



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN BREVE PARA ATENDER
ADOLESCENTES CON CONSUMO DE ALCOHOL: REPORTE DE UN CASO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE POBLANO ROSAS

DIRECTORA:

MTRA. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA DO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. GABRIELA MARIANA RUIZ TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

Abril 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen	4
Introducción	6
1. Panorama Epidemiológico del Consumo de Alcohol en Adolescentes de México.	8
1.1 Índice de consumo de Alcohol en Adolescentes de México	8
1.2 Factores de riesgo y de protección	11
2. Adolescencia	15
2.1 Definición	15
2.2 Desarrollo físico	16
2.3 Desarrollo Psicológico	18
2.4 Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social y el consumo de drogas en adolescente	21
3. La prevención del consumo de drogas en adolescentes	29
3.1 Clasificación de las Intervenciones Preventivas	29
3.2 Prevención indicada: Intervenciones breves	32
3.3 Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas	35
4. Metodología	37
4.1 Objetivo	37
4.2 Participante	38
4.3 Instrumentos	38
4.4 Procedimiento	42
Resultados	47
Discusión y Conclusiones	56
Referencias	60
Anexo	69

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que me acompañaron a lo largo de mi carrera, a todos y cada uno de mis profesores por compartir conmigo su experiencia y conocimientos, en especial a la Mtra. Leticia Echeverría San Vicente por haber sido la directora de mi tesis.

Un especial agradecimiento al usuario que atendí, desde mi formación hasta el término de mi especialidad, gracias por su confianza, su esfuerzo y todo el conocimiento que también me transmitió.

Agradezco a mi familia fuente de apoyo constante e incondicional que me ha apoyado, impulsado y acompañado en toda mi vida y más aún en los años de mi carrera profesional.

A mis amigos por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa académica un trayecto de vivencias que nunca olvidare.

Resumen

El consumo excesivo del alcohol puede ocasionar discapacidad, accidentes, peleas, práctica de sexo de riesgo y muerte. Los adolescentes quienes consumen en forma excesiva, contribuyen en una alta proporción a este problema. Tras una serie de investigaciones, las intervenciones breves contra el consumo excesivo de alcohol en algunos marcos de la asistencia sanitaria han demostrado ser eficaces a la hora de reducir el consumo entre aquellos que abusan del alcohol.

En esta tesis se presenta una revisión de los datos epidemiológicos relacionados con el consumo de alcohol entre adolescentes y se discute la problemática que representa esta conducta de riesgo para este grupo de edad. Se analizan opciones de prevención para atender este problema en etapas tempranas y se aplica a un usuario el “Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y drogas, PIBA” (Martínez, Salazar & Legaspi, 2005), que es una opción de prevención para este grupo de edad y tiene por objetivo promover un cambio en el patrón de consumo, con la intención de evitar los problemas de salud y personales asociados con el consumo de drogas en adolescentes.

Los resultados en este usuario apoyan la evidencia de que las intervenciones breves son efectivas para el trabajo con adolescentes que tienen problemas de consumo de alcohol excesivo, con base a lo cual se considera que este programa de intervención puede ser usado por el personal de salud para los adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas.

Palabras clave: Consumo excesivo de alcohol, adolescentes, Intervenciones breves, PIBA.

Abstract

Excessive consumption of alcohol can cause disability, accidents, fights, practice risky sex and death. Teens who consume excessively, contribute a large proportion to the problem. After a series of investigations, brief interventions against excessive alcohol consumption in some frames of healthcare have proven effective in reducing consumption among those who abuse alcohol.

This thesis presents a review of the epidemiological data concerning alcohol consumption among adolescents and the problems posed by this risk behavior for this age group is discussed is presented. Prevention options are analyzed to address this problem in early stages and applied to a user's "Brief Intervention Program for adolescents who start drinking and drugs, PIBA" (Martinez, Salazar & Legaspi, 2005), which is a prevention option for this age group and aims to promote a change in the consumption pattern, with the intention of avoiding the problems associated with personal health and drug use in adolescents.

The results in this user support evidence that brief interventions are effective in working with adolescents who have problems with excessive alcohol consumption, based on which it is considered that this intervention program can be used by health workers to teens who start drinking alcohol and other drugs.

Keywords: Excessive consumption of alcohol, adolescents, brief interventions, PIBA.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, considera que la atención a los problemas relacionados con el alcohol, se han vuelto una prioridad a nivel mundial, debido a las consecuencias en la salud de las personas que lo consumen, así como a los serios problemas sociales de diversas índole asociados con las adicciones.

En la actualidad, la investigación referida al consumo de drogas entre la población adolescente, enfatiza el uso excesivo de drogas tanto legales como ilegales. En particular en adolescentes el consumo de bebidas alcohólicas está en incremento de forma preocupante, según revela la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, refiere que el consumo abusivo de drogas legales e ilegales, representan en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad en general.

Por lo anterior se han desarrollado diversas investigaciones dirigidas a explicar por qué los adolescentes inician el uso de drogas y por qué muchos de ellos permanecen consumiendo. A partir de estos estudios se ha determinado un amplio conjunto de factores que contribuyen al problema y que han sido definidos como “condiciones” que correlacionan e influyen el consumo y los patrones de dependencia.

Estudios recientes muestran que los adolescentes que inician un consumo excesivo de alcohol presentan sutiles alteraciones en el funcionamiento del cerebro, la memoria de trabajo y la atención resultan ser menos eficientes y esto podría llevar a los jóvenes a tener menor éxito académico y laboral (Medina-Mora, Robles, & Corina, 2009).

Ante la creciente problemática se ha recomendado la aplicación de las intervenciones breves (prevención indicada), sobre todo debido a su gran nivel de efectividad, así como a su bajo costo.

En esta tesis se reportan los resultados de la aplicación del “Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician en el consumo de Alcohol y otras drogas” -PIBA- (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos, & Ayala, 2012), en un

caso de un adolescente. Este programa constituye una respuesta ante la demanda de tratamientos especializados para el abuso de sustancias de jóvenes en México.

El PIBA , es un tratamiento cognitivo conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como el alcohol, la marihuana, la cocaína y los inhalantes; que reportan problemas relacionados y no presentan dependencia hacia la droga.

Este programa tiene como fundamento la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) es una intervención breve de tipo motivacional, lo que implica que permite incrementar en el usuario su disposición al cambio y un compromiso para cambiar su conducta.

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez et al., 2012) se aplicó estableciendo cinco etapas: Detección el caso, evaluación, inducción, tratamiento y seguimiento. El propósito de esta intervención fue que el adolescente a lo largo de cinco sesiones, analizara ventajas y desventajas de consumir alcohol y tabaco, y de esta manera cambiar su consumo, estableciendo metas de consumo, identificando sus principales situación de riesgo para el consumo, desarrollando planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo y analizar el impacto del consumo del alcohol y tabaco en sus metas de vida en general.

Capítulo 1: Panorama Epidemiológico del Consumo de Alcohol en Adolescentes de México

1.1 Índice de consumo de Alcohol en Adolescentes de México

El abuso del alcohol y el alcoholismo han cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a sus consecuencias sociales y sanitarias. A nivel mundial el consumo de alcohol causa 2 millones 500 mil muertes cada año, se relaciona con las causas de muerte de 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, lo que representa un 9 por ciento de las defunciones en ese grupo de edad, ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad, es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa, adicionalmente está relacionado con problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores además del ausentismo laboral (OMS, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), refiere que el consumo de alcohol es altamente riesgoso y representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y accidentes evitables. Datos en el continente americano, proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (2007), muestran que el consumo de alcohol es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial.

El patrón de consumo, es particularmente alto en los jóvenes de países en desarrollo, como México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile (Monteiro, 2007).

Diversos estudios sugieren que los niños de algunos países del continente americano, están comenzando a beber alcohol a los 10 años de edad, y en los jóvenes que comienzan a beber a edades tempranas aumenta el riesgo a desarrollar dependencia al alcohol entre 4 y 5 veces, lo cual incrementa los índices de mortalidad, debido a accidentes de vehículos, homicidios, suicidios y ahogamientos (Vieira, D., Ribeiro, M., Romano, M., Lanjeira, R., 2007).

Con base en investigaciones recientes, se detecta que el problema del consumo de alcohol en la población mexicana ha incrementado de 68.8 a 71.4%. Esto refleja que la edad en la que un sujeto tiene su primer contacto con el alcohol, coincide con el inicio de la adolescencia (Villatoro, V., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Oliva, N., Bretón, M., López, M., Bustos, M., Medina-Mora, M., Blanco, C. (2009).

Con respecto a la relación entre la edad de inicio y el desarrollo de abuso-dependencia al alcohol, los datos de la ENA 2011, muestran que aquellos hombres que tienen abuso-dependencia al alcohol, en promedio, iniciaron el consumo de alcohol una año antes (=15.9 años) que aquellos que no tienen abuso-dependencia (=17.1 años). En el caso de las mujeres, las que presentan abuso-dependencia al alcohol, iniciaron su consumo a los 16.1 años, y las que no presentan abuso-dependencia en promedio lo hicieron a los 19.5 años.

Algunos datos de encuestas llevadas en México identifican al alcohol como la sustancia de preferencia entre la población adolescente y aunque la mayoría de los jóvenes no comienzan a beber antes de los 14 años, los datos muestran que el consumo de alcohol comienza a edades más tempranas. Lo cual representa el riesgo de consumir otras sustancias como marihuana (Villatoro et al., 2009).

El impacto del consumo de drogas legales afecta directamente el inicio y la prevalencia del consumo de las drogas ilegales y, por otro lado, se mantiene alta comorbilidad entre el consumo de drogas y otros problemas conductuales y de salud mental. La ENA 2008 muestra consistentemente que el retardo en la edad de inicio hacia los 20-25 años del consumo de tabaco y alcohol reduce las probabilidades de desarrollar dependencia a dichas sustancias.

El uso de alcohol se considera una práctica aceptada en diversos escenarios de la socialización del hombre, sin embargo, es considerado un grave problema social en México ya que el consumo, es con mayor frecuencia e intensidad y esto tiene serias implicaciones en las condiciones generales de salud; además por el fácil acceso y por las estrategias cada vez más complejas y sofisticadas del mercado,

éstas tienen un impacto importante en los estilos de vida de las personas y en los patrones de consumo de alcohol, las cuales tienden a simbolizar y construir una cultura en los grupos de referencia a través de esta práctica, pudiendo ser explicado como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje (Tapia C. R. 2001).

Según un estudio realizado en 2009 en México el 71.4% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y 40.9% lo ha consumido en el último mes. En cuanto al consumo de alcohol por edad, se observa que el porcentaje de adolescentes de 14 o menos que ha consumido alcohol alguna vez es de 59.9% y de quienes tienen 18 años o más es de 89.9%. Asimismo, más de la mitad de los adolescentes ha bebido alcohol en el último mes y 38.5% de los estos jóvenes está abusando del alcohol (Villatoro et al., 2009).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) en México el 3.5% de los jóvenes presenta algún síntoma de dependencia al alcohol mientras que en el consumo en el rango de edad entre los 14 y 20 años se triplicó del 17% en 1998 al 52.1% en el año de referencia. La población adolescentes entre 12 y 17 años reproduce los patrones de consumo de población adulta, el consumo de grandes cantidades de alcohol se ha incrementado en la población adolescente; sobresale el consumo de alcohol en mujeres adolescentes con fuertes cantidades y en esta población han desaparecido las diferencias entre hombres y mujeres (Medina-Mora, 2012).

La baja percepción que los adolescentes tienen de riesgo al consumir alcohol, fomenta el consumo abusivo de dicha sustancia ya que sólo un 50.2% considera muy peligroso el consumo frecuente tanto hombres como mujeres (Villatoro et al., 2009).

El consumo de alcohol en nuestro país se caracteriza por ser poco frecuente pero cuando se consume es en altas cantidades (cinco o más copas por ocasión en hombres y cuatro o más en mujeres). Esto conlleva a que el abuso de alcohol

representa un elevado costo para el país, por su contribución a la mortalidad prematura debido a su relación con el incremento de daños físicos y emocionales en quienes lo consumen, siendo la tercera causa de muerte en los hombres y la sexta en las mujeres (INEGI, 2007).

El consumo de alcohol en los adolescentes también se asocia con una serie de conductas problemáticas como, ser más propensos a involucrarse en conductas de riesgo tales como beber y conducir, la práctica de relaciones sexuales sin protección, y además, aumenta el riesgo de cometer actos violentos y delincuencia, así como de presentar problemas de salud mental como depresión y suicidio. Esta población tiene más probabilidad de ser víctima de delitos violentos como la violación, el asalto agravado y el robo, además de presentar ausentismo escolar, mala conducta dentro de la escuela y bajo rendimiento académico (Villatoro, V., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Oliva, N., Bretón, M., López, M., Bustos, M., Medina-Mora, M., Blanco, C. 2009).

1.2 Factores de riesgo y de protección

La investigación en consumo de sustancias no solo se ha dirigido a conocer la prevalencia del fenómeno, sino también a conocer sus diversas consecuencias y los factores asociados. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2007), un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud.

