivel de los datos. En el caso del patrón de consumo de alcohol se retomó como unidad de análisis el número de tragos consumidos por ocasión, mientras que para el caso de inhalables se reportó como unidad el número de “monas”¹ inhaladas por ocasión, esto ante la dificultad de la adolescente para recordar una cantidad específica en mililitros en cada una de las ocasiones, ya que en ocasiones compartía con sus amigos una lata de ¼ o ½ litro.

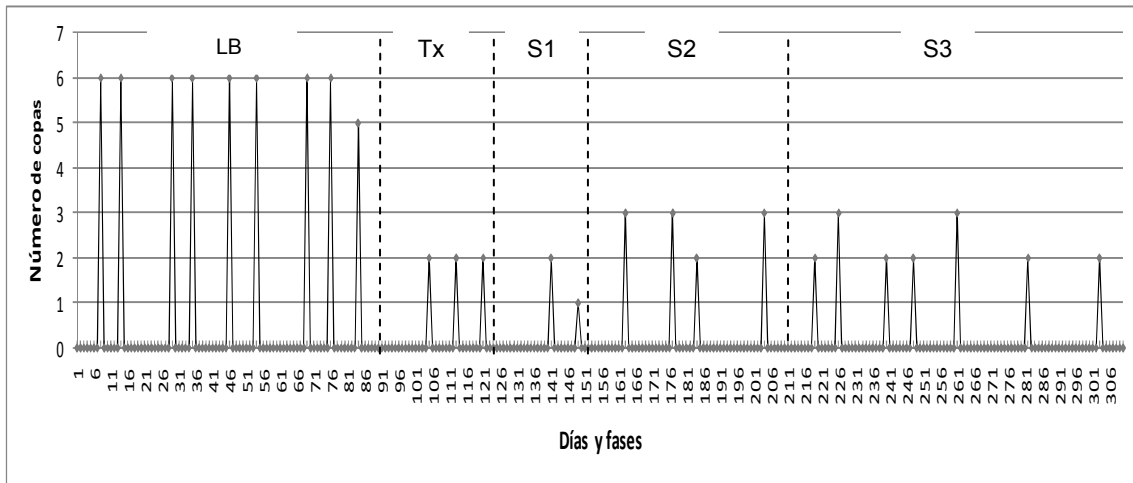
Además se presentan los datos de las variables como auto-eficacia, situaciones de consumo y número de problemas relacionados, durante las distintas fases del programa

¹ Una mona en este caso es una bola de papel mojada con thinner, cada vez que es mojado el papel se cuenta como una mona.

Patrón de consumo.

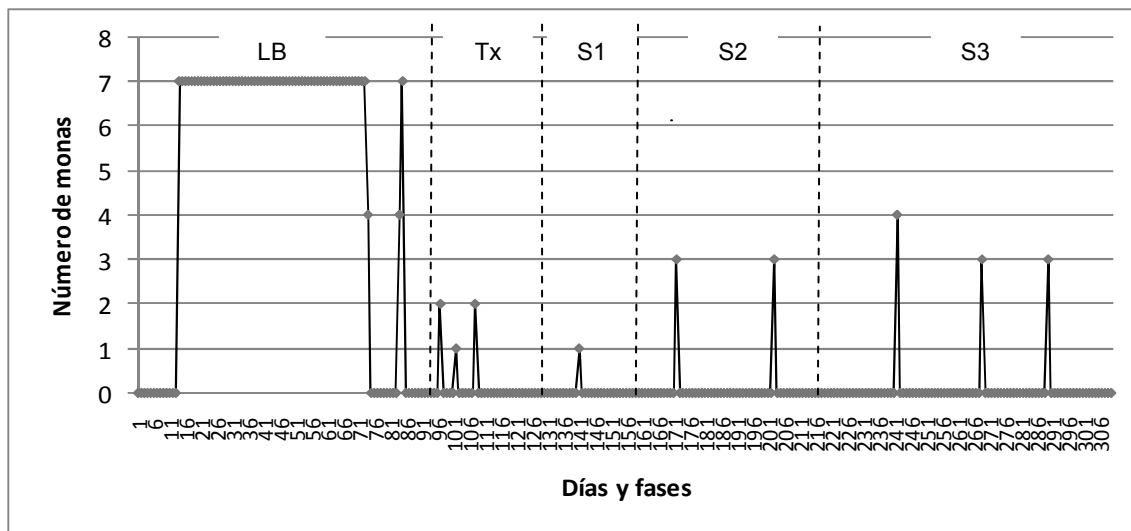
Como se puede observar en la gráfica 2 en el caso del consumidor de alcohol, se observa un cambio abrupto en la cantidad de alcohol consumida en la línea base y en el tratamiento, y ese cambio se mantiene durante el seguimiento. Es de resaltar que la frecuencia de consumo por mes se mantiene constante a lo largo de las tres fases, siendo una frecuencia de consumo aproximada de 3 ocasiones por mes.

Grafica 2. Patrón de consumo del adolescente consumidor de alcohol en las fases A-B-A.



En el caso número dos que se refiere al consumidor de inhalables, se observa un cambio abrupto en cuanto a la cantidad de consumo al iniciar el tratamiento y se mantiene durante la fase de seguimiento. En este caso es de resaltar que la frecuencia de consumo sí disminuye ya que esta adolescente presentó consumo diario durante casi dos meses en la línea base, mientras que para la fase de tratamiento solo presentó tres consumos y uno en el seguimiento (Ver gráfica 3).

