

01968 1  
15



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

PROGRAMA EN MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**REPORTE DE EXPERIENCIA  
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**GABRIELA MARIANA RUIZ TORRES**

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HÉCTOR E. AYALA VELÁZQUEZ

COMITÉ TUTORAL: MTRA. GUILLERMINA NATERA REY  
DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA  
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA  
DRA. ASUNCIÓN LARA CANTÚ  
MTRA. MARÍA ELENA CASTRO SARIÑANA  
MTRO. HORACIO OSCAR QUIROGA ANAYA



MÉXICO, D.F.

2003

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

**Para ti papá por ser una de las personas  
más importantes de mi vida.**

**Gracias por todo.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a las personas más importantes de mi familia: a ustedes mis padres por darme la vida y la oportunidad de haber sido parte de su familia, por todo el apoyo que me han brindado, y por estar a mi lado en los momentos más importantes, siendo parte de mi historia. A ustedes Irma, Luis y Moni por ser mis hermanos y estar a mi lado para brindarme su apoyo en cada uno de mis logros. Gracias Cris y Mari, por ser uno de los pilares más importantes de mi familia y estar ahí en los momentos más difíciles.

Osito gracias por estar a mi lado, brindarme tu amor y por compartir parte de tu vida conmigo. Gracias también a la Familia Romo González por todo su apoyo y cariño.

Gracias Dr. Héctor Ayala Velázquez por darme la oportunidad de formar parte en su equipo de trabajo y enseñarme el camino de la investigación. Quiero darle las gracias muy especialmente a una persona que ha sido una protagonista muy importante en mi formación como maestra, Mamá Lety (Lic. Echeverría), su apoyo y comprensión marcaron uno de los ejes más importantes del programa de Maestría mientras estuve inscrita.

Kali y Paquito gracias por compartir todos sus conocimientos conmigo y darme la oportunidad de formar parte de su vida, gracias por darme el privilegio de haber compartido su embarazo y los momentos más difíciles de éste.

Annie, Lety, Jennifer, gracias por ser mis amigas y compañeras de trabajo.

Gracias a todos los investigadores, que fungieron como maestros en este proceso de formación académica y que compartieron todos sus conocimientos.

Mil gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser una más de sus estudiantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4

## ÍNDICE

Introducción.....	1
1. Informe General de la Formación Profesional.....	
1.1. Actividades de Primer Semestre.....	3
1.2. Actividades de Segundo Semestre.....	5
1.3. Actividades de Tercer Semestre.....	9
1.4. Actividades de Cuarto Semestre.....	11
1.5. Habilidades y Competencias Adquiridas.....	13
2. Proyectos de Investigación Aplicados a las Conductas Adictivas.....	
Antecedentes.....	14
Método.....	17
Resultados.....	19
Conclusión.....	25
3. Sesión Típica del Ejercicio Profesional.....	
I. Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en Adolescentes.....	27
II. Prevención de las Adicciones.....	30
III. Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas.....	42
1. Sesión de Admisión.....	44
2. Sesión de Evaluación.....	49
3. Inducción al Tratamiento.....	53
4. Primera Sesión del Tratamiento: Balance Decisional.....	56
5. Segunda Sesión del Tratamiento: Situaciones de Riesgo y Planes de Acción.....	58
6. Tercera Sesión del Tratamiento: Establecimiento de Metas de Vida y el Consumo de Sustancias.....	63
7. Cuarta Sesión del Tratamiento: Nuevo Establecimiento de Metas.....	67
8. Seguimientos.....	69
9. Conclusiones.....	73
IV. Conclusiones Generales.....	74
Referencias.....	78
Anexos.....	

# TFESIS CON FALLA DE ORIGEN

1

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es una practica que acompaña al hombre desde que se tiene memoria histórica. Los problemas que suscita su abuso son conocidos también desde hace mucho tiempo, al igual que las medidas que se han intentado para evitarlos. En Mexico estos esfuerzos se realizan desde antes de la época colonial y sus características han variado conforme los conceptos sobre el alcoholismo se ven modificados ante las nuevas evidencias científicas. Leyes, normas y reglamentos demuestran una preocupación permanente por los problemas de salud, económicos y sociales originados por el abuso de alcohol o por su consumo irresponsable.

Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia epidemiológica, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso del alcohol, el tabaco y otras drogas. Sin embargo, la problemática principal radica en el abuso de bebidas alcohólicas, siendo la población juvenil la más vulnerable, ya que esta experimenta el consumo de una copa completa a edades tempranas y de forma explosiva, repercutiendo en los índices de morbilidad y mortalidad, así como en el costo social de la salud pública.

El consumo de alcohol en Mexico se caracteriza por ser episódico, es decir que se presenta en la mayor parte de los casos durante los fines de semana con una gran cantidad de alcohol ingerida en la misma ocasión de consumo, lo cual lleva a las personas a un grado de intoxicación aguda (embriaguez), que desembocan en problemas tales como accidentes automovilísticos, conducta violenta, conducta sexual de riesgo, consumo crónico, trastornos mentales y de la conducta (Medina-Mora, 1995; SSA, 1999).

El uso y abuso del alcohol y otras drogas, es una preocupación creciente para el gobierno federal, las entidades federativas, personal de salud, y para la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos y técnicos, así como la coordinación de las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que permitan implementar estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como una sensibilización y capacitación, a fin de garantizar que las acciones beneficien a la población (SSA, 1999).

Sin embargo a través de la historia, la mayoría de los modelos de intervención propuestos para la atención de conductas adictivas, no mostraban una validación empírica y que se caracterizan por estar fundamentados en modelos de atención de 12 pasos. Ante esta situación se favorece el desarrollo de modelos de intervención con marcos de referencia cognitivo-conductuales que centran su atención en la evaluación sistemática de la efectividad de otros programas de tratamiento para el consumo excesivo (Sobell & Sobell, 1973; Babor & Grant, 1992).

Aun con las importantes aportaciones la psicología conductual, la Psicología continua en un plano secundario en cuanto a la aplicación de un modelo de tratamiento dirigido a las conductas adictivas, siendo resultado de la deficiencia en los modelos de capacitación y entrenamiento especializados en el área. Así mismo, Hickling & Blanchard, (1997), plantean la necesidad de formar recursos humanos capacitados en diversos modelos de intervención que muestren una clara evidencia de su efectividad a fin de hacerlos accesibles a otros profesionales de la salud.

Como parte de la formación de profesionales especializados en diferentes áreas de interés nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, en sus estudios de

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2

Posgrado, desarrolló el programa de Maestría en Psicología Profesional, con Residencia en Psicología de las Adicciones, a fin de dar respuesta a la necesidad de formar personal capacitado en el área de las adicciones, ofreciendo a psicólogos y profesionales afines al área de la salud, un entrenamiento en el manejo de técnicas de intervención, métodos y procedimientos que habiliten a los egresados en:

1. La descripción del fenómeno de las adicciones desde una perspectiva epidemiológica y psicosocial, a fin de elaborar un análisis crítico de los hallazgos, así como la identificación de grupos en riesgo.
2. Desarrollar propuestas de nuevos modelos de intervención a nivel individual, grupal y comunitario, con el objetivo de disminuir factores asociados a la problemática que favorecen la presencia de ésta. Así como la reducción de las consecuencias y problemas psicosociales asociados con el consumo de sustancias.
3. La rehabilitación de personas adictas a través de la aplicación de programas de intervención desarrollados específicamente. Así mismo, ser habilitados en la sensibilización y capacitación de otros profesionales en la aplicación de tratamientos para los diversos niveles de prevención (Primaria, secundaria y terciaria). Y por último,
4. Proponer nuevos proyectos de investigación en el área con objeto de brindar un nuevo repertorio de intervenciones que faciliten la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

El documento que se presenta a continuación, reporta las actividades realizadas dentro del Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, y el cual se constituye de tres secciones. En la Primera de ellas se describen las actividades generales de la formación profesional. En la segunda sección, se muestra el proyecto de investigación aplicado a las conductas adictivas. Y por último en la sección número tres se describe una sesión típica del ejercicio profesional a través de un caso atendido bajo los lineamientos y componentes del Programa de Atención para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol y otras Drogas.



## 1. INFORME GENERAL DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

La comprensión de la problemática relacionada con el consumo de sustancias, implica el acercamiento a ésta a partir de diferentes perspectivas, por lo que como parte fundamental de la especialización, esta comprensión se realizó a través de seminarios específicos, abarcando dos aspectos importantes: la parte teórica y la residencia en el programa, centrandó las actividades a la colaboración del alumno en proyectos de investigación aplicada. A continuación se describen las actividades desarrolladas en la Facultad de Psicología y en las sedes alternas del programa de residencia.

### 1.1. ACTIVIDADES DE PRIMER SEMESTRE

#### FORMACIÓN TEÓRICA

Durante este semestre se impartieron tres seminarios. El seminario *Introdutorio a las Adicciones* a cargo de la Mtra. Guillermina Natera, tuvo por objetivo proporcionar un panorama general del fenómeno de las adicciones susceptible de investigación. El cumplimiento de este objetivo se realizó a través del análisis de tópicos tales como: conceptos básicos de los efectos farmacológicos de las drogas, teorías etiológicas, modelos epidemiológicos aplicados a la investigación, conceptos de uso, abuso y dependencia, construcción de Instrumentos, paradigmas de investigación, modelos de prevención, aspectos de política y narcotráfico nacional e internacional. La evaluación del seminario se realizó a través de la asistencia y participación en clase, un examen escrito, asistencia y participación en las sesiones bibliográficas, exposiciones de temas con la fundamentación teórica y lectura de diversos artículos. Así como la elaboración de un trabajo final.

Así mismo, se llevo a cabo el seminario de *Introducción a la Epidemiología* a cargo del Dr. Fernando Wagner, este seminario tuvo por objetivo proporcionar los elementos necesarios para comprender la forma en que se emplea la epidemiología en el fenómeno de las adicciones. El contenido de este seminario estuvo constituido por rubros como: Introducción a la epidemiología y al estudio epidemiológico de las adicciones; Medición, principales diseños epidemiológicos y su aplicación en la epidemiología de las adicciones en México. Situación actual y perspectivas de la investigación epidemiológica en México. La evaluación de este seminario consistió en la asistencia y participación en clase, así como de la exposición de temas con fundamento teórico y complementándose a partir de la lectura de diversos artículos. Como parte de la calificación global se elaboró un trabajo final que cubrió los contenidos del temario.

El último de los seminarios que cubrieron las actividades del primer semestre fue el de *Modificación de la Conducta* teniendo como responsables al Mtro. Fernando Vázquez y al Mtro. Cesar Carrascoza. El seminario de Modificación de la conducta, tuvo por objetivo analizar los fundamentos de la Psicología conductista aplicados a la modificación de la conducta, a partir de la revisión de tópicos como: los procesos básicos, modificación de la conducta, análisis funcional de la conducta, teorías del aprendizaje, estrategias de intervención breve, entrevista motivacional y auto eficacia. Dicho seminario, fue evaluado a través de la asistencia y participación en clase, por medio de la lectura de diversos artículos que cubrían los contenidos del temario.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## PROGRAMA DE RESIDENCIA

Durante el primer semestre, los alumnos se incorporan a un proyecto de investigación en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, institución que participa como sede en la impartición del programa de maestría.

Las actividades de la residencia se realizaron en el proyecto de investigación denominado "*El Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Adolescentes Estudiantes de la Ciudad de México. Medición Otoño 2000*" supervisado por el Lic. Jorge Villatoro Velázquez, la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza y la Lic. Clara Fleiz Bautista, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. El objetivo de la investigación fue evaluar las prevalencias del uso de drogas, alcohol y tabaco, así como las tendencias en su consumo en la población de estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal y sus delegaciones políticas, en una muestra de tres dominios (secundaria, preparatoria, bachillerato técnico) eligiéndose 360 grupos, obteniéndose una prueba autoponderada (nivel de cada delegación) y estratificada (niveles escolares). Las actividades realizadas como parte de la colaboración de la alumna fueron:

- La primer actividad se centro en la revisión de los antecedentes y fundamentos de las mediciones anteriores del consumo de drogas, alcohol y tabaco en poblaciones adolescentes, a partir de los cuales se desarrollo el instrumento final para la recolección de los datos para la medición de Otoño del año 2000, así mismo, se revisó cada una de las áreas que componen el instrumento.
- Como segunda actividad, el alumno participó en el desarrollo del Curso de Capacitación para encuestadores y supervisores, así como en la estrategia para repartir el material para la recolección de datos de la medición de otoño de 2002
- Otra de las actividades realizada por el alumno, fue su participación en la aplicación del Cuestionario para la recolección de datos en la medición de Otoño de 2002 en dos escuelas públicas de educación media de la Delegación Miguel Hidalgo y una escuela privada de educación media de la delegación Benito Juárez.
- Posteriormente, las actividades del alumno dentro del proyecto, cubrieron la supervisión de los cuestionarios de cada encuestador (completamente llenos por los estudiantes, la aplicación del cuestionario al grupo y escuela seleccionados por el investigador, el número exacto de cuestionarios contestados, y la proporción de material nuevo para los encuestadores).
- Como parte final de esta medición, la alumna participó en la clasificación y codificación de los cuestionarios de acuerdo a la sección que abarca el consumo y la experimentación con drogas y alcohol.
- Revisión de la literatura y realización de fichas bibliográficas sobre investigaciones longitudinales relacionadas con factores de riesgo hacia el consumo de drogas o alcohol en poblaciones escolares.

## 1.2. ACTIVIDADES DE SEGUNDO SEMESTRE

El programa de residencia se llevó a cabo en la Facultad de Psicología, dentro de las actividades programadas para este semestre se asistió a tres seminarios de formación teórica asimismo se recibió la capacitación y el entrenamiento en modelos de prevención y tratamiento para las adicciones. Las actividades realizadas durante este semestre se describen a continuación

### FORMACIÓN TEÓRICA

El seminario de *Modelos de Intervención para las Adicciones* estuvo a cargo del Dr. Héctor E. Ayala Velázquez, el objetivo del seminario fue proporcionar un panorama general de los diferentes modelos de intervención que se emplean para el tratamiento de las adicciones. El cumplimiento de este objetivo se realizó a través del análisis de tópicos como: análisis de los fundamentos teóricos en los cuales se sustentan cada una de las intervenciones, así como las características de éstos y la población a la cual se dirigen; por otro lado, se abordaron los fundamentos en los cuales se sustenta el Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, haciéndose una comparación con otros modelos. La evaluación del seminario se realizó a través de la asistencia, participación en clase, sesiones bibliográficas, y lectura de diversos artículos. Así como la elaboración de un trabajo final, que incluyó la traducción de dos manuales de intervención como material complementario para el programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

El segundo seminario fue de *Economía Conductual*, el cual fue dirigido por el Mtro Fernando Vázquez Pineda. El seminario de Economía Conductual, fue una introducción avanzada al estudio del consumo de sustancias adictivas en un marco de referencia sistemática: la economía conductual. El objetivo fue proporcionar el conocimiento, la identificación y el análisis de los principios de la economía conductual y su aplicación al estudio y tratamiento del consumo de sustancias en la Psicología de las adicciones en México; la Situación actual y las perspectivas de la investigación epidemiológica en México. La evaluación de este seminario consistió en la asistencia y participación en clase así como de la exposición de temas con fundamento teórico y complementándose a partir de la lectura de diversos artículos. Como parte de la calificación final se elaboró un monografía tematica que cubría los contenidos del temario.

Por último se llevó a cabo el *Seminario de Tópicos Selectos de las Adicciones*, bajo la supervisión de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente y la Mtra. Marcela Tiburcio Sainz. Dicho seminario tuvo por objetivo analizar los fundamentos de las Adicciones, a partir de la revisión de temas como las características del proceso de adicción, la clasificación de las drogas, así como la descripción detallada de cada una de ellas. Dicho seminario, fue evaluado a través de la asistencia y participación en clase, por medio de la lectura de diversos artículos que cubrían los contenidos del temario y la exposición detallada de las características de cada una de las sustancias, a partir de ello se realizó una monografía de cada una de las sustancias.

### PROGRAMA DE RESIDENCIA

Las actividades realizadas como parte del programa de residencia se llevaron a cabo en el entrenamiento como terapeuta en el "Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema" y en el "*Programa de Atención para Adolescentes que Inician el consumo de alcohol y otras drogas*"

El "Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema" fue desarrollado originalmente en Canadá (Sobell & Sobell, 1993) y aplicado, evaluado y adaptado para México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995). Es un programa de prevención secundaria o indicada, dirigido a personas que comienzan a presentar problemas con su consumo de alcohol, cuyo objetivo es facilitar un proceso de aprendizaje hacia la moderación o abstinencia, sin tener que llegar hasta la dependencia severa al alcohol y a la rehabilitación. Este programa se caracteriza por ser motivacional para bebedores problema que aun no han desarrollado dependencia física al alcohol y quieren cambiar su patrón de consumo

Los Componentes del Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema son:

- 1) La planeación del tratamiento con la participación del usuario.
- 2) El empleo de los recursos del usuario en la elección de las metas del tratamiento, en la adquisición de habilidades de afrontamiento que permitan un cambio conductual
- 3) El monitoreo del progreso del cambio
- 4) El incremento de la motivación para el cambio como resultado de la interacción de los recursos del usuario, las habilidades del terapeuta en relación con el medio ambiente.
- 5) La Prevención de recaídas, permite la identificación de situaciones de alto riesgo de recaída. A través del entrenamiento en el programa, el usuario aprende a enfrentar y a manejar las situaciones de recaída.
- 6) La terminación del tratamiento con base en el principio de moldeamiento. Este principio supone terminar gradualmente el tratamiento, bajo el criterio de la ejecución como un resultado de la interacción entre terapeuta y usuario.

Las sesiones que constituyen el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema son: admisión, una sesión de evaluación, cuatro sesiones de intervención y como parte final del programa se establecen cuatro periodos de seguimiento, con la finalidad de analizar el logro de la meta del usuario a través del tiempo. Las actividades de las sesiones del programa se describen a continuación:

En la sesión de ADMISIÓN, se identifica la disposición de la persona para hacer un cambio en su consumo, así mismo el terapeuta detecta al usuario como candidato para el programa de tratamiento. En la sesión de EVALUACIÓN se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, se identifican las principales situaciones de consumo, así como el nivel de auto-eficacia del usuario de acuerdo a diferentes situaciones de consumo

La primera sesión de tratamiento es el BALANCE DECISIONAL, en la cual el usuario evalúa los pros y contras de cambiar su consumo o continuar con el mismo de forma excesiva, identifica las principales razones para cambiar y establece una primera meta de consumo (moderación o abstinencia). La segunda sesión de tratamiento se relaciona con las SITUACIONES DE CONSUMO Y LAS RECAÍDAS; en esta sesión, el usuario identifica las tres principales situaciones de riesgo de consumo excesivo, así como los factores que anteceden o precipitan dichas situaciones y las consecuencias a corto y largo plazo resultado de éstas. Otro elemento que se aborda en esta sesión es el análisis de la meta de recuperación como un proceso a largo plazo (montaña de recuperación). En la tercera sesión de tratamiento, el usuario desarrolla ESTRATEGIAS que le permiten afrontar las situaciones de riesgo antes identificadas así como el

desarrollo de PLANES DE ACCIÓN para llevar a la práctica sus estrategias. En la cuarta sesión del tratamiento, NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS, el usuario identifica situaciones de riesgo de consumo para el futuro y los planes de acción para las mismas. Se realiza un resumen del tratamiento y se hace un análisis del progreso del usuario a lo largo del tratamiento, así mismo se programa el primer seguimiento.

Con lo que respecta a los periodos de seguimiento se planea una entrevista al mes, a los tres meses, a los seis y doce meses de terminado el tratamiento. Así mismo, el programa contempla la posibilidad de SESIONES ADICIONALES en caso de que el terapeuta y el usuario determinen que no se ha logrado la meta de tratamiento.

Las actividades realizadas en el PROGRAMA PARA BEBEDORES PROBLEMA fueron:

- 1) Asistencia al curso de capacitación en el modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema
- 2) Atención de personas identificadas como bebedores problema, en el Centro de Servicios Psicológicos como coterapeuta.
- 3) Cabe mencionar que el programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema se aplicó principalmente en las clínicas del IMSS debido al convenio que se estableció con la institución, el cual buscó capacitar a los médicos familiares y otros profesionales de la salud en la detección y atención de este grupo de la población. A partir de dicho convenio se realizaron supervisiones semanales en las clínicas de Medicina Familiar del Instituto del Seguro Social de la Zona Zaragoza con la Mtra. Citlali Pérez de la Barrera.
- 4) Se atendió a 2 usuarios en el Centro de Servicios Psicológicos bajo la supervisión de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente y el Lic. Miguel Ángel Medina

En el caso del "*Programa de Atención para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*", la alumna fue supervisado directamente por la Lic. Kalina Isela Martínez Martínez y por el Dr. Héctor Enrique Ayala Velázquez. El programa de atención para Adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen drogas: alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Su objetivo es promover un cambio en el patrón del consumo de sustancias, a través de un programa de intervención breve motivacional basado en la teoría del aprendizaje social, así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de autorregulación para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en el consumo.

El programa se compone de seis fases, las cuales se describen a continuación:

- 1) **DETECCIÓN DE CASOS.** En esta fase se hace la promoción del programa de intervención breve para adolescentes a través de póster, trípticos, pláticas informativas, contacto con el personal de la escuela para la identificación de posibles casos.
- 2) **ADMISIÓN.** La Admisión se hace con base en la evaluación de los criterios de inclusión al programa.
- 3) **EVALUACIÓN.** En la fase de Evaluación, se aplica una serie de cuestionarios que permiten determinar el patrón de consumo, las situaciones de consumo, los síntomas de dependencia hacia la droga y algunos problemas relacionados con el consumo.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

X

- 4) **INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO.** En esta fase, el terapeuta promueve la disposición de los adolescentes, identificados como consumidores, a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de algunas estrategias de la Entrevista Motivacional y la Inducción de Roles.
- 5) **TRATAMIENTO.** El programa consta de 4 reuniones con el adolescente de forma individual, de 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos, y estos objetivos se trabajan a través de folletos diseñados para cada reunión.
- 6) **SEGUIMIENTO.** En la fase que cubre los seguimientos, las actividades se centran en la evaluación del cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses. Al mes y a los tres meses de concluido el programa, se evalúa a los usuarios que concluyeron con la intervención a través del AUTO-REPORTE sobre la frecuencia de consumo (días de consumo) y las recaídas presentadas. A los seis meses se evalúa por última ocasión a través del AUTO-REPORTE y el REPORTE DE SEGUIMIENTO de los colaterales, así como la aplicación de los cuestionarios de situaciones de consumo CONFIANZA SITUACIONAL Y ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA.