Define a un factor protector como las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

A su vez, divide los factores de riesgo en externos e internos; los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Hawkins, Catalano y Miller (1992) señalan como factores de riesgo para el caso de drogas por parte del adolescente, los siguientes:

- ✚ Los factores de riesgo de la comunidad: Consideran los aspectos que describen el ambiente deteriorado en que viven los adolescentes, como los barrios relacionados con el crimen y con pocas esperanzas de superación por lo que es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas. El poco apego a la comunidad, el vandalismo, la escasa vigilancia de los lugares públicos, la transición de las escuelas, las altas tasas de movilidad y la disponibilidad del alcohol y otras drogas en una comunidad, están asociadas con un incremento de riesgo de que los adolescentes abusen de estas sustancias.
- ✚ Los factores de riesgo familiares consideran estrategias de manejo inadecuado de la familia, incluye indicadores tales como; carencia de expectativas claras, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigos excesivamente severos o inconsistentes, así mismo el uso de drogas por los miembros de la familia y las actitudes positivas hacia su uso, los conflictos entre los miembros de la familia y la poca unión familiar, favorece que los niños abusen de estas en la adolescencia.
- ✚ Los factores de riesgo escolares incluyen indicadores tales como; conductas antisociales a edades tempranas como la agresividad, aislamiento, abandono o hiperactividad, así mismo el fracaso académico y el bajo compromiso con la escuela hacen que se incrementen las posibilidades del consumo y abuso de drogas en el ámbito escolar.
- ✚ Los factores de riesgo personal son algunas características o indicadores que incluyen la insatisfacción que tiene el adolescente de no sentirse parte de la sociedad, el no aceptar reglas o no creer en los intentos de conseguir el éxito o ser responsables, así mismo el tener una conducta antisocial en la adolescencia temprana, como el dejar de ir a la escuela, el incurrir en

peleas con otros niños y desarrollar conductas delictivas, el tener amigos que consumen drogas y actitudes favorables hacia el consumo de drogas, coloca a los adolescentes en mayor riesgo de consumir sustancias adictivas.

Las personas con problemas de salud mental son más propensas al abuso de alcohol. De acuerdo con la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness): Casi el 50% de las personas con trastornos mentales graves se ven afectadas por el abuso de alcohol o de drogas.

La ansiedad y la depresión son las formas más comunes de enfermedad mental. Muchas personas con depresión y ansiedad usan el alcohol para sentirse mejor. El alcohol afecta la misma parte del cerebro que controla nuestros estados de ánimo. Cuando una persona deprimida o ansiosa bebe, se siente mejor. Sin embargo, esto solo dura un período breve. Luego de que desaparece el efecto del alcohol, generalmente, se siente peor. Por lo tanto, bebe nuevamente y el ciclo autodestructivo continúa (York, J. L., Welte, J., & Hirsch, J. 2003).

Adolescentes tímidos a quienes les falta confianza indican que mientras se encuentran bajo la influencia de las drogas o del alcohol hacen cosas que de otra manera no se atreverían a hacer.

Algunas características de la etapa adolescente facilitan el consumo de alcohol y otras drogas, que generalmente se inicia durante este período evolutivo, ya que es un periodo de cambios fisiológicos, afectivos, conductuales, neurales y cognitivos. A nivel conductual, los cambios más significativos están relacionados con un incremento de las relaciones sociales, haciendo hincapié en la interacción con sus pares, la búsqueda de sensaciones y la mayor prevalencia de conductas de riesgo (Casey, Jones y Hare, 2008).

En cuanto a los factores de protección, Hawkins y colaboradores (1992), señalan que se deben fortalecer los medios protectores para con ello inhibir el abuso de drogas a pesar de su exposición al riesgo y destacan como factores protectores los siguientes:

- ✚ Cambios de normas sociales, este esfuerzo incluye a los movimientos de la comunidad antidrogas, campañas informativas y cambios en las políticas. Especialmente la influencia publicitaria contra el uso de drogas, los medios de comunicación y la industria publicitaria han cooperado con un proyecto de publicidad antidroga a nivel nacional para reforzar las actitudes en contra del uso ilegal de drogas.
- ✚ Estrategias de resistencia a la influencia social, la asociación con personas que consumen drogas es la razón más importante al inicio en el consumo de drogas en los jóvenes. Para combatir la influencia social a los estudiantes hay que enseñarles a través de instrucción cómo identificar y resistir las influencias para el uso de drogas; en ocasiones hay que prepararlos para combatir las dificultades asociadas y las presiones anticipadas en el proceso para resistir dichas influencias. Muchos de estos programas también buscan promover las normas y actitudes antidrogas. También se puede incluir el entrenamiento en la solución de problemas y de cómo tomar decisiones para aumentar el control propio, la eficacia propia, las estrategias de adaptación para aliviar la tensión, ansiedad, habilidades interpersonales y habilidades asertivas en general.

Como modelo de prevención y para obtener resultados positivos, se deben mejorar los factores de protección tales como el aumento de los lazos familiares y las normas en contra del consumo de drogas, aunado a programas que promuevan tales factores, como son una educación a tiempo de los adolescentes, un buen soporte familiar, entrenamiento a los padres, promoción de habilidades sociales en la escuela, promoción de habilidades académicas y cambios de estrategias organizacionales en la escuela (Bradley, G. & Wildman, K. 2002).

Capítulo 2: Adolescencia

2.1 Definición

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”. La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

El periodo de la adolescencia inicia con la pubertad, etapa que se logra con la madurez sexual y termina con la madurez social que se caracteriza por la adopción de roles y responsabilidades adultas. En este proceso los adolescentes enfrentan diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales los cuales juegan un papel central en el inicio y la evolución del consumo de alcohol así como en sus posibles consecuencias (Medina- Mora, 2009).

Es difícil establecer límites cronológicos para este período: de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud 2011, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

La primera fase se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

En la segunda fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

2.2 Desarrollo físico

El inicio de la adolescencia se caracteriza por modificaciones físicas aparentes que constituyen lo que se denomina pubertad, se observan cambios como el tamaño y la forma del cuerpo, el desarrollo de los órganos reproductivos, entre otros. Independientemente a que edad den comienzo los cambios o se terminen, el proceso de crecimiento físico que se da en esta etapa, presenta el mismo perfil en los distintos individuos.

Palacios (1995), indica que la pubertad abarca al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Mientras que la adolescencia, es un período psicosociológico que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

De manera que la descripción de los cambios físicos no son suficientes para comprender esta etapa, ya que la integración psíquica, social y sexual sobrepasa el mero recuento de estos cambios. Sin embargo, son importantes porque aportan capacidades y potencialidades nuevas, además porque mediante estos cambios el adolescente se aproxima al conocimiento de la personalidad exterior que va adquiriendo (Fuentes, 1985).

Mujer	Caracteres Anatómicos	Caracteres Funcionales
Primarios (genitales)	Ovarios, trompas, útero, vagina, vulva (labios, clítoris), mamas desarrolladas	Libido hacia el hombre, Orgasmo sexual lento y no preciso para la Fecundación, Aptitud concepcional, menstruación, embarazo, parto, lactancia
Secundarios (sexuales)	Predominio del desarrollo pelviano sobre el escapular, Menor desarrollo del sistema locomotor, Menor desarrollo y distribución típica de la grasa subcutánea, Sistema piloso de alcance limitado, Laringe de menor desarrollo	Menor aptitud para la impulsión motora activa y para la resistencia pasiva, Sensibilidad culturalmente concentrada en los estímulos sensitivos y emocionales, Instinto de la maternidad, Voz de timbre agudo

Caracteres Anatómicos y caracteres funcionales tanto primarios como secundarios en la mujer Adolescente (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Hombre	Caracteres Anatómicos	Caracteres Funcionales
Primarios (genitales)	Testículos, epidídimo, conducto deferente, vesículas, próstata, pene, escroto, mamas rudimentarias	Libido hacia la mujer, Orgasmo sexual rápido e imprescindible para la fecundación, Aptitud fecundante
Secundarios (sexuales)	Predominio del desarrollo escapular sobre el pelviano, Desarrollo enérgico del sistema locomotor, Tejido adiposo subcutáneo distribuido típicamente, Sistema piloso desarrollado y abundante vello distribuido por todo el cuerpo, Laringe de mayor desarrollo	Mayor aptitud para el impulso motor y la resistencia activa, Sensibilidad culturalmente menor ante los estímulos afectivos. Alta valoración social de la función mental, Instinto de la actuación social, defensa y auge del hogar, Voz de timbre grave

Caracteres Anatómicos y caracteres funcionales tanto primarios como secundarios en la mujer Adolescente (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son

menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin, R. 2009)

2.3 Desarrollo Psicológico

La adolescencia puede ser también definida en términos de cambios que ocurren en los procesos cognitivos. El desarrollo cognitivo es otra área de importantes cambios durante la adolescencia (Piaget, 1969, 1970). Durante esta fase se desarrolla el pensamiento abstracto.

Las preocupaciones que los adolescentes expresan y el uso que hacen de sus estrategias de afrontamiento incluyen un rango de estilos cognitivos y habilidades que reflejan diferentes niveles de pensamiento concreto y abstracto. En cuanto a la adquisición del pensamiento formal, Piaget y sus seguidores consideran que en la adolescencia se culmina el desarrollo cognitivo que se inicia con el nacimiento y cuyos estadios se pueden observar en el curso del desarrollo infantil. En este estadio el individuo desarrolla la capacidad de razonar en términos proposicionales y es capaz de tratar problemas abstractos, basarse en hipótesis, en posibilidades puramente teóricas, en relaciones lógicas, sin preocuparse por la realidad.

Es capaz de emplear la lógica formal, independientemente de todo contenido. Lo posible prevalece sobre lo real, el pensamiento está en condiciones de combinar las operaciones entre sí: una capacidad que permite integrar lo real en el ámbito de lo posible. Estrechamente asociado a la capacidad cognitiva de elaborar operaciones formales, aparece el desarrollo de la conciencia moral.

Según Petersen y Ebata (1984), el razonamiento moral se desarrolla durante la adolescencia de manera que aparece una creciente preocupación por cuestiones de orden social. Se ha considerado que este desarrollo es más pronunciado en

hombres que en mujeres. El desarrollo moral de las mujeres se caracteriza por un mayor énfasis en las relaciones interpersonales lo que distingue el razonamiento moral post convencional, el esfuerzo de los adolescentes por definir sus propias reglas morales, en lugar de acatar simplemente las normas del grupo o de un individuo en particular, del razonamiento preadolescente que se encuentra en el nivel concreto, es que cada individuo reconoce que existe un contrato recíproco implícito entre el individuo y la sociedad.

Blos (1967) definió individualización como un proceso asociado con el desarrollo de relativa independencia de las relaciones familiares, la debilidad de los lazos infantiles y un incremento de la capacidad para asumir un rol funcional como miembro adulto de la sociedad. Blos definió y describió esta tarea como un esfuerzo similar al primitivo para la individualización y el mantenimiento de la constancia del objeto que ocurre cerca del final del tercer año de vida. Entonces, la adolescencia temprana tiene una marcada ambivalencia como resultado de la independencia vs dependencia, particularmente en términos de su propia relación con sus padres. Esta ambivalencia es probable que sea vista en cambios rápidos conductuales y actitudinales en el adolescente.

Erikson (1956) describe que la formación de la identidad del ego durante la adolescencia como una mezcla de elementos de identidad convergentes, que se presentan al final de la niñez, alcanzados a través de un proceso de crisis normativa. La identidad del ego fue conceptualizada por Erikson como la inclusión de un sentido de conciencia de identidad individual, así como una lucha inconsciente por una continuidad del carácter personal. En este proceso de formación del ego, el ego integra identificaciones tempranas de la niñez en una nueva totalidad, en la cual descansa la fundación de la personalidad adulta. La resolución positiva de esta tarea conduce a la identidad del ego, o la continuidad de la auto-definición. La resolución negativa de este reto puede resultar en una confusión del ego, o incertidumbre de quien se es y en lo que se convertirá en el futuro. Este fracaso sobre el logro de la identidad del ego está relacionado con la

categoría de diagnóstico de desórdenes de identidad descrito por la Asociación Psiquiátrica Americana (1980) (DSM-III).

El proceso de individualización se observa más claramente durante las fases tempranas de la adolescencia, mientras que el proceso de formación de la identidad y consolidación está típicamente manifestado durante los últimos estados de la adolescencia. Como resultado de esos procesos, adolescentes pueden modificar típicamente la manera en la que interactúan y se relacionan con los otros. Específicamente, los adolescentes comienzan a incrementar su desenvolvimiento con similares, mientras disminuye su identificación inmediata con miembros de su familia. Además, los primeros estados de la individualización puede resultar en un incremento de un conflicto con los padres, así como intentos de definiciones preliminares del mismo basado en la identificación de las maneras en las cuales sus sentimientos, pensamientos y actitudes pueden diferir de los demás.

Entre los cambios en el procesamiento de la información que ocurren durante la adolescencia se incluyen una mayor capacidad para tomar decisiones y para pensar de forma crítica. El pensamiento crítico aumenta durante la adolescencia se incluye una mayor capacidad para tomar decisiones y para pensar de forma crítica. El pensamiento crítico aumenta durante la adolescencia gracias a la mayor velocidad a la que se produce el procesamiento, la automaticidad y la capacidad, así como la existencia de una mayor cantidad de conocimientos y una gama más amplia de estrategias que se aplican de forma espontánea.