Grafica 3. Muestra el patrón de consumo de la adolescente consumidora de inhalables durante las fases A-B-A



Auto-eficacia.

En el caso del adolescente consumidor de alcohol, este reportó durante la línea base un 100% de auto-eficacia en todas las situaciones excepto emociones agradables y momentos agradables con otros; mientras que al finalizar el tratamiento estos niveles se mantienen, aumentando a 100% emociones agradables y a 90% momentos agradables con otros. En los tres seguimientos su auto-eficacia se mantuvo en 100% para todas las situaciones marcadas en el Cuestionario de Confianza Situacional.

Por otro lado, en el caso de la consumidora de inhalables, durante la fase de línea base reportó 100% de confianza en las situaciones de: malestar físico, necesidad física y presión social; mientras que en el caso de emociones desagradables, probando el control, conflictos con otros y momentos agradables con otros reportó 0% de confianza; en el caso de emociones agradables reportó un 40%. Al finalizar el tratamiento, incrementó su auto-eficacia en todas las situaciones, reportando un 90% en emociones desagradables y emociones agradables, mientras que en el resto reportó un 100%. En los primeros seguimientos se mantuvo esta confianza aunque en el seguimiento a seis meses su auto-eficacia ante conflictos con otros disminuyó al 70%, nivel que sigue siendo elevado.

Consecuencias negativas por el consumo.

Con respecto a los problemas presentados por el consumidor de alcohol, este reporta los siguientes durante la línea base: irse de las fiestas por que no hay bebidas alcohólicas, cambios repentinos de humor y discusiones con amigos por el uso del alcohol. Al finalizar el tratamiento y durante los seguimientos estos problemas no se presentaron.

En el caso de la consumidora de inhalables, este reporta los siguientes problemas durante la línea base: haberse hecho daño accidentalmente, perderse actividades por haber gastado excesivamente, irse de las fiestas por que no hay bebidas alcohólicas o drogas, cambios repentinos de humor y discusiones con amigos y familiares por el consumo de alcohol. Al finalizar el tratamiento y durante los seguimientos solo se presentaron las discusiones con familiares.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas fue efectivo tanto en la reducción del consumo de alcohol como en el caso del consumo de inhalables, ya que en ambos casos el cambio en el patrón de consumo y variables psicosociales fue significativo, lo que apoya los resultados en estudios previos sobre la evaluación de este programa (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008) en donde se presentan resultados positivos sobre la reducción de patrón de consumo de alcohol y de marihuana, sin embargo sólo en el estudio del 2003, se presentan resultados de la efectividad con un adolescente consumidor de inhalables, que sin embargo presentaba un patrón de consumo menor al reportado en este estudio.

Existe un común denominador entre evaluación previa de este programa y la de otras intervenciones a nivel internacional y es que la mayoría de ellas han sido evaluadas principalmente con adolescentes usuarios de alcohol, de tabaco o de marihuana (Heather, 2006; Colby, Monti, Barnett, Rohsenow, Weissman, Spirito, Woolard, & Lewnader, 1998). Los estudios con usuarios de inhalables son en su mayoría de tipo descriptivo centrados en las condiciones en las que se da el consumo de esta sustancia como es el caso de los estudios en México, los cuales se centran en el consumo de los inhalables principalmente en poblaciones de niños de la calle (Medina-

Mora y Castro, 1984; Domínguez, Romero & Paul, 2000); mientras que en aquellos estudios en los que se evalúan intervenciones estas combinan sesiones grupales e individuales e integran elementos de intervención médica (Sakai, Mikulich-Gilbertson & Crowley, 2006), lo que dificulta el identificar el elemento responsable del cambio en los usuarios.

En este sentido, tanto los resultados obtenidos de intervenciones con consumidores de alcohol como de inhalables incluyen metodologías cualitativas o bien en el caso de las intervenciones se utilizan diseños de grupos, que si bien permiten evaluar los cambios como producto de una intervención, este tipo de diseños no permiten identificar cómo es que se dio el cambio en cada sujeto y si para todos fue igualmente efectivo, ventaja que sí dan los diseños de caso único como el que se usó para el presente estudio, lo cual permite asegurar que el PIBA fue el responsable del cambio tanto en el usuario de alcohol como en la de inhalables.

Como se puede observar hasta aquí, los resultados fortalecen la evidencia previa sobre la efectividad del PIBA con adolescentes consumidores de alcohol y constituyen un resultado preliminar sobre su efectividad con usuarios de inhalables, sin embargo resulta importante evaluar con un mayor número de usuarios de esta sustancia, ya que, además hay que tener en cuenta el nivel socio-económico con el cual se relaciona este consumo, lo que podría implicar modificaciones a este programa. Además de contar con una muestra mayor de usuarios de inhalables resulta importante comparar el efecto que tiene el PIBA en los usuarios de diferentes tipos de drogas a fin de determinar la generalidad de estos resultados.

Con respecto a los diseños de caso único, estos permitirán evaluar en estudios posteriores aquellos componentes de la intervención que resultan de mayor impacto para el cambio y analizar si la efectividad de cada componente varía en usuarios de alcohol y de drogas ilegales.