Las actividades realizadas por la alumna dentro del Programa para Adolescentes fueron:

- Revisión de artículos relacionados con la prevención, programas de atención para poblaciones adolescentes, la condición del consumo de sustancias en poblaciones adolescentes, así como de adaptación y estandarización de instrumentos y cuestionarios de medición.
- Entrenamiento como terapeuta en el programa de prevención para adolescentes.
- Participación en el diseño de material didáctico para impartir talleres a maestros, padres de familia y alumnos. Así mismo, la alumna participo en el diseño de los folletos para la aplicación del tratamiento (Ver anexo 1)
- Participación en la aplicación de talleres a padres de familia, alumnos y maestros, con el tema "Consumo de drogas en los Adolescentes" (Colegio de Ciencias y Humanidades Naucalpan y la Escuela Secundaria No. 21 para Trabajadores)
- Aplicación del taller "Estrategias para la Toma de Decisiones" dirigido a los estudiantes que no cubrieron los requisitos para entrar al programa de tratamiento por presentar un consumo experimental, pero que fueron sorprendidos bebiendo en las instalaciones del Colegio de Ciencias y Humanidades Naucalpan, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.
- La participación más importante dentro del programa se centró en la Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS; Marlatt, 1978,1979 y Gordon, 1980,1985) en

adolescentes usuarios de drogas lo cual se abordará a profundidad en segmentos posteriores

- Participación en el levantamiento de información para la adaptación de la Escala de Estados de Disposición al Cambio (SOCRATES; Miller, 1996)
- Participación en la detección de casos en el CCH Naucalpan en coordinación con el Departamento de Orientación Vocacional y el Departamento Jurídico de dicha institución y en la secundaria Ludmila Yabkova No 229 en coordinación con alumnos de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Educación
- Aplicación del programa de tratamiento para adolescentes con estudiantes del CCH Naucalpan que cumplieron los requisitos para recibir el programa, y con usuarios del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología en la UNAM.
- Participación como ponente en el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. con el tema "Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes" y con la "Adaptación y Validación de la Escala de Funcionamiento Familiar III para población mexicana", efectuado del 19 al 21 de julio de 2001 en la "Casa de las Diligencias" de la Universidad Autónoma del Edo. de México.

### 1.3. ACTIVIDADES DE TERCER SEMESTRE

Durante este semestre, el programa de residencia se llevó a cabo en la Facultad de Psicología, las actividades programadas para la formación teórica fueron cinco seminarios, en tanto que las actividades de residencia abarcaron la atención, entrenamiento a otros profesionales de la salud en modelos de prevención y tratamiento para las adicciones. Las actividades realizadas durante este semestre se describen a continuación:

#### FORMACIÓN TEÓRICA

El primer seminario que cubrió la formación teórica de este semestre fue el de **Modelos de Tratamiento de Conductas Adictivas** dirigido por la Lic. Kalina Isela Martínez Martínez, la Mtra. Jennifer Lira Mandujano, la Mtra. Silvia Morales Chainé, la Mtra. Lydia Barragán Torres y el Mtro. Roberto Oropeza Tena. Este seminario tuvo por objetivo proporcionar un panorama general de los diferentes modelos de intervención que se emplean para el tratamiento de las adicciones. El cumplimiento de este objetivo se realizó a través del análisis de tópicos como: niveles de prevención, fundamentos teóricos de intervenciones cognitivo-conductuales, así como el análisis de los componentes de los modelos de intervención en conductas adictivas. La evaluación del seminario se realizó a través de la asistencia, participación en clase, sesiones bibliográficas, exámenes y lectura de diversos artículos. Así como de la elaboración de un trabajo final, el cual abarcó diferentes temáticas dependiendo del modelo de intervención al cual se asignó al alumno.

Otro de los seminarios impartidos en este semestre fue el de *Medición de las Conductas Adictivas* a cargo de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente. Dicho seminario tuvo por objetivo analizar las principales estrategias e instrumentos de medición desarrollados para las conductas adictivas, a partir de la revisión de temas tales como: Análisis de los diferentes modelos de atención de las conductas adictivas, Instrumentos de tamizaje y detección temprana del consumo de alcohol, introducción de la evaluación de problemas relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes y adultos, Medidas psicosociales y Medidas bioquímicas. La evaluación de este seminario se llevo a cabo a partir de la asistencia a clase, participación durante ésta, así como la exposición de temas relacionados con los diferentes tópicos

El tercer seminario que cubrió la formación teórica de este semestre fue el de *Ética y Políticas de las Adicciones en México* a cargo de la Mtra Haydè Rosovsky. El objetivo de este seminario fue el análisis de las principales políticas planteadas en el mundo y en el país, con la finalidad de tener una conciencia crítica hacia las políticas planteadas en nuestro país. La evaluación consistió en la asistencia a clase, lectura de artículos relacionados con la políticas de las adicciones en el mundo, participación dentro de clase, así como la asistencia a coloquios, conferencias y eventos internacionales relacionados con las políticas nacionales e internacionales de las adicciones. Así mismo es importante mencionar que la evaluación final del seminario fue a partir de la elaboración de un ensayo planteando una propuesta política para el consumo, fabricación y distribución de sustancias para nuestro país.

Otro de los seminarios importantes de este semestre fue el de *Farmacología de las adicciones* a cargo de los doctores Agustín Vélez Barajas, Ángel Prado, Héctor Lara Tapia y Luis Solís. Este seminario tuvo como objetivo proporcionar al alumno un amplio panorama de las diferentes sustancias desde una perspectiva farmacológica. Para el logro de dicho objetivo, se realizó una revisión de temas tales como: principios de neurotransmisión, principios generales de farmacodependencia, efectos generales de las drogas psicoactivas, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos, drogas estimulantes, nicotina, opio y sus derivados, alcohol, inhalables, y esteroides. La evaluación de este seminario fue a partir de la aplicación de un examen que incluyó los temas planteados con anterioridad

Y por último, el seminario de *Supervisión de Casos* el cual fue dirigido por el Mtro. Miguel Ángel Medina. Este seminario tuvo la finalidad de comentar los casos que se estaban atendiendo en el Centro de Servicios Psicológicos a partir de la aplicación del programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, dando lugar a la solución de dudas y la retroalimentación dentro de las sesiones observadas de cada terapeuta. La evaluación de este seminario consistió en la asistencia y participación en clase, así como de la exposición de un caso llevado con el programa de auto cambio, así mismo, se complemento el seminario con el análisis de algunos artículos relacionados con la integridad, adherencia y fidelidad al tratamiento, así como con la observación por parte de un supervisor de la aplicación del programa en el Centro de Servicios Psicológicos.



#### PROGRAMA DE RESIDENCIA

En el programa de residencia, se continuaron las actividades como terapeuta en el "Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema" atendiendo a 3 casos con supervisión del Lic. Miguel Ángel Medina a través de la cámara de Gesell.

En el "Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas", el alumno realizó actividades orientadas a la detección y atención de adolescentes en el Colegio de Ciencias y Humanidades y en el Centro de Servicios Psicológicos de la facultad de Psicología. Así mismo, se realizó la base de datos y la captura de las cédulas de respuesta de los Inventarios de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS) para el logro de la tercera fase de la adaptación y Validación del Inventario para Población Adolescente (discriminación de reactivos y desarrollo de una nueva versión del instrumento).

#### 1.4. ACTIVIDADES DE CUARTO SEMESTRE

Las actividades de este semestre se continuaron en la facultad de Psicología. La formación teórica se constituyó por tres seminarios; así mismo, las actividades de la residencia se orientaron principalmente a la detección y atención de personas con problemas con conductas adictivas. Las actividades para este semestre son descritas a continuación:

##### FORMACIÓN TEÓRICA

El seminario de *Modelos de Tratamiento de Conductas Adictivas* se orientó hacia un programa específico, en el caso de la alumna, los temas revisados dentro de este seminario se centran en el Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, bajo la supervisión de la Lic. Kalina Isela Martínez Martínez. Este seminario, tuvo por objetivo proporcionar un panorama general de los modelos de intervención que se emplean para el tratamiento de las adicciones en población adolescente. El cumplimiento de este objetivo se realizó a través del análisis de otros modelos de atención en el mundo, revisión del Manual de Procedimientos para la aplicación del Programa así como la revisión de algunos componentes teóricos que fundamentan la importancia de abordar a dicha población. La evaluación del seminario se realizó a través de la asistencia, participación en clase, sesiones bibliográficas, aplicación del programa en los diferentes escenarios así como el análisis de los expedientes de casos que recibieron el programa de atención.

El segundo seminario de la formación teórica fue el de *Comunicación Comunitaria*, a cargo de la Dra. María Montero, este seminario se proporcionó con la finalidad de mostrar una forma adecuada de transmitir información relacionada con prevención de la salud hacia las comunidades, los objetivos específicos dentro del curso fueron: a) Actualizar propuestas técnicas y estrategias de comunicación comunitaria en programas de educación para la salud; b) Sistematizar experiencias para diseñar e implementar, así como evaluar planes de comunicación comunitaria, pertinentes a la comunidad; y c) Capacitar en habilidades de comunicación interpersonal, grupal, audiovisual e impresa comunicativa en la promoción de la salud comunitaria. La evaluación se hizo a través del desarrollo de una propuesta grupal de difusión para el Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema a través del un IFOSPOT de Radio, la asistencia a clases y la participación dentro de ésta.

Y por último, se impartió el seminario de *Supervisión de Casos* en el cual se resolvían dudas y se daba retroalimentación a los terapeutas con respecto a la forma en que eran llevados los casos; este seminario nuevamente estuvo a cargo del Lic. Miguel Ángel Medina.

#### **PROGRAMA DE RESIDENCIA**

Las actividades dentro del programa de residencia se centraron en la aplicación del *Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*, fungiendo como terapeuta. Con base en la experiencia como terapeuta en el programa para adolescentes, la alumna capacitó a nuevos terapeutas en la aplicación de este modelo de intervención, específicamente a cuatro alumnos de licenciatura y dos de maestría. Adicionalmente, la colaboración dentro del proyecto se complementó con el planteamiento de la adaptación de éste a población adolescente rural, teniendo como escenario la Universidad Autónoma Chapingo UACH, en la cual, las actividades estuvieron orientadas al entrenamiento y capacitación de personal del departamento de Preparatoria Agrícola en el área de Desarrollo Humano y Psicología, el departamento disciplinario a cargo de la Unidad de Convivencia Universitaria, así como la Unidad Médica de atención a los alumnos, en este punto se evaluaron a seis alumnos de los cuales fueron candidatos para tratamiento dos alumnos.

En tanto que en el *Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema*, las actividades de la alumna se centraron en la atención de 2 casos en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, siendo supervisados por el Mtro. Miguel Ángel Medina

### 1.5. HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

La comprensión de las conductas adictivas, implica el acercamiento a éstas a partir de diferentes perspectivas teóricas y metodológicas, por lo que como parte fundamental de la especialización, esta comprensión se realizó a través de seminarios específicos, que permitieron la profundización y comprensión de dicha problemática, siendo el punto central los programas de auto-cambio dirigido con base en la teoría del aprendizaje social y el análisis de la conducta.

Con lo que respecta a la participación de la alumna en el entrenamiento en la aplicación de diferentes programas de intervención para la atención de usuarios de sustancias, fue posible la adquisición de habilidades para la detección, diagnóstico y tratamiento de este tipo de personas.

Cabe mencionar que ante el aprendizaje, el análisis y la aplicación de los diferentes componentes de los modelos en los que la alumna fue entrenada, cuenta con herramientas para el planteamiento de estrategias novedosas de intervención de acuerdo a las necesidades de diferentes segmentos de la población.

En relación a la participación en diferentes proyectos de investigación, la alumna tuvo la oportunidad de adquirir habilidades básicas de investigación tales como búsqueda de información, diseño de materiales, planteamiento de propuestas de investigación, y el desarrollo, validación y estandarización de instrumentos de medición. El contar con estas habilidades favorece en el alumno el desarrollo, integración y aplicación de nuevas líneas de investigación. Así mismo, el contar con habilidades de investigación y análisis de resultados, así como la comprensión integral del fenómeno de las conductas adictivas, le permite al alumno su participación en conferencias, coloquios y foros que le dan la oportunidad de difundir una evidencia empírica de la ciencia.

## 2. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN APLICADOS A LAS CONDUCTAS ADICITIVAS

Una de las actividades más importantes en la especialización y profundización de las conductas adictivas es el planteamiento y el desarrollo de proyectos de investigación. Por lo anterior, en este apartado se describen los antecedentes, aplicaciones, avances y resultados finales planteados por el alumno en el proyecto de investigación realizado durante el tercero y cuarto semestre del programa de residencia.

El planteamiento y desarrollo de este proyecto de investigación da respuesta a una necesidad detectada en el Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas, la cual consistió en la adaptación y validación del un instrumento, con el propósito de evaluar e identificar las principales situaciones de riesgo de consumo ante las cuales el adolescente consume drogas. Dicho instrumento es aplicado en la sesión de evaluación y diagnóstico del programa.

### NOMBRE DEL PROYECTO

Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS) para Población Adolescente

### ANTECEDENTES

Existe una diversidad de aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de adolescentes que inician el consumo de drogas. Sin embargo, los programas que basan su estrategia en las intervenciones breves de corte cognitivo – conductual, son los que muestran una eficiencia mayor (Monty, Colby, O'Leary, 2001). Una de las metas de las intervenciones breves es disminuir la probabilidad de que la persona consuma drogas en situaciones denominadas de riesgo, para lograr esto, es necesario habilitar al individuo de respuestas de afrontamiento alternativas al consumo de drogas. Si el individuo aprende nuevas formas de afrontar su estrés y tiene la oportunidad de practicar estas habilidades sin la ayuda de un "soporte", su autoeficacia se fortalecerá y la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt y Gordon, 1985).

Los programas de intervención breve, para el tratamiento de las conductas adictivas, constan de los siguientes componentes (Marlatt y Gordon, 1985): 1) Se enseñan estrategias de afrontamiento (cognitivas y conductuales), con el fin de intervenir en problemas inmediatos, es decir, afrontar las situaciones en las que se presenta la necesidad de consumo, 2) apoya la construcción de mapas que muestran la localización de las situaciones de riesgo en las que puede ocurrir el consumo ayudando así a la adquisición de habilidades de afrontamiento para evitar el consumo; y 3) apoya en la anticipación y preparación de las posibles recaídas, interviniendo sobre sus expectativas, perfeccionando sus habilidades de afrontamiento hacia el consumo, evitando que estas sean poco realistas para que sean efectivas en la prevención de estas situaciones.

Una de las estrategias centrales de las intervenciones breves, es la identificación de las situaciones que se consideran de riesgo para el consumo o la recaída en el consumo de drogas. Entendiéndose por situación de riesgo de consumo de drogas, cualquier situación que amenaza el sentido de control del individuo (autoeficacia) e incrementa el potencial de riesgo para la recaída (Marlatt y Gordon, 1981).

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

15

Para la identificación de las situaciones de riesgo es necesario evaluar las situaciones principales de consumo de los usuarios de drogas. Desde esta perspectiva, Annis (1997) retomó las categorías planteadas por Marlatt (1980), con la finalidad de desarrollar un cuestionario que permita al individuo identificar y evaluar las situaciones de riesgo que precipitan el proceso de una recaída, denominado: "Inventory of Drug Taking Situations", y posteriormente adaptado para México en población adulta por De León, Pérez, Oropeza y Ayala (2001).

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) es un cuestionario auto aplicable, que consta de 60 reactivos con un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos. El ISCD permite identificar las principales situaciones en las que los usuarios adultos consumen sustancias. Las situaciones en las que se consumen drogas están clasificadas con base a las ocho categorías desarrolladas por Marlatt y sus cols. (Marlatt, 1978, 1979 y Gordon, 1980, 1985). De las cuales, cinco se relacionan con situaciones personales (Marlatt, 1978, 1979 y Gordon, 1980, 1985) y son:

- Emociones Desagradables (10 reactivos): situaciones en las que el consumo de drogas implica sentimientos como enojo, tristeza, aburrimiento, depresión, culpa y aprehensión sobre algunos eventos próximos.
- Malestar Físico (5 reactivos): situaciones en las que el consumo de drogas implica dolor físico, daño, fatiga, dolor de cabeza.
- Emociones Agradables (5 reactivos): situaciones en las cuales el consumo de drogas implica estados emocionales positivos en las que el sujeto se siente bien.
- Probando Auto- Control (5 reactivos): situaciones en las cuales el consumo de drogas implica un intento de probarse a uno mismo la habilidad de "solo consumir una sola vez" sin perder el control.
- Necesidad física (5 reactivos): situaciones en las que el consumo de drogas implica experimentar el deseo o la urgencia de consumir la droga como una respuesta a una situación estresante específica - un estado de despertar o tensión que puede ser disparada por la presencia o ausencia de señales de la sustancia.

En tanto que las otras tres categorías incluyen situaciones que involucran a terceras personas y estas son:

- Conflictos con Otros (10 reactivos): situaciones en las cuales el consumo de drogas implica situaciones interpersonales que involucran frustración y enojo.
- Presión Social para el Consumo (5 reactivos): situaciones en las cuales el consumo de drogas implica alguna forma de presión social directa (persuasión verbal o proporcionar un acceso directo a la droga) o indirecta en la cual la mera presencia de otra gente que comprometida con la conducta es un tipo de presión mediata.
- Emociones Agradables con otros (5 reactivos): Situaciones en las cuales el consumo de drogas implica estados emocionales positivos que ocurren en conjunto de un evento especial (vacaciones, cumpleaños) y en compañía de otras personas.

El ISCD es un instrumento confiable para evaluar las situaciones principales de consumo de drogas en población adulta (Turner, Annis y Sklar, 1997; De León, Pérez, Oropeza y Ayala; 2001), sin embargo, no se cuenta con una versión que permita identificar situaciones riesgosas en adolescentes que consumen drogas. Esto es

importante, ya que los criterios de diagnóstico establecidos para poblaciones adultas difieren en las poblaciones adolescentes, por lo que se requiere de instrumentos de evaluación específicos para la población a la que se dirige el programa de intervención (Owen y Nyberg, 1983).

Al respecto, el análisis de las situaciones de riesgo que se evalúan en otros instrumentos, fundamentados en la clasificación planteada por Annis y Martin (1985), se observa que estos no muestran una clara discriminación entre las situaciones de consumo que presentan las poblaciones adultas y las que se presentan en población adolescente. Considerando las diferencias que existen entre los segmentos de la población en términos de diagnóstico y las situaciones de consumo, cobra mayor fuerza la aplicación de metodologías de adaptación y estandarización de instrumentos que permitan al terapeuta establecer parámetros más cercanos a las características de la población, obteniendo interpretaciones favorecedoras a las condiciones específicas de la edad.

Las investigaciones reportadas en la literatura internacional, muestran que las situaciones en las cuales los adolescentes consumen drogas están íntimamente relacionadas con terceras personas, principalmente aquellas que involucran emociones placenteras. Algunas investigaciones realizadas por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y Kirisci, Moss, Tarter (1996) reportan que los adolescentes que consumen alcohol excesivamente y/o drogas, lo hacen principalmente en situaciones placenteras que involucran a terceras personas, en momentos agradables y en situaciones desagradables.

Murphy, McGuire y Rivinus (1992) realizaron una investigación con adolescentes reclusos que presentaban un consumo elevado de sustancias psicoactivas. Los adolescentes reportaron una mayor tendencia al uso de drogas frente a experiencias positivas e interpersonales, no así ante experiencias internas y negativas.

Sin embargo, en México se carece de un instrumento de evaluación que permita identificar claramente las situaciones de riesgo de los adolescentes, de acuerdo a las categorías de Marlatt (1980) Por lo tanto, el OBJETIVO de esta investigación fue adaptar el Inventario Situacional de Consumo de Drogas (ISC: De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001) a población adolescente que inicia el Consumo de Drogas, e identificar las principales situaciones de consumo de drogas de una muestra de adolescentes que inician el consumo de drogas. Así mismo, se determinan las propiedades psicométricas para considerarlo un instrumento de evaluación utilizable, confiable y válido para medir las situaciones principales de consumo entre los adolescentes que consumen drogas permitiendo el desarrollo de programas de intervención en donde se considere dicha información como un factor de prevención de recaídas en el consumo de sustancias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MÉTODO

### Participantes

En la Etapa de Piloteo la muestra estuvo constituida por 130 adolescentes, a partir de un muestreo de tipo no probabilístico de sujetos voluntarios; siendo seleccionados de forma intencional y accidental considerando como criterios de inclusión: a) adolescentes que acudieron por primera vez a solicitar atención a los diferentes lugares de aplicación, b) que contaran con edades entre 14 y 18 años; c) que hubieran consumido drogas ilegales (mariguana, cocaína, LSD, éxtasis, inhalables, y/o crack.), durante más de cinco ocasiones en un lapso no mayor de dos años; d) que hubieran presentado algún problema relacionados con el consumo de sustancias (accidentes, bajo rendimiento escolar, deserción, regaños en casa, problemas familiares, conducta sexual de riesgo, agresividad); y e) que aceptaran participar de manera voluntaria en esta investigación.

La aplicación del instrumento (60 reactivos) se llevo a cabo en 5 centros de tratamiento para el abuso de drogas del Distrito Federal: Casa Alianza, Centros de Integración Juvenil (CIJ), Fundación Sergio Berumen, Jóvenes Drogadictos Anónimos San Miguel Chapultepec, Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Davila" de la Facultad de Psicología UNAM, 19 adolescentes fueron entrevistados en el Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM en el plantel Naucalpan.