Elkind (1978) definió el concepto de egocentrismo en la adolescencia como una consciencia exacerbada que los adolescentes tienen de sí mismos este concepto comprende dos elementos: la audiencia imaginaria y la fábula personal, referido a la tendencia del adolescente a considerarse invulnerable y pensar que su vida y sus experiencias personales son únicas y no se rigen por las reglas que gobiernan la vida de las demás personas, ha sido frecuentemente propuesto como explicación de la temeridad del adolescente. Esta fábula personal está relacionada con las limitaciones del adolescente para el uso de un razonamiento probabilístico

que le llevará a un cálculo erróneo de los riesgos y a una mayor implicación en conductas arriesgadas.

Gardner (1993) plantea que el hecho de que los jóvenes asuman más riesgos no sería fruto de un razonamiento deficiente. Por el contrario, se trataría de una elección racional y con mucho sentido, ya que para los adolescentes el futuro es más incierto que para los adultos, y demorar la gratificación inmediata en aras de unas ganancias venideras inciertas sería más irracional. El análisis de Gardner también ayuda a comprender las diferencias individuales, ya que la implicación en conductas de riesgo sería mayor entre aquellos adolescentes con unas expectativas de futuro más inciertas y pesimistas.

Otros investigadores han considerado que las conductas de riesgo estarían más relacionadas con un rasgo de la personalidad como es la búsqueda de sensaciones, entendida como una dimensión de la personalidad caracterizada por la necesidad de sensaciones y experiencias novedosas y el deseo de asumir algunos riesgos físicos y sociales por motivo de dichas experiencias (Bradley & Wildman, 2002).

2.5 Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social y el consumo de drogas en adolescentes

En contraste con los modelos de enfermedad que sólo consideran la presencia o ausencia de la enfermedad, donde hay una progresión inevitable hacia el alcoholismo, la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (TCAS) expresada por Bandura (1969), se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos.

Esta Teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo.

Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social.

Además de todos estos factores externos, la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social recalca la importancia de los procesos simbólicos vicarios y auto-reguladores de la conducta:

1. Simbolización. Permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones. Permite al individuo generar y probar alternativas.

2. Anticipación de la acción y establecimiento de metas. Las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal fuerte sobre las acciones. Junto con la simbolización, la anticipación tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.

3. Aprendizaje vicario. Este se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Esta es la raíz de la definición de la teoría, ya que el aprendizaje social –los patrones de conducta y las normas sociales y culturales– se adquieren mediante la observación de un modelo.

4. La autorregulación. Se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones auto-evaluativas.

5. La capacidad auto-reflexiva es la capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo.

6. Determinismo recíproco. En el planteamiento de esta tesis los individuos son agentes activos en determinar su destino, es también en el modelo del aprendizaje social sobre uso y abuso del alcohol una suposición importante, ya que los

modelos médicos asumen al individuo como un enfermo y los modelos biológicos asumen al individuo como un ser pasivo. La Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social supone al individuo con una orientación adaptativa que puede elegir el alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conductas para lograr sus fines.

7. Expectativa de auto-eficacia. La Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social enfatiza el mecanismo de autoeficacia, para explicar cómo el pensamiento afecta a la acción y como los patrones de conducta son seleccionados por los individuos. Este mecanismo se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una determinada acción para tratar efectivamente una demanda. La expectativa de auto-eficacia supone que el individuo tiene habilidad suficiente para afrontar una situación específica, estas expectativas de eficacia influyen directamente sobre el desarrollo y mantenimiento del alcohol, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas.

La perspectiva que enfatiza la TCAS, es que existe una interacción multideterminada entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y es esta interacción de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo nos permite el re-aprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas (Echeverria, Ruiz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012).

Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas que da el usuario a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de estas nuevas conductas, entrenándolo en:

- Habilidades sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo.
- Búsqueda de nuevas alternativas de afrontamiento.

- Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de la conducta más adecuada.
- Manejo y establecimiento de metas.
- Desarrollo de capacidades de autorregulación y autoevaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias.
- Entrenamiento en habilidades de autoeficacia, que permitan al individuo afrontar una situación específica, influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta.

De esta forma la TCAS supone que el individuo puede elegir el alcohol como un medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines. Por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva (Echeverría, et al. 2012).

La TCAS en el campo de las adicciones difiere de las teorías tradicionales de adicción que se enfocan en un modelo de enfermedad médica, enfatizando en la farmacología de las propiedades –psicológicas del alcohol y sus efectos (Collins y Marlatt, 1983 en Echeverría, et al. 2012). El énfasis primario de las teorías biológicas es que es un proceso bioquímico incontrolable donde el individuo adicto es considerado como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos.

La TCAS considera que:

Aprender a consumir bebidas alcohólicas es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura. Gran parte del aprendizaje tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente pruebe el alcohol, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas, y creencias que los individuos tienen acerca del alcohol, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo de bebidas alcohólicas. Los patrones de consumo de alcohol se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo que en las diferentes etapas vitales de desarrollo como la infancia, la adolescencia y la adultez se encuentra que las

creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso del alcohol, difieren en concierto a los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Cellucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979 en Echeverría, et al. 2012). La Teoría del Aprendizaje Social sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes, al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales.

Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso, estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, o psicológica, asimismo, pueden ser de naturaleza heredada o aprendida. Estos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo inicial del alcohol. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en un alto riesgo de abuso en el consumo (Echeverría, et al. 2012).

Las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, ya que la persona al consumir alcohol obtiene beneficios como el reducir la tensión que le causa la interrelación social. De esta forma el alcohol actúa como un reforzador negativo, porque elimina un elemento desagradable del sujeto y al facilitar el contacto social, el alcohol actúa como un reforzador positivo y éste tiene la facultad de elevar el grado de aparición de la conducta que refuerza (Echeverría, et al. 2012).

Ya que el consumo de alcohol puede ser utilizado como una forma de afrontar a corto plazo las demandas de una situación estresante, o aligerar las consecuencias aversivas, es altamente probable que esta conducta se siga presentando, en especial en aquellas personas en las que sus capacidades de afrontamiento se encuentran disminuidas, es decir, en personas que tienen un déficit de habilidades sociales. Los efectos bifásicos del alcohol explican en parte

cómo el alcohol puede elegirse, tanto para reducir estados de afecto negativo, como para incrementar estados de afecto positivo. En estos casos, diversos factores bioquímicos interactúan con factores psicológicos para producir ciertos resultados específicos (Melo, 1968 en Echeverría, et al. 2012).

Una "demanda medioambiental" da como resultado una necesidad o urgencia de consumir alcohol, ya que en el periodo de abstinencia la persona encuentra señales o estímulos que han sido asociados con el consumo del alcohol, y estos disparan una necesidad de consumo que es una respuesta condicionada por los estímulos medioambientales; esta respuesta condicionada provocará que el individuo busque alivio a través del uso del alcohol, lo que eventualmente propiciará un fenómeno de pérdida de control (Pomerleau, Fertig, & Cooney, 1990 en Echeverría, et al. 2012). Así, la reactividad a señales internas y ambientales puede establecer las bases para el consumo excesivo, en donde la primera copa actúa como un estímulo condicionado para continuar consumiendo alcohol.

Dentro de la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social, la tolerancia y la dependencia física al alcohol se consideran determinantes del consumo sostenido de alcohol. Se sostiene que la tolerancia promueve un incremento en el consumo al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso del alcohol, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de alcohol para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud, la tolerancia se adquiere a través del condicionamiento clásico. Por otro lado, se considera que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por los efectos del retiro del alcohol que ocurre en periodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977 en Echeverría, et al. 2012). Es aquí cuando el consumo de alcohol es reforzado de manera negativa, para evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta de alcohol, o sea evita el síndrome de abstinencia.

La dependencia física al alcohol y el síndrome de abstinencia también pueden explicarse como fenómenos que surgen a través de procesos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, las señales medio ambientales del olor o la

presencia del alcohol en sí misma, produce lo que provocará una necesidad adicional de ingerir más alcohol, como un entremés lo produce con la comida (Echeverría, et al. 2012).

En el abuso del alcohol existen también una serie de consecuencias negativas a largo plazo que se empiezan a hacer presentes. Entre estas tenemos: problemas familiares, problemas sociales, y medio ambientales. Podemos mencionar los problemas más comunes que empiezan a formar parte de la vida de los individuos por un uso excesivo de alcohol, pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, además de iniciarse un deterioro de la salud, pudiendo manifestarse una serie de síntomas que hacen evidente su estado de salud. El individuo con un consumo excesivo empieza a estar aislado y con muy pocas alternativas de enfrentar los problemas, por lo que la tensión se ve incrementada. Generalmente hay pérdida de apoyo social, la persona pierde su auto-eficacia y la capacidad de afrontamiento. De esta manera se inicia un círculo vicioso, ya que el individuo se ve a sí mismo poco capaz de enfrentar su problemática, por lo que para disminuir su ansiedad ingiere más alcohol, a mayor consumo aumentan los conflictos, y así en forma sucesiva (Echeverría, et al. 2012).

Existe una serie de factores que afectan el consumo de alcohol, factores sociales, situacionales e individuales. Éstos varían entre individuos y en el momento, por lo que la Teoría del Aprendizaje Social asume que no hay una combinación de factores que se requiera para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medio ambientales específicas. Tampoco existe una progresión inexorable de etapas al alcoholismo; en contraste existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber problemática, sujeta a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternas de afrontamiento (Echeverría, et al. 2012).

Características complementarias del modelo de consumo desde la TCAS:

Hay determinantes distales que pueden predisponer al consumo excesivo de alcohol: actitudes familiares hacia el consumidor, edad de éste, habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores disposicionales genéticos, historia de abuso familiar, influencia de los amigos, y varios más. Los determinantes distales tienen sólo un efecto indirecto en el comportamiento de beber en un determinado momento (Echeverría, et al. 2012).

Hay, por otra parte, determinantes próximos, que pueden fungir como reguladores directos del comportamiento de beber: expectativas del efecto del alcohol, señales internas y externas, factores situacionales, habilidades específicas de afrontamiento, modelamiento, historia previa de consumo y varios más. Los determinantes distales, sólo a través de su influencia en los determinantes próximos, pueden jugar un papel de consideración en el desarrollo y mantenimiento del consumo excesivo de alcohol (Echeverría, et al. 2012).

Capítulo 3: La prevención del consumo de drogas en Adolescentes

3.1 Clasificación de las Intervenciones Preventivas

La meta de los programas de intervención primaria es reducir la incidencia o nuevos casos de desorden. La meta de la prevención secundaria es reducir la prevalencia de un desorden, a través de la detección temprana de los casos que inician un problema. La prevención terciaria se centra en la rehabilitación, con el propósito de aminorar la severidad de los daños asociados con un problema. Este sistema de clasificación de los niveles de prevención ha sufrido críticas debido a la dificultad de distinguir entre la ausencia o presencia del desorden y por lo tanto entre prevención primaria y secundaria (Martínez, Carrascoza, & Ayala 2003).

Debido a estas limitaciones se ha propuesto una nueva forma de clasificar los programas de intervención, considerando principalmente el riesgo del individuo para desarrollar un problema en particular y el costo de la intervención (Gordon, 1987; Institute of Medicine, 1994). Este sistema propone tres tipos de intervenciones preventivas que son: intervenciones universales, intervenciones selectivas e intervenciones indicadas. Los programas universales consideran a la población en general, sujetos que no han sido identificados en riesgo, o con propensión a presentar un desorden. En cambio, los programas selectivos se encargan del estudio de los grupos de riesgo o subgrupos de la población. Finalmente, en los programas indicados se trata a las personas que ya han consumido drogas o que muestran otro tipo de comportamientos problemáticos relacionados.

La mayoría de los programas preventivos para adolescentes, tanto universales como selectivos e indicados, se llevan a cabo dentro de las escuelas debido a que: 1) las escuelas son escenarios naturales que tienen una población cautiva; 2) proporcionan un acceso libre a la población adolescente, que es el blanco de las intervenciones; 3) son escenarios estructurados que permiten realizar una

evaluación; 4) los educadores han reconocido la importancia de los programas de prevención (Botvin, Schinke, & Orlandi, 1995). Desafortunadamente, la mayoría de los programas de prevención implementados para el abuso de drogas en las escuelas, no son los programas más efectivos, principalmente porque no están validados empíricamente (Martínez, Carrascoza, & Ayala 2003).

El objetivo principal de los programas preventivos universales, con adolescentes escolares, es evitar o retrasar la iniciación de consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Estos programas generalmente son cortos y menos intensivos que los programas selectivos e indicados. Las estrategias que se utilizan en estos programas van entre otras, desde la información acerca de los efectos de las drogas hasta la enseñanza de habilidades de rechazo a la bebida, y utilizan aproximaciones como la influencia social (Ellickson & Bell, 1990); modelos de entrenamiento en habilidades (Botvin, Baker, Dusenburg, Botvin, & Díaz, 1995; Gainer, Webster, & Champion, 1993); modelos enfocados a la familia (Kumpfer, Alvarado, & Kendall, 1996); y aproximaciones del cambio de clima escolar (Kumpfer, Turner, & Alvarado, 1991).

Los programas de Prevención Selectiva tienen como objetivo disminuir factores de riesgo o incrementar los factores de protección (Wayne & Black, 1999). La mayoría de los programas de prevención selectiva que se diseñan para jóvenes en alto riesgo, utilizan principalmente la aproximación de entrenamiento en habilidades sociales, como el entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de resistencia, entrenamiento en habilidades escolares, uso del tiempo libre, etc. (Botvin, Baker et al., 1995; Dishion, Andrews, Kavanagh, & Soberman, 1996). Una de las ventajas de las estrategias selectivas es que se dirigen solamente a quienes necesitan desarrollar alguna de las habilidades que se consideran importantes para prevenir el consumo de alcohol u otras drogas y por lo tanto, estas intervenciones permiten un uso más eficiente de los recursos.