Finalmente, hay que resaltar que dados los resultados de seguimiento a seis meses sería importante el reforzar alguno de los componentes del PIBA con la finalidad de prevenir futuras recaídas y afianzar los resultados alcanzados al final de la intervención.

REFERENCIAS.

- Annis H, M & Martin, G. Inventory of drug-Taking situations. Addiction Research Foundation, Toronto, Canadá, 1985.
- Ayala, V. H., & Echeverría, L. (1998) Detección temprana e intervención breve. En Medina-Mora, M. (comp.) Beber de Tierra Generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México. México, D.F. FISAC.
- Ayala, H. E., Cárdenas, L. G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de una programa de auto-control para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18, 4; 27-40.
- Adalbjarnardottir, S. & Rafnsson. F. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use Longitudinal analyses. *Addictive Behavior*, 27; 227-240
- Arellanes-Hernández, J. F., Díaz-Negrete, D. B., Wgner-Echegaray, F. & Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27:3, 54-64.
- Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R., Fromme, K., Larimer, M. E., & Williams, E.(1992). An Experimental Test of Three Methods of Alcohol Risk Reduction With Young Adults. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 6, 974-979.
- Baetman, A. W. (2005). Training in psychoterapy. *Psychiatry*, 4:5, 33-35
- Bandura, A. (1978). The Self Sistem in Reciprocal Determinism. *American Psychologist*; 3,4: 344-358.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1996). Social cognitive theory of human development. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2nd ed., pp. 5513-5518) Oxford: Pergamon Press.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press.)
- Barber, J. P., Triffleman, E. & Marmar, C. (2007). Considerations in treatment integrity: implications and recommendations for PTSD Research. *Journal of Traumatic Stress*. 20:5, 793-805

- Barber, J. P., Foltz, C., Crits-Christoph, P. & Chittams, J. (2004). Therapist's Adherence and competence and treatment discrimination in the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1, 29-41
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research and the future of the psychotherapy. *American Psychologist*, 51; 1050-1058.
- Barnett, N. P., Monti, P. M. & Wood, M. D. (2001). Motivational Interviewing for alcohol-involved adolescents in the emergency room. En Wagner, E. F. & Waldron, H. B. Eds. *Innovations in adolescent substance abuse interventions*, pp. 143-168. New York Press.
- Barragán, T. L. (2005) Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de doctorado. México:Facultad de Psicología UNAM.
- Barragán, T. L., Flores, M., Medina Mora, M. E. & Ayala, H. (2007) Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30,3;29-38.
- Barragán T. L., Flores, M, Medina Mora, M. E. & Reidl, L. (2007). Adaptación del "Community Reinforcement Approach" para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas, en población mexicana. En:Echeverría S, Carrascoza V, Reidl M. (comp.).Prevencción y Tratamiento de Conductas Adictivas. México: UNAM.
- Barragán, T.L., González, V., Medina-Mora, M. E. & Ayala, H. (2005) Adaptación de un modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28,1; 61-71.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, N. & Ramírez, C. (2008) Manual del Programa de Prevención de Recaídas. México: CONADIC.
- Bickel, W. K. & Marsch, L. A. (2001) Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96; 73-86.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Carroll, K. M., Ball, S. A. & Martino, S. (2004). Cognitive, behavioral, and motivational therapies. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment*, 3rd edition, pp. 365-376. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cava, M. J., Murgui, S. & Musitu, G. (2008) Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 3; 389-395. Recuperado el 27 de agosto del 2009 en www.psicothema.com
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y Conducta. Manual Moderno*: México.

- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., Woolard, R. H., & Lewander, W. (1998). Brief Motivational Interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 574-578.
- Cooper, J., Heron, T. & Heward, W. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Columbus, Ohio: Merrill.
- D'Amico, E. J., Miles, J. N. V., Stern, S. A., Meredith, L. S. (2008). Brief Motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, Issue 1; 53-61
- Diamond, G., Godley, S. H., Liddle, H. A., Sampl, S., Webb, C., Tims, M. F., & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the cannabis youth treatment interventions. *Addiction*, 97, s1:70-83.
- Dimeff, L. A., Baer, J.S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students. A Harm Reduction Approach. New York: The Guilford Press.
- Dolan, S. L., Martin, R. A. & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33; 675-688.
- Domínguez, M., Romero, M. & Paul, G. (2000) Los "niños callejeros". Una visión de sí mismos vinculada al uso de las drogas. *Salud mental*, 23:3, 20-28.
- Echeverría, L. & Ayala, H. (1997c). Cuestionario de confianza Situacional: traducción y adaptación. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. & Ayala, H. (2005). Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud. México. D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Instituto Nacional de Psiquiatría*. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, *Instituto Mexicano de Psiquiatría*: México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto de Salud Pública. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*: México.
- Fals- Stewart, W., O'Farrell, T. L. & Birchler, G. (2004). Behavioral Couples Therapy for Substance Abuse: Rationale, Methods and Findings. *Science and Practice*. 30-43.