En el momento de la aplicación de esta fase, la mayor parte de la muestra estuvo constituida por hombres (72.9%), en tanto que el 27.1% fueron mujeres. Con referencia a la edad, la media fue de 16 años, en un rango de 14 a 18. Respecto a la escolaridad, el 56.6% de estos cursaba nivel medio (secundaria), el 30.2% el bachillerato y solo un 12.3% de la muestra contaba con primaria. En relación a la sustancia de consumo preferida, el primer lugar lo ocupó la cocaína con un 45%, seguida de los inhalables con un 31.8%, y el tercer lugar lo ocupó la mariguana con un 17.8%.

La muestra de la segunda fase (prueba del nuevo instrumento, normalización) estuvo constituida por 300 adolescentes a partir de un muestreo de tipo no probabilístico de sujetos voluntarios, siendo seleccionados de forma intencional y accidental considerando los mismos criterios de inclusión para la muestra de la etapa de piloteo.

Con lo que respecta a la aplicación de los 300 inventarios, 234 se realizaron en 11 centros de tratamiento para el abuso de drogas del Distrito Federal: Casa Ollín, Fundación "Sergio Berumen", Grupos de Autoayuda, Anexos, Centro de Atención Katún, Centro de Rehabilitación de Menores Infractores (CDIM), Centros de Integración Juvenil (CIJ), Instituciones de Tratamiento Externo, Toxicológicos Xochimilco y Pantillan, Jóvenes Drogadictos Anónimos y en el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología UNAM; 66 adolescentes se entrevistaron en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, en este último lugar se llevó a cabo un programa para adolescentes que inician el consumo de alcohol y drogas.

El 85% de la muestra fue constituida por hombres y el 15% restante fueron mujeres. Con respecto a la edad de los sujetos, la media fue de 16.84, en un rango de 14 a 18 años de edad. En el momento de la aplicación, el 45.9% de éstos cursaba el nivel medio (secundaria), el 35.1% el bachillerato, en tanto que un 17.6% contaba exclusivamente con primaria.

La droga principal de consumo, reportada por los adolescentes entrevistados, fue la cocaína (35.1%), en segundo lugar el consumo de manguana (28.4) en tercer lugar el consumo de inhalables (10.8%), y en cuarto lugar el consumo de crack (4.1%). Con lo que respecta a la edad de inicio, la mayoría de los adolescentes entrevistados reportó haber iniciado su consumo entre los 14 y 16 años (27.7%), y el tiempo de consumo promedio fue de 16 meses (75%).

En referencia a la frecuencia de consumo, el 67.9% refirió haber consumido en el último año, en tanto que el 35% de la población reportó haber consumido en los últimos seis meses, sin embargo al considerar su consumo durante el último mes, el 37.5% de los adolescentes reportó no haber consumido ninguna sustancia.

### **Procedimiento**

La adaptación del instrumento se llevó al cabo en dos etapas. En la primer etapa la muestra estuvo constituida por 130 adolescentes, y en la segunda etapa la muestra se conformó por 300 sujetos.

La primer etapa incluyó dos fases de la adaptación del instrumento. La primer fase (piloteo) fue la aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) a 130 adolescentes, y la segunda fase incluyó el desarrollo de un nuevo instrumento a partir del análisis de los reactivos que mejor discriminan en el instrumento original. La segunda etapa consistió en la (prueba del nuevo instrumento, normalización) de la nueva versión del ISCD para adolescentes que consumen drogas (ISCD-A) con la aplicación del nuevo instrumento a 300 adolescentes.

En ambas Etapas, a los adolescentes que participaron, se les pidió sus datos generales, entre los que se consideraron: el tipo de sustancia que consume con mayor frecuencia, su edad, género, ocupación y escolaridad.

Posteriormente, para la aplicación de los cuestionarios, se les proporcionó las siguientes indicaciones *"la lista que se presenta a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lee cada enunciado cuidadosamente y contesta en términos de tu propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se presenta."*

- Si tu "nunca" has consumido drogas en esa situación, marca 0
- Si tu "rara vez" consumiste drogas en esa situación, marca 1
- Si tu "frecuentemente" consumiste drogas en esa situación, marca 2
- Si tu "casi siempre" consumiste drogas en esa situación, marca 3

Cabe mencionar que la aplicación y la interpretación del cuestionario lo realizaron dos investigadores capacitados y con experiencia en la aplicación de cuestionarios entre los usuarios de drogas. La aplicación fue tanto grupal como individual de acuerdo a la organización del centro de tratamiento y el CCH. La duración de la aplicación fue aproximadamente de 30 minutos.



### Resultados

En la primer etapa se llevó a cabo una serie de análisis estadísticos para seleccionar los reactivos que fueran confiables para la identificación de las situaciones de riesgo para el consumo en adolescentes. Los análisis estadísticos empleados fueron sesgo, tablas de contingencia (Crosstabs), la prueba t-student, correlación de cada reactivo con el total del instrumento y análisis factorial con componentes de rotación varimax.

Para obtener la distribución de los reactivos, se realizó un análisis estadístico de frecuencias obteniendo la media, la desviación estándar y el sesgo. A partir de la interpretación del sesgo con un nivel de significancia basado en la prueba de Leven (de +0.50 hasta -0.50), se observó que 13 reactivos (1, 14, 15, 17, 21, 24, 32, 34, 45, 53, 54, 58, y 60) se encontraban sesgados (ver Tabla 1 columna de sesgo).

Con la finalidad de analizar la dirección de los reactivos, se realizaron pruebas de contingencia (Crosstabs), considerando como parámetro una probabilidad de 0.50, observándose que 7 reactivos (2, 8, 20, 23, 37, 38, y 46) no cumplieron con este criterio. Así mismo, se analizaron los puntajes de la prueba t de Student con un nivel de significancia de 0.05 a fin de discriminar los reactivos del cuestionario, todos los reactivos cumplieron con este criterio (ver Tabla 1 columnas crosstabs y t student).

Posteriormente, a fin de analizar la consistencia interna del instrumento, se realizó el análisis de la correlación de cada uno de los reactivos con la totalidad del instrumento, a partir de la aplicación del alfa de Cronbach considerando como parámetro de eliminación una correlación menor a 0.40; se encontró que 12 reactivos cumplieron con el criterio de eliminación (2, 3, 5, 8, 12, 18, 22, 23, 32, 33, 38, 42) -Tabla 1 columna correlación item/total-.

Para finalizar el procedimiento la selección de los reactivos que permitieran la identificación de las situaciones de consumo de los adolescentes, se realizó un análisis factorial con componentes de rotación varimax, que resultó en 12 factores de los cuales 8 de ellos estaban integrados por un solo reactivo, por lo tanto, se decidió realizar un análisis factorial con 4 factores. Este análisis permitió identificar los reactivos que repartían su peso en dos factores y aquellos factores que no cubrían con el número necesario de reactivos (tres o más). De este análisis 29 reactivos resultaron candidatos a ser eliminados (2, 4, 5, 6, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 30, 32, 33, 36, 37, 38, 40, 46, 49, 51, 54, 55, 56, 57, 59, y 60) -ver Tabla 1 columna factorial).

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Discriminación de reactivos del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas en su versión de 60 reactivos

Reactivo	Sesgo	Crosstabs	t Student	Correlacion item/total	Factorial
1 Cuando está a feliz	*				
2 Cuando quer a probarme si podía usar esa droga con moderación	*	*		*	*
3 Cuando me senti tembloroso	✓			*	✓
4 Cuando estuve en un lugar donde antes consumia o compre la droga	✓				*
5 Cuando estaba deprimido por todo en general	✓	✓	✓	*	
6 Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	✓	✓	✓		*
7 Cuando me senti tenso o incomodo en presencia de alguien	✓	✓	✓		✓
8 Cuando me invitaron a casa de alguien y senti que era inapropiado rehusarme en el momento que me ofrecieron la droga	✓	*	✓	*	✓
9 Cuando queria tener mas energia para sentirme mejor	✓	✓	✓	✓	✓
10 Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	✓	✓		✓	✓
11 Cuando me senti seguro y relajado	✓		✓		*
12 Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mi	✓	✓	✓	*	*
13 Cuando me senti enfermo	*		✓	✓	*
14 Cuando inesperadamente me la encontré	*		✓	✓	✓
15 Cuando senti que ya no tenia a quien acudir	*		✓	✓	✓
16 Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aun mas unidos	✓	✓	✓	✓	✓
17 Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	*				*
18 Cuando sali con mis amigos y ellos insistieron en ir a algun lugar a consumir la droga	✓		✓	*	✓
19 Cuando senti que mi familia me estaba presionando mucho	✓	✓	✓		*
20 Cuando queria bajar de peso para mejorar mi apariencia fisica	✓	*	✓	✓	*
21 Cuando me senti emocionado	*				✓
22 Cuando queria probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	✓	✓	✓	*	*
23 Cuando senti nauseas	✓	*		*	*
24 Cuando vi algo que me recordo la droga	*		✓	✓	*
25 Cuando senti que me deje fracasar	✓	✓	✓	✓	✓
26 Cuando estaba con amigos y queria divertirme mas	✓	✓	✓	✓	✓
27 Cuando otras personas me rechazaron	✓				*
28 Cuando estuve con un grupo que consumia esa droga y senti que esperaban que les uniera	✓				✓
29 Cuando me senti abrumado y queria escapar	✓				*
30 Cuando sentia que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mi	✓				*

✓ cumple con el parámetro

\* no cumple con el parámetro

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

21

Tabla 1. Discriminación de reactivos del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas en su versión de 60 reactivos (continuación)

31 Cuando me sentía satisfecho con mi vida	✓	✓	✓	✓	✓
32 Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	*	✓	✓	*	*
33 Cuando tuve problemas para dormir	✓	✓	✓	*	*
34 Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla	*	✓	✓	✓	✓
35 Cuando estaba aburrido	✓	✓	✓	✓	✓
36 Cuando quería celebrar con un amigo	✓	✓	✓	✓	*
37 Cuando parecía que no les caía bien a los demás	✓	*	✓	✓	*
38 Cuando me presionaron para usar esta droga y sentí que no podía negar	✓	*	✓	*	*
39 Cuando tenía dolor de Cabeza	✓	✓	✓	✓	✓
40 Cuando estaba enojado por como me salieron las cosas	✓	✓	✓	✓	*
41 Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	✓	✓	✓	✓	✓
42 Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	✓	✓	✓	*	✓
43 Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	✓	✓	✓	✓	✓
44 Cuando escuche a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	✓	✓	✓	✓	✓
45 Cuando me sentí solitario	*	✓	✓	✓	✓
46 Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	✓	*	✓	✓	*
47 Cuando alguien me trató injustamente	✓	✓	✓	✓	✓
48 Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga	✓	✓	✓	✓	✓
49 Cuando me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	✓	✓	✓	✓	*
50 Cuando tuve algún dolor físico	✓	✓	✓	✓	✓
51 Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	✓	✓	✓	✓	*
52 Cuando había pleitos en mi casa	✓	✓	✓	✓	✓
53 Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	*	✓	✓	✓	✓
54 Cuando empecé a recordar que buen aceleré sentí cuando la consumí	*	✓	✓	✓	*
55 Cuando me sentí ansioso por algo	✓	✓	✓	✓	*
56 Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	✓	✓	✓	✓	*
57 Cuando alguien interfirió con mis planes	✓	✓	✓	✓	*
58 Cuando alguien trato de controlar mi vida y quiero sentirme más independiente	*	✓	✓	✓	✓
59 Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	✓	✓	✓	✓	*
60 Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	*	✓	✓	✓	*

✓ cumple con el parámetro

\* no cumple con el parámetro

Una vez que se concluyó con el total de los análisis se procedió a eliminar los reactivos que no cubrieron con el total de los criterios de cada uno de los análisis realizados, por lo que el instrumento resultó en una versión de 27 reactivos distribuidos en cuatro categorías que explican el 53.33% de la varianza total. Por último se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio quedando la distribución de los reactivos de la siguiente manera:

Las cuatro categorías son: Categoría 1, Emociones Agradables (EA) que incluye a los reactivos 1, 11, 21, 31, y 41; Categoría 2, Emociones Desagradables (ED) incluye los reactivos 7, 10, 15, 25, 27, 29, 45, 47, 52, y 58; Categoría 3, Búsqueda de Bienestar (BB) incluye los reactivos 9, 35, 39, 43, 50, y 53; y por último, la categoría 4, Momentos Agradables con Otros (MAO), incluye los reactivos 14, 26, 28, 34, 44, y 48. El área 3 (Búsqueda de bienestar) sustituye a la categoría malestar físico, del instrumento original, debido a que cuatro de los 6 reactivos se relacionaron con la búsqueda de efectos positivos a través del consumo, más que el remediar un daño o malestar como estaba propuesta en la categoría original. En la tabla 2 se muestran los reactivos de la versión breve del inventario, considerándose la carga factorial de cada uno de los reactivos, así como la correlación del reactivo con el total de la prueba (item/total) y la confiabilidad Alpha.

Esta versión de 27 reactivos, se sometió nuevamente a un análisis de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, obteniendo puntajes de confiabilidad por categoría en donde se observa una confiabilidad en EA de 0.7293; en ED es de 0.9140; para BB una confiabilidad de 0.7965; y por último para MAO su confiabilidad es de 0.7703. Así mismo se obtuvo una confiabilidad total de la versión breve (ISCD-A), obteniendo un alfa de cronbach de 0.9233.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

23

Tabla 2. Versión breve del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas

Factor 1 EA	Factor 2 ED	Factor 3 EB	Factor 4 TC
1. Cuándo estaba feliz. Peso Factorial = 645 Item/total = 4938 Alpha = 9245	7. Cuándo me sentí tenso o incomodo en presencia de alguien. Peso Factorial = 547 Item/total = 5676 Alpha = 9201	9. Cuándo quería tener más energía para sentirme mejor. Peso Factorial = 556 Item/total = 5664 Alpha = 9200	14. Cuándo inesperadamente me la encontré. Peso Factorial = 405 Item/total = 4968 Alpha = 9211
11. Cuándo me sentí seguro y relajado. Peso Factorial = 709 Item/total = 3653 Alpha = 9231	10. Cuándo empezaba a sentirme culpable por algo. Peso Factorial = 667 Item/total = 5531 Alpha = 9203	35. Cuándo estaba aburrido. Peso Factorial = 416 Item/total = 5001 Alpha = 9211	28. Cuándo estaba con amigos y quería divertirme más. Peso Factorial = 406 Item/total = 5116 Alpha = 9209
21. Cuándo me sentí emocionado. Peso Factorial = 678 Item/total = 4445 Alpha = 9219	15. Cuándo sentí que ya no tenía a quien recurrir. Peso Factorial = 808 Item/total = 6540 Alpha = 9186	39. Cuándo tenía dolor de cabeza. Peso Factorial = 503 Item/total = 4796 Alpha = 9214	28. Cuándo estuve con un grupo que consumía esa droga y esperaba que me les uniera. Peso Factorial = 511 Item/total = 5424 Alpha = 9204
31. Cuándo me sentí satisfecho con mi vida. Peso Factorial = 757 Item/total = 3361 Alpha = 9235	25. Cuándo sentí que me deje fracasar. Peso Factorial = 621 Item/total = 6608 Alpha = 9185	43. Cuándo quería mantenerme despierto para sentirme mejor. Peso Factorial = 603 Item/total = 6141 Alpha = 9193	34. Cuándo estaba bebiendo alcohol y pensé en consumirla. Peso Factorial = 449 Item/total = 4106 Alpha = 9225
41. Cuándo recordé cosas buenas que habían pasado. Peso Factorial = 641 Item/total = 5226 Alpha = 9207	27. Cuándo otras personas rechazaron. Peso Factorial = 622 Item/total = 6482 Alpha = 9187	50. Cuándo tuve algún dolor físico. Peso Factorial = 384 Item/total = 4873 Alpha = 9213	44. Cuándo escuche a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga. Peso Factorial = 298 Item/total = 4474 Alpha = 9218
	29. Cuándo me sentía abrumado y quería escapar. Peso Factorial = 600 Item/total = 6192 Alpha = 9235	53. Cuándo quería estar más alerta para sentirme mejor. Peso Factorial = 599 Item/total = 5868 Alpha = 9197	48. Cuándo estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esa droga. Peso Factorial = 758 Item/total = 5148 Alpha = 9209
	45. Cuándo me sentí solitario. Peso Factorial = 746 Item/total = 6389 Alpha = 9188		
	47. Cuándo alguien me trato injustamente. Peso Factorial = 644 Item/total = 6246 Alpha = 9192		
	52. Cuándo había pleitos en mi casa. Peso Factorial = 713 Item/total = 6095 Alpha = 9194		

En la segunda etapa de la prueba de la nueva versión y normalización del Inventario de situaciones de consumo para adolescentes (ISCD-A), se obtuvo una norma local del instrumento a partir del análisis estadístico de la aplicación de 300 inventarios en su versión breve (27 reactivos, ver anexo 2), mediante la elaboración de un análisis de frecuencias a fin de observar la distribución de los puntajes en cada una de las categorías. El análisis de frecuencias mostró una distribución diferente a la normal, siendo sesgada hacia los puntajes bajos de cada categoría; por lo tanto se procedió a obtener una estandarización de los puntajes a partir de deciles (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Norma local de la versión breve para adolescentes del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)**

Deciles	Puntajes Crudos			
	Emociones Agradables EA	Emociones Desagradables ED	Busqueda de Bienestar BB	Tentaciones hacia el Consumo TC
1	0	0	0	0-2
2	1-2	1-2	1	3
3	3	3-5	2	4
4	4	6-8	3-4	5-6
5	5	9-11	5	7-8
6	6	12-14	6-7	9
7	7	15-17	8	10
8	8	18-20	9-10	11-12
9	9-10	21-24	11-12	13-14
10	11-15	25-30	13-18	15-18

La calificación de la versión del ISCD-A se obtiene a partir de la suma de los puntajes de la escala de respuesta (0 —nunca-, 1 —rara vez-, 2 —frecuentemente-, y 3 —casi siempre) en función de los reactivos que incluye cada una de las escalas. Al obtener este puntaje, es necesario interpretar las situaciones de consumo por escala en relación al siguiente criterio:

**Deciles 1 al 4 SITUACIONES DE CONSUMO SIN PROBLEMA,** Situaciones a las que se enfrenta el adolescente en donde no consume drogas.

**Deciles 5 al 7 SITUACIONES DE CONSUMO DE RIESGO,** Situaciones a las que se enfrenta el adolescente en donde la probabilidad de consumo de drogas es mínima.

**Deciles 8 al 10 SITUACIONES DE CONSUMO PROBLEMÁTICAS,** Situaciones a las que se enfrenta el adolescente donde existe una alta probabilidad de consumo de drogas.

### **Conclusión**

La adaptación del Inventario Situacional de Consumo de Drogas se llevó a cabo en dos etapas, en la primer etapa se empleo una muestra de 130 adolescentes consumidores de sustancias, con edades entre 14 y 19 años. y en una segunda etapa se utilizó una muestra de 300 adolescentes con las misma características

La primer etapa incluyo dos fases de la adaptacion del instrumento. La primer fase (piloteo) se refiere a la aplicacion del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (IDTS), y la segunda fase incluyó el desarrollo de un nuevo instrumento a partir del análisis de los reactivos que mejor discriminan en el instrumento adaptado. Por otro lado, la segunda etapa consistió en la estandarización de la nueva versión del ISCD para adolescentes que consumen drogas, en esta etapa se obtuvieron las normas de interpretación adecuadas a la población adolescente.

El resultado del proceso de adaptación del instrumento, fue un cuestionario breve de 27 reactivos, con propiedades psicométricas aceptables, que permiten detectar las situaciones que no son problemáticas, las situaciones de riesgo y las situaciones problemáticas en que los adolescentes consumen drogas.

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, en su versión original, permite identificar las principales situaciones en las que los usuarios adultos consumen sustancias, estas situaciones están clasificadas con base a las ocho categorías desarrolladas por Marlatt y sus cols. (Marlatt, 1978,1979 y Gordon, 1980,1985). De las cuales, cinco se relacionan con situaciones personales: Emociones Desagradables, Malestar Físico, Emociones Agradables, Probando Auto- Control, y Necesidad física. En tanto que las otras tres categorías incluyen situaciones que involucran a terceras personas y estas son: Conflictos con Otros, Presión Social para el Consumo, y Emociones Placenteras.

Sin embargo, la adaptación del instrumento a población adolescente que inicia el consumo de drogas, resultó en cuatro situaciones de riesgo para el consumo. Dos factores o situaciones de riesgo quedaron similares al inventario original, estas son Emociones Desagradables y Emociones Agradables. Los otros dos factores resultantes son Tentaciones hacia el consumo y búsqueda de bienestar, estas dos categorías no corresponden al instrumento original, ya que una posible razón es que el instrumento en su versión original se validó con abusadores de drogas y en este trabajo se validó con adolescentes que inician el consumo de drogas. Por lo tanto, algunas de las situaciones del instrumento original no aplican.

La situación de malestar físico se sustituyó por tentaciones hacia el consumo en esta versión. Una explicación sería que los adolescentes que inician el consumo de drogas no presentan sensaciones físicas particulares del síndrome de dependencia, por lo tanto no es un factor de riesgo, sin embargo, manifiestan sensaciones físicas como tentación para el consumo. Otro de los factores del instrumento original es la situación de necesidad física, sin embargo en este instrumento se cambió por búsqueda de bienestar.

Los factores que no fueron confiables son probando autocontrol, conflictos con otros, presión social para el consumo y emociones placenteras con otros. Estas situaciones se relacionan con terceras personas que parece ser una situación que no afecta en el consumo de adolescentes que inician el consumo de drogas.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El Inventario Situacional de Consumo de Drogas para adolescentes permitirá realizar un diagnóstico acertado de las situaciones de riesgo a las que se enfrentan los adolescentes y que existe una mayor probabilidad de consumo de drogas. Este diagnóstico facilitará el proceso de enseñanza de habilidades específicas para afrontar estas situaciones. Desde la perspectiva del aprendizaje social se enfatiza la importancia de las habilidades de afrontamiento que pueden enseñarse a las personas, si el individuo es capaz de ejecutar efectivamente habilidades de afrontamiento cognitivas o conductuales en una situación de "alto riesgo" (p.e. es capaz de contrarrestar asertivamente la presión social) la probabilidad de la recaída decrementa significativamente.