Las intervenciones de prevención indicada son implementadas en grupos específicos después de que se ha diagnosticado un desorden y son semejantes a los esfuerzos de tratamiento, centrándose en la prevención de la progresión de un desorden. Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva, y solamente se emplean con jóvenes identificados que presentan el uso y abuso de drogas y consecuencias relacionadas (Breslin, Sdao-Jarvie, Li, Tupker, & Itting-Deland, 2002; Kumpfer, 1999). Ejemplos de estos programas son: terapia familiar (Szapocznick & Kurtinez, 1993), grupos de asistencia para estudiantes, programas de consejo para jóvenes, grupos de padres-iguales para jóvenes problema, líneas telefónicas para jóvenes, e intervención en crisis (Morehouse, 1979; Morehouse, Tobler, & Kleinman, 1995; Tobler, 1986).

De acuerdo a la clasificación de los programas preventivos, en nuestro país se cuenta con algunos programas de prevención para adolescentes escolares, desarrollados por diferentes instituciones. Sin embargo, estos programas tienen un énfasis en la prevención universal, aunque en algunos se añaden componentes para adolescentes de alto riesgo (intervención selectiva). Por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública cuenta con el programa PEPCA para estudiantes desde preescolar hasta secundaria, que está integrado al programa escolar. El Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR) desarrolló un modelo de prevención modificable a partir de un diagnóstico sobre los riesgos; en colaboración con el DIF desarrolló el modelo Chimalli-DIF para prevención comunitaria (Castro, Llanes, Margain, & Carreño, 1999; Castro, Llanes, & Carreño, 1999). Por su parte, Centros de Integración Juvenil (CIJ) diseñó el programa Para vivir sin drogas (Sánchez, 1999).

Estos programas tienen en común que se dirigen principalmente a la población general o a grupos específicos que por sus características se considera que están en riesgo, pero no se dirigen a aquellos grupos de la población que ya consumen sustancias y presentan problemas, por lo tanto no hacen énfasis en la

identificación de esos adolescentes con problemas por el consumo. Además, generalmente estos programas son aplicados a adolescentes de comunidades urbanas y no se establecen estrategias particulares para abordar a los adolescentes consumidores de comunidades rurales.

De las diferentes aproximaciones diseñadas para la prevención y tratamiento de adicciones, resalta la investigación que incluye el uso de los principios derivados de la Teoría del Aprendizaje Social (Abrams, Elder, Lasater, Carlton. & Artz, 1986; Nathan, 1983). Dentro de este marco de referencia se han desarrollado las intervenciones breves, las cuales han probado su efectividad principalmente en población adulta que abusa del alcohol (Alden, 1988; Ayala y cols., 1998; Hester & Miller, 1995; Sanchez-Craig, y cols., 1984). Sin embargo, en los últimos años, las intervenciones breves se presentan como un modelo de prevención selectiva prometedora para los adolescentes que abusan del alcohol u otras drogas (Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Itting-Deland, V. 2002).

3.2 Prevención Indicada: Intervenciones Breves

La palabra "tratamiento" o intervención incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objeto. Puede tratarse de una sola sesión o bien de opciones donde el paciente es internado durante periodos relativamente largos. En este amplio rango de opciones, destacan las llamadas intervenciones breves.

La descripción de La Organización Mundial de la Salud (1996) es: "estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa".

La detección temprana e intervención breve en problemas de alcohol representa, el objetivo central de muchas investigaciones realizadas durante la década de los años ochenta. Los hallazgos de algunos de esos estudios coinciden en señalar que ciertas estrategias sencillas, tales como el consejo breve, pueden ser efectivas para la reducción del consumo del alcohol entre la población que consume excesivamente, sin presentar síntomas de dependencia (Martínez y cols., 2005).

Las intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol y otras drogas, constan de un mínimo de sesiones (desde una sesión de consejo hasta un máximo de 6 u 8 sesiones). Sus ventajas consisten en ser de bajo costo, de rápida aplicación y mostrar efectos inmediatos. La evidencia experimental señala que los resultados son perdurables en el tiempo (Echeverría, Carrascoza & Reidl, 2007).

Las intervenciones breves son “oportunistas”, en el sentido de que sus destinatarios todavía no se han quejado de tener un problema con el alcohol, pero han sido identificados a través de un chequeo o de cualquier otro medio como individuos que consumen alcohol a niveles que comportan riesgo o daño tanto para su salud como para su bienestar. Dichas intervenciones se efectúan en parte con el fin de lograr una identificación temprana y una prevención secundaria de problemas graves con el alcohol, así como para contribuir al funcionamiento de las medidas tomadas por la sanidad pública para reducir la alta prevalencia de bebedores de riesgo y de bebedores a los que el alcohol resulta nocivo, y que encontramos hoy en día en casi todas las sociedades. Las intervenciones breves no van dirigidas a bebedores problemáticos con niveles de dependencia y con problemas derivados de dicho consumo, quienes necesitan tratamientos más intensivos en centros especializados (Echeverría, et al. 2007).

Las intervenciones breves son prometedoras en el abordaje precoz de los problemas relacionados con el alcohol y por lo tanto para reducir el daño que

causan en los pacientes y la sociedad. Muchos estudios a nivel internacional sobre evaluación de la efectividad de intervenciones breves para consumo de riesgo y perjudicial del alcohol, muestran que las intervenciones breves encabezan la lista de métodos de tratamiento basados en la evidencia (Babor et al., 2004).

Estas intervenciones facilitan que los profesionales de la salud adecuadamente capacitados, puedan identificar e intervenir a los adolescentes con consumo riesgoso o dañino. La atención y la información proporcionada por estos profesionales es muy importante no solo en el manejo del consumo excesivo sino también en su prevención. Cuando el consumo excesivo de alcohol forma parte del cuadro clínico, la información o intervención proporcionada por el personal de salud durante la consulta es importante para el usuario (Medina-Mora., 2012).

Los profesionales de la salud y las clínicas de atención primaria, las instituciones de salud pública, las instituciones de educación media y media superior están en condiciones de tener un puente entre los esfuerzos de la prevención primaria para impedir que se desarrolle un problema de dependencia y evitar un daño orgánico grave mediante la reducción del consumo en la persona (Medina-Mora., 2012).

Los elementos comunes de una intervención breve efectiva son:

- Retroalimentación sobre los riesgos que se corren al beber en exceso, este conocimiento puede producir un gran impacto para lograr resultados efectivos.
- Hacer énfasis en la responsabilidad personal que tiene el cliente o usuario por su forma de beber, y que el cambio es una decisión personal.
- El consejo debe ser claro y enfático, puede ser hablado o en forma escrita.
- Tener varias alternativas para el cambio, aprovechar las fuentes de recursos personales del cliente para lograr reducir su forma de beber.
- El estilo del terapeuta debe ser empático, hay claras evidencias de cómo el estilo terapéutico afecta de manera positiva los resultados en una intervención breve (Miller, 1985).

- Finalmente se ha encontrado que la conciencia de ser eficaz logra en los clientes una percepción de optimismo y poder, que ayuda para que se pueda dar el cambio.

Las técnicas de intervención breve para el tratamiento del consumo de alcohol o de otras drogas han mostrado gran generalidad en su aplicación, así como un alto grado de eficacia, ya que se encuentran sustentadas en los principios psicológicos derivados de la teoría cognitivo social o del aprendizaje social y la investigación experimental.

3.3 Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas

En México se desarrolló el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (Martínez. 2003), que incluye los principios básicos de la teoría del aprendizaje social, tiene como objetivo incidir sobre el patrón de consumo de sustancias en los adolescentes, y los problemas relacionados con el consumo. El programa tiene una duración de cinco sesiones y está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior entre los 14 y 18 años de edad, cuyo consumo de alcohol o drogas se encuentre en un período no mayor de los dos años, en forma de abuso temprano o abuso en algunas situaciones (Winters, 2001), sin ser precisamente dependientes a la sustancia (de acuerdo a los criterios del DSM-IV), y que presenten problemas relacionados con ese consumo.

El programa de intervención breve para adolescentes está diseñado para implementarse dentro de escuelas secundarias y bachillerato, a través de cinco etapas: 1) Detección de casos, 2) Evaluación, 3) Inducción al Tratamiento, 4) Tratamiento de cinco sesiones, y 5) Seguimientos al mes, tres y seis meses de concluido el programa (Martínez y cols., 2005).

Entre los elementos del programa de intervención breve para adolescentes se encuentran los incisos: 1) identificar a los adolescentes en las etapas tempranas del consumo de alcohol y otras drogas, 2) advertirle sobre las consecuencias

negativas de continuar con el consumo, 3) incrementar la disposición a cambiar su patrón de consumo, 4) incrementar su auto-eficacia para controlar sus principales situaciones de consumo (Wagner y cols., 1999).

Parte fundamental de la aplicación del programa para adolescentes es la identificación temprana de los casos, ya que estos jóvenes no llegan a solicitar el servicio para cambiar su patrón de consumo, ya que la mayoría de ellos no consideran su consumo como problemático. Los adolescentes cuando consumen drogas o alcohol, generalmente son detectados por los maestros o directivos de las escuelas, y estos los suspenden o expulsan. En algunos casos los canalizan a algún centro de atención para personas con adicciones. Estos adolescentes al llegar a los centros de atención (si el adolescente y su familia consideran problemático el consumo y que requiere de atención) en la mayoría de los casos, no reciben un tratamiento adecuado a su situación, ya que no son dependientes de la sustancia, y los problemas que presentan por el consumo no son graves. Por tanto, la identificación de los casos es un elemento básico de acción y sólo podemos hacer esta identificación al involucrar a los usuarios potenciales (en este caso los adolescentes en general). También es indispensable desarrollar estrategias para detectar los casos en las escuelas, con la finalidad de ofrecer los servicios de atención en las propias instituciones educativas, sin que el adolescente sufra las consecuencias, como la suspensión o expulsión.

Por lo tanto, la labor de este programa es la detección temprana, que es una de las metas fundaméntales de los modelos de intervención breve a través de los usuarios potenciales, con el propósito inicial de que los involucrados puedan conocer el programa de intervención breve, sensibilizarse acerca de la importancia de la prevención de adicciones y finalmente, que los adolescentes identifiquen su propio consumo como problemático o no problemático de acuerdo a una medida de tamizaje.

Capítulo 4: Metodología

Objetivo General:

Evaluar en un adolescente, el impacto del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inicia en el Consumo de Alcohol, en la disminución de su patrón de consumo a niveles de bajo riesgo, favoreciendo la autoeficacia en situaciones de riesgo.

Objetivos específicos:

- Propiciar la elaboración de planes de acción, para enfrentar situaciones de riesgo en el consumo de alcohol.
- Analizar la aplicación de técnicas como son el Balance decisional y el Establecimiento de Metas de Vida del PIBA, a las condiciones específicas del adolescente.

Hipótesis Conceptual:

En la presente intervención se espera desarrollar habilidades de autocontrol para que se favorezca la autoeficacia y el patrón de consumo a niveles de bajo riesgo, tras recibir el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras drogas.

Definición Conceptual de las Variables:

Patrón de Consumo: Cantidad o frecuencia que se consume la droga en un periodo de tiempo establecido (Martínez, et al. 2012).

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA): Tratamiento especializado para el abuso de sustancias de jóvenes en México, cuyo objetivo es reducir el patrón de consumo y los problemas relacionados con estudiantes de secundaria y preparatoria que inician un consumo abusivo de sustancias adictivas (Martínez, et al. 2012).

Autoeficacia: Es la confianza auto-percibida para resistir la urgencia de consumir drogas ante diversas situaciones (Annis, Graham & Marlin, 1992).

Habilidades de autocontrol: Proceso por el cual el individuo cambiaría su probabilidad de respuesta, alterando las variables en las cuales la respuesta es una función, teniendo una gran influencia del entorno social (Skinner, 1953)

Diseño:

Se empleó un diseño de caso único (n=1), intrasujeto, medidas repetidas o series temporales con evaluación pre, post intervención y seguimiento a los 6 meses. En este diseño de caso único se utilizó un solo sujeto de estudio, y se trabajaron con los datos obtenidos bajo condiciones tanto de ausencia como de presencia de tratamiento. Este diseño permite evaluar el efecto de la intervención en el adolescente respecto a sus habilidades de autocontrol y cambios en su patrón de consumo (Kratochwill, T. & Mace, F. 1984).

Participante:

Como parte de las prácticas supervisadas en la Especialización Intervención Clínica en Niños y Adolescentes se reporta el caso de un Adolescente masculino de 16 años de edad que refiere como motivo de consulta el consumo de alcohol.

Instrumentos:

Se aplicaron los siguientes instrumentos de acuerdo al programa de Intervención Breve para Adolescentes que se inician el consumo de Alcohol y otras drogas

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997):

Tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas, no detecta adicción sino los casos de jóvenes que presentan problemas en diversas áreas y que podrían favorecer el desarrollo de una adicción.