- Farrington, D. P. (1992). Explaining the beginning, progress and ending of antisocial behavior problems: Stability and factors accounting for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 891-909.
- Farrington, D. P. (2005). Childhood Origins of Antisocial Behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12; 177-190.
- Forsberg, L., Källmén, H., Hermansson, U., Berman, A. H. & Helgason, A.R. (2007). Coding Counselor Behaviour in Motivational Interviewing Sessions: Inter-Rater Reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*. 36:3, 162-169.
- Gifford-Smith, M., Dodge, K. A., Dishion, T. & McCord, J. (2005). Peer Influence in Children and Adolescents: Crossing the Bridge from Developmental to Intervention Science. *Journal of abnormal child psychology*, 33,3; 255-265.
- Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Godley, M.D., Titus, J. M., Karvinen, T., et al. (2001). The adolescent community reinforcement approach for adolescent cannabis users: Cannabis youth treatment (CYT) series, vol. 4 (DHHS Publication No. 01-3489). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, A., Romero –Triñanes, E., Villar-Torres, P. & Sobral Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 6, 3; 581-597.
- Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: from concept to application. *Journal of community psychology*. 23,3; 309-321.
- Greshman, F. M. (1989). Assessment of treatment integrity in school consultation and referral intervention. *School Psychology Review*, 18: 37-50.
- Hagermoser, S. L. M. & Kratochwill, T. R. (2008). Treatment integrity in behavioral consultation: measurement, promotion, and outcomes. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 4,1:95-114.
- Hasking, P. A. & Oei, T. P. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in alcohol-dependent sample. *Addictive Behaviors*, 32, 99-113.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112, 64-105.

- Heather, N. (2006). Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research and Theory*, 14(1): 7–18.
- Higgins, S.T. & Heil, S.H. (2004). Principles of learning in the study and treatment of substance abuse. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment*, 3rd edition, pp. 81-87. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hunt, G. M., & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91–104.
- Institute of Medicine [IOM] (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Jenson, J. M., Wells, E. A., Plotnick, R. D., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1993). The Effects of Skills and Intentions to Use Drugs on Posttreatment Drug Use of Adolescents. *Journal on drug and alcohol abuse*, 19,1; 1-18
- Jessor, R. (1987). Problem behavior theory, psychosocial development and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82; 331.342.
- Jiménez, A. L., García, Q. L. & Murillo, C. (2007). Listas de cotejo para la supervisión de terapeutas. Manuscrito no publicado.
- Kazdin, A. (1975). *Behavior modification in applied settings*. Michigan Univeristy.
- Kivlahan, D. F., Marlatt, G. A., Fromme, K., Coppel, D. B. & Williams, E. (1990). Secondary prevention with college drinkers: Evaluation of an alcohol skills training program *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 805-810.
- Legaspi, E., Saucedo, F., Galarza, C., Valdéz, F. & Martínez, K. (2007). Exploración de factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes rurales. *Anuario de Investigación en adicciones*, 8,1.
- Libertad, M. A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*. Extraído el 21 de Julio, 2006 de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
- Lira, M. J. (2009). Programa de intervención breve motivacional para fumadores y terapias de sustitución con nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mariño, M. C., González-Forteza, G.C., Andrade, P. & Medina-Mora, M.E. (1997). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental* ;1; 27-36.

- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S. & Quigley, L. A. (1993). Harm Reduction for alcohol problems: moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24, 461-504.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, J. L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M. & Williams, E. (1998). Screening and Brief Intervention for High-Risk College Student Drinkers: Results From a 2-Year Follow-Up Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (4), 604-615.
- Marlatt, G., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, M. K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de Doctorado. UNAM, Facultad de Psicología. México, D. F.
- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M., Barrientos, C. V. & Ayala, V. H., (2005). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta. México, D.F.: CONADIC.
- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M.L., Pedroza, C. F., Ruiz, T. M. G., y Ayala, V. H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31:119-127.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J. & Salazar, M.L. (2008b). Programa de intervención breve para adolescentes que abusan del consumo de alcohol y otras drogas: resultados de la aplicación con adolescentes consumidores de alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9; 46-57.
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Vacío, M.A., Jiménez, A.L. & Salazar, M.L. (2008) Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34; 247-264.
- Mattson, M. E., Del Boca, F. K., Carroll, K. M., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D., Kadden, R. M., McRee, B., Rice, C., Rycharik, R. G. & Zweben, A. (1998) Compliance with treatment and follow-up protocols in project MATCH: Predictors and relationship to outcome. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 22, 1328–1339.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (1997). Getting off the fence: Procedures to engage treatment resistant drinkers. *Journal of substance abuse treatment*, 14, 467-472.
- Medina- Mora, M.E. y Castro, M. E. (1984). Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. *Salud Mental*, 10,4; 11-19.