El individuo que enfrenta exitosamente la situación es probable que experimente un sentido de dominio o una percepción de control. El dominio exitoso de una situación problemática frecuentemente se asocia a la expectativa de ser capaz de enfrentar exitosamente el próximo evento de reto. La expectativa de ser capaz de enfrentar con éxito la situación de "alto riesgo" se asocia con la noción de autoeficacia definida por Bandura en 1977 como un proceso cognitivo, ya que se refiere a una percepción o juicio acerca de nuestras capacidades para ejecutar o enfrentarnos a situaciones particulares de alto riesgo (Marlatt y Gordon, 1980).

Los programas de tratamiento deben incorporar procedimientos específicos designados a garantizar la generalización del cambio en la conducta de consumir alcohol en el medio ambiente y el mantenimiento del cambio a través del tiempo. El hecho de que el sujeto identifique plenamente sus situaciones de riesgo aumentará la probabilidad de que tenga mejores resultados en el tratamiento, en esto radica la importancia de analizar dichas situaciones por medio del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes. Es importante mencionar que no todos los adolescentes tienen y se enfrentan a las mismas situaciones de consumo, y como se menciona en párrafos anteriores, la identificación y diagnóstico de una situación de consumo riesgosa o problemática está relacionada con el tipo de sustancia, la cantidad, la forma y la frecuencia de consumo.



### 3. SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

En este apartado, se presenta la descripción de un caso clínico que refleja las habilidades en el ejercicio profesional para la atención de usuarios de sustancias. Se describen los antecedentes y fundamentos del Programa de Atención para Adolescentes bajo el cual se analiza el caso clínico como parte final de esta sección.

#### I. Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en Adolescentes

El consumo de sustancias adictivas en México, constituye un fenómeno complejo y creciente, que se caracteriza por sus consecuencias biológicas, psicológicas y Sociales. En el momento histórico por el cual atraviesa nuestro país, se observan algunos segmentos de la población más vulnerables que otros a presentar consecuencias negativas del consumo de sustancias dificultando su adecuada evolución en las diferentes etapas de desarrollo (ENA, 1998).

Al considerar el consumo de sustancias adictivas como un fenómeno complejo y creciente, ha sido necesario analizarlo desde diferentes perspectivas que parten de sistemas de información epidemiológica y psicosocial hasta políticas nacionales para el control de la producción, distribución y consumo; dando lugar a la comprensión de la naturaleza, magnitud y características del problema de las adicciones en nuestro país.

Los sistemas de información epidemiológica y psicosocial relacionadas con el problema de las adicciones en nuestro país, tienen sus inicios en la década de los 70's con el estudio de grandes poblaciones de diversas características y riesgos para presentar el problema (Medina-Mora, 1978, Terroba y Medina-Mora, 1978). Sin embargo, en las décadas de los 80's y 90's se incrementa el interés por el análisis y entendimiento del fenómeno y se plantean diversos estudios, entre los que se encuentran: la Encuestas de Hogares del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1988, 1993, y 1998), la Medición Transversal del problema en poblaciones estudiantiles a nivel medio y medio superior, planteada por la Secretaría de Educación Pública (SEP), en colaboración con el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Así mismo, se plantearon estudios con poblaciones especiales, principalmente con los menores trabajadores, niños de la calle, menores infractores, centros penitenciarios, y en poblaciones ocultas de abusadores de heroína (Leal, 1997; Medina-Mora, 1982; Gutierrez, 1992, Romero, 1995; Cravioto, 1996).

Cabe mencionar que el fenómeno de las adicciones en nuestro país, a lo largo de la historia ha mostrado un incremento importante en los diferentes segmentos de la población, reflejándose principalmente en cantidad y frecuencia, tipo de sustancia y formas de consumo. A pesar del incremento en la tendencia del consumo de sustancias ilícitas, el problema de salud más importante relacionado con las adicciones, es el consumo de alcohol, enfatizándose en poblaciones en riesgo, como es el caso de los adolescentes (ENA, 1998).

Algunas investigaciones sobre consumo de sustancias adictivas indican que la mayoría de los consumidores experimentan por primera vez con drogas entre los 15 y 18 años; sin embargo, en la actualidad, ésta continúa disminuyendo presentándose en promedio a los 12 o 13 años (Medina- Mora y cols., 1994).

La Encuesta sobre consumo de Drogas, Alcohol, y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal (Villatoro, 2001), realizada en el 2000 en la que se incluyen estudiantes de

secundaria, bachillerato y escuelas técnicas, con un total de 10 578 alumnos, refleja un incremento en la tendencia del consumo de tabaco, alcohol y drogas, siendo las dos primeras un problema de salud pública en la población adolescente.

Los resultados de este estudio, muestran que el 61.4% de los jóvenes han consumido alcohol alguna vez en la vida y que un 31.9% de estos ha consumido durante el último mes, aun y cuando el consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país es ilegal para los adolescentes.

Es importante destacar, que la población más afectada es la de varones (34.0%) en comparación con las mujeres (29.9%). Con lo que respecta a la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Por otro lado, el 50% de los adolescentes de 17 años han bebido alcohol en el último mes. Sin embargo, el 21.4% de los adolescentes beben 5 o más copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez al mes, lo cual puede considerarse como un indicador de abuso, excediendo los límites propuestos para un consumo moderado.

Los resultados de este estudio, muestran que la Prevalencia total del consumo de drogas en los adolescentes es de 14.7%. En tanto que la Prevalencia para el último año es de 9.7% y un 5.3% para el último mes. Cabe mencionar, que un 10% de estos es considerado como usuario experimental, en tanto que el 4.7% es usuario regular.

En cuanto al tipo de droga, la marihuana ocupa el primer lugar de consumo (5.8%), seguida por la cocaína (5.2%), los tranquilizantes (4.8%) y los inhalables (4.3%) en la población adolescente de bachillerato; sin embargo para la población de secundaria se observa que la principal sustancia de consumo son los inhalables seguidos por los tranquilizantes, la marihuana y la cocaína.

Los hallazgos reportados por este estudio, llevan a la conclusión de que los estudiantes se involucran más con el consumo de sustancias ilegales, en comparación con el consumo de alcohol y tabaco. Dicha situación que puede ser vinculada con entorno social del adolescente, la baja percepción de riesgo para el consumo y una elevada tolerancia de consumo dentro del grupo, aun y cuando ésta es baja en la población total.

Así mismo, esta encuesta permitió caracterizar a los menores que consumen drogas. En donde se observa que los porcentajes de consumo son mayores en aquellos adolescentes que actualmente estudian bachillerato, pero que por diversas circunstancias dejaron de asistir a la escuela durante el año previo al estudio y con promedios escolares bajos. Cabe mencionar, que muchos de los adolescentes que reportaron haber consumido alguna sustancia con más frecuencia, se relaciona con la presencia de un familiar que tenga problemas relacionados con el consumo de sustancias, lo cual favorece que el adolescente no considere como riesgoso el consumo de diferentes sustancias.

Ante estos hallazgos, es posible observar que el consumo de sustancias en los jóvenes de nuestro país es un problema creciente, que se relaciona con otras consecuencias negativas, tales como accidentes automovilísticos, actos antisociales, intentos suicidas o suicidios consumados.

En la Encuesta para Estudiantes realizada en 1997 en el D.F. (Villatoro, 1999), refleja que el 23% de los estudiantes que consumían 5 copas o más por ocasión de consumo al menos una vez al mes, tuvieron un mayor riesgo para los accidentes; el 3% había manejado un coche o motocicleta mientras bebía o después de haberlo hecho, y un 5% tuvo caídas, fracturas o golpes. Estos datos coincidieron con algunos reportados por la ENA de 1998, donde se observó que los adolescentes que bebieron 5 copas o más por ocasión de consumo, en comparación con aquellos que consumieron una cantidad menor, tuvieron una mayor probabilidad de enfermarse del estómago (21.7%), estar borracho en la escuela (4.5%), perder la conciencia mientras bebían (13.2%), tener una cruda (57.6%), arrepentirse después de que hizo algo mientras bebía (24.7%), algún doctor o sacerdote trataron de persuadirlos para dejar de beber (15.5%), participar en peleas o golpes (21.1%), ser detenido o llevado a tratamiento (5.4%), haber solicitado ayuda por la presencia de problemas relacionados con el consumo (1.4%), tener un accidente automovilístico (1.4%) y ser atropellado (1.7%).

Los resultados de las Encuestas planteadas con anterioridad, muestran que el consumo de sustancias en la población adolescente se presenta a edades tempranas, la frecuencia y cantidad de consumo excede los límites, en el caso del alcohol y pone en riesgo la integridad individual, por lo anterior se incrementa la necesidad de desarrollar programas preventivos orientados al retardo de la edad de inicio en el consumo, la disminución de los patrones de consumo, las consecuencias negativas relacionadas con este y por lo tanto el avance a las diferentes etapas del continuo de la severidad de las adicciones.

Es necesario considerar que el desarrollo de programas de prevención parte de la identificación de las personas que presentan un consumo riesgoso, el acceso y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y otras drogas, así como las opciones de tratamientos y rehabilitación a la disposición de la sociedad.

El Instituto de Medicina en los Estados Unidos [IOM] (1990) recomienda el desarrollo de intervenciones preventivas dirigidas a las personas que se encuentran en riesgo de sufrir las consecuencias negativas del consumo, pero que aun no han desarrollado dependencia a la sustancia. Este modelo ha sido propuesto principalmente para el consumo del alcohol, pero también puede aplicarse al consumo de otras sustancias como el tabaco y drogas ilegales, y por supuesto al consumo de los adolescentes. La propuesta general del modelo es que los esfuerzos deben centrarse en el desarrollo de las intervenciones preventivas breves, con objeto de minimizar el desembolso de recursos innecesarios, tomando en cuenta las características de la población hacia la que se dirigen, para lo cual el IOM propone considerar la clasificación de prevención universal, selectiva e indicada, formulada por Gordon (1983), como una forma de identificar las estrategias de intervención más adecuadas de acuerdo a la población a la cual se dirigirá la intervención.

## II. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Las estrategias de prevención directamente relacionadas con el funcionamiento de la salud mental en los niños y adultos han llegado a ser áreas de interés para la Psicología, orientándolas a la búsqueda de factores de riesgo o protección relacionados con la salud. Así, el desarrollo de la teoría para la prevención del abuso de sustancias se centra sobre los factores de riesgo y protección/resiliencia como un marco integrador descriptivo y predictivo (Gardner, Brounstein & Deborah, 2001)

Los factores de riesgo son una característica (biológica, psicológica/conductual y social/ambiental) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno. Los factores de riesgo mayormente identificados son la historia familiar del uso de sustancias, los desordenes de depresión o conducta antisocial, y la disponibilidad de las sustancias en la comunidad (Luengo, M.; Romero, E.; y cols.; 1999). En tanto que los factores protectores son características que median o moderan los efectos de la exposición al riesgo y por lo tanto incrementan la resistencia e influencia social, entre estos factores encontramos los lazos familiares, la exposición a reglas claras en el núcleo familiar y el interés de los padres en la vida de sus hijos, el éxito escolar, las relaciones estrechas con instituciones pro-sociales, y la adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas

Al tomar en cuenta tanto factores de riesgo como factores protectores, los profesionales de la salud interesados en el desarrollo de estrategias de prevención, cuentan con elementos sólidos para la comprensión de cómo y porque grupos de nuestra sociedad inician o se abstienen en el consumo de sustancias.

Los individuos tienen una serie de cualidades y habilidades para su interacción con el medio. En esta interacción, los factores de riesgo/ protección actúan como un filtro, dirigiendo el tono y la naturaleza de sus acciones. Estas interacciones se organizan en seis categorías de la vida de las personas: el individual, el grupo de amigos, la familia, el trabajo o escuela, la comunidad, y la sociedad (Gardner, et al. 2001). Sin embargo, estas categorías varían con el avance de las etapas de desarrollo, las percepciones propias de cada individuo y la interacción con sus diferentes contextos (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz, 1995; Donaldson, Graham, & Hansen, 1994; Kumpfer, Molgaard & Spot, 1996; citados por Gardner et al 2001; Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

En este sentido, los primeros esfuerzos preventivos fueron informativos, en los cuales se pretendía persuadir a los individuos de usar drogas a partir del conocimiento de las drogas y daños que el consumo produce en el organismo. Posteriormente, los enfoques fueron ampliados hacia la disminución de los factores de riesgos y fomento de factores de protección, así como del desarrollo de habilidades. Al mismo tiempo, los investigadores se interesaron en evaluar los programas de prevención y conocer el impacto en la reducción del consumo y los problemas relacionados (Ayala, 2001).

El sistema tradicionalmente usado para clasificar las intervenciones preventivas es dividirlas en prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964; Cowen, 1983). La meta de los programas de prevención primaria es la de reducir la incidencia o nuevos casos de un desorden. La meta de la prevención secundaria es la de 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 sido criticado debido a la dificultad de distinguir entre la ausencia o presencia del desorden, y por lo tanto entre prevención primaria y secundaria. (Boyle, Oxford, Racine, Sanford & Felming, 1996).

Debido a estas limitaciones se ha propuesto una nueva manera 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, 1983; Institute of Medicine [IOM], 1994). Este sistema propone tres tipos de intervenciones preventivas, que son universales, selectivas e indicadas

#### **Intervenciones Preventivas Universales**

Las intervenciones preventivas universales se dirigen al total de la población. Y son instrumentadas para promover el funcionamiento saludable y/o la disminución de los desordenes diagnosticables; la efectividad de estas intervenciones está íntimamente relacionado con el entendimiento de los factores de riesgo y protección para el desarrollo de un desorden o la promoción de un funcionamiento saludable (Wayne & Black, 1999). Estas intervenciones se caracterizan por ser cortas y menos intensas, en su aplicación se emplean estrategias que parten de la identificación de la problemática hasta la enseñanza de las habilidades de rechazo a las bebidas alcohólicas y a otras sustancias; y se fundamentan en aproximaciones tales como la influencia social (Pentz, 1989; Ellickson & Bell, 1990; Hansen, 1996); modelos de entrenamiento en habilidades (Botvin, 1995; Gainer, 1993); modelos enfocados a la familia (Hawkins & Catalano, 1994; Kumpfer, Molgaard & Spot, 1996; y aproximaciones del cambio de clima escolar (Kumpfer, Turner & Alvarado, 1991).

La utilización de estrategias de prevención universal cuentan con una serie de ventajas, entre las que se encuentran: bajo costo, como resultado de su corta duración; son intervenciones que no requieren estrategias de reclutamiento o incentivos para la participación; y específicamente, para la prevención universal de las conductas adictivas en adolescentes, el escenario más efectivo para su aplicación, se centra en las escuelas, ya que éstas permiten una cobertura amplia de la población (Kumpfer, 1999).

#### **Intervenciones Preventivas Selectivas**

Con lo que respecta a las estrategias de prevención selectiva, éstas se dirigen a grupos específicos que se encuentran en alto riesgo de desarrollar un desorden o presentan signos tempranos de un desorden emergente. El objetivo principal de las intervenciones selectivas es detener o revertir la progresión en el consumo de sustancias, así como los problemas relacionados con éste (familiares, interpersonales, sociales, escolares, laborales, etc.) (Wayne & Black, 1999)

El fundamento de los programas de intervención selectiva se centra en el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades para la vida, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de resistencia, entrenamiento en habilidades escolares y uso del tiempo libre (Kumfer, 1999; Botvin, 1995; Dishon, 1996).

Entre las ventajas obtenidas por la instrumentación de las estrategias de prevención selectiva encontramos que: solamente se dirigen a quienes necesitan desarrollar alguna de las habilidades que se consideran importantes para prevenir el consumo de alcohol u otras drogas; permiten un uso más eficiente de los recursos; resulta más fácil medir los progresos de las personas a partir de estos programas (Kumpfer, 1999).

En tanto que las desventajas de estas intervenciones son las dificultades para la identificación, y reclutamiento de los jóvenes en alto riesgo, el criterio para determinar el nivel de riesgo puede ser amplio y en ocasiones poco claro. Estos programas pueden pasar por alto o fallar al momento de reclutar de forma voluntaria a jóvenes y familias en riesgo; así mismo, se ha encontrado que la efectividad en estas investigaciones es que están dirigidas a modificar los factores de riesgo y protectores, principalmente comunitarios y familiares y no a las conductas del sujeto, lo que facilitaría la evaluación de los resultados (Kumpfer, 1999).

#### **Intervenciones Preventivas Indicadas**

Las intervenciones de prevención indicada son implementadas en grupos más específicos después de que un desorden ha sido diagnosticado, este tipo de intervenciones se centran en la prevención de la progresión posterior de un proceso patológico o síntomas secundarios que pueden desarrollarse a través del tiempo (Wayne & Black, 1999); y se caracterizan por ser más largas e intensivas, en comparación con los programas de prevención selectiva, así mismo, estos programas se centran en personas que son identificadas a través de su conducta. Cabe mencionar, que estas intervenciones requieren un entrenamiento de especialización para los profesionales que ponen en práctica estas estrategias (Kumpfer, 1999). Algunos ejemplos de las intervenciones de prevención indicada son programas de asistencia para estudiantes, programas de consejo para jóvenes, grupos de padres-iguales para jóvenes problema, líneas telefónicas para jóvenes, y las intervenciones en crisis (Morehouse, 1979; Morehouse, Tobler, & Kleinman, 1995; Tobler, 1986, 1992; citados por Kumpfer, 1999).

Las intervenciones de prevención indicada se caracterizan por ciertas ventajas, ya que éstas se centran en el trabajo con conductas claramente identificadas y se diseñan para poblaciones específicas (Kumpfer, 1999). Algunas de las desventajas de la prevención indicada se relacionan con el tipo de intervención que se pone en práctica, puesto que al ser más intensivos requieren personal altamente entrenado, con conocimiento clínico o de consejo (Dishion & Andrews, 1995; citados por Kumpfer, 1999).

A partir de la revisión de las diferentes estrategias de intervención, es posible observar que los programas preventivos más efectivos son aquellos que se basan en la identificación de factores de riesgo/ protectores para cada segmento de la población (Kumpfer, 1999).

#### **Prevención de las Adicciones en México**

En nuestro país, el desarrollo de programas de prevención para el consumo de alcohol surge en la década de los 80's, en tanto que las iniciativas de prevención para el consumo de drogas en el mundo se incrementa en la década de los 70's. En 1986 se desarrolla el Programa Nacional Contra las Adicciones, el Tabaquismo, el Alcoholismo, y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Cabe mencionar, que los primeros esfuerzos de prevención son informativos, a través de la historia se proponen estrategias fundamentadas en la prevención de riesgos, énfasis en los factores protectores y el entrenamiento de habilidades. Sin embargo, las intervenciones de prevención propuestas en la actualidad se orientan a la prevención del daño y a la evaluación de la eficacia de éstos (Medina-Mora, en prensa).

Entre los esfuerzos más importantes para la detección, diagnóstico, atención y evaluación de la población adolescente se encuentra el "Modelo Chimalli" desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos [INEPAR] en 1989. Los

componentes principales del Modelo son: 1) La creación de una red comunitaria de voluntarios (escolar o vecinal), 2) El trabajo grupal para el desarrollo de actitudes y habilidades de protección y 3) La investigación para el diagnóstico comunitario de factores de riesgo y protección, la disposición de las personas para participar en el modelo y la evaluación del mismo. El modelo se caracteriza por ser comunitario y no solo se ha implementado con adolescentes (primaria y secundaria), sino que también ha sido adaptado a maestros, y grupos de jóvenes en alto riesgo. Cabe mencionar que el objetivo principal del Modelo Chimali es desarrollar habilidades y actitudes que permitan a los individuos enfrentar factores de riesgo y estresores en la vida (Castro, Llanes, Margain & Carreño, 1999).

A partir del desarrollo del Modelo Chimali, INEPAR en conjunto con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), desarrollan el programa "Construye tu Vida sin Adicciones" para la población que asiste a los servicios médicos y al propio personal de salud, con la finalidad de que cada individuo se responsabilice personal y socialmente acerca de la salud, nuevamente con el interés de fortalecer los factores protectores (CONADIC & Secretaría de Salud [SSA], 2000).

El Programa "Para Vivir sin Drogas" fue desarrollado por Centros de Integración Juvenil (CIJ), dirigido a población entre los 10 y 54 años de edad, dando prioridad a la población de jóvenes (de 10 a 18 años). Los componentes del programa son: 1) Información, donde en una sesión se proporcionan datos sobre los factores de riesgo y protección, 2) Orientación, en donde se ofrece un curso de 8 a 12 sesiones para diferentes grupos de edad: niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, y la familia en su conjunto, y 3) Capacitación, en donde se habilita en la reproducción del programa preventivo (Sánchez, 1999).

El "Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones" (PEPCA) planteado por la Secretaría de Educación Pública (SEP), forma parte del programa educativo, éste se caracteriza por tener su fundamento en la educación social y en la construcción de valores. Los componentes de este programa son: Fomento de los valores, manejo responsable de la sexualidad, aprovechamiento del tiempo libre, educación ambiental, manejo responsable de las bebidas alcohólicas y prevención del consumo de tabaco y otras drogas.

Susan Pick (1995) desarrolló un programa de educación sexual y prevención de uso de alcohol, tabaco y otras drogas para adolescentes, denominado "Planeando tu Vida". Este programa se caracteriza por la revisión de conceptos relacionados con el desarrollo sexual de esta etapa de desarrollo; manejo de la toma de decisiones, la asertividad, comunicación y control del medio ambiente; así mismo se plantean ejercicios para aclarar los mitos y prejuicios relacionados con la sexualidad y el desarrollo en general.