Es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, 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 los objetivos de este programa solo se utilizó el área uso/abuso de sustancias que contiene 17 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (si/no). A partir de una respuesta afirmativa a uno de los 17 reactivos, se recomienda evaluar al adolescente ya que esto indica la presencia de problemas asociados con el consumo. Dado que la mayoría de los adolescentes tiende a responder de manera afirmativa alguna de las preguntas, se ha establecido un criterio de calificación más estricto que logre identificar aquellos usuarios que realmente presenten problemas relacionados con el consumo y sean ellos quienes reciban la atención. Los reactivos que describen los indicadores más claros sobre la conducta de consumo son: 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17.

La adaptación del cuestionario en población mexicana determino un alfa de 0.9057

Entrevista Inicial para Adolescentes (Campos, Martinez & Ayala, 2001):

Entrevista estructurada, de 121 preguntas, que tienen que ver con su consumo y su vida familiar-social en general. Esta entrevista tiene el objetivo de evaluar la historia de consumo (inicio, problemas relacionados, asistencia a otros tratamientos) y algunos de los factores relacionados con el consumo. Este instrumento consta de varias dimensiones: datos de identificación, historia del consumo de drogas, consecuencias del consumo, área de salud, área escolar y laboral, administración del tiempo libre, área familiar, área de sexualidad, riesgo suicida y satisfacción personal; con el fin de obtener información que permita conocer y presentar elementos relacionados, consecuencias y posibles problemas y/o riesgos a los que se enfrenta debido a la ingesta de alcohol u otras drogas.

Línea Base Retrospectiva LIBARE (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979):

Este instrumento es un calendario, que tiene como objetivo, identificar el patrón de consumo en cuanto a los días en los últimos 6 meses, y la cantidad tomada en un día típico, criterios decisivos para la inclusión al programa. Se proporciona elementos que permitan que el usuario recuerde los días de su consumo (días festivos, fechas especiales, el número de tragos estándar, fechas significativas para el usuario, etc.). Este instrumento permite una comparación del nivel de consumo antes, durante y después de la intervención.

La confiabilidad y validez de este instrumento ha sido establecido en poblaciones de adultos usuarios de alcohol. Recientemente, su confiabilidad se ha demostrado con poblaciones de bebedores que no abusan del alcohol y en poblaciones de estudiantes entre 20 y 28 años de edad (Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986).

La evidencia de la validez de este instrumento se obtiene de su aplicación clínica, en donde se comparó el reporte de la línea base con registros oficiales indicando un alto grado de correspondencia tanto de datos de duración como de incidencia. Puntajes altos en la escala de dependencia al alcohol correlacionan positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y un promedio mayor de consumo por día. Por último, se ha encontrado correlaciones positivas entre respuestas del paciente y la de otros informantes (Echeverría & Ayala, 1997).

Indicadores del DSM IV Dependencia a las Drogas (Martín del Campo, 2007):

El cuestionario tiene el objetivo de explorar si el adolescente reporta algún síntoma de dependencia a alguna sustancia de acuerdo a los criterios del DSM IV.

Está conformada por 7 reactivos que miden:

- Tolerancia a la sustancia
- Dependencia física que se manifiesta como abstinencia al suspender la droga.
- Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante tiempos más largos de lo que inicialmente se pretendía.

- Deseos persistentes o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Empleo de tiempo cada vez mayor en actividades relacionadas con la obtención y el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos
- Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia
- Continuación del consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia del daño que ocasiona.

Si contesta si a tres de las preguntas del cuestionario, cumple con los criterios básicos de adicción.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Annis & Martin, 1985; Traducción y adaptación Echeverría & Ayala, 1997):

Este instrumento tiene el objetivo de medir el concepto de autoeficacia, en relación con la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo.

Es un cuestionario que consta de 8 reactivos, pidiéndole al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibida (en un continuo de 0% a 100%) para controlar su consumo en cada una de las situaciones.

Las situaciones medidas por el cuestionario se basan en el trabajo de Marlatt y colaboradores (Marlatt & Gordon, 1980), quienes encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en situaciones personales, en donde el consumo de drogas involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física, se subdivide en 5 categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones Agradables
- Probando autocontrol
- Necesidad física o urgencia por consumir

También encontraron que hay situaciones de grupo en donde influencia significativa de terceras personas está involucrada, se subdivide en tres categorías:

- Conflicto con otros
- Presión Social
- Momentos agradables con otros

El instrumento tiene una consistencia interna de 0.977 (Echeverria & Ayala, 1997).

Procedimiento:

Sesión 1. Admisión: Primer contacto con el adolescente con el objetivo de evaluar los criterios de inclusión al programa, se recabo información respecto al patrón de consumo y se evaluó el nivel de severidad del mismo (uso, abuso o dependencia). Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista inicial
- POSIT

Sesión 2: Evaluación: Dirigida a evaluar el patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el consumo.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Línea Base Retrospectiva,
- Indicadores del DSM IV dependencia a las drogas
- Cuestionario de Confianza Situacional

Al término de la sesión se resumen los aspectos abordados en la misma

Sesión 3: Inducción al tratamiento:

- Retroalimentación de los datos obtenidos en la admisión y evaluación.
- Revisión y análisis de los ejercicios del folleto de retroalimentación
 - Formulación y definición del problema
 - Elaboración de soluciones alternativas

- Toma de decisiones
- Firma del formato de consentimiento
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Graficas del porcentaje de consumo
- Gráfica del proceso de adicción
- Formato de consentimiento

Sesión 4. Balance Decisional y Establecimiento de Meta de Consumo

- Revisión del Auto-registro, análisis de situación de consumo y estrategias utilizadas
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del folleto 1A
 - Decisión de cambiar (Balance Decisional)
 - Establecimiento de Metas
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto-Registro
- Folleto 1ª

Sesión 5. Situaciones de Riesgo y Planes de Acción

- Revisión del Auto- Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas.
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del folleto 2
 - Identificando situaciones de riesgo
 - Desarrollando planes de Acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto- Registro
- Folleto 2

Sesión 6. Metas de Vida

- Revisión del Auto- Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas.
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del folleto 3
 - ¿Cuáles son tus metas?
 - Metas a un mes
 - Metas a seis meses
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto- Registro
- Folleto 3

Sesión 7. Restablecimiento de Meta de Consumo

- Revisión del Auto- Registro, análisis de situaciones de consumo y estrategias utilizadas.
- Resumen de los principales puntos abordados en la sesión anterior
- Lectura y realización de los ejercicios del folleto 4
 - Recordar los elementos más importantes del programa
 - Registro de tu consumo a lo largo del mes
 - Establecimiento de Metas
 - Probando tu confianza para alcanzar tu meta
 - Evaluación del tratamiento
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados:

- Auto- Registro

- Folleto 4

Sesión 8. Seguimiento a 1 mes

- Evaluación de la meta de consumo
- Evaluación del cumplimiento de las metas de vida
- Análisis de situaciones de riesgo y estrategias utilizadas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados

- Formato de guía de seguimiento
- LIBARE

Sesión 9. Seguimiento a 3 meses

- Evaluación de la meta de consumo
- Evaluación del cumplimiento de las metas de vida
- Análisis de situaciones de riesgo y estrategias utilizadas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados

- Formato de guía de seguimiento
- LIBARE

Sesión 10. Seguimiento a 6 meses

- Evaluación de la meta de consumo
- Evaluación del cumplimiento de las metas de vida
- Análisis de situaciones de riesgo y estrategias utilizadas
- Identificación de situaciones de riesgo y realización de planes de acción
- Resumen de la sesión

Materiales utilizados

- Formato de guía de seguimiento a seis meses
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional
- LIBARE

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo Abusivo de Alcohol y Otras Drogas.

Etapa 1 Admisión:

POSIT

El adolescente puntuó "Sí" a 6 reactivos: haber tenido dificultades porque consume bebidas alcohólicas en la escuela y trabajo, perder actividades o acontecimientos porque ha gastado demasiado dinero en bebidas alcohólicas, sentir un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas lo cual le produce cambios repentinos de humor, además sus familiares le han dicho que debe reducir el uso de bebidas alcohólicas, su consumo lo ha inducido a hacer algo que normalmente no haría como desobedecer alguna regla o ley, llegar tarde a casa, y tener relaciones sexuales sin protección.

Pregunta	Sí	No	Pregunta	Sí	No
1	X		9		X
2		X	10		X
3	X		11	X	
4	X		12		X
5		X	13	X	
6		X	14		X
7	X		15	X	
8		X			

Tabla 1. Puntajes obtenidos por el Adolescente en el POSIT, la respuesta positiva en el reactivo 11, como indicador de severidad lo hizo candidato para recibir el tratamiento.

A continuación se describen las características iniciales del usuario en las diferentes áreas de vida obtenidas de la entrevista inicial del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo Abusivo de Alcohol y Otras Drogas.

Situación de consumo: El usuario refiere consumir alcohol desde los 12 años, y tabaco desde los 11 años de forma excesiva, consume en promedio 6 cigarrillos por día, y en el alcohol 7 tragos estándar por ocasión, con una frecuencia de 2 veces por semana. Manifiesta que ha tenido periodos de abstinencia en el caso del tabaco por un mes, sin embargo refiere que le es muy difícil dejar de consumirlo. Ha tenido serios problemas tanto económicos, como familiares y personales al encontrarse bajo los efectos del alcohol.

Situación Escolar: El usuario refiere estudiar Gastronomía faltándole para concluir sus estudios 4 meses, de 1 año 6 meses. Refiere que su desempeño escolar es bueno, obteniendo regularmente calificaciones de 8, sin materias reprobadas, refiere asistir de manera regular a clases. Sin embargo cuando consume alcohol en domingo, se le dificulta asistir a clases o llega tarde al día siguiente, además de que tiene constates llamadas de atención por parte de sus maestros por el mal olor del cigarro impregnado en la ropa.

Situación Laboral: El usuario refiere trabajar 8 horas diarias, en una cafetería como ayudante de chef, su salario es de 850 pesos semanales. Refiere tener llamadas de atención por el mal olor del cigarro y sus constantes retardos al trabajo por haber consumido alcohol un día antes. Refiere que en ocasiones ha llegado al trabajo bajo los efectos del alcohol.

Situación económica: El usuario refiere tener como ingresos económicos 850 pesos para gastos personales y para la compra de material escolar, refiere que este dinero le alcanzaría mejor si dejara de fumar y tomar, ya que el consumo de ambas sustancias le genera muchos gastos.

Situación Social y Recreativa: El usuario manifiesta tener muchos amigos tanto en la escuela como en el trabajo, los cuales también son consumidores principalmente de alcohol. No reporta practicar alguna actividad recreativa.

Aspecto de hábitos personales: El usuario se percibe con suficientes hábitos de higiene. Manifiesta presentar, mal aliento, manchas en dientes y dedos, olor de tabaco en cabello y ropa, frecuentes gripas y problemas de garganta, dificultad para respirar y últimamente ha notado una disminución de los sentidos del olfato y el gusto al estar cocinando ya sea en la escuela o trabajo.

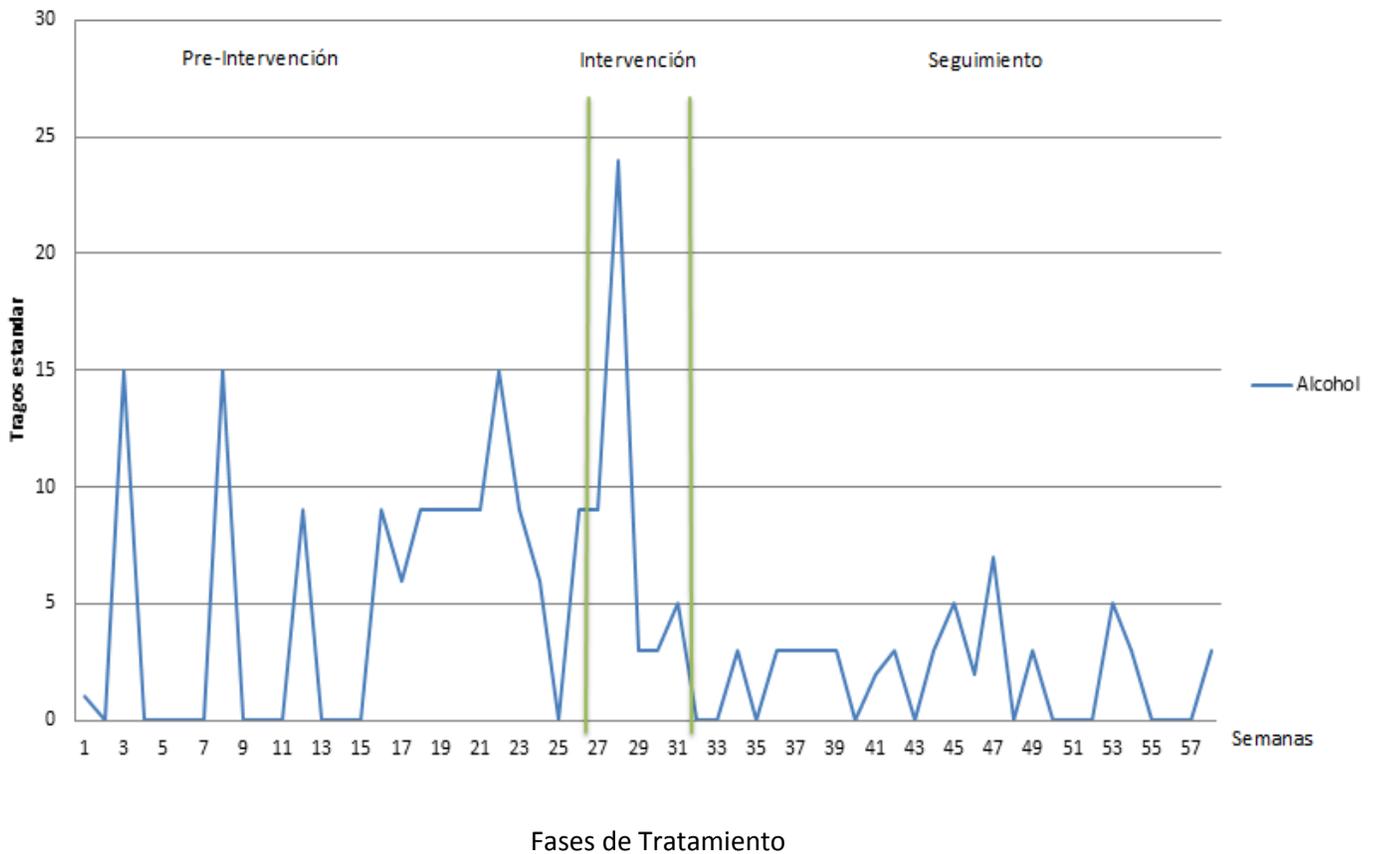
Situación Familiar: El usuario vive con su madre, padrastro, hermanos y medios hermanos, refiere que la madre es enfermera y el padrastro chofer en la delegación, menciona que la mayor parte del tiempo se la pasa fuera de casa debido a la escuela y al trabajo, por lo que casi no convive con su familia.