- Medina-Mora, M. E. & Tapia-Conyer, R. (2000). Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Manual Moderno. México.
- Miller, E. T., Turner, A. P. & Marlatt, G. A. (2001). The Harm Reduction Approach to the secondary Prevention of Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults: Considerations across a Developmental Spectrum. En Monti, P., Colby, S. & O'Leary, T. (Eds). Adolescents, alcohol and substance abuse. Guilford, New York Press.
- Miller, W. R. (2001). When is it motivational interviewing? (Comentario). *Addiction*, 96, 1770-1771.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). Entrevista Motivacional: Preparando a la persona para el cambio de las conductas adictivas.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing. Preparing people for change. 2n ed. London, Guilford Press.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (1999). Brief Intervention for Alcohol Problems. Recuperado el 12 de marzo del 2006 en <http://www.niaaa.nih.gov>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). Assessing alcohol Problems a guide for clinicians and researchers. Recuperado en [//pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/index.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/index.pdf) el 13 de septiembre del 2008.
- National Institute on Drug Abuse (2008). A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. Recuperado el 20 de agosto del 2009 en <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT3.html>.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2005). Comments on "Evidence-Based Behavioral Medicine: What Is It and How Do We Achieve It?": The Interventionist Does Not Always Equal the Intervention—The Role of Therapist Competence.
- Nicolai, J., Demmel, R., Hagen J. (2007). Rating Scales for the Assessment of Empathic Communication in Medical Interviews (REM): Scale Development Reliability and Validity. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*. 14, 367-375.
- Núñez, S., Frías, M., Jiménez, A. Reyes, G., Vacio, A., y Martínez, K. (2006). Listas de cotejo como una estrategia de supervisión de la integridad de un modelo de intervención para las adicciones. Trabajo presentado en el Primero Congreso internacional de Psicología del Desarrollo. Aguascalientes, Ags.
- Onken, L. S., Blaine, J. D., & Boren, J. J. (1997) Beyond the therapeutic aliance:keeping the drug-dependent individual in treatment. NIDA Research monograph.

- Oropeza, R. (2003). Desarrollo y Evaluación de un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Oropeza, T. R., Loyola, B. L. & Fernández, F. (2005). Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Un modelo cognitivo-conductual, principios de aplicación. Manual del terapeuta. Facultad de Psicología, UNAM. CONADIC.
- Orwin, R. G. (2000). Assessin program fidelity in substance abuse health services research. *Addiction*, 95 s3: s309-s327.
- Parks, G. A. and Marlatt, G. A. (2000) Relapse Prevention Therapy: A Cognitive-Behavioral Approach, *The National Psychologist*
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Developmental and Psychopathology*, 12; 91-106.
- Pérez, C. (2002) Reporte de Experiencia Profesional. Memoria para optar al Título de Maestría en Psicología, Residencia en Adicciones, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller & S. Rollnick (1991). Entrevista Motivacional: Preparando a la persona para el cambio de las conductas adictivas.
- Ribes, I. E. y Burgos, J. Traducción: Venegas, C. A., Peña, D. C. J., Peña, D. C. M. L., Pérez, A. L. A. y Prieto, A. F. (2006). Raíces Históricas y Filosóficas del Conductismo. Tomo 3. Editorial Universitaria: Guadalajara, Jal.
- Rodríguez- Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14, 337-351.
- Sakai, J. Y., Mikulich-Gilbertson, S. K. & Crowley, T. J. (2006). Adolescent Inhalant Use among Male Patients in Treatment for Substance and Behavior Problems: Two-Year Outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32: 29–40,
- Salazar, G. M. L. (2008). *Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes*. Tesis de Doctorado. UNAM, Facultad de Psicología. México, D. F.
- Salazar, G, M. L., Galarza, Y. C., Alvarez, L. A., Martínez, M. K., & Reidl M. L. (2008). Inventario de situaciones de consumo de drogas en adolescentes rurales: construcción y características psicométricas. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 24,1.

- Saucedo, I. F., Salazar, G. M. L. (2004). Adaptación de instrumentos de evaluación en comunidades rurales. En IV Congreso Iberoamericano de psicología Clínica y de la Salud, celebrado en FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud (2003). Observatorio Mexicano en alcohol, tabaco y otras drogas. Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. 1998.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones. 1993.
- Skinner, B. F. (1953). Science and Human Behavior. Versión electrónica. Recuperado el 24 de enero del 2009 en: www.scribd.com/doc/5607/Science-and-Human-Behavior.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. & Delaney, H. D. (1998). Community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548
- Sobell, M. & Sobell, L. (1993). Problem drinkers: Guided Self-change treatment. New York: Guilford Press
- Sobell, M. & Sobell, L. (2005). Guided Self- Change Model of Treatment for Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 19, 3; 199-210.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C. & Gavin, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yard-sticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 4; 643-669.
- Sobell, L. C., Maisto, S., Sobell, M. B., & Cooper, A. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160. México; D.F.
- Thush, C., Wiers, R. W., Van den Bosch, J., Opdenacker, J., Theunissen & Feron (2005). A randomized, clinical trial of a targeted prevention to moderate alcohol use and alcohol-related problems in adolescents who are at risk for alcoholism. *Alcoholism. Clinical and experimental research*. 29,2: 278-286.
- Truscott, S. D., Richardson, R. D., Cohen, C., Frank, A. & Palmeri, D. (2003). Does rational persuasion influence potential consultees? *Psychology in the Schools*, 40, 627-640.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., Black, B. C. Rippens, P. D. (2006). Significance of a behavioral economic index of reward value in predicting drinking problem resolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74:2 pp. 317-326.