A partir del análisis de los programas de prevención mencionados con anterioridad, puede observarse que éstos están dirigidos principalmente a la población en general o a grupos que han sido catalogados como riesgosos, sin embargo, se dejan de lado aquellas poblaciones en las que ya se presenta el consumo y los problemas relacionados. Por lo anterior se han propuesto estrategias de prevención fundamentadas en la filosofía de AA e intervenciones denominadas breves.

Las intervenciones breves han demostrado resultados efectivos para la prevención y tratamiento de las conductas adictivas, las cuales tienen sus bases en estrategias

cognitivo-conductuales (Alden, 1988; Miller, Leckman, Derlaney & Tinkcom, 1992; Sánchez, Annis, Bornet & MacDonald, 1984; Sobell & Sobell, 1993, citados por Ayala & Echeverría, 1998). La aplicación de estas estrategias, ha sido principalmente con personas que presentan problemas relacionados con el consumo por el abuso de sustancias, pero que aún no desarrollan una dependencia severa, como es el caso de los bebedores problema o excesivos (Ayala et al., 1995), usuarios de cocaína (Oropeza & Ayala, 2002) y usuarios de tabaco (Lira & Ayala, 2002). Así como, en poblaciones de adolescentes escolares que han iniciado el consumo de sustancias (Martínez & Ayala, 2000). Estas aproximaciones constituyen esfuerzos de prevención indicada.

La efectividad de las intervenciones breves se relaciona con la identificación de poblaciones específicas y con la explicación de principios teóricos de la conducta, dando lugar al entendimiento de cómo se inicia y se mantiene una conducta adictiva y como estos mismos principios participan en la modificación de la conducta. Cabe mencionar, que la utilización de intervenciones breves con un fundamento teórico de la conducta brinda la oportunidad de examinar factores mediadores que influyen en la práctica de la conducta de riesgo. Ya que la conducta de riesgo esta en un contexto de factores de la comunidad, la familia, los pares y personales, por ello al analizar las interacciones de estos factores, los investigadores identifican la trayectoria de la conducta para producir un cambio en esta (Wayne & Black, 1999).

#### **Psicoterapias breves basadas en Modelos Psicológicos para la prevención de las Adicciones**

Las intervenciones breves han sido descritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una alternativa terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol u otras drogas de forma riesgosa o destructiva con la oferta de un tratamiento antes de que las personas lo soliciten. El blanco de estas aproximaciones son los individuos que aún no han desarrollado una dependencia física o problemas psicosociales severos (Ayala & Echeverría, 1998). Los componentes de las intervenciones breves son: la retroalimentación de los resultados, el brindar un consejo activo, identificación y modificación de las barreras para el cambio de la conducta, brindar aproximaciones alternativas, así como el análisis de las consecuencias negativas y riesgos asociados, contingencias externas, metas personales para el cambio de una conducta y mantener un cambio periódico con el usuario (Miller, 1999).

Las intervenciones breves, se caracterizan por tener una duración máxima de cuatro a siete sesiones, en las cuales el terapeuta brinda consejo y apoyo para incrementar la disposición de las personas al cambio, así como la información necesaria para lograr que su consumo sea moderado o logre la abstinencia paulatinamente. Se dirigen a personas que tienen problemas con el consumo, pero que no cubren el diagnóstico de dependencia severa.

En México, a inicios de la década de los 90, se realizó una investigación para evaluar un modelo de intervención breve con bebedores problema (Ayala et al., 1998). Los resultados de esta investigación mostraron que a los seis y doce meses de concluido el tratamiento con una muestra de 177 sujetos adultos, los usuarios permanecieron abstemios en un porcentaje mayor de tiempo, 73 % al término del tratamiento, 84% al seguimiento de 6 meses y 82% a los 12 meses. Por otro lado, aquellos que consumían alcohol, reportaron beber en forma moderada (1 a 4 copas por ocasión) en un mayor porcentaje de tiempo (7% al inicio del tratamiento, 20% a los 6 meses y 18% a los doce



meses). En cuanto a la frecuencia de consumo, se observó una ligera reducción en general.

Con lo que respecta a las intervenciones breves aplicadas a poblaciones adolescentes, se menciona que estas pueden ser efectivas, en términos de que los adolescentes pueden expresar y resolver su ambivalencia acerca del cambio de su consumo. Factores como la poca disposición y la ambivalencia sobre el consumo influyen en el abandono del tratamiento; por lo que, la participación de los jóvenes en intervenciones breves puede favorecer la permanencia de éstos en el tratamiento y la resolución de su ambivalencia acerca de cambiar o continuar con el consumo (Breslin, Sdao-Jarvie, Tupker & Pearlman, 1999).

Cabe mencionar, que la aplicación de las intervenciones breves en adolescentes, considera algunos aspectos en los que difieren con las intervenciones breves para poblaciones adultas, un claro ejemplo de esta situación, se relaciona con el uso de múltiples sustancias y diferentes problemas asociados con éste, así como la presión para asistir a programas de tratamiento, incrementando la resistencia para involucrarse en cualquier tipo de intervención (Breslin et al., 1999). Los hallazgos de algunas investigaciones internacionales (Lawendowski, 1998) orientadas a la población adolescente muestran que la practica de la Entrevista Motivacional –intervención breve-, como una invitación a la participación dentro de un programa de tratamiento para el abuso de sustancias, incrementa la permanencia de los jóvenes en estos programas.

Ante estos hallazgos, puede proponerse a las intervenciones breves como una herramienta eficaz para el tratamiento de los jóvenes que abusan de las sustancias. Sin embargo, la efectividad de las intervenciones breves no es exclusiva de la identificación y modificación de las resistencias, sino también del empleo de los principios teóricos, como la Teoría del Aprendizaje Social (TAS), que permiten explicar como se inicia, cambia y se mantiene una conducta.

### Teoría del Aprendizaje Social

La Teoría del Aprendizaje Social (TAS), fue desarrollada por Bandura, quien retoma los principios de condicionamiento clásico y operante, incorporando la simbolización, los procesos vicarios y la autorregulación (Abrahams & Niaura, 1987) para explicar como se inicia, cambia y se mantiene una conducta. La explicación de la conducta parte del entendimiento de tres elementos:

1. La conducta es resultado de un antecedente ambiental inmediato y se mantiene por sus consecuencias.
2. La adquisición de una gran variedad de experiencias durante el desarrollo, asociada con la vulnerabilidad biológica y ambiental.
3. Los procesos cognoscitivos que favorecen la explicación del consumo y los problemas relacionados con éste.

La TAS es considerada como una teoría interaccionista, en donde se menciona que factores ambientales, personales y conductuales se relacionan entre sí; esta relación se presenta en distintos escenarios y diferentes conductas. El entendimiento y explicación de una conducta es a través del análisis de la diversidad de conductas, así como de factores personales y ambientales a lo largo del tiempo.

Bandura (Abrahams & Niaura 1987) plantea que el aprendizaje se presenta y adquiere por la experimentación de las consecuencias de la conducta o por el apareamiento repetido de estímulos y respuestas. Su teoría resalta las capacidades cognoscitivas para explicar el aprendizaje y la conducta; dichas capacidades se relacionan con la simbolización, previsión, el aprendizaje vicario y la autorregulación.

La Teoría del Aprendizaje Social, menciona que el consumo de sustancias se adquiere con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos, mismos que pueden ser modificados a través de nuevas situaciones de aprendizaje, donde el principal ingrediente en el proceso de cambio, es el individuo como un agente activo. Es decir, las personas pueden aprender a regular su conducta por sí mismas, lo que permite que ellas cambien su consumo.

Bandura (Abrahams & Niaura, 1987) describe algunos componentes que favorecen la regulación de una conducta, partiendo de la identificación de los antecedentes y consecuentes de las situaciones de consumo moderado y excesivo, la utilización de estrategias para manejar las situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias, además del empleo de alternativas para modificar los estilos de vida. Al mismo tiempo, este mecanismo está influido por las creencias, expectativas, habilidades de afrontamiento y la percepción de auto-eficacia.

Los principios de la Teoría del Aprendizaje Social (Echeverría, Tiburcio, Lima, Cerero & Ayala, 2000) que describen el desarrollo y mantenimiento de una conducta son:

1. El consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias es parte integral del desarrollo psicosocial y la socialización dentro de una cultura, se presenta por medio de actitudes, expectativas, creencias y por el modelamiento del consumo, así como por representaciones del consumo y reforzamiento social de la conducta de consumo.
2. Los factores individuales que anteceden la conducta (biológicos/psicológicos, adquiridos/heredados) interactúan con los agentes socializantes y situaciones que determinan patrones iniciales de consumo. Sin embargo, la ausencia de modelos de consumo moderado o un modelo de consumo excesivo favorecen la posibilidad del abuso de sustancias.
3. Las experiencias directas con el consumo, incrementan el desarrollo y experimentación del uso continuo de la sustancia. El uso continuo de una sustancia puede reforzarse negativamente y positivamente, como una forma de cubrir las expectativas sociales.
4. Los determinantes más importantes del consumo pueden relacionarse a: a) estresores ambientales que sobrepasan la capacidad de afrontamiento, b) baja auto-eficacia de conductas alternativas de afrontamiento, c) altas expectativas de resultado acerca de que la sustancia producirá los efectos deseados, así como d) minimizar las consecuencias negativas del consumo a largo plazo.
5. Ante el uso continuo de la sustancia, se adquiere tolerancia a las propiedades directas y de reforzamiento, lo cual favorece la ingesta de grandes cantidades para obtener los efectos que se lograron previamente con menores cantidades.
6. En caso de que el sujeto incremente su consumo, y realice un consumo continuo durante un largo tiempo, incrementa la probabilidad de desarrollar dependencia física o psicológica.

7. Cualquier consumo tiene consecuencias tanto sociales como individuales que incrementan más el consumo, y que favorecen un incremento en el estrés dando lugar a que la persona continúe con el consumo.
8. La influencia de los factores sociales situaciones o intraindividuales en el consumo son diferentes entre los individuos y dentro de los individuos conforme pasa el tiempo.
9. El individuo debe adquirir habilidades intra e interpersonales para incrementar su auto-eficacia lo suficientemente para resistir situaciones de riesgo hacia el consumo. Así mismo, debe ser auto-reflexivo con la finalidad de analizar los riesgos ambientales o personales que anteceden el consumo. La autorregulación y el retraso de habilidades de gratificación ayudan en la toma de decisiones relacionadas con el consumo y pueden reemplazarse por expectativas más equilibradas sin olvidar las consecuencias negativas a corto y largo plazo.

A través de la revisión de los principios de la TAS, se observa que el consumo de sustancias es una conducta maladaptativa y por lo cual es probable modificarla a partir de un reaprendizaje; a través de programas de intervención que se centren sus actividades en el cambio de patrón de consumo y los problemas relacionados con éste. El cambio en el patrón de consumo abarca tres etapas: a) compromiso y motivación para el cambio, b) instrumentación del cambio y c) mantenimiento del cambio a través del tiempo (Marlatt & Gordon, 1985).

Los programas de intervención fundamentados en la Teoría del Aprendizaje Social, incluyen la utilización de estrategias de la Entrevista Motivacional con la finalidad de incrementar el compromiso y la motivación para el cambio; así mismo, estrategias de autocontrol y la prevención de recaídas.

#### Entrevista Motivacional

Las investigaciones sobre las variables relacionadas con la aceptación de los individuos para entrar a tratamiento, menciona que existen dos elementos en común cuando se tiene conciencia sobre un problema: Primero, la presencia de eventos negativos, o cambios positivos en la vida de las personas. Segundo, un análisis y evaluación sobre el problema identificado (Hartnoll, 1992). Ambos incrementan la disposición de los individuos para cambiar y entrar a tratamiento. Donde el significado que la persona atribuye a tales eventos, más que el número o tipo de eventos, es lo que marca la diferencia entre aquellos que resuelven sus problemas relacionados al abuso de sustancias por sí mismos y entre los que no lo hacen (Klingemann, 1994). Lo que también se observa en quienes entran a tratamiento y modifican con éxito su consumo de alcohol o drogas.

Yahne y Miller (1999) señalan que la mayoría de las intervenciones que se han diseñado para la atención de las conductas adictivas están orientadas para personas preparadas para tomar acciones y cambiar su patrón de consumo. Sin embargo, en el caso de los adolescentes que abusan de alguna sustancia, éstos no han tomado la decisión de hacer un cambio en su conducta, aún y cuando cuenten con una opción de atención; están ambivalentes ante la idea de cambiar su patrón de consumo. Ante esta situación, resulta fundamental, instrumentar programas para lograr el cambio en el patrón de consumo, e incrementar la disposición para el cambio (Donovan & Rosengren, 1999).

Como una forma de entender e incrementar la disposición al cambio en una conducta adictiva, diferentes estudios se han dado a la tarea de investigar el proceso de cambio de las personas, los cuales han revelado que el cambio no es espontáneo, sino que es un proceso en el cual las personas atraviesan por diferentes etapas. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), describen cómo cambian las personas. Estos investigadores plantean una serie de etapas por las que pasan los individuos en el proceso de cambio de un problema: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento, y Recaída.

En la etapa de Precontemplación, la persona no tiene una intención de cambiar una conducta, ya que no hay una consciencia de sus problemas. La principal característica de esta etapa se relaciona con la resistencia a reconocer y modificar un problema.

Con lo que respecta a la etapa de Contemplación, las personas en esta etapa, están conscientes de la presencia de un problema, tienen la intención de buscar una solución, sin embargo no establecen un compromiso para actuar: cuentan con opciones de atención, pero aun no están preparados. Las principales características de esta etapa, se relaciona con el análisis de los costos y beneficios del problema, la búsqueda de una solución, siendo lo primordial, la consideración de la solución del problema. En tanto que en la etapa de Preparación las personas tienen la intención de llevar a cabo dicha acción en un futuro cercano.

En la etapa de Acción, las personas modifican su conducta, sus experiencias y su entorno, ponen todo su esfuerzo y energía para lograrlo. La etapa de Acción esta intimamente relacionada con etapa de Mantenimiento, en donde la persona cuenta con estrategias y habilidades que le permiten evitar recaer en el consumo, fortaleciendo los beneficios que obtuvo en la etapa de acción, siendo la continuación del cambio.

Otra de las etapas más importantes del proceso de cambio es la Recaída, en la cual las personas pueden presentar caídas (rebasar una meta de consumo establecida) o recaídas (la persona regresa al consumo anterior a la intervención), la característica principal de esta etapa se relaciona con las habilidades de la persona que le permiten recuperarse de la caída y reconsiderar el proceso de cambio.

Las etapas de cambio propuestas por Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) sugieren que el proceso para modificar una conducta adictiva es de forma lineal; sin embargo, al contemplar las recaídas es factible considerar al proceso como un modelo en espiral. Esta concepción se centra en que las personas aprenden de sus caídas, aplican sus habilidades y estrategias para futuras ocasiones.

Por ello, el desarrollo y la aplicación de un programa de atención para conductas adictivas debe contemplar la etapa en la cual las personas solicitan atención, y plantear estrategias que faciliten mover a las personas de una a otra etapa. Algunos investigadores (Miller, 1989) se han dado a la tarea de proponer estrategias para incrementar la disposición al cambio, conocida como Entrevista Motivacional. Las estrategias propuestas por Miller (1989) son: brindar un consejo activo, identificar y resolver obstáculos para el cambio, proporcionar alternativas para el cambio, la reducción de la atracción de la conducta, el manejo de las contingencias externas, retroalimentación personalizada, el establecimiento de metas y una actitud de ayuda.

A través de la Entrevista Motivacional, se busca que el usuario sea más consciente y responsable de su problema, con la finalidad de hacer un cambio, el objetivo de la Entrevista Motivacional, se relaciona con la expresión verbal de la conducta del usuario, la forma en la que perciben su conducta y su necesidad para cambiar.

Al tomar en cuenta a la Entrevista Motivacional como componente en los programas de atención para las conductas adictivas, se reduce la deserción y se incrementa la participación del usuario en la ejecución y mantenimiento del cambio de su conducta. La Entrevista Motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas, para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes (Miller, 1985). Esta estrategia es útil con las personas que son renuentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio; intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo de las etapas de cambio. Las estrategias de la entrevista motivacional son persuasivas y de apoyo, en donde el terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio.

La Entrevista Motivacional asiste a los usuarios, que se encuentran ambivalentes en relación a cambiar su abuso de sustancias, en la toma de decisión para el cambio (Heather, 1993); reacción típica en los adolescentes. En ocasiones los jóvenes perciben su uso de sustancias como normativo y no problemático, y se encuentran ambivalentes acerca de cambiar su conducta (Aubrey, 1998). Además, los adolescentes presentan una historia de consumo corta y en pocas ocasiones han experimentado consecuencias serias de salud (ejemplo: cáncer, enfermedades del corazón) que al parecer, incrementan la disposición al cambio en los adultos. Sin embargo, las repercusiones interpersonales (popularidad, reputación social, etc) y emocionales, (depresión, ansiedad, enojo, etc) del abuso de sustancias, son importantes para la mayoría de los jóvenes y son fácilmente incorporadas en un formato de retroalimentación personalizado, para facilitar la disposición al cambio (Aubrey, 1998).

Las limitaciones de la Entrevista Motivacional se refieren principalmente a que el ingreso a tratamiento, es sólo uno de los muchos pasos involucrados en el proceso de cambio de conducta; además, se requiere más investigación para extender la aplicación y evaluar la utilidad de cada una de las estrategias revisadas anteriormente. Cuando el sujeto incrementa la disposición a cambiar su patrón de consumo, se deben emplear otras estrategias (por ejemplo: técnicas de autocontrol), también basadas en la teoría del aprendizaje social, que faciliten la instrumentación del cambio en la conducta adictiva.

### Procedimientos de Auto-Control

Otro de los elementos importantes en los programas de intervención fundamentados en la teoría del aprendizaje social, es el auto-control. Las estrategias de autocontrol en la intervención se utilizan con la finalidad de que el usuario, se responsabilice del cambio de una conducta.

Kadzin (1975) define el auto-control como "la aplicación de principios conductuales para modificar una conducta propia" (p.189). El auto-control se presenta cuando las personas con toda la intención realizan arreglos en su entorno para modificar una conducta específica de su repertorio conductual.

Por lo anterior, el auto control puede entenderse como la aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio, que dan por resultado la modificación de la

conducta. El auto-control incluye la modificación de conductas más complejas, (por ejemplo, un programa diseñado para disminuir su conducta de fumar, involucrando el uso sistemático de control de estímulos, reforzadores y castigos) en donde las personas planean y ponen en práctica estrategias diseñadas para cambiar su conducta; sin olvidar la evaluación del logro de las estrategias orientadas al cambio. Al observar un cambio en la conducta es posible comprobar el auto-control sin embargo, el auto-control tampoco puede demostrarse cuando el cambio se debe a otras variables y no a las estrategias planteadas por el usuario para el logro de éste.

Algunos investigadores (Marlatt 1980; Bandura & Perloff, 1967; Felixbrod & O'Leary, 1973, 1974; Glynn, Thomas & Shee, 1973) plantean, las estrategias de auto-control necesarias en los programas de intervención para la atención de las conductas adictivas, por varias razones: 1) la conducta adictiva en ocasiones no se presenta a agentes externos de cambio; 2) el auto-control puede ser un método efectivo para extender la generalidad del cambio; 3) las estrategias de auto-control pueden ser utilizadas para el control de conductas que no tienen consecuencias negativas inmediatas a la conducta; y 4) algunas personas se desempeñan mejor bajo estándares auto-seleccionados.

En los programas de intervención, las estrategias de auto-control son técnicas conductuales que se dividen en: establecimiento de una meta o límites, auto-monitoreo, dirección y orientación al logro de metas, identificación de las situaciones que anteceden el consumo, así como el aprendizaje de alternativas de enfrentamiento (Cooper, 1987). Cada uno de estos componentes se introducen de manera secuencial, a través de la asignación de tareas planteadas para cada sesión y se enfatiza la responsabilidad de los usuarios para la toma de decisiones y el logro de su meta -cambio de su conducta-.

Los procedimientos de auto-control han sido estudiados y sujetos a evaluaciones controladas en el campo del consumo excesivo de alcohol y de otras drogas. Investigaciones realizadas en nuestro país muestran que los bebedores problema responden de manera favorable a estas intervenciones (Ayala et al., 1997).

### Prevención de Recaidas

En los programas de intervención, otro de los componentes importantes es la prevención de recaídas. Este componente se fundamenta en el Modelo de Prevención de Recaidas planteado por Marlatt y Gordon (1985). Este modelo se caracteriza por ser una terapia cognitivo-conductual, que ha sido útil para el tratamiento y rehabilitación de las personas que presentan problemas por el consumo de sustancias.

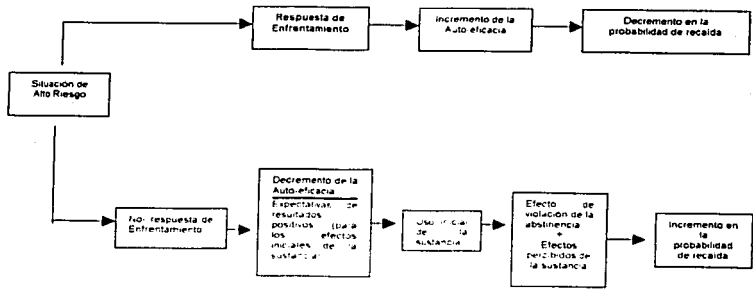
El modelo de Prevención de Recaidas, fue desarrollado para el tratamiento de las personas con problemas en su consumo de alcohol, con la opción de ser adaptado y aplicado al tratamiento de otros usuarios de sustancias, como el caso de los que consumen cocaína. El principio fundamental del modelo se orienta a que los individuos pueden aprender estrategias cognitivo-conductuales que facilitan la abstinencia, así como alternativas para las personas que experimentan una recaída.