Situación emocional: Reporta sentirse molesto por la manera en que fuma y toma, ya que este consumo lo ha llevado a tener muchos problemas tanto en la escuela, en el trabajo y con su familia, en ocasiones refiere sentirse triste al recordar estos problemas principalmente porque su familia lo ofende y critica al encontrarse bajo los efectos del alcohol.

LIBARE

En la línea base retrospectiva se observa el patrón de consumo del adolescente, los datos indican que antes de la intervención el total de copas consumidas fue de 145, la cantidad máxima consumida por ocasión fue de 9, cantidad mínima por ocasión 6, y el promedio de copas por ocasión 9, mientras que en el seguimiento el total de copas consumidas fue de 48, la cantidad máxima consumida por ocasión fue de 7, cantidad mínima por ocasión 2 y el promedio de copas por ocasión 4.

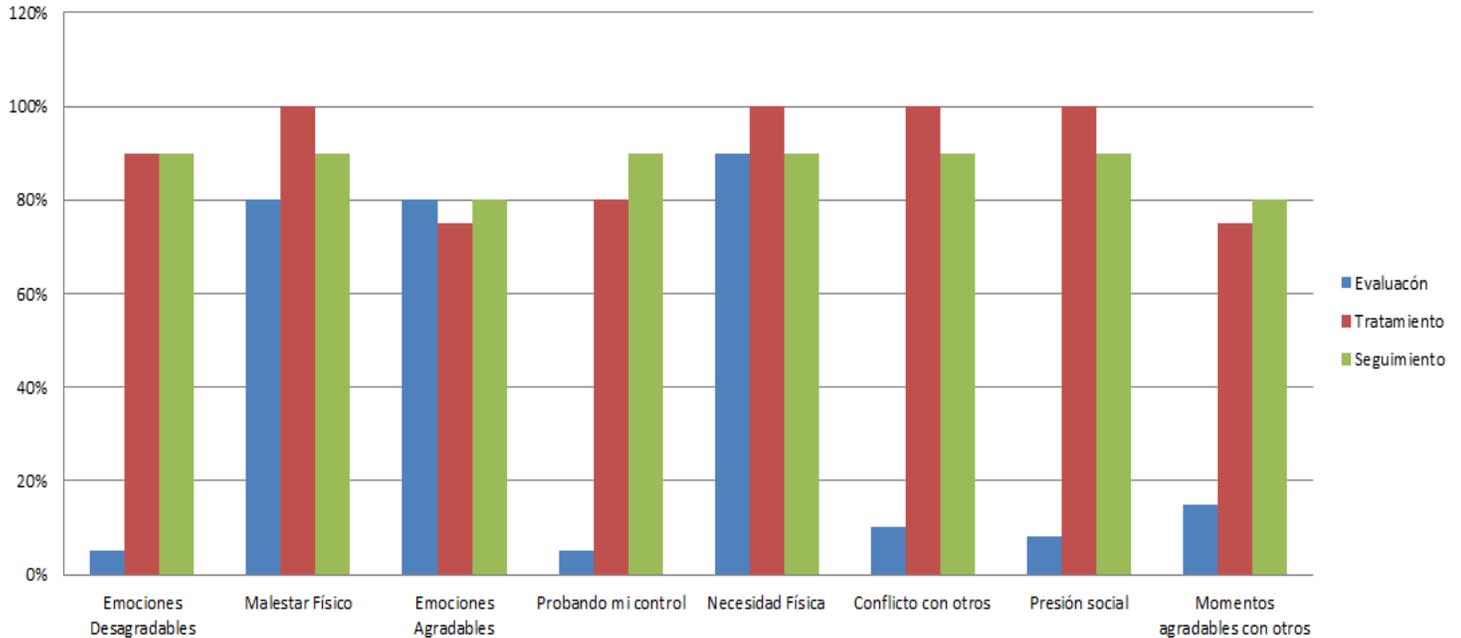
Grafica 1. Muestra el patrón de consumo de alcohol, por semanas antes de la intervención con un consumo aproximado de 7 tragos por ocasión de consumo, y en la fase de seguimiento a seis meses, 3 tragos por ocasión de consumo.



CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

Los datos del inventario reflejan la percepción de usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Muestra las áreas de mayor riesgo durante la evaluación como son presión social, conflictos con otros y momentos agradables con otros; posteriormente, en los seguimientos refirió un nivel de auto-eficacia mayor ante todas las situaciones.

Grafica 2. Puntajes obtenidos en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, en el pre-tratamiento, al término del tratamiento y un seguimiento a seis meses del tratamiento



BALANCE DECISIONAL

Las ventajas y desventajas del consumo de alcohol que el adolescente conoce, para crear la discrepancia e incrementar la disposición al cambio.

	De cambiar	De no cambiar
Ventajas	Mejor salud, disminución de la ansiedad, más dinero, evitar problemas familiares.	No hay
Desventajas	No sabría qué hacer con el tiempo libre, burlas por parte de los amigos.	Crecería la adicción a ambas sustancias, problemas familiares, escolares y laborales, aumentarían los problemas de salud

Tabla 2. Muestra el conocimiento que el adolescente tiene acerca de que, él puede ser su propio agente de cambio.

META DE TRATAMIENTO

La meta de tratamiento que el adolescente estableció fue con el fin de disminuir las desventajas del consumo y aumentar las ventajas fue tomar menos de su consumo habitual, siendo esta meta tres tragos en sábado y domingo.

<p>Yo voy a: <input checked="" type="checkbox"/> Tomar menos <input type="checkbox"/> No tomar</p>	<p>Días de la semana <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input checked="" type="checkbox"/> Sábado <input checked="" type="checkbox"/> Domingo</p>
<p>Cuando voy a tomar: Cuando no corra riesgos personales Cuando no voy a tomar: Cuando me sienta triste</p>	<p>Voy a tomar cantidad: <input type="checkbox"/> Una cuba o cerveza <input type="checkbox"/> Dos cubas o cervezas <input checked="" type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Otra cantidad</p>

Tabla 3. Muestra la meta de tratamiento establecida por el adolescente

SITUACIONES DE RIESGO

<p>Situaciones de Consumo Ir al Billar</p>	<p>¿Cuánto consumiste? 9 Tragos de Cerveza</p>
<p>Cosas Negativas *Cruda (náusea, vómitos, mareos, etc.) *Pérdida del equilibrio. *Disminución de la visión y la audición. *Dificultad en el habla.</p>	<p>Cosas positivas *Te diviertes más. *Te sientes relajado. *Se olvidan los problemas. *Te sientes feliz.</p>

Tabla 5. Muestra cosas negativas y positivas de la situación ir al billar, la cual presenta un riesgo para el consumo excesivo de alcohol.

Situaciones de Consumo Bar	¿Cuánto consumiste? 18 tragos de cerveza
<p>Cosas Negativas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Cruda (náusea, vómitos, mareos, etc.) *Pérdida del equilibrio. *Disminución de la visión y la audición. *Dificultad en el habla. *Peleas o riñas *Problemas de memoria *Gastos inesperados o excesivos en el consumo de alcohol *Retardos en el trabajo 	<p>Cosas positivas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Te diviertes más. *Te sientes relajado. *Se olvidan los problemas. *Te sientes feliz.

Tabla 6. Muestra cosas negativas y positivas de la situación ir al bar, la cual presenta un riesgo para el consumo excesivo de alcohol.

PLANES DE ACCIÓN

Situación 1: Ir al Billar

Plan 1 Ir con una persona que sepa jugar		Plan 2 Comer mucho	
<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Tomar menos *No tomar *Aprender a jugar *Divertirme *Analizar *Relajarme 	<p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Perder dinero por apostar *Desespérame por la presión *No pensar en beber *Interesarse en el juego 	<p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Extasiar mi paladar (disfrutar y saborear mis alimentos). *Tomar menos *No tomar 	<p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Llegar a comer de más y caer en un exceso. *Malestar estomacal *Gasta más dinero

Tabla 7. Muestra los dos planes de acción analizados desde ventajas y desventajas ante la situación de riesgo ir al billar

Situación 2: Ir al Bar

Plan 1 Ir con una amiga		Plan 2 Comer mucho	
Ventajas *Tomar menos *No tomar *Aprender a jugar *Divertirme *Analizar *Relajarme	Desventajas *Perder dinero por apostar *Desespérame por la presión	Ventajas *Extasiar mi paladar (disfrutar y saborear mis alimentos). *Tomar menos *No tomar	Desventajas *Llegar a comer de más y caer en un exceso. *Malestar estomacal *Gasta más dinero

Tabla 7. Muestra los dos planes de acción analizados desde ventajas y desventajas ante la situación de riesgo ir al billar

METAS DE VIDA

La tabla 6 muestra las metas de vida a corto mediano y largo plazo que se planteó el adolescente desde un análisis del impacto de su consumo de alcohol, en el logro de estas.

Plan para mi meta 1

Meta: Terminar la carrera técnica en Gastronomía

A un mes

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
<ul style="list-style-type: none">*Poner mi mayor esfuerzo*Asistir a las clases*Hacer las practicas*Llegar a tiempo a las clases*Estudiar más	<ul style="list-style-type: none">*Terminar la carrera*Hacerme más responsable*Crecer como persona

Plan para mi meta 2

Meta: Dejar de Fumar y Tomar

A un mes

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
<ul style="list-style-type: none">*Terminar la Terapia*Poner en práctica lo que he aprendido*Recordar los problemas de salud que atrae el fumar y tomar.	<ul style="list-style-type: none">*Dejar de Fumar y Tomar*Mantenerme saludable*Ahorrar Dinero

A seis meses

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
<ul style="list-style-type: none">*Poner en práctica lo que he aprendido*Dejar de Fumar y Tomar*Mantenerme saludable*Seguir estudiando	<ul style="list-style-type: none">*Tener Salud*Tener más dinero

Plan para mi meta 3

Meta: Hacer un Bachillerato

A un mes

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
<ul style="list-style-type: none">*Terminar la carrera Técnica en Gastronomía*Buscar una prepa Abierta	<ul style="list-style-type: none">*Encontrar la preparatoria abierta para continuar mis estudios.

A seis meses

¿Qué voy a hacer para lograrlo?	¿Cuál será el resultado?
<ul style="list-style-type: none">*Ingresar a la preparatoria*Estudiar mucho*Responsabilizarme en mis tareas para terminarla.	<ul style="list-style-type: none">*Concluir el bachillerato*Tener el nivel para ingresar a la licenciatura en Gastronomía

Tabla 6. Muestra las metas a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre).

Discusión y Conclusiones

En México el consumo de alcohol es un problema de salud pública que debe ser atendido, cada vez son más los adolescentes que se están involucrando en esta conducta, esto tiene efectos negativos en muchas áreas de vida, por esta razón en esta tesis se muestra una opción de intervención que se ha estado aplicando, para proporcionar atención a quienes empiezan a tener problemas por su forma de beber.

En la bibliografía de adicciones se indica que se inicia el consumo alrededor de los 16 años. Sin embargo, se ha encontrado que la edad de inicio está disminuyendo, llegando así a presentarse en promedio a los 12 o 13 años (Villatoro et al., 2009).

Para favorecer el autocontrol en consumo de alcohol de un adolescente con conductas adictivas se utilizó el Programa de Intervención Breve par Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Martínez et al., 2012) se aplicó estableciendo cinco etapas: Detección el caso, evaluación, inducción, tratamiento y seguimiento. Se cumplió el objetivo de esta intervención ya que el adolescente a lo largo de cinco sesiones, analizó ventajas y desventajas de consumir alcohol, de esta manera cambio su consumo, estableciendo metas de consumo, identificando sus principales situación de riesgo para el consumo, desarrollando planes de acción para enfrentar situaciones de riesgo y analizó el impacto del consumo del alcohol y tabaco en sus metas de vida en general.