- Van Horn, M.L., Hawkins, J. D. Arthur, M. W. & Catalano, R. F. (2007). Assessing community effects on adolescent substance use and delinquency. *Journal of community psychology*,35: 8, 925–946
- Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, Amador N, Medina-Mora ME.. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México; 2007.
- Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., & Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620– 630.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1998). Conduct Problems and Level of Social Competence in Head Start Children: Prevalence, Pervasiveness, and Associated Risk Factors. *Clinical Child and Family Psychology Review*,1,2; 101-124.
- Wilkinson, L. A. (2007). Assessing Treatment Integrity in Behavioral Consultation. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 3:3, 420-432.
- Wood, M. D., Caponea, C., Laforge, R. , Erickson, D. J., & Brand,N. H. (2007). Brief motivational intervention and alcohol expectancy challenge with heavy drinking college students: A randomized factorial study. *Addictive Behaviors*, 32, Issue 11: 2439-2468

ANEXOS

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

SESIÓN: Admisión

OBJETIVO:

Conocer las consecuencias negativas asociadas al consumo del adolescente, su historia y patrón de consumo y determinar si este es candidato al programa.

DURACIÓN: 60 minutos

MATERIAL:

- POSIT
- Entrevista semi-estructurada (opcional)
- LIBARE (Línea Base Retrospectiva)
- CIDI

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport			
2. Hace contacto visual.			
3. Retroalimenta al adolescente			
4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Explica el objetivo de la sesión			
7. Revisa con el adolescente las respuestas del POSIT. a) Explora sobre aquellos reactivos en los que el adolescente respondió afirmativamente.			
8. Aplica la entrevista semi-estructurada. a) Explica el objetivo de la entrevista b) Obtiene datos personales c) Obtiene datos sobre la historia de consumo.			
9. Aplica la LIBARE a) Explica claramente el objetivo de aplicar LIBARE b) Registra los días de consumo y la cantidad por ocasión. c) Explora las situaciones en las que se presentó el consumo			
10. Aplica el CIDI. a) Explica de manera clara el objetivo de aplicar el CIDI b) Lee de manera clara cada uno de los reactivos.			
11. Realiza el cierre de la sesión. a) Hace un resumen de lo revisado durante la sesión b) Introduce a la próxima sesión c) Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

SESIÓN: EVALUACIÓN

OBJETIVO:

Conocer las consecuencias negativas asociadas al consumo del adolescente, su historia y patrón de consumo y determinar si este es candidato al programa.

DURACIÓN: 60 minutos

MATERIAL:

- Entrevista inicial
- ACS
- Cuestionario breve de confianza situacional

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport			
2. Hace contacto visual.			
3. Retroalimenta al adolescente			
4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Explica el objetivo de la sesión			
6. Aplica la Entrevista Inicial para Adolescentes. a) Explica el objetivo de la Entrevista b) Realiza las preguntas de la entrevista. c) Indaga sobre la información que le da el adolescente.			
7. Aplica el ACS. a) Explica el objetivo del instrumento b) Da instrucciones de manera clara para contestar el instrumento c) Verifica que el adolescente conteste todas las preguntas d) Aclara dudas sobre los reactivos (según sea el caso)			
8. Aplica el CBCS a) Explica claramente el objetivo de aplicar el cuestionarios b) Da instrucciones claras sobre la forma de responder el cuestionario c) Revisa con el adolescente cada una de sus respuestas y aclara dudas			
9. Realiza el cierre de la sesión. a) Hace un resumen de lo revisado durante la sesión b) Introduce a la próxima sesión c) Pregunta si existen dudas o comentarios adicionales			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

SESIÓN DE INDUCCIÓN.

OBJETIVO:

Retroalimentar al adolescente acerca de su patrón de consumo, sus situaciones de consumo, así como las consecuencias relacionadas con este. Así mismo realizar una identificación y definición del problema y generar opciones para resolverlo en conjunto. Dar a conocer las características del programa.

DURACIÓN: 90 minutos

MATERIAL:

- Folleto de retroalimentación.
- Gráficas de la ENA
- Esquema del proceso de adicción
- Folleto de presentación del programa.
- Formato de consentimiento.

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport 2. Hace contacto visual. 3. Retroalimenta al adolescente 4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Explica el objetivo de esta sesión			
6. Retroalimenta al adolescentes sobre su patrón de consumo a) Da sus resultados de LIBARE. b) Usa las gráficas de la ENA c) Explica los conceptos de moderación y abstinencia. d) Explica "trago estándar" e) Formula y define el problema con el adolescente.			
7. Explica el proceso de adicción de manera clara.			
8. Explica de manera clara las consecuencias del consumo de sustancias. a) Consecuencias a corto plazo: físicas y psicológicas b) Consecuencias a largo plazo: físicas y psicológicas.			
9. Explica al adolescente los factores de riesgo y protectores con los que cuenta.			
10. Pregunta al adolescente sobre aquello que le preocupa y que le gustaría cambiar de su consumo			
11. Lleva al adolescente a encontrar opciones para el cambio.			
12. Explica de forma clara las características del programa.			
13. Cierre - Hace un resumen de la sesión - Refuerza la participación del usuario - Programa una cita en caso de que el adolescente acepte participar en el programa.			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

SESIÓN 1.

BALANCE DECISIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.

OBJETIVO:

Que el adolescente elabore su balance decisional (ventajas y desventajas de cambiar su patrón de consumo) y establezca una meta de reducción de consumo.