Desde esta perspectiva, Marlatt y Gordon (1985) mencionan que la recaída puede ser concebida como un proceso, conducta o evento. Y puede ser definida como un "pequeño error o resbalón, una falla temporal." Es decir, que la recaída es un evento singular, de reemergencia de un hábito anterior, dando lugar a que el usuario retome, continúe y mantenga el control del cambio de su conducta. Sin embargo, es importante aclarar que la reemergencia de un hábito anterior no es determinante para la recaída, ya

que es posible que durante este proceso, se presente un resbalón o caída. Un resbalón o caída puede definirse como el uso de la sustancia por arriba de un límite establecido o la violación a un programa, en comparación con la recaída que se refiere a una pérdida total del control en cuanto al consumo.

Marlatt y Gordon (1985) plantean que el Modelo de Prevención de Recaídas se orienta a la evaluación de las estrategias de afrontamiento propias del usuario ante una situación de alto riesgo hacia el consumo. Los autores mencionan que el inicio del modelo es la situación de alto riesgo, seguida de la respuesta de enfrentamiento que guían al usuario al decremento o incremento de la auto-eficacia (Bandura, 1977, 1977, citado por Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Terence, 1986), ocasionando el uso inicial de la sustancia o la evitación de este consumo, lo cual puede ser etiquetado cognitivamente como la violación de la meta de tratamiento o como el logro de la meta de tratamiento, respectivamente.

**Modelo Cognitivo-Conductual del Proceso de Recaída Comenzando con la Exposición a una Situación de Alto Riesgo.**



**Figura 1 Maintenance Strategies in Addictive Behaviour Change (p. 38) by G. A. Marlatt and JR. Gordon, 1985. New York: Guilford Press (Brownell, et al. 1986).**

Desde esta perspectiva, la prevención de recaídas, como un componente de los programas de intervención para las conductas adictivas se constituye por los siguientes elementos (Marlatt & Gordon, 1985): 1) Se enseñan estrategias de afrontamiento (cognoscitivas y conductuales), con el fin de intervenir en problemas inmediatos, es decir, afrontar las situaciones en las que se presenta la necesidad de consumo; 2) apoya la construcción de mapas que muestran la localización de las situaciones de riesgo en las que puede ocurrir el consumo ayudando así a la adquisición de habilidades de afrontamiento para evitar el consumo; y 3) apoya en la anticipación y preparación de las posibles recaídas, interviene sobre sus expectativas, evitando que estas sean poco realistas para que sean efectivas en la prevención de estas situaciones.

Vaillant y Milofsky, (1982), mencionan que una caída o resbalón no es determinante de una recaída, ya que ésta está determinada por múltiples determinantes tanto

personales como ambientales. Una recaída puede mostrar consecuencias positivas, puesto que la persona puede identificar sus debilidades y desarrollar formas para prevenir las recaídas en un futuro.

En resumen, el modelo tiene por objetivo promover en los individuos que utilicen estrategias de afrontamiento, así como la evaluación de creencias y expectativas, con la finalidad de prevenir un resbalón o recaída, sin olvidar que la presencia de un resbalón o una recaída constituyen un componente importante en el proceso de aprendizaje y práctica de la abstinencia o la moderación. Así la aplicación de programas de prevención de recaídas en los diferentes segmentos de la población resulta exitosa, sin embargo en los adolescentes, representa un gran esfuerzo por diseñar estrategias para preparar a los jóvenes con estrategias de afrontamiento ante una recaída.

### III. PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas, se desarrolló para la atención de jóvenes estudiantes del nivel medio y medio superior, con edades entre 14 y 18 años y que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que a su vez reportan problemas relacionados con su consumo y que aun no dependen de la droga. Este programa se desarrolló con la finalidad de ayudar a los jóvenes que abusan de las sustancias; sin embargo, esta población se caracteriza por tener otras necesidades únicas, tales como las relaciones entre el adolescente y los múltiples niveles de contexto en que se desenvuelve el joven, que son prioritarias; por ello cuando el consumo de sustancias es prioridad, es factible atenderlo bajo este programa y canalizar al joven a otras opciones a fin de atender sus otras necesidades.

El Programa de Atención para Adolescentes, fue diseñado para ser aplicado en escenarios escolares de nivel medio y medio superior, el tratamiento se orienta a la obtención de información a partir de (Martínez & Ayala, 2002):

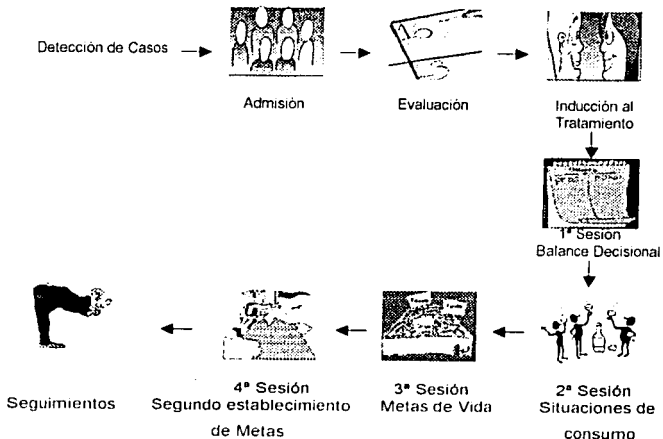
- a) Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.
- b) 4 sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base a los siguientes tópicos:
  - o Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de drogas.
  - o Establecimiento de meta de consumo.
  - o Resultados del registro diario de consumo y de la selección de las metas.
  - o Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante las semanas de tratamiento.
  - o Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo y como influye el consumo de sustancias en la ejecución de estas metas.
  - o Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
  - o Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
  - o Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.



### REPORTE DE CASO CLÍNICO

El Programa de Atención para Adolescentes se fundamenta en los principios de las Intervenciones breves, Teoría del Aprendizaje Social, Entrevista Motivacional, Procesos de Auto-control y Prevención de recaídas, las cuales fueron descritas con anterioridad. El programa para adolescentes parte de la detección temprana de los jóvenes que consumen drogas y que presentan problemas relacionados con su consumo; el joven recibe como alternativa para la disminución de sus problemas el ingresar al programa, en el cual se le asigna un terapeuta, quien hace una admisión, una evaluación, una inducción al tratamiento (retroalimentación personalizada), y la intervención (4 sesiones) y al finalizar plantea las sesiones de seguimiento (1,3, y 6 meses). Cabe mencionar que el programa contempla la posibilidad de agregar sesiones, dependiendo de la opinión del terapeuta y del adolescente con respecto al logro de la meta de tratamiento.

El siguiente esquema resume etapas a través de las cuales se aplica el Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas.



### CASO CLÍNICO

En párrafos anteriores, se menciona la efectividad de las intervenciones breves para la atención de las conductas adictivas, aplicadas más ampliamente en aquellas personas adultas que tienen problemas con su forma de beber. Sin embargo, no deja de ser importante el incremento en el consumo de alcohol y de otras drogas (marihuana, cocaína e inhalables) en segmentos vulnerables de la población, tal como lo es la población adolescente. El Programa de Atención para Adolescentes es una muestra de la aplicación de las intervenciones breves para adolescentes que consumen alcohol y otras drogas. En esta sección se describe una sesión típica del trabajo profesional con un usuario de 18 años de edad consumidor de marihuana, con la finalidad de proporcionar un ejemplo de la aplicación y efectividad del programa en relación a drogas diferentes del alcohol. Como parte del cumplimiento del criterio de confidencialidad citado en el código

de ética profesional del Psicólogo, se hará referencia al usuario bajo el seudónimo de CESAR.

La descripción del caso se presentará de acuerdo a las diferentes etapas en las cuales se aplica el programa, en el caso de CESAR se iniciará la descripción de su caso desde la sesión de Admisión, puesto que fue canalizado y atendido en el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## 1. SESIÓN DE ADMISIÓN

El objetivo de la sesión de ADMISIÓN es identificar si el adolescente es candidato o no para ingresar al programa. El terapeuta debe mostrar una interacción positiva con el adolescente, así mismo, adopta un estilo terapéutico que incremente el interés del adolescente en hacer un cambio con respecto a su consumo. Como se mencionó con anterioridad, el terapeuta utiliza las estrategias de la Entrevista Motivacional, las cuales se explican a continuación:

- Evitar etiquetar al usuario
- Utilizar un estilo reflexivo y propositivo más que la confrontación, para fomentar la conciencia del usuario hacia los riesgos y consecuencias relacionadas con un consumo problemático.
- Proporcionar retroalimentación objetiva a los usuarios en forma no amenazadora.
- Hacerle saber a los usuarios que el cambio es posible y que puede llevarlo a cabo.

Esta sesión se inicia con el análisis del motivo por el cual el adolescente acude al programa. Inseguida se pregunta sobre la historia de consumo (principal sustancia de consumo, años de consumo, tiempo de consumo problemático, problemas y consecuencias relacionados con el consumo, y las principales situaciones de consumo) posteriormente se obtiene información del consumo con algunos instrumentos de evaluación. Los instrumentos que se aplican durante esta sesión son:

1. Entrevista Inicial (Campos, Martínez &, Ayala, 2001). Este instrumento fue construido especialmente para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, para lo cual se retomó la entrevista utilizada en el programa de Auto-Cambio para Bebedores Problema y el "Tratamiento Breve para Jóvenes" desarrollado en Canadá (Curtis Breslin, et al. 1998). El objetivo de la entrevista es obtener información general acerca del adolescente, historia de consumo, y conocer, en términos generales, los problemas relacionados con el consumo del adolescente. La entrevista consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas: datos de identificación, historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento.

2. Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, 1997). El POSIT 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. 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/delinuencia. Para los objetivos de este programa sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias. La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de .9057.

3. Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV (Martínez, 2000). Es una lista de indicadores de dependencia que se adaptó a partir de los indicadores del DSM IV para dependencia al alcohol y otras y drogas. En esta lista el terapeuta indica cuales son los indicadores que presenta el sujeto hasta el momento de la evaluación.

4. Escala de estados de la disposición al cambio (Miller & Tonigan, 1996). La escala original fue construida en 1987 por William R. Miller, la cual estaba integrada por 32 reactivos, empleando una escala de 5 puntos desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Sin embargo, para este trabajo se adaptó y validó (Salazar, Martínez & Ayala, 2001) una versión corta desarrollada en 1991 y consta de 19 reactivos, misma que se empleo como parte de la evaluación en el Proyecto MATCH. La confiabilidad y análisis factorial de este instrumento se determinó con una muestra de 1672 sujetos que participaron en el Proyecto MATCH. Este análisis mostró la presencia de tres factores: 1) acción, que dio cuenta de un 27% de la varianza, 2) reconocimiento que dio cuenta de un 11% de la varianza y 3) ambivalencia que dio cuenta de un 7% de la varianza. La confiabilidad para estos factores fue de .83, .85 y .60, respectivamente. La validación de la escala en población de adolescentes mexicanos, se llevo a cabo con 254 usuarios de alcohol y 232 usuarios de drogas. El análisis factorial determinó para ambas muestras la presencia de dos factores: reconocimiento y acción. Para el caso de los adolescentes que consumen alcohol, la escala esta conformada por 15 reactivos, con un alfa de .88 para la escala total, .87 para la sub-escala de reconocimiento y .83 para la sub-escala de acción. Mientras que para el caso de los adolescentes que consumen drogas ilegales, la escala está compuesta por 13 reactivos, con un alfa total de .90, .87 para la sub-escala de acción y .85 para la sub-escala de reconocimiento.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO

CESAR es un joven de 18 años, de 1.65 mts. de estatura, complexión delgado, tez morena. Al ingresar en el programa se encontraba estudiando el 5º semestre de bachillerato en Bachilleres, CESAR no trabajaba y se encontraba viviendo con su padre, su hermano mayor, una tía y su abuela.

Acude al Centro de Servicios Psicológicos solicitando ingresar al programa de tratamiento con la finalidad de cambiar su consumo de marihuana. CESAR menciona que inicio su consumo hace dos años y medio. Comenzó a fumar con sus compañeros de escuela de 5 a 6 cigarros. En ocasiones consumía con su hermano de uno a dos cigarros, estando solo CESAR fumaba un cigarro. Durante los últimos seis meses

CESAR consumió diariamente, él reportaba que las principales situaciones en las que consumía se relacionan con sus actividades escolares, ya que CESAR consumía después de salir de cada clase y cuando tenía horas muertas en su horario del día.

La principal razón que reportó para querer cambiar el consumo fue la decepción de su padre, pues se enteró de que él y su hermano fumaban marihuana. Ambos fueron detenidos en la calle por la policía. Además de que el consumo de Marihuana ya lo llevaba a no entrar a clases CESAR reportó haber dejado de consumir durante las últimas dos semanas anteriores a su primer cita, debido a las experiencias desagradables con la policía y con su papá como resultado de su consumo. Sin embargo, después de este periodo de abstinencia, llegó a la escuela y vio a sus compañeros con los cuales consumía, quienes nuevamente lo invitaron a consumir, fumando de 2 a 3 cigarros en esa ocasión. Cabe mencionar que CESAR no volvió a consumir después de esta invitación, él reporta que la principal consecuencia de dejar de consumir fue su deseo por fumar, recordando los efectos de la marihuana en su cuerpo.

Posterior al análisis del motivo por el cual acude a solicitar el servicio, se aplicaron los cuestionarios descritos con anterioridad, los resultados de sus cuestionarios reflejan:

#### ENTREVISTA INICIAL

Como se mencionó con anterioridad la entrevista inicial se divide en diferentes áreas por lo que para el análisis del caso CESAR, se describirán los puntos más relevantes de cada una de éstas.

##### a) CONSUMO DE SUSTANCIAS

La principal sustancia de consumo de CESAR es la marihuana, así mismo, el joven reporta haber consumido alcohol, tabaco y anfetaminas. En el caso del alcohol, su consumo se inicia desde hace 6 años; en los últimos 90 días CESAR menciona consumir de 1 a 2 veces a la semana alrededor de 8 copas por ocasión de consumo. En el caso de tabaco, reporta un consumo de 10 cigarrillos diarios. Con lo que respecta a otras sustancias, CESAR menciona haber experimentado con la cocaína, las tranquilizantes, LSD, PVC y aire comprimido para computadora, sin reportar consecuencias relacionadas por estos consumos.

Con lo que respecta a las personas cercanas a CESAR que han tenido problemas relacionados con alguna droga, dejando de lado el alcohol y el tabaco, el joven menciona a su hermano, su mejor amigo y un tío. Sin embargo, al indagar sobre el consumo de alcohol, reporta que su papá es quien ha tenido problemas con su forma de beber

##### b) SALUD

En esta área, CESAR no presenta ningún problema de salud grave, sin embargo al momento de la entrevista, el joven reporta estar tomando un antihistaminico para contrarrestar los síntomas de la gripe.

##### c) ESCOLAR Y LABORAL

CESAR reporta que asiste a la escuela de manera regular, y que su promedio general durante el periodo escolar anterior y en el que actualmente cursa era de 7, aun y debiendo materias, el joven considera su desempeño escolar como regular. Cabe mencionar que no ha interrumpido sus estudios. Con lo relacionado al área laboral, reportó no estar trabajando.

**d) ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE**

Con lo que respecta a las actividades que realizaba con más frecuencia fuera de las actividades escolares fueron: ver televisión en casa, ayudar a las labores de la casa, escuchar música, tocar guitarra y leer. Mientras que en ocasiones practicaba un deporte, jugaba o salía con amigos y en ocasiones bebían juntos, hacía tarea o estudiaba, se iba a las máquinas y hablaba por teléfono.

**e) FAMILIA**

CESAR reportó que algunos de sus amigos lo presionan a consumir drogas; sin embargo mencionó que las personas que lo ayudarían a cambiar su consumo de drogas serían su hermano y su papá. No reportó ningún problema grave en los últimos 12 meses. CESAR describió la relación con su padre y con su hermano como muy buena, así mismo, mencionó que su padre le da la cantidad de 25 pesos diarios de los cuales por lo menos poco más de la mitad los empleaba para el consumo de drogas.

**f) SEXUALIDAD**

CESAR reporta haber tenido relaciones sexuales depuse de haber consumido drogas y no haber utilizado ningún método anticonceptivo.

**g) CONDUCTA ANTISOCIAL**

Las conductas antisociales que reportó CESAR son el haber tomado 50 pesos o menos de la cartera de su papá, objetos con un valor monetario mínimo, golpear o dañar cosas que no le pertenecían, atacar a alguien con algún objeto como arma (un objeto punsocortante-cuter) , y tomar parte en peleas.

**h) DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA**

En esta área, CESAR respondió sentirse triste con frecuencia y presentó algunos síntomas de depresión, los cuales se presentaron entre uno y tres días en el último mes. Algunos de los síntomas fueron pensar que no podía seguir adelante, y en la muerte, hasta el punto de pensar en querer quitarse la vida, este último como resultado del síndrome amotivacional producido por el consumo de marihuana.

**i) SATISFACCIÓN PERSONAL**

Con base en una escala que va desde muy satisfecho hasta muy insatisfecho, CESAR expresó sentirse inseguro con relación a su estilo de vida. Sin embargo, reporta querer terminar la preparatoria, y estudiar música como una de sus metas a futuro.

**CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE LOS PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)**

La aplicación de este instrumento arrojó la presencia de 12 reactivos con respuesta positiva, lo cual indicó que CESAR era un candidato apto para este programa. En el área de consumo de drogas del POSIT la presencia de un solo reactivo positivo se considera como un indicador importante del abuso de sustancias. Los indicadores que tuvieron respuesta afirmativa fueron:

1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?
6. ¿Llevan drogas tus amigos a las fiestas?

7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento a estar triste, o viceversa?
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa o tener relaciones sexuales con alguien?

#### LISTA DE INDICADORES DE DEPENDENCIA DEL DSM-IV

En respuesta a la lista de indicadores y los síntomas de dependencia para el consumo marihuana, puede observarse que CESAR presenta cuatro indicadores que permiten ubicarlo en la categoría de Dependencia.

- 1) Tolerancia: Una necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de la droga para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- 2) La droga es consumida con frecuencia en cantidades mayores o durante un tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 3) Se emplea mucho tiempo en el consumo de la droga.
- 4) Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la droga.

Sin embargo, ninguno de estos indicadores estuvo relacionado con la presencia del Síndrome de Abstinencia característico para esta sustancia.

#### ESCALA DE ESTADOS DE LA DISPOSICIÓN AL CAMBIO (SOCRATES)

Los resultados del SOCRATES mostraron que CESAR presentó un reconocimiento bajo, es decir, negaba que el consumo estuviera causándole problemas serios, rechazaba etiquetas tales como, adicto y no expresaba querer un cambio. Lo que se observó para la sub-escala de acción es que los puntajes de esta última, mostraban que CESAR se encontraba haciendo algunas cosas para cambiar su consumo ya que dos semanas antes de ingresar al programa dejó de consumir marihuana.

Por otra parte, el análisis cualitativo de los reactivos por sub-escala, permite identificar aquellas preguntas que tienen un mayor puntaje. De esta forma, los reactivos que tuvieron una mayor calificación en la sub-escala de reconocimiento fueron: 1) En ocasiones me pregunto si mi consumo de drogas es excesivo y 2) Se que tengo un problema con mi consumo de drogas. Mientras que para la sub-escala de acción fueron: 1) Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas, 2) No solo estoy pensando cambiar mi consumo de drogas, sino que ya estoy haciendo algo al respecto, 3) Ya he cambiado mi consumo de drogas, y ahora estoy buscando formas para evitar recaer en

mi viejo patrón de consumo, 4) Ya empecé a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas.

## 2. SESIÓN DE EVALUACIÓN INICIAL

La sesión de evaluación se realiza una semana después de la admisión. En esta sesión se aplican diferentes instrumentos con la finalidad de conocer más información sobre la historia y patrón de consumo, las principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

La evaluación implica más que la cuantificación de la cantidad del consumo, la evaluación debe ser tan detallada que permita desarrollar un tratamiento significativo con metas y estrategias reales de acuerdo a las necesidades de cada adolescente, haciéndolo participe activo de la planeación de su tratamiento, por lo cual una valoración adecuada del uso de sustancias incluye las siguientes variables (Echeverría, et al. 2000):

- Cantidad y frecuencia de uso de sustancias
- Circunstancias y patrones normales y anormales del uso de sustancias
- Situaciones y estados de ánimo que anteceden y siguen el uso de sustancias
- Historial de síntomas de abstinencia
- Problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de sustancias
- Posibles dificultades a que se puede enfrentar el usuario al abstenerse inicialmente del consumo
- Severidad y duración de abuso previo de sustancias
- Uso múltiple de drogas
- Reportes de antojos frecuente o pensamientos sobre las sustancias
- Historial de resultados previos al programa de abuso de sustancias y períodos de abstinencia auto iniciados
- Revisión de las consecuencias positivas del abuso de sustancias
- Otros problemas de vida
- Indicativos de tolerancia
- Riesgos asociados al considerar una meta de tratamiento de consumo moderado

Los instrumentos que se aplicaron durante esta sesión fueron: la Línea Base Retrospectiva, el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISCD-A) y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), a continuación se presenta una descripción de los mismos.

1. **Línea base retrospectiva** (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979, adaptada por Ayala, 1997). Es un calendario de los últimos seis meses del año que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y la cantidad consumida en un día típico. En el caso del consumo de alcohol se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar. En cuanto al patrón de consumo de las drogas ilegales, en el caso del consumo de marihuana se mide de acuerdo al tamaño de un cigarro de tabaco, el consumo de cocaína por líneas, el consumo de inhalables por número

de inhalaciones. La gran ventaja de esta técnica es su gran sensibilidad para medir las diferencias individuales. La línea base retrospectiva estima el consumo actual sobre un periodo de tiempo (Sobell, Sobell, Leo, & Cancilla, 1988). La confiabilidad y validez de este instrumento ha sido establecido en poblaciones de adultos usuarios de alcohol (O' Farrell, Cutter, Bayog, Dentch, & Fortgang, 1984). Recientemente, su confiabilidad se ha demostrado con poblaciones de bebedores que no abusan del alcohol (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986), y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y 28 años de edad (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan, & Basian, 1986).