Los resultados de esta intervención apoyan que el PIBA, puede reducir el patrón de consumo del adolescente, este cambio no solo se observó al termino del tratamiento, sino que el cambio logrado se mantuvo hasta seis meses después de concluido el tratamiento.

Los resultados muestran que antes de recibir la intervención el adolescente mostraba un patrón de consumo alto, llegando a ser en promedio 9 tragos por ocasión de consumo, presentando dificultades en sus actividades y responsabilidades escolares y laborales, como son las inasistencias y retardos debido a la “cruda” que presenta al día siguiente del consumo.

Durante el tratamiento se observó que el adolescente mantuvo su consumo a niveles de bajo riesgo, siendo 3 tragos por ocasión de consumo y en ocasiones no había consumo, pese a haberse expuesto a situaciones que consideraba de riesgo, lo cual incremento su nivel de autoeficacia.

Cabe mencionar que durante el seguimiento 6 meses logro alcanzar las metas a corto y a mediano plazo que se propuso durante las sesiones, logrando además identificar que algunas de las estrategias revisadas para el consumo las podía aplicar en otras situaciones de la vida cotidiana, como lo son el encontrar un nuevo trabajo y seguir estudiando.

De igual manera los resultados presentados coinciden con el estudio realizado por Baer et al. (1992), quien reporto que la intervención de varias sesiones tenía un efecto significativo sobre la cantidad de tragos consumidos por el adolescente durante el seguimiento lo que implica la importancia de favorecer la adherencia al tratamiento.

La meta que el adolescente escogió sobre su cambio fue la disminución del consumo, decisión muy importante ya que el consumo de alcohol y tabaco es ilegal entre los adolescentes y el consumo es poco aceptado por los adultos, a pesar de estas restricciones, los adolescentes se involucran con el consumo de alcohol. Siguiendo la propuesta del modelo de la reducción del daño (Miller, et al., 2001), la abstinencia no es la única meta válida para determinar la eficacia de las intervenciones, desde esta perspectiva, cualquier cambio que reduzca la conducta es válido. El propósito que se logró fue incrementar el auto-control y la práctica de habilidades de afrontamiento, más que únicamente el logro de la abstinencia.

Se identifica en el adolescente que las habilidades de autocontrol aprendidas en el programa lo han llevado a tomar decisiones en diferentes áreas de vida, como son en la relación con personas de autoridad tanto en casa como en escuela y trabajo, ya que evalúa las posibles soluciones tomando en cuenta ventajas y desventajas valorando cada opción de solución, eligiendo la que lo pone en menor riesgo.

Estas habilidades de autocontrol se lograron observar durante el tratamiento ya que el adolescente disminuyó su patrón de consumo de tabaco, el cual durante la evaluación mencionó consumir 6 cigarrillos diarios, al seguimiento de 6 meses fuma 3 por día y en ocasiones no hay consumo.

La auto-eficacia constituye una variable importante para el mantenimiento del cambio y se relaciona con el número de recaídas que se presentan durante el seguimiento, es decir a mayor auto-eficacia situacional, existe el reporte de un menor número de recaídas (Annis & Davis, 1988). Por lo tanto es importante la búsqueda de estrategias que permitan dentro de la misma intervención un mayor fortalecimiento de la auto-eficacia de los adolescentes para enfrentar situaciones de riesgo para el consumo, en este estudio se observa que en el adolescente aumento después del tratamiento y se mantuvo en el seguimiento a seis meses.

Los resultados apuntan que las intervenciones breves pueden ser efectivas para el trabajo con adolescentes, este modelo de intervenciones breves plantea que cuando los individuos participan en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, se incrementa la probabilidad de obtener resultados positivos en el disminuir el consumo (Miller & Rollnick, 2002).

Es importante comprender que el fenómeno de las conductas adictivas es multicausal y esto puede ser explicado y modificado por medio de los principios conductuales del aprendizaje y que enmarcarlas dentro de una política de salud pública es lo mejor (Medina- Mora, 2009).

El papel de la motivación en el cambio del patrón de consumo en los adolescentes debe ser considerado en cualquier programa de intervención que sea dirigido a esta población. Los adolescentes generalmente están informados acerca de los riesgos que corren por consumir drogas o alcohol, además de que, si así lo desean, pueden negarse a su consumo. Como resultado las habilidades solo sirven en el grado de que los adolescentes quieran utilizarlas.

Desde una perspectiva motivacional la meta es aumentar la disposición de los adolescentes para cambiar sus hábitos y su estilo de vida, e incrementar la

probabilidad de que pongan en práctica las habilidades aprendidas, ya que es importante que el usuario las maneje y controle, esto favorece que cuente con una alternativa para solucionar problemas y evitar el consumo asociado a diferentes problemáticas favoreciendo el incremento de su percepción de autoeficacia.

Para los modelos de intervención breve, es esencial la detección temprana de los casos y no esperar hasta que las personas tengan problemas severos relacionados con el consumo y/o nivel severo de dependencia, la detección de los casos es el primer paso para ofrecer el modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y drogas.

Esta intervención ha mostrado ser efectiva, ya que identifica los problemas de consumo en etapas tempranas, es de bajo costo y rápida aplicación. Muestra cambios inmediatos y resultados perdurables a través del tiempo.

Los psicólogos deben formar capacidades para abordar profesionalmente el problema de las adicciones y en ocasiones en conjunto con otros profesionistas problemáticas severas, es necesario que durante el tránsito de los estudiantes de Psicología por la universidad, comiencen a formarse en la adquisición y desarrollo de competencias con tal propósito, para favorecer la mejoría personal y social de los padecimientos de problemas de consumo.

A los estudiantes de psicología se les debe fomentar que consideren las adicciones como un área de vital importancia dentro de su rango de competencias, ya que dada la incidencia de esta problemática en nuestra sociedad, estarán expuestos a casos que requieran de este tipo de intervención, y es necesario que posean competencias específicas y éticas para abordar el problema de las adicciones y estén motivados por este trabajo.

Solo así, el profesional de la Psicología contribuirá a que se mantenga a las poblaciones alejadas de las drogas, promoviendo y optimizando el bienestar y la salud.

Referencias

Abrams, D., Elder, J., Lasater, T., Carlton, R., & Artz, L. (1986). *A comprehensive framework for conceptualizing and planning organizational health promotion programs*. En M.T. Cataldo y T. Coates (Eds.) *Behavioral Medicine in Industry*. New York: John Wiley & sons.

Alden, L., (1998). *Behavioral self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 280-286.

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª revisión*. Barcelona: Masson.

Argüelles, A. (1991). *El alcoholismo en el Distrito Federal y las distintas estrategias para enfrentarlo*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Babor, T., De la Fuente, J., (2004). *The alcohol use disorder. Identification Test*. WHO Ginebra, pp. 1-24.

Bandura, A., & Perloff, B. (1967). *Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement systems*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 111-116.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart, & Winston.

Bandura, A. (1978). *The self-system in reciprocal determinism*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 33, 334-358.

Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. *American Psychologist*, 37, 122–147.

Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.

- Berenzon, S., Carreño, S., Medina-Mora, M., Juárez, F. y Villatoro, J. (1996). *El uso de alcohol entre la población estudiantil de nivel secundaria y bachillerato en el Distrito Federal*. *La Psicología Social en México*, VI, 554-560.
- Biddle, B. J., Bank, B. J. & Malin, M.M. (1980). *Social determinants of adolescent drinking: what they think, what they do and what I think they do*. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 215-241.
- Blos, Peter. (1967). *El segundo proceso de individuación*. En: *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Borsari, B., & Carney, K. B. (2003). *Descriptive and Injunctive Norms in College Drinking: A Meta-Analytic Integration*. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 331-341.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E., & Diaz, T. (1995). *Long term follow up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population*. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Bradley, G. & Wildman, K. (2002). *Psychosocial predictors of emerging adults' risk and reckless behaviors*. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 253-265.
- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Itting-Deland, V. (2002). *Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in addiction treatment setting*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 1, 10-16.
- Caraveo, A.J., Colmenares, B. E. & Saldivar, H. G. (1999). *Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México*. *Revista de Salud Pública de México*, 41(3), 177-188.
- Casey, B. J., Jones, R. M. y Hare, T. A. (2008). *The adolescent brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126.
- Castro, F., Newcomb, M. & Cadish, K. (1987). *Lifestyle differences between young adult cocaine users and their nonuser peers*. *Journal of Drug Education*, 17(3), 89-111.

Castro, M., Llanes, J., & Carreño, A. (1999). *CHIMALLI: Un modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales*. Cambios de actitud y modificación de los niveles de protección en seis plateles escolares situados en cuatro unidades del país: *Psicología Iberoamericana*, 4.

Cellucci, T. (1982). *The prevention of alcohol problems: Conceptual and methodological issues*. In P. M. Miller & T.D. Nirenberg (Eds.) *Prevention of alcohol abuse*, 15-33, New York: Plenum Press.

Collins, R. L. & Marlatt, G. A. (1983). *Psychological correlates and explanations of alcohol use and abuse*. In B. Tabakoff, P. Sutker & C. Randall (Eds.) *Medical and social aspects of alcohol abuse*, 273–308, New York: Plenum Press.

Cooney, N. L., Baker, L. & Pomerleau, O.F. (1983). *Cue – exposure for relapse prevention in alcohol treatment*. In K.D. Craig & R. J. McMahon (Eds.) *Advances in clinical behavior therapy*, 194-210, New York: Brunner Mazel.

Díaz-Negrete, D., Arellanez-Hernández, J., & Martínez-Teviño, J. (2002). *Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León*. En: *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. México: CONACID.

Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, M. L., Tiburcio, M. A., Ayala, H. (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para bebedores problema*. Centro Nacional para prevención y el Control de las Adicciones: Secretaria de Salud.

Elkind, D. (1978). *El egocentrismo en niños y adolescentes*. Barcelona: Oikos Tau.

Ellickson, P. & Bell, R. (1990). *Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test*. *Science*, 247, 1299-1305.

Erikson, E. (1956). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Erikson, E. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

- Escotto, J. (1999). *El alcohol y sus enfermedades*. México: JGH Editores.
- Fuentes, R. (1985). *Approach-avoidance motivation in personality: Ap-proach and avoidance temperament and goals*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804 - 818.
- Gardner, W. (1993). *Adolescent risk taking*. Newbury Park: Sage
- Gordon, D. (1987). *An operational classification of disease prevention*. En: Steinberg, J., & Silverman, M., (Eds) *Preventing mental Disorder*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Service.
- Gullone, E. y Moore, S. (2000). *Adolescent risk-taking and the five factor model of personality*. *Journal of Adolescence*, 23(4), 393-407.
- Haines, M., & Spear, S. F. (1996). *Changing the perception of the norm: A strategy to decrease heavy episodic drinking among college students*. *Journal of American College Health*, 45, 134-140.
- Hawkins, J. Catalano, R. y Miller, J. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*. 112, 1,64-105. doi: [10.1037/0033-2909.112.1.64](https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64)
- Hernández, R. M. & Lozada, C. C. (1996). *Perfil de consumo de alcohol y otras sustancias en población universitaria de primer ingreso*. Recuperado el 10 de noviembre del 2012, de <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/10/>
- Hershon, H. I. (1977). *Alcohol withdrawal symptoms and drinking behavior*. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 953-971.
- Institute of Medicine. (1994). *Broadening the Base for Treatment for Alcohol Problems*. National Academy of Sciences: Estados Unidos.
- Kershenobich, D. & Vargas, F. (1994). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2007). Encuesta Nacional de Estadísticas Sociodemográficas.

Medina-Mora, M., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M., Mendoza-Alvarado, L., Romero-Martínez, M. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.

Kratochwill, T. & Mace, F. (1984). *Time-series research in psychotherapy*. En M. Hersen, L. Michelson y A. Bellack (Eds): *Issues in psychotherapy research*. New York: Plenum Press.

Kumpfer, K., Alvarado, R., & Kendall, K. (1996). *Evaluation of the Hispanic youth leadership program: Final report*. Department of Health Education, University of Utah, Salt Lake City, Utah.

Kumpfer, K., Turner, C., & Alvarado, R., (1991). *A community change model for school health promotion*. *Journal of Health Education*, 22, 94-110.

Lewis, M. A., & Neighbors, C. (2004). *Gender-Specific Misperceptions of College Student Drinking Norms*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 334-339.

Lindsay M. Squeglia, Carmen Pulido, Reagan R. Wetherill, Joanna Jacobus, Gregory G. Brown, Susan F. Taper (2012). *Brain Response to Working Memory Over Three Years of Adolescence: Influence of Initiating Heavy Drinking*. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, 73, 5, 749- 760.

López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Acevedo, M. & Rojas, E. (1993). *Percepción de riesgo del uso de drogas en una muestra de estudiantes del D.F.*. *Revista de la facultad de psicología*, 33(1), 79-94.

Martínez, K., Carrascoza C., & Ayala, H. (2003). *Una estrategia de diseminación en la psicología: Los talleres interactivos*. *Salud Publica de México*, 1, 5-12.

Martínez, K. I., Salazar, M. L. & Legaspi, E. (2005). Consejo para adolescentes que inician el consumo de alcohol y drogas. Guía para el orientador. Consejo Nacional contra las Adicciones. México, D.F

Martínez, K. I., Salazar, M. L., Ruiz, M., Barrientos, V. & Ayala, H. E., (2012). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Medina-Mora, M. (2012). *Alcohol y Políticas Públicas*. El colegio Nacional: México

Medina-Mora, M., Robles R, Corina D, Real T. (2009). *Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.