DURACIÓN: 60 minutos

MATERIAL:

- Auto.registro
- Folleto 1 a (en el caso de consumo de alcohol) ó 1 b (en el caso de consumo de drogas)

Actividades	Lo domina	En proceso	No Lo domina
1. Establece rapport 2. Hace contacto visual. 3. Retroalimenta al adolescente 4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Llena el auto-registro con el adolescente a) Explica el término "trago estándar" b) Analiza el patrón de consumo c) Analiza situaciones de consumo d) Explora el uso de estrategias para reducción. e) Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo.			
6. Resume los puntos tratados durante la sesión anterior. a) Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior. b) Refuerza la asistencia.			
7. Explica el objetivo de esta sesión			
8. Realiza la lectura del folleto 1 a) Explica la importancia de identificar ventajas y desventajas de la conducta. b) Revisa las consecuencias del consumo (físicas, sociales, escolares, emocionales, materiales). c) Realiza con el adolescente el ejercicio de balance decisional, llevándolo a la etapa de determinación o acción.			
9. Ayuda a establecer una meta de consumo. a) Lo hace con base en las respuestas del ejercicio. b) Realiza el ejercicio del apartado planteamiento de meta. c) Revisa las limitaciones y fortalezas para el logro de esta. d) Favorece el planteamiento de una meta realista: abstinencia o moderación e) Explora y fomenta la auto-eficacia para el logro de la meta			
10. Cierre de la sesión a) Hace un resumen de la sesión b) Refuerza la participación del adolescente c) Hace una nueva cita			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

SESIÓN 2.

SITUACIONES DE RIESGO.

OBJETIVO:

Que el adolescente identifique las principales situaciones de riesgo para el consumo.

DURACIÓN: 45-60 minutos

MATERIAL:

- Auto-registro
- Folleto 2. Situaciones de riesgo.

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport 2. Hace contacto visual. 3. Retroalimenta al adolescente 4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Llena el auto-registro con el adolescente a) Analiza el patrón de consumo b) Analiza situaciones de consumo c) Explora el uso de estrategias para reducción. d) Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo.			
6. Resume los puntos tratados durante la sesión anterior. a) Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior. b) Refuerza la asistencia.			
7. Explica el objetivo de esta sesión			
8. Realiza la lectura del folleto 2 a) Explica claramente la definición y función de las recaídas			
b) Explica claramente la metáfora de la montaña de recuperación.			
c) Explica las reacciones que el puede presentar ante una recaída.			
d) Explica la importancia de identificar situaciones de consumo y da ejemplos.			
e) Lleva al adolescente a identificar sus situaciones de consumo			
f) Explica el término consecuencias			
g) Lleva al adolescente a identificar sus consecuencias.			
h) Realiza el ejercicio: Identificando situaciones de consumo excesivo.			
9. Cierre de la sesión a) Hace un resumen de la sesión b) Refuerza la participación del adolescente c) Hace una nueva cita			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Sesión 3.

Planes de acción.

OBJETIVO:

Que el adolescente genere planes de acción para las situaciones de riesgo, y que le permitan al adolescente el logro de su meta de consumo.

DURACIÓN: 60 minutos

MATERIAL:

- Auto- registro
- Folleto 3 "planes de acción"

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport 2. Hace contacto visual. 3. Retroalimenta al adolescente 4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Llena el auto-registro con el adolescente a) Analiza el patrón de consumo b) Analiza situaciones de consumo c) Explora el uso de estrategias para reducción. d) Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo.			
6. Resume los puntos tratados durante la sesión anterior. a) Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior. b) Refuerza la asistencia.			
7. Explica el objetivo de esta sesión			
8. Realiza la lectura del folleto 3 a) Recuerda con el adolescente las situaciones de riesgo propuestas la sesión anterior. b) Propone al adolescente que genere dos planes de acción para cada situación, resaltando la importancia de que sean dos por situación. c) Analiza con el adolescente la viabilidad de cada uno de los planes de acción. d) Retroalimenta al adolescente sobre cada uno de sus planes.			
9. Cierre de la sesión d) Hace un resumen de la sesión e) Refuerza la participación del adolescente f) Hace una nueva cita			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

**SESIÓN 4.
METAS DE VIDA.**

Objetivo:

Que el adolescente analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, etc.)

Duración: 60 minutos

Material:

- Auto-registro
- Folleto 4 "establecimiento de metas de vida"

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport 2. Hace contacto visual. 3. Retroalimenta al adolescente 4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Llena el auto-registro con el adolescente a) Analiza el patrón de consumo b) Analiza situaciones de consumo c) Explora el uso de estrategias para reducción. d) Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo.			
6. Resume los puntos tratados durante la sesión anterior. a) Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior. b) Refuerza la asistencia.			
7. Explica el objetivo de esta sesión			
8. Realiza la lectura del folleto 3 a) Explica la importancia de establecer metas a corto y largo plazo b) Lleva al adolescente a que comente sus metas a corto y largo plazo. c) Lleva al adolescente a identificar lo que está haciendo para el logro de sus metas. d) Favorece el que el adolescente establezca al menos 3 metas de vida de manera específica (de acuerdo con los caminos para el logro de metas). e) Ayuda al adolescente a identificar los obstáculos para el logro de metas f) Explica claramente al adolescente como se pueden afectar por el consumo. g) Realiza, junto con el adolescente planes de acción para sus metas de vida.			
9. Cierre de la sesión g) Hace un resumen de la sesión h) Refuerza la participación del adolescente i) Hace una nueva cita			

LISTAS CHECABLES PARA LA SUPERVISIÓN DE TERAPEUTAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

**SESIÓN 5.
RESTABLECIMIENTO DE META DE CONSUMO.**

OBJETIVO:

Que el adolescente revise el progreso en cuanto a la reducción de su consumo y realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y si es necesario establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuentas las estrategias de reducción de consumo.