2. ***Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas*** (Annis & Martin, 1985). Este cuestionario denominado "Inventory of Drug Taking Situations" fue elaborado por Annis y Martin (1985) y en México fue adaptado para población adulta por De León, Pérez, Oropeza y Ayala (2001). Este cuestionario tiene como objetivo detectar las principales situaciones de consumo de drogas, basado en el trabajo de Marlatt sobre prevención de recaídas. El ISCD es un instrumento que consta de 60 reactivos organizados en 8 subcategorías: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física. Posteriormente fue adaptado para población adolescente por Ruiz, Martínez y Ayala (2002). Se aplicó el instrumento a una muestra de 300 jóvenes usuarios de drogas entre los 14 y 19 años de edad. De esta manera, el inventario final se conformó por 27 reactivos, repartidos en cuatro categorías: momentos agradables con otros, emociones desagradables, búsqueda de bienestar y emociones agradables. El índice de confiabilidad obtenido a través del alfa de Cronbach, fue de .92.
3. ***Cuestionario Breve de Confianza Situacional*** (Annis & Martin, 1985). El cuestionario tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Consta de 50 reactivos que corresponden a las áreas evaluadas en el cuestionario de situaciones de consumo. En este instrumento se le pide al sujeto que valúe el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones. Su adaptación para población mexicana estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997) quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Enseguida fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, el 68% fueron hombres y el porcentaje restante mujeres, y con un nivel educativo que iba de primaria a licenciatura.

#### DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LA SESIÓN

En la sesión de evaluación de CESAR, se le explicaron brevemente los objetivos de cada uno de los cuestionarios y la forma en la cual se irían contestando, en esta sección se muestran los resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), el inventario de



situaciones de consumo de drogas para adolescentes (ISCD-A) y el cuestionario de confianza situacional (CCS).

## LIBARE

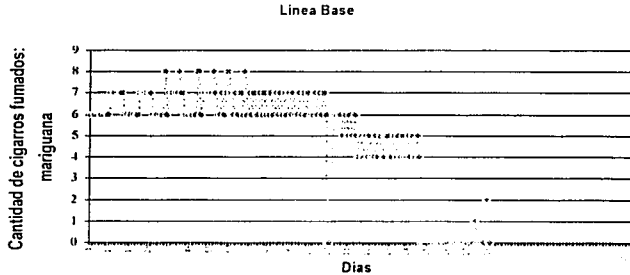


Figura 2. Muestra la frecuencia y cantidad del consumo durante los seis meses anteriores al programa.

- \*Consumo de la sustancia en los últimos seis meses: 697 cigarrillos
- \*Promedio del consumo: 6 cigarrillos
- \*Cantidad máxima de consumo: 8 cigarrillos
- \*Cantidad mínima de consumo: 3 fumadas
- \*Días de mayor consumo: Se presentó todos los días
- \*Número máximo de días de abstinencia: 15 (dos semanas anteriores al tratamiento)

Figura 3. Describe el consumo del adolescente en cantidades totales, cantidad máxima y mínima del consumo, promedio del consumo, días de mayor consumo y número máximo de días de abstinencia

### Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-A)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISCD-A) se califica a partir de la suma de los puntajes de la escala de respuesta (0 -nunca-, 1 -rara vez-, 2 -frecuentemente-, y 3 -casi siempre) en función de los reactivos que incluye cada una de las escalas. Al obtener este puntaje, es necesario interpretar las situaciones de consumo por escala en relación al siguiente criterio: Situaciones de consumo sin problema (decil 1 al 4), Situaciones de consumo de riesgo (decil 5 al 7) y Situaciones de consumo problemático (decil 8 al 10).

Considerando la interpretación de los resultados del inventario, las situaciones de consumo problemático de CESAR son Emociones Agradables, Búsqueda de Bienestar y

Tentaciones para el consumo. La figura 4 muestra los puntajes de CESAR en este inventario.

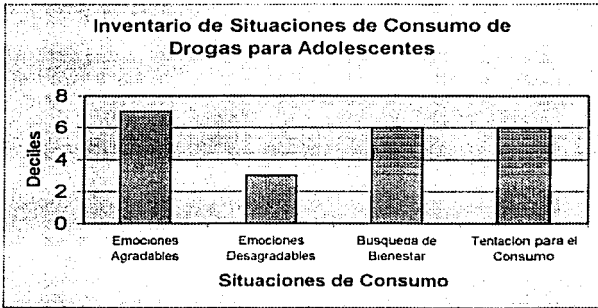


Figura 4. Muestra la frecuencia de consumo por el usuario para las cuatro categorías evaluadas por el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes

**CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL**

Las respuestas dadas por CESAR a este cuestionario, señalan la confianza que tiene para controlar su consumo de acuerdo a ocho situaciones. Las situaciones que presentan un porcentaje menor a 50 son las que reflejan menor control de su consumo. La Figura 5 muestra los porcentajes obtenidos por CESAR.

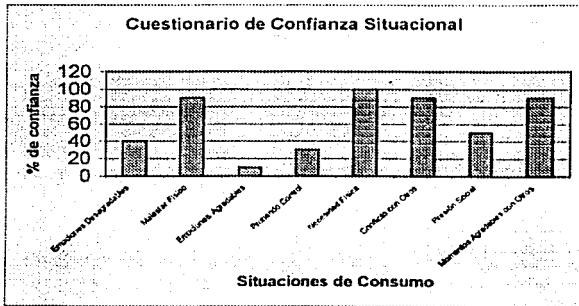


Figura 5. Muestra el porcentaje de confianza que tiene el usuario para resistir el consumo en determinadas situaciones.

A partir de los resultados obtenidos en el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes y el Cuestionario de Confianza Situacional, se observa que las situaciones de mayor riesgo para su consumo son Emociones Agradables, Tentación para el consumo, en esta categoría se incluye la presión social y el probar su control sobre el consumo, así como la Búsqueda de Bienestar, reflejada específicamente en el Inventario de Situaciones.

### 3. INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO

La sesión de inducción al tratamiento se realizó una semana después de la sesión de evaluación. En esta sesión, se entregó un reporte de retroalimentación sobre los resultados de la evaluación del adolescente, con la finalidad de promover en el adolescente el análisis de su consumo y tome decisiones para cambiar su consumo. Aunado a ello el terapeuta explica las características del programa con el propósito de aclarar el rol de éste y el del joven en el tratamiento. Hasta este punto, el objetivo central de la sesión se orienta hacia el incremento o fortalecimiento de la motivación para cambiar e iniciar el trabajo en un tratamiento.

Autores como Yahne y Miller (1999) señalan que la mayoría de las intervenciones se han diseñado para aquellas personas que están preparadas para tomar acciones y cambiar su patrón de consumo. Sin embargo, en el caso de los adolescentes que abusan de alguna sustancia generalmente no han tomado la decisión de hacer un cambio en su conducta, y aún aquellos que se presentan a algún programa de intervención están ambivalentes acerca de cambiar su patrón de consumo. Por lo que resulta fundamental, antes de intentar instrumentar el programa de intervención breve para lograr el cambio en el patrón de consumo, incrementar la disposición hacia el mismo por parte del adolescente que ingresa a un programa de esta naturaleza.

El incrementar la disposición al cambio en el patrón de consumo ha llevado al desarrollo de estrategias que faciliten el ingreso, retención en el tratamiento y el incremento de los resultados. Algunas de las estrategias propuestas se orientan al análisis de los problemas relacionados con el consumo, y así generar o fortalecer la disposición al cambio cuando se presenta una resistencia a este (Florentine y Anglin, 1994); la Entrevista Motivacional planteada por Miller y Rollnick (1991), en la cual se brinda la retroalimentación, un consejo activo, remover las barreras importantes para el cambio, aproximaciones alternativas, el análisis de las consecuencias negativas y riesgos asociados, la utilización de contingencias externas y el desarrollo de metas personales para cambiar una conducta y mantener contacto periódico; la Inducción al rol en donde se aseguran las expectativas semejantes entre los terapeutas y los pacientes con relación a los diferentes componentes del tratamiento (Orner y Werner, 1968).

La sesión de inducción al tratamiento también incluye componentes de la teoría de Solución de Problemas, en la que el usuario identifica la presencia de un problema, lo que a su vez ayuda al individuo a determinar que es lo que quiere hacer con esa situación. Esta aproximación define la solución de problemas como el proceso cognitivo-afectivo-comportamental a través del cual un individuo identifica estrategias efectivas para solucionar cualquier conflicto (D'Zurilla y Nezu; 1982). La solución implica la elaboración de soluciones como la toma de decisiones y elección de una conducta (D'Zurilla y Gofried, 1971). Los componentes que se retoman son: identificación y definición del problema, elaboración de opciones de solución y la toma de decisiones para resolver el problema.

**DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LA SESIÓN**

En esta sesión, CESAR recibió su reporte de retroalimentación para la marihuana, en el cual se incluyó la descripción de su patrón de consumo, considerando los resultados de la Línea Base Retrospectiva. Así mismo, se realizó una comparación de su consumo con el consumo de drogas en estudiantes de nivel medio y medio superior, enfatizando el consumo de marihuana. Por otra parte, durante la revisión del folleto se analizaron las cosas que tiene que cuidar (factores de riesgo o consecuencias negativas) y las cosas que le pueden ayudar (factores de protección). Esta información se obtuvo a partir de los resultados de los instrumentos utilizados durante la sesión de admisión y evaluación.

Con respecto a su patrón de consumo, CESAR expresó que nunca había contado el número de cigarrillos que había fumado, agregando que es mucho durante los últimos seis meses. Al comparar su consumo con el de los demás jóvenes, se le explicó que la mayoría de estos no lo hace, que lo pone en riesgo y que favorece el incremento en cantidad y frecuencia, dando énfasis a su caso particular (consumo diarios de 5 a 6 cigarrillos en promedio)

Posteriormente se discutieron las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de marihuana, a través de su folleto de retroalimentación. CESAR identificó aquellas que le habían sucedido y cuales podrían favorecer la presencia de un problema en el consumo. Entre las consecuencias identificadas por CESAR se encuentran: tener relaciones después de un consumo, problemas familiares, escolares y familiares, cambios en el estado de ánimo, falla en la concentración y en la memoria. La siguiente actividad en la sesión se centró en la identificación de las cosas que tiene que cuidar (factores de riesgo y consecuencias negativas) y las cosas que le pueden ayudar (factores protectores), los cuales se resumen en el cuadro 1.

Cosas que tienes que cuidar	Cosas que te pueden ayudar
Tu desempeño escolar Mejorar tu memoria y concentración Evitar problemas legales Los cambios repentinos en tu estado de ánimo ocasionados por el consumo Evita tener relaciones sexuales después del consumo de drogas Cuida incrementar nuevamente la cantidad y frecuencia del consumo Tus situaciones de riesgo para el consumo: Emociones Agradables, Búsqueda de Bienestar, Tentación para el Consumo Las situaciones que te hacen estar inseguro con relación a tu estilo de vida Tus antecedentes familiares que indican consumo de alcohol y drogas Tu uso de otras sustancias adictivas además de la marihuana	El apoyo de tu padre y hermano para cambiar el consumo Tu interés por el logro de metas tales como, la terminación del bachillerato, así como el ingreso y culminación de la licenciatura en música. Tu disposición para cambiar el consumo La presencia de días de abstinencia antes de tu ingreso a tratamiento Tu método para enfrentar los problemas Haber acudido al Centro de Servicios Psicológicos para solicitar ayuda

**Cuadro 1.** Muestra el resumen de los resultados obtenidos durante la admisión y evaluación. Una vez que CESAR revisó lo anterior respondió a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el problema o los problemas que tú identificas con relación a tu consumo de mariguana?

La falta de interés por asistir a la escuela  
 El no cumplir con las tareas para acreditar las materias  
 Los problemas con mi papá por consumir

Al identificar los problemas en relación a su consumo CESAR planteó dos opciones para resolver dichas problemáticas, orientadas a la reducción y al cambio en su consumo, al poner más interés en la escuela y evitar estar con el grupo de amigos con el que siempre consume. Así, con el propósito de identificar cuál de estas opciones era su mejor alternativa, se le solicitó que identificara las ventajas y desventajas de cada opción para elegir aquella que tuviera más ventajas. La Figura 6 muestra sus respuestas a este ejercicio.

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
OPCION 1	Menos discusiones en mi casa Mayor confianza de mi padre Encontrar otras formas de relajarme No tener problemas legales Mejora en la memoria	Posible riesgo de volver a incrementar la cantidad y frecuencia de consumo
OPCION 2	Olvidarme más fácilmente de fumar Pasar todas las materias Terminar el bachillerato	Dejar de ver a mis amigos para no consumir

Figura 6. Muestra el análisis de las ventajas y desventajas de las alternativas para solucionar el problema identificado por el adolescente durante la sesión de inducción al tratamiento. Este ejercicio se incluye en el folleto de retroalimentación

Como puede observarse CESAR identificó mayores ventajas a la opción de reducir y cambiar su consumo, mencionó que era la opción más importante, ya que le ayudaría a lograr las metas que se ha propuesto y reducir muchos de los problemas relacionados con su consumo. Después de trabajar en el desarrollo de dos alternativas para resolver los problemas derivados de su consumo, se le invitó a ingresar al programa para adolescentes, mencionándole que precisamente éste programa lo ayudaría a encontrar estrategias para el logro de la alternativa que había elegido en la sesión, se le preguntó si estaba interesado en conocer la dinámica del programa, y como su respuesta fue afirmativa se continuó con la presentación de las características del programa. Al concluir con la presentación del programa se le preguntó si quería entrar al mismo, dando una respuesta afirmativa ante esta sugerencia. De esta forma, se le entregó el contrato terapéutico, mismo que firmó de conformidad.

Posteriormente se aplicó nuevamente la Escala de Estados de la Disposición al Cambio, en ésta segunda aplicación los puntajes de CESAR reflejaron que en la categoría de reconocimiento incremento ligeramente, en tanto que la categoría de acción se mantuvo alta. Sin embargo, se observó un aumento en la calificación para los siguientes

reactivos: Algunas veces me pregunto si mi consumo de drogas está lastimando a otras personas; Estoy trabajando activamente para interrumpir o parar mi consumo de drogas; Estaba consumiendo demasiado, pero me las arregle para cambiar mi consumo de drogas. Cabe mencionar que aunque la escala de disposición no muestre cambios robustos, el adolescente se encuentra muy interesado en reducir y cambiar su consumo de marihuana.

A manera de resumen, puede observarse que la sesión de inducción favoreció en CESAR su interés por hacer un cambio en su consumo de marihuana. Los aspectos que le llamaron más la atención se relacionan con la descripción de su patrón de consumo, identificando su consumo como riesgoso, favoreciendo su decisión de hacer cambios en su consumo a partir de su ingreso a un programa de tratamiento.

#### 4. PRIMERA SESIÓN DEL TRATAMIENTO: BALANCE DECISIONAL

En la sesión de Balance Decisional el adolescente hace una valoración de los pros (ventajas) y contras (desventajas) de cambiar su consumo y continuar con el mismo, identifica sus principales razones de cambio y establece una primera meta de consumo (abstinencia o moderación)

Los componentes de esta sesión son dos. El primero se refiere al análisis de las ventajas y desventajas de cambiar el consumo o continuar con el mismo. Lo que se conoce como "Balance Decisional" (Jannis & Mann, 1977). Su objetivo es aumentar en el usuario el conocimiento acerca del rol que juega el mismo tiene dentro del proceso, para el cambio de su patrón de consumo. Esta evaluación es una estrategia derivada de la Entrevista Motivacional para incrementar o fortalecer la disposición de los usuarios en el cambio de su consumo (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). El segundo componente se refiere al establecimiento de la meta de tratamiento por parte del usuario, pues existe la suposición de que si las personas eligen las metas de tratamiento por sí mismas y éstas no son impuestas por el terapeuta, las personas se comprometerán más con su cambio (Miller & Rollnick, 1991).

Las actividades dentro de la sesión de balance Decisional, se inician con la explicación y el llenado del auto registro, seguido por el análisis de la identificación de las principales razones de cambio, el llenado del ejercicio de balance decisional y el establecimiento de una meta para el tratamiento, así como la evaluación de la confianza para el logro de esta meta y la explicación de algunas estrategias para la reducción o no consumo de drogas.

#### DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LA SESIÓN

La primera sesión: Balance Decisional se inició explicándole a CESAR la forma en que debía registrar su consumo a lo largo de la semana previa a la sesión, así como las ventajas de hacerlo, a través de su AUTO-REGISTRO. Durante esa semana CESAR mencionó haber pensado menos en consumir, sin embargo CESAR comentó que tuvo dos consumos (1 cigarrillo en cada uno). En el primer consumo fue como una actividad normal de un día de clases, aunque, en esta ocasión no continuo con el consumo, puesto que pensó en su responsabilidad de entrar a clases. En el segundo consumo, su pensamiento se oriento principalmente hacia las consecuencias que había tenido con su padre.

A partir de la revisión de sus consumos durante la semana, se le comentó que al final de la sesión se discutirían con detalle algunas estrategias que podría seguir para no consumir durante la semana siguiente-momento de la sesión en la que se realiza el establecimiento de metas-. La segunda actividad dentro de la sesión fue la revisión y explicación del folleto No. 1, en el cual CESAR no tuvo ninguna duda, dando lugar al trabajo con este material.

Como ya se mencionó, el objetivo principal de la sesión fue trabajar en la solución del Balance Decisional, donde se le pidió a CESAR pensar en las ventajas y desventajas de cambiar o continuar con el consumo (véase Figura 7). El Balance Decisional tiene el objetivo de crear una discrepancia entre lo que la persona quiere para su futuro y su conducta actual.

Antes de que CESAR realizara éste ejercicio se indagaron sus principales razones de cambio, entre las cuales estuvieron: disminuir la preocupación de su papá, cuidar su desempeño escolar hasta el logro de una carrera y cuidar su salud. Esto con el objetivo de ver la manera en cómo se reflejaban estas razones con las respuestas de su balance.

**Balance Decisional**

	<b>CAMBIO</b>	<b>NO CAMBIO</b>
<b>VENTAJAS</b>	Tener mejores relaciones Interesarme de nuevo en actividades que me agradan (terminar mis materias y tocar de nuevo la guitarra) Tener menos problemas en casa	Seguir aprovechando el tiempo libre entre las clases
<b>DESVENTAJAS</b>	Problemas con mis amigos que consumen	Dañaría mi salud Sentirme mal conmigo mismo, indiferente a los demás Me buscaría más problemas de los que ya tengo

Figura 7. Muestra los resultados del ejercicio Número 1 del Folleto 1d.

Al revisar sus respuestas, se observó que CESAR había contemplado tanto ventajas como desventajas de cambiar su consumo o continuar con éste, incluyendo en las ventajas de cambiar su consumo sus principales razones para cambiar. De esta forma, se concluyó que CESAR tiene mayores ventajas de cambiar su consumo que de no cambiar y que coinciden con sus metas y razones de cambio de su consumo.

El siguiente paso de la sesión fue el establecer la primer meta de consumo, donde CESAR eligió la meta de reducción del consumo hasta la abstinencia, mencionando que para él era muy difícil dejarlo desde el primer momento, pero que iba a ir disminuyendo la cantidad y la frecuencia con la que consumía a lo largo de la semana. Sin embargo, se analizó la razón por la cual quería ir reduciendo su consumo y no la opción de dejarlo, a lo que CESAR respondió que su antojo por consumir era mucho y que quizá esto lo llevaría a consumir igual o más de cómo solía hacerlo; por ello se analizaron las estrategias y

opciones que llevó a cabo durante la semana para no consumir, lo cual refleja que a medida de que CESAR se mantiene ocupado en actividades que le interesan, es capaz de disminuir su tentación y antojo de consumir. Por ello, una de las recomendaciones para CESAR fue el planear su día con actividades de su interés a fin de mantenerse ocupado y disminuir o evitar el consumo.

Otro punto relacionado con su establecimiento de metas, fue identificar cuál era el motivo o razón por la que planeaba reducir su consumo hasta la abstinencia. Ante lo que CESAR expresó que no quería fumar porque quería interesarse de nuevo en terminar la escuela y lograr entrar a una escuela de música, así como disminuir los problemas con su padre. Ante estas razones, CESAR comentó que le sería difícil, por lo que se le comentó que el establecer una meta favorecería poner más atención en sus actividades y planeación del día. CESAR menciona que para lograr su meta de consumo, no atendería cosas irrelevantes, estaría atento a actividades de su interés, como son las clases.

Por último se discutió con él acerca de la importancia para el logro de su meta, expresando que el cambio de su consumo era más importante que la mayoría de las cosas que quería cambiar, pues sabía que esto le permitiría resolver la situación con su padre y también dedicarse a otras cosas que eran importantes, como sus estudios. La confianza para el logro de la meta, en una escala del 0 al 100% fue del 25%, debido a que tenía que tener presente su consumo durante los últimos seis meses y tenía la suposición de que si se le antojaba mucho fumar, iba a ser difícil no hacerlo. Sin embargo, se le sugirió a CESAR, que debía esforzarse para el logro de la meta que se estaba proponiendo, considerando las estrategias que había llevado a la práctica durante las semanas anteriores, en las que no consumió y en aquellas en las que redujo su consumo.

## 5. SEGUNDA SESIÓN DE TRATAMIENTO: SITUACIONES DE RIESGO Y PLANES DE ACCIÓN

En la sesión de Situaciones de Riesgo y Planes de Acción, el objetivo principal es que el adolescente identifique sus principales situaciones de consumo y elabore planes de acción para enfrentar estas situaciones. En esta sesión se incorpora el modelo de prevención de recaídas planteado por Marlatt y Gordon (1985), analizado previamente. En esta sesión el adolescente identifica los factores precipitadores de su consumo, las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo de dos de sus principales situaciones de riesgo y se analiza la meta de la recuperación como una meta a largo plazo. También desarrolla estrategias que le permitan afrontar estas situaciones, para lo cual analiza las ventajas y desventajas, de cada opción, con el propósito de que seleccione las dos más efectivas. Después elabora planes de acción para la ejecución de sus estrategias de afrontamiento.