Medina-Mora, M., Villatoro, J., López, K., Berenzon, S., Carreño, S., y Juárez, F. (1995). *Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos*. Gaceta Médica de México, 131, 4, 383-393.

Medina-Mora, M., Lara, C., Zambrano, J., Benjet, C., Fleiz, C. (2007). *Alcohol use and alcohol use disorders in Mexico*. Contemporary Drug Problems, 34, 389-410.

Mello, N. K. (1968). *Some aspects of the behavioral pharmacology of alcohol*. In D.H. Efrom (Ed.), Psychopharmacology: A review of progress, 1957- 1967, Public Health Service Publication 1836, 787- 809, Washington, D.C.: Government Printing Office.

Miller, W. R. y Sovereing R. G. (1989). *The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors*. En T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan y G. Marlatt (comp.), Addictive behaviors: prevention and early intervention. Amsterdam, Swets & Zeittlinger, pags 219-231.

Monteiro, M. (2007). *Alcohol y Salud Publica en las Americas un caso para la acción*. EUA: Organización Panamericana de la Salud.

Morehose, E. (1979). *Working in the schools with children of alcoholic parents*. Health and Social Work, 4, 145-162.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación internacional de las* Secretaría de Salud., Consejo Nacional Contra las Adicciones., Dirección General de Epidemiología., Instituto Nacional de Psiquiatría. & Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas, un caso para la acción*. Washington: PAH.

Palacios, J. (9ª ed., 1995). *¿Qué es la adolescencia?*. En C. Coll (comp.). Desarrollo Psicológico y Educación I. Psicología Evolutiva. México: Alianza Psicológica.

Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin, R. (2009) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: Mac Graw Hill

Petersen, A. C. & Ebata, A. T. (1984). *Effects of normative and non-normative changes on early adolescent development*. Paper presented at the first biennial meeting of the society for Research on Adolescence: Madison WI.

Piaget, J. (1970) *Psicología y epistemología*. Emecé: Buenos Aires. McGraw-Hill. Interamericana, S.A. Tapia, C. R. (2001). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.

Plant, M. A. (1979). *Learning to drink*. In M Grant & P. Gwinner (Eds.) *Alcoholism in perspective*. Baltimore: University Park Press.

Pomerleau, A., Fertig, D., & Cooney, L. (1990). *Pink or blue: Environmental gender stereotypes in the first two years of life*. Sex Roles, 22, 359–367.

Sánchez, G., (1999) *Modelo preventivo de centros de integración juvenil. Marco referencial de información, orientación y capacitación*. México: Centros de integración Juvenil, A. C.

Szapocznik, J., & Kurtines, W., (1993). *Family psychology and cultural diversity*. American Psychologist, 48, 400 – 407.

Tapia, C., (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva*. 2a ed. México (DF): El Manual Moderno.

Terán, M. M. (2005). *Las Motivaciones y el Consumo de Alcohol en Jóvenes Universitarios*. Tesis de maestría. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Trockel, M., Williams, S. S., & Reís, J. (2003). *Considerations for More Effective Social Norms Based Alcohol Education on Campus: An Analysis of Different Theoretical Conceptualizations in Predicting Drinking among Fraternity Men*. Journal of College Student Development, 64, 50-59.

Viera, D., Ribeiro, M., Romano, M., Laranjeira, R. (2007). *Alcohol and adolescents: study to implement municipal policies*. Salud Pública 41(3), 1-17.

Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J. & Medina-Mora, M. (2004). *Encuestas de consumo de drogas de estudiantes*. México: ISBN.

Villatoro, V., Medina-Mora, M., Cardiel, H., Fleiz, B., Alcántar, E., Hernández, S., Parra, J. y Néquiz, G. (1999). *La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México*. Salud Mental, 22, 2, 18-30.

Villatoro, V., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M., Oliva, N., Bretón, M., López, M., Bustos, M., Medina-Mora, M., Blanco, C. (2009). *Tendencias del uso de drogas en La Ciudad de México: Encuesta de estudiantes del 2009*. Salud Mental, 34, 2, 81-94.

Wagner, E., Brow, S., Monti, P., Myers, M. & Waldron, H. (1999). *Innovations in adolescents substance abuse intervention*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 23, 236-249.

Wayne, H. & Black, M. (1999). *Theory and Concepts of Prevention Science as Applied to Clinical Psychology*. Clinical Psychology Review. 19. 391-401.

York, J. L., Welte, J., & Hirsch, J. (2003). *Gender Comparison of Alcohol Exposure on Drinking Occasions*. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 790-801.

Zucker, R. A. (1979). *Development aspects of drinking through the young adult years*. In H.T. Blane and M. E. Chafetz (Eds.) *Youth, alcohol and social policy*. New York: Plenum.

ANEXO

ANEXO

Materiales de Tratamiento

Sesión de Inducción: Folleto de Retroalimentación.

REPORTE DE RESULTADOS: ALCOHOL

Tu patrón de consumo se obtiene con base en el calendario de tu consumo. A continuación te presentamos información de este:

En los últimos seis meses

Bebiste un total de 145 copas estándar

Cantidad máxima de copas bebidos 9

Cantidad mínima de copas bebidos 6

Consumiste un promedio de 7 copas por ocasión de consumo

Días de mayor consumo: Viernes y Sábado

Cantidad de cubas o cervezas que tomaste más seguido 9

Mayor número de días de abstinencia 92%

¿Cuándo es un abuso? Más de tres copas por ocasión de consumo

Efectos del alcohol durante un consumo

1 copa o cerveza	Tranquilidad
2 copas o cervezas	Maravilloso
4 copas o cervezas	Alegre
7 copas o cervezas	Malestar
20 copas o cervezas	Muerte

Las siguientes Graficas muestran que el consumo de alcohol es el principal problema de adicción en nuestro país, y afecta especialmente a los adolescentes.

La diferencia en el índice de dependencia entre hombres y mujeres adolescentes es menor que la encontrada entre la población adulta.

Por cada tres hombres adolescentes que presentan posible dependencia hay una mujer; mientras que en la población adulta por cada seis hombres hay una mujer.

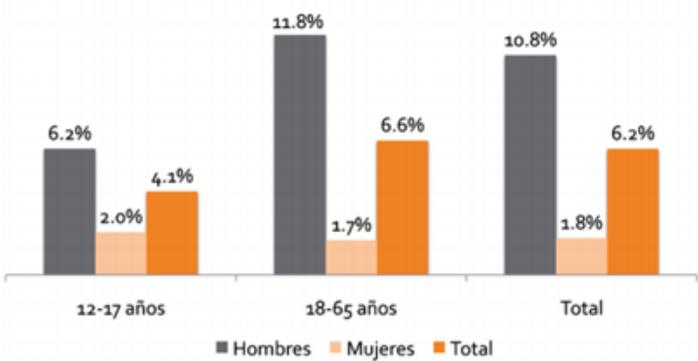
Consumo alto de alcohol en el último año por sexo y edad. México, ENA 2011

- Los adolescentes copian modelos de altos niveles de consumo de los adultos
- Hay menos diferencia entre hombres y mujeres adolescentes que entre hombres y mujeres adultos



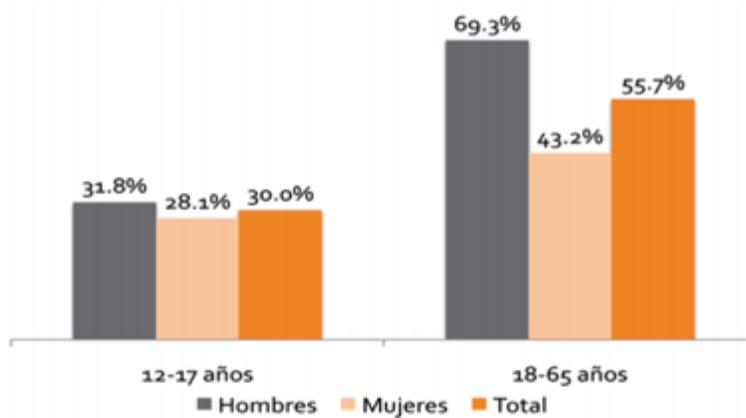
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.

Posible dependencia al consumo de alcohol. México, ENA 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.

Prevalencia de consumo de alcohol en el último año. México, ENA 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.

Edad de inicio de consumo diario

- 14.1 años, similar para hombres y mujeres

Consumo de cigarros por día

- 4.1 cigarros/día para los fumadores en general
 - ▶ 4.2 cigarros/día en hombres fumadores
 - ▶ 3.6 cigarros/día en mujeres fumadoras

Adicción

- 7.1% de los fumadores tienen niveles altos de adicción (65 000)
 - ▶ 8.1% hombres fumadores con altos niveles de adicción
 - ▶ 3.8% mujeres fumadoras con altos niveles de adicción

Exposición a humo de tabaco ambiental

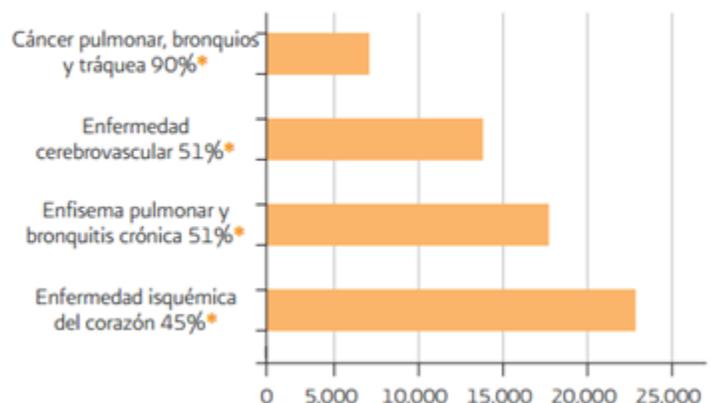
- 36.4% de los adolescentes nunca fumadores están expuestos

Adolescentes (población de 12 a 17 años)

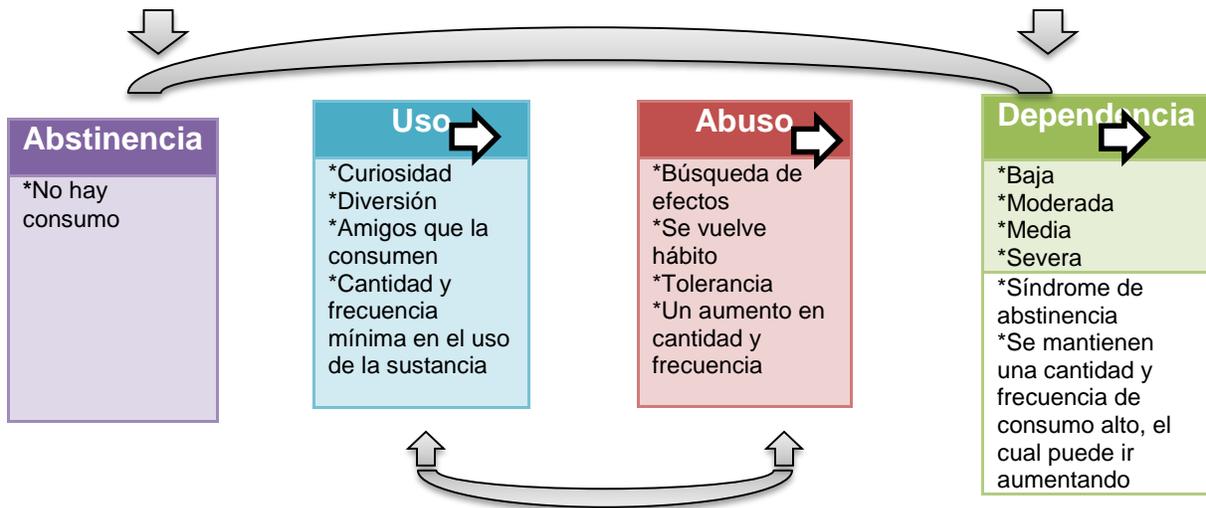
Prevalencia de consumo en adolescentes

- 12.3% son fumadores activos (1.7 millones)
 - ▶ 16.4% de los hombres son fumadores (1.1 millones)
 - ▶ 8.1% de las mujeres son fumadoras (539 000)
- 9.9% son ex fumadores (1.3 millones)
- 77.8% nunca ha fumado (10.5 millones)
- Cambios en el tiempo:
 - ▶ Incremento en prevalencia de fumadoras activas (3.8% ENA 2002, 8.1% ENA 2011), principalmente en el grupo de 13 a 15 años de edad

Número de muertes que ocurren anualmente en México atribuibles al consumo de tabaco.



Proceso de Adicción



Problemas de tomar más de 5 cubas o cervezas

- Peleas
- Cruda
- Accidentes
- Problemas con la familia
- Problemas con la policía
- Problemas escolares o en el trabajo
- Relaciones sexuales sin protección o sin desearlas

Problemas a largo plazo por tomar Alcohol

- Se pierde el control.
- Síndrome de abstinencia (mareos, vomito, temblores, cansancio, etc.)
- Descuido de obligaciones.
- Abandono de hogar trabajo o escuela.

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician en Consumo de Alcohol y otras Drogas:

http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/intervencion_breve.pdf