DURACIÓN:60 minutos

MATERIAL:

- Auto-registro
- Folleto 5

Actividades	Lo domina	En proceso	No lo domina
1. Establece rapport 2. Hace contacto visual. 3. Retroalimenta al adolescente 4. Hace transiciones entre los puntos de la sesión.			
5. Llena el auto-registro con el adolescente a) Analiza el patrón de consumo b) Analiza situaciones de consumo c) Explora el uso de estrategias para reducción. d) Enfatiza y refuerza el uso de estrategias para la reducción del consumo.			
6. Resume los puntos tratados durante la sesión anterior. a) Recuerda al adolescente la información de la sesión anterior. b) Refuerza la asistencia.			
7. Explica el objetivo de esta sesión			
8. Realiza la lectura del folleto 4 a) Analiza con el adolescente gráfica de consumo b) Evalúa nivel de auto-eficacia c) Analiza la efectividad de sus planes de acción. d) Realiza el re-establecimiento de meta. e) Ayuda al adolescente en la evolución del tratamiento y le retroalimenta. f) Refuerza los logros del adolescente.			
9. Cierre de la sesión a) Hace un resumen de la sesión y retoma las anteriores b) Refuerza la participación del adolescente c) Da la cita para el nuevo seguimiento.			

CÓDIGO DE OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN USUARIO-TERAPEUTA.

CONDUCTAS DEL TERAPEUTA		
	CONDUCTA	DESCRIPCIÓN
MOTIVACIONALES	Conducta empática	Conducta verbal que muestra que el terapeuta entiende lo que el usuario dice que siente o piensa.
	Escucha reflexiva	Conducta verbal o no verbal con la que el terapeuta muestra un no enjuiciamiento hacia el usuario. Por ejemplo: "Sé que quizá te preocupe saber el motivo por el que te cité, dime, a que crees que se deba?."; entiendo que te aún no te sientas preparado para cambiar tu consumo, sin embargo, te daré información que te puede ayudar a tomar una decisión". Entre las conductas no verbales no se considera como enjuiciamiento aquellas conductas como por ejemplo: cara sorpresiva ante un consumo elevado, expresiones faciales de incredulidad.
	Retroalimentar	Realizar expresiones verbales en las que el terapeuta retoma la información dada por el usuario, relacionada con logros, o dificultades para el logro de su meta.
	Fomentar la auto-eficacia	Conducta verbal con la que el terapeuta hace evidente al usuario, que ha habido ocasiones en las que ha controlado su consumo, incluye elogios al usuario por lograr la abstinencia o reducción en el consumo de sustancias. Se excluye de esta categoría el uso de palabras como: "bien" cuando esta se usa para hacer transición en los diferentes momentos de la sesión o cuando no se explica al usuario el motivo de dicha expresión.
NO MOTIVACIONALES	Etiquetar	Conductas verbales que indiquen algún enjuiciamiento sobre el usuario, por ejemplo: llamar adicto al usuario sin que este se haya definido así; emitir juicios de bueno o malo sobre el comportamiento del usuario.
	Confrontar	Enfatizar las consecuencias negativas del consumo para convencer al usuario de que debe realizar un cambio en su consumo, cuando él menciona que no tiene problemas con su consumo. Ejemplo: " de verdad crees que no tienes problemas con tu forma de beber, si es tan evidente el problema"
	Discutir	Tratar de convencer a toda costa al usuario de que su postura es la correcta.
	Ordenar	Dar instrucciones al usuario sobre lo que DEBE de hacer para lograr la abstinencia o reducción de su consumo.
CONDUCTAS DEL USUARIO		
PARTICIPATIVAS	Leer	Conducta verbal mediante la cual el adolescente textea lo escrito en los folletos.
	Logro	Verbalizaciones que hace el usuario que indican una mejoría en su consumo o bien que se refieren a una meta alcanzada.
CONDUCTAS QUE PUEDEN PRESENTAR USUARIO Y TERAPEUTA		
	Respuesta	Verbalizaciones con las que se responde a una pregunta hecha por el otro.
	Contacto visual	Mirar a los ojos al usuario mientras se le está

		hablando. Puede ser realizada por el usuario y el terapeuta.
	Humor	Realizar comentarios que sean graciosos y resulten pertinentes al tema del que se está hablando o reír en una situación como esta.
	Preguntar	Solicitar información sobre algún tema.
	Ignorar al otro	Realizar una conducta que no corresponde con la conducta (verbal o no verbal) del otro. Por ejemplo, no responder a una pregunta, verbalizaciones o acciones fuera de contexto o permanecer en silencio sin poner atención al otro.
	Otras conductas	Son todas aquellas conductas que no se especifican en las anteriores categorías. En el caso del terapeuta p. ej. Explicar o dar información; en el caso del usuario, cualquier conducta que no se especifica en el código.