La discusión de los componentes relacionados con las recaídas en el programa de intervención muestra varias ventajas (Martínez & Ayala, 2002): primeramente ayuda al adolescente a prepararse constructivamente para la recaída; Proporciona a la mayoría de los adolescentes una visión más realista de que esperar en términos de resolver su consumo de alcohol u otras drogas (una recuperación gradual acompañada por recaídas ocasionales en lugar de una recuperación de "todo o nada"); y proporciona a los adolescentes una oportunidad en el programa para discutir situaciones de recaída o situaciones de recaída potencial.



Las actividades de esta sesión se inician con la revisión del auto-registro de ña semana previa a esta sesión, se identifican las situaciones de riesgo para el consumo, así como las consecuencias a corto y largo plazo del consumo; se eligen y elaboran estrategias de afrontamiento para las situaciones anteriormente identificadas y por último se desarrollan planes de acción para las mismas

### DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LA SESIÓN

Como resultado de las actividades que involucra la sesión de situaciones de consumo y planes de acción, en el caso de CESAR, esta sesión se dividió en dos momentos. En el primer momento, se discutió la montaña de la recuperación y en la identificación de las situaciones de riesgo para el consumo; en tanto que para el segundo momento, se desarrollaron los planes de acción.

En la primer parte de esta sesión, CESAR reporto un consumo durante la semana de un cigarro, indicando el logro de su meta (1 cigarro al día, no más de 2 días a la semana), en el siguiente cuadro, se resume el consumo de CESAR a lo largo de la semana (véase Figura 8).

Mis metas para la semana			
No consumir	Reducir el consumo X	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
<b>DÍA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS</b>
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	SI(1 cigarro)	Estaba con amigos platicando, en un tiempo del día en que no tenía clases	Sintió que aprovecho el momento del día en pasarla bien con sus amigos, mientras entraba a clases
Sábado	NO		
Domingo	NO		

Figura 8. Muestra el auto-registro del adolescente durante la segunda semana del programa

Al hacer el análisis de su consumo, CESAR expresó que solo puede platicar con sus amigos con la condición del consumo, por ello se comentó la posibilidad de hacer la misma actividad sin estar bajo la condición del consumo.

Una vez que se terminó de revisar el auto-registro se le entregó y explicó el folleto No. 2. Como parte de este material, el primer punto de trabajo fue el análisis y discusión de la montaña de recuperación. La montaña de la recuperación tiene el objetivo de aclarar la manera en cómo se da el proceso del cambio para las conductas adictivas, y principalmente la manera de entender las recaídas que se pueden presentar como parte del cambio. Para una mejor explicación de estos aspectos, se ejemplificó este ejercicio con su proceso de cambio que había avanzado hasta ese momento.

Las situaciones que CESAR identificó fueron estar con amigos en la escuela platicando y cuando acude a conciertos de música que le interesa (rock). Al comparar sus respuestas con los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo y el Cuestionario de Confianza situacional coinciden con las emociones agradables y la búsqueda de bienestar. Sin embargo, cabe mencionar que en ambos cuestionarios, las situaciones adicionales de consumo se relacionan con Emociones Desagradables y la tentación para el consumo (antojo, probando su control sobre el consumo y la presión de otros para el

consumo). En esta última, CESAR mencionó que el antojo se relaciona con los momentos en los que pensaba en la marihuana, pero que no presentaba ninguna manifestación física. Por lo que, el trabajo de las opciones y planes de acción se orientó principalmente hacia las emociones agradables y la tentación hacia el consumo.

Una vez que identificó sus dos principales situaciones de consumo se le pidió realizar el primer ejercicio del folleto, el cual consistió en describir brevemente sus situaciones de consumo, la cantidad que consumía en esas situaciones, y las consecuencias positivas y negativas que se presentaban en esas situaciones. Sus respuestas a éste ejercicio pueden visualizarse en las Figuras 9 y 10.

### SITUACIÓN No. 1

<p><b>Situación de consumo:</b> Emociones Agradables y Tentación para el Consumo Cuando estaba en la escuela con mis amigos</p>	<p><b>¿Cuánto consumiste?</b> 10 copas de alcohol 3 cigarros de marihuana 1 Valium</p>
<p><b>Consecuencias positivas</b> Me relaje, me siento a gusto con mis Amigos, platico más con ellos</p>	<p><b>Consecuencias negativas</b> Flojera, cansancio, desinterés por la escuela y tocar guitarra.</p>

Figura 9. Muestra la primera parte del ejercicio Número 1, realizado por el adolescente en el Folleto 2.

### SITUACIÓN No. 2

<p><b>Situación de consumo:</b> Emociones Agradables y tentación para el consumo En un concierto</p>	<p><b>¿Cuánto consumiste?</b> 1 caguama 3 cigarros de marihuana 1 mona de LSD</p>
<p><b>Consecuencias positivas</b> Me relaja, disfrute más el concierto Me la pase padre con mis amigos</p>	<p><b>Consecuencias negativas</b> Flojera</p>

Figura 10. Muestra la segunda parte del ejercicio Número 1, realizado por el adolescente en Folleto 2.

A partir de las respuestas de CESAR al ejercicio, se analizó como las personas mantienen el consumo de alguna sustancia como resultado de las consecuencias positivas, las cuales se experimenta de forma inmediata, sin contemplar las consecuencias negativas y que son más a largo plazo; por lo anterior para el logro de un

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cambio en el consumo, es importante considerar las consecuencias negativas y no solo las positivas

Para finalizar este primer momento de la sesión, se le pidió a CESAR que como tarea, pensara en diferentes opciones para tratar de evitar el consumo ante estas situaciones y desarrollar planes de acción para poner en práctica esas estrategias, para lo cual se explico la segunda parte del folleto.

Durante la segunda fase de la sesión, se hizo el análisis de su consumo a lo largo de la semana, CESAR reportó un consumo (1 ½ cigarros) estando fuera de la escuela con sus amigos, nuevamente se observa que logro su meta de reducción de consumo, se revisaron las estrategias que puso en practica para no consumir durante los demás días de la semana, mencionando que se mantuvo ocupado en las actividades escolares, el siguiente cuadro resume el consumo de CESAR (véase Figura 11).

Mis metas para la semana			
No consumir	Reducir el consumo	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra:
	X		

DIA	CONSUMO	SITUACIÓN	SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS
Lunes	NO		
Martes	NO		
Miércoles	NO		
Jueves	NO		
Viernes	SI (1 ½ cigarros)	Estaba afuera de la escuela con mis amigos	Al principio si quería, sin embargo pensaba en fumar o no, y tome la decisión de fumar.
Sabado	NO		
Domingo	NO		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 11. Muestra el auto-registro de CESAR durante la tercera semana del programa.

Después de analizar cómo fueron sus consumos, se le preguntó su opinión acerca de los mismos, ante lo que expresó creer que se estaba haciendo "tonto", pues no estaba haciendo un esfuerzo mayor para controlar el consumo, por lo que había pensado seriamente en reducir su consumo en su totalidad, por lo que planteo la meta de no consumo durante la siguiente semana. Al respecto se le mencionó, la importancia de recordar sus razones de cambio, y se habló con él acerca de cómo el inicio del cambio puede parecernos difícil, por lo que tenemos que esforzarnos y practicar las alternativas que nos pueden ayudar a lograr nuestra meta, por lo que se le alentó a poner en practica su nueva meta.

Enseguida se le revisó la segunda parte del folleto, CESAR pensó en varias opciones que contemplaban las estrategias que había puesto en practica durante las semanas anteriores. Para CESAR resultado sencillo el desarrollar un plan de acción para las situaciones que identificó en la sesión anterior. En las Figuras 12, 13, 14 y 15, se muestra el análisis que realizó para resolver el ejercicio.

**SITUACIÓN:** Emociones Agradables y Tentaciones para el Consumo: Estando en la escuela con mis amigos

<p><b>Plan No. 1:</b> Ocuparme más en la escuela, no permitirme ninguna distracción y buscar otras actividades          En cuanto empiece a pensar en fumar iré con mis amigos que no consumen y me pondré a platicar ellos, haré algunas tareas atrasadas y pondré al corriente mis apuntes</p>	
<p><b>Ventajas</b>          Tener un mejor nivel académico          Alejarme un poco más de las drogas.</p>	<p><b>Desventajas</b>          Sentirme un poco tenso y consumir          Consumir si estoy haciendo cosas con mis amigos que consumen          Buscar a mis amigos que consumen y estar con ellos compartiendo el consumo</p>

Figura 12. Muestra la primera parte del ejercicio Número 2 realizado por el adolescente en el Folleto 2.

<p><b>Plan No. 2:</b> Tocar guitarra y distraerme con la música          Estar en mi casa tranquilo, tocando la guitarra con las canciones que ya conozco, además podría aprender nuevas y tocarías bien</p>	
<p><b>Ventajas</b>          Aprendería a manejar más la guitarra          Renovaría mis conocimientos          Aprendería nuevas canciones</p>	<p><b>Desventajas</b>          Me separaría un poco de mis amigos</p>

Figura 13. Muestra la segunda parte del ejercicio Número 2, realizado por el adolescente en el Folleto 2.

**SITUACIÓN:** Emociones Agradables y Tentación para el Consumo: En un Concierto de Rock

<p><b>Plan No. 1:</b> Salir a pasear con mis amigos más cercanos que no consumen</p>	
<p><b>Ventajas</b>          Me distraería e interesaría por otras cosas tener otros amigos con quien platicar de diferentes temas, que no se relacionen con las drogas</p>	<p><b>Desventajas</b>          Mis amigos con los que consumo se molestarían</p>

Figura 14. Muestra la tercera parte del ejercicio Número 2, realizado por el adolescente en el Folleto 2.

<p><b>Plan No. 2:</b> Ir a acampar a cualquier cerro, montaña o pueblo con mis amigos que no consumen</p>	
<p><b>Ventajas</b>          Conocería más lugares          Me divertiría y me agrada la estar con esos amigos</p>	<p><b>Desventajas</b>          ninguna</p>

Figura 15. Muestra la cuarta parte del ejercicio Número 2, realizado por el adolescente en el Folleto 2.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Como puede observarse, CESAR desarrollo estrategias específicas para aquellas situaciones que lo llevan a un consumo de marihuana, en ambas situaciones la opción que mejor considera le ayudará a evitar consumir ante estas situaciones fue la 1. A partir de su elección de las estrategias, se enfatizó la importancia de esforzarse y poner en practica dichos planes de acción, a fin de lograr el cambio: la sesión se finalizó con el resumen de los pasos para el desarrollo de sus planes de acción. Algunas de estos pasos son: Identifica las situaciones de consumo y las consecuencias relacionadas con tu consumo problemático de alcohol o consumo de drogas; Elabora una lista de opciones realistas para cambiar tu consumo, Decide cuál es la mejor para ti; Desarrolla planes de acción para alcanzar tus metas y establece un periodo de tiempo razonable para alcanzarlas; y Revisa tu progreso. Si tu plan no está funcionando, averigua la razón y busca otras opciones. Si está funcionando, FELICIDADES, continúa llevándolo a cabo.

## 6. TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO: ESTABLECIMIENTO DE METAS DE VIDA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La tercera sesión: establecimiento de metas y el consumo de sustancias, tiene por objetivo que el adolescente analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto y largo plazo (de tiempo libre, escolares, de familia, entre otras).

Uno de los componentes más importantes que se maneja durante la sesión es la Estrategia de Solución de Problemas y nuevamente la Entrevista Motivacional. Estos componentes proponen el empleo de las experiencias de vida, las metas y los valores (Berg, 1995), como una forma en que los usuarios reconozcan sus aspiraciones y competencias, más que el solo reconocimiento de sus problemas, con la finalidad de promover la búsqueda de soluciones. Por lo cual, la identificación de las metas que el usuario quiere lograr en un futuro y la evaluación acerca de donde se encuentra respecto al logro de sus metas en la actualidad, favorece la generación de la discrepancia entre las actividades que realiza en el momento y una de las metas que quiere lograr (Miller & Rollnick, 1991). Además de que permite discutir el impacto que tiene el consumo en el logro de las metas.

Durante la sesión, el adolescente trabaja en la identificación de las tres principales metas de vida, a través del folleto número 3. En este folleto, se valora el porcentaje de logro para cada una de sus metas, las razones por las cuales es importante el logro de esas metas, la forma en que el consumo puede afectar el logro de éstas y como parte final se trabaja en el desarrollo de planes de acción que le permitan el logro de sus metas en determinados plazos a uno, seis y doce meses.

Las actividades que se realizan en esta sesión son la revisión del auto-registro, una breve discusión acerca de la relación entre el consumo de sustancias y el cumplimiento de las metas de vida tanto a corto como a largo plazo, así como el desarrollo de los pasos para el logro de las metas de vida establecidas al mes, seis y doce meses.

## DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LA SESIÓN

Durante la revisión del auto-registro, CESAR reportó un consumo de marihuana (1/2 cigarro), cuando bajaba de clases, se encontró con un amigo y éste lo invitó y él aceptó. Por lo que, seguido a esta situación, se discutió sobre el cambio de su meta de consumo, recordándole de su decisión de no volver a consumir y de la importancia de poner en práctica los planes de acción desarrollados para las situaciones de consumo que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

se habían identificado en la sesión anterior. A lo que CESAR respondió que en realidad no había hecho ningún esfuerzo por cumplir su meta y nuevamente se estaba haciendo "tonto". Nuevamente se comentó que un cambio requiere tiempo, constancia, y esfuerzo; en este punto, se agregó la revisión de todas las cosas que ha hecho para no consumir en otros días de la semana. En la figura 16 se muestra un resumen de su consumo durante la semana.

#### Mis metas para la semana

No consumir X		Reducir el consumo	Trabajar en una de las metas de mi vida	Otra: _____
<b>DIA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>SITUACION</b>	<b>SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS</b>	
Lunes	NO			
Martes	NO			
Miércoles	NO			
Jueves	SI (1/2 cigarro)	Fumó por invitación de un amigo, después de salir de clases.	No reportó consecuencias negativas con su consumo. Mencionó haber estado tranquilo y relajado durante el consumo. CESAR expresó haber estado ocupado lo que le ayudó a no fumar todos los demás días de la semana.	
Viernes	NO			
Sábado	NO			
Domingo	NO			

Figura 16. Muestra el auto-registro de CESAR durante la quinta semana del programa.

Posterior a la revisión del consumo durante la semana, se trabajó con el folleto número 3, se inició con la identificación de las tres metas más importantes de CESAR, estas metas fueron: terminar el bachillerato; estudiar en una escuela de música; y tener un estudio de grabación. Las razones por las cuales quiere lograr estas metas fueron: terminar el bachillerato para ser mejor, tener mejor educación y valerme por mí mismo; en tanto que el entrar a una escuela de música es para poder mejorar con la guitarra y aprender a tocar nuevos instrumentos, con lo que respecta al estudio de grabación es para poder tener la oportunidad de grabar discos y valerme económicamente por sí mismo.

Como parte de la definición de sus metas, se le solicitó a CESAR que en una escala de 0 al 100%, identificara el porcentaje en que estaba cubriendo sus metas en ese momento. En la figura 17, se observa el porcentaje dado por CESAR para cada una de sus metas:

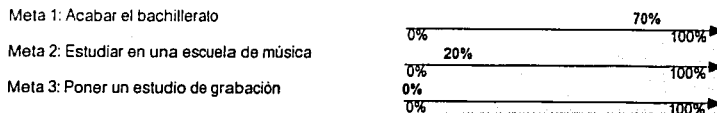


Figura 17. Muestra el ejercicio Número 1, realizado por el adolescente en Folleto 3.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El propósito de resolver este ejercicio fue identificar el avance en el logro de sus metas que hasta el momento ha tenido CESAR ; con la finalidad de guiarlo en el desarrollo y elaboración de sus planes de acción para el logro de la totalidad de sus metas en diferentes tiempos. Posterior a este ejercicio, se identificaron los obstáculos o límites para el logro de sus metas: portarme mal, no entrar a clases, deber materias y perder el interés en tocar la guitarra por el consumo. CESAR comentó la relación del logro de una de sus metas con el consumo de marihuana, por lo que la siguiente parte del ejercicio fue la revisión de cómo el consumo afecta el logro de sus metas, a lo cual respondió que se distrae demasiado en actividades relacionadas con el consumo, por lo que no entra a clases y empieza a perder el interés en todo lo que antes era divertido y entretenido, un claro ejemplo es el tocar la guitarra y como resultado de este desinterés le dan ganas de consumir. Entre las personas que pueden ayudarlo a cambiar su consumo, se encuentran; su papá, su hermano y el grupo de amigos que no consumen ni alcohol ni marihuana.

Posterior a la revisión de la forma en que el consumo afecta el logro de sus metas, los obstáculos para el logro de éstas y las personas que le pueden ayudar a cumplir con lo que se ha propuesto, se prosiguió con el desarrollo y análisis de los planes de acción para las dos metas más importantes, ya que una de ellas es muy a largo plazo (tener un estudio de grabación). En las figuras 18, 19 y 20 se presentan los planes de acción desarrollados por CESAR para el logro de sus metas de vida en uno, seis y doce meses.

#### A un mes

##### Meta 1: Terminar el bachillerato

<p><b>Para lograrlo voy a:</b></p> <p>Voy a estudiar más Prepararme para mis exámenes</p>	<p><b>Sabré que mi plan está funcionando sí:</b></p> <p>Si tengo buenas calificaciones en mis exámenes</p>
---	--

##### Meta 2: Estudiar en una escuela de música

<p><b>Para lograrlo voy a:</b></p> <p>Retomar todo lo que ya sabía sobre guitarra Pasará el examen de admisión</p>	<p><b>Sabré que mi plan está funcionando sí:</b></p> <p>Adquiero más destreza para tocar y aprendo a leer mejor las notas y con mayor rapidez</p>
--	---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### ¿Qué pasará si continúo consumiendo?

Creo que seguiría como hasta ahora sin lograr nada y mi consumo sería muchos más días y en mayor cantidad

Figura 18. Muestra la segunda parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 3.

A seis meses

Meta 1: Terminar el bachillerato

<p>Para lograrlo voy a:</p> <p>Echarle más ganas a la escuela Estudiar más Seguir mis apuntes al corriente</p>	<p>Sabré que mi plan está funcionando si: Cuando obtenga buenas calificaciones</p>
--	--

Meta 2: Entrar a una escuela de música

<p>Para lograrlo voy a:</p> <p>Tocar en un grupo y participar más en eventos</p>	<p>Sabré que mi plan está funcionando si: si voy a tocar en lugares pequeños como bares o fiestas</p>
--	---

¿Qué pasará si continúo consumiendo?

No lo lograría porque para estar avanzando en mis metas, tendría que estar al cien por ciento y el consumo de marihuana me quita mucho tiempo, desde que busco con quien consumir hasta el tiempo que me paso consumiendo

Figura 19. Muestra la segunda parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 3.

A doce meses

Meta 1: Terminar el bachillerato

<p>Para lograrlo voy a:</p> <p>Pasar todos mis exámenes y materias Terminar todos los créditos</p>	<p>Sabré que mi plan está funcionando si: tengo buenas calificaciones y es lo único que se necesita para terminar el bachillerato</p>
--	---

Meta 2: Estudiar en una escuela de música

<p>Para lograrlo voy a:</p> <p>Tocar en un grupo y participar más en eventos Que reconozcan mi trabajo en el grupo</p>	<p>Sabré que mi plan está funcionando si: si voy a tocar en lugares pequeños como bares o fiestas</p>
--	---

¿Qué pasará si continúo consumiendo?

Tal vez me sea un poco imposible el reunir dinero por mi trabajo en el grupo para valerme por mi mismo, ya que todo lo usaría para comprar droga.

Figura 20. Muestra la segunda parte del Ejercicio A, realizado por el adolescente en el Folleto 3.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Como parte final de la sesión, se discutió acerca de los caminos para lograr sus metas, mismos que se presentan a continuación y que son parte del folleto número 3:

- o **Deseos:** Elige una meta que realmente quieras lograr.
- o **Beneficios:** Enlista los beneficios que se derivan al lograr una meta, lo más beneficioso, lo más motivante y lo más persistente
- o **Obstáculos:** Identifica algunos de los obstáculos y piensa cuáles no te permitirán lograr tu meta.
- o **Conocimientos:** Encuentra lo que necesitas para lograr tu meta.
- o **Gente:** Identifica a las personas que puedan ayudarte a lograr tu meta.
- o **Ocurrencia:** Es importante considerar el lugar donde podrás lograr tu meta.
- o **Planes:** Elabora un plan, piensa detenidamente cada paso, escribe pasos concretos y revisa tu plan.
- o **Línea del tiempo:** Es importante ponerle un tiempo para lograr las metas, sin olvidar que debe hacerse paso a paso.

#### 7. CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO: NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

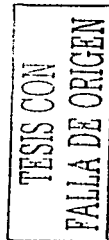
La cuarta sesión del programa es el Nuevo Establecimiento de Metas, es la parte final de éste. Esta sesión tiene el objetivo de identificar las situaciones de riesgo para el futuro y los planes de acción para los mismos. Además, se realiza un resumen de los aspectos tratados durante el tratamiento, se evalúa el progreso en el logro de la meta de consumo inicial y se considera la pertinencia de terminar con el tratamiento o tener sesiones adicionales

Las actividades que se realizan en esta sesión, son la revisión del auto-registro de la semana, se le entrega al usuario una gráfica de los resultados de su auto-registro durante el programa, se discute sobre el progreso en la reducción del consumo, se establece una nueva meta de consumo, se complementa con la revisión de las estrategias para mantener el cambio y la confianza que tiene el usuario para el control de su consumo en diferentes situaciones a través de una segunda aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional. Como parte final de la sesión, se explica la importancia de las sesiones de seguimiento y se establece una cita para el primer seguimiento (a un mes de finalizado el tratamiento).

#### DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LA SESIÓN

CESAR no reportó consumo durante esta semana, mencionó no haber tenido ningún antojo para fumar marihuana. Esta sesión fue la última del programa, por lo que las actividades se orientaron a hacer un resumen de lo trabajado a lo largo de todo el programa. CESAR no tuvo problema en recordar los componentes más importantes del programa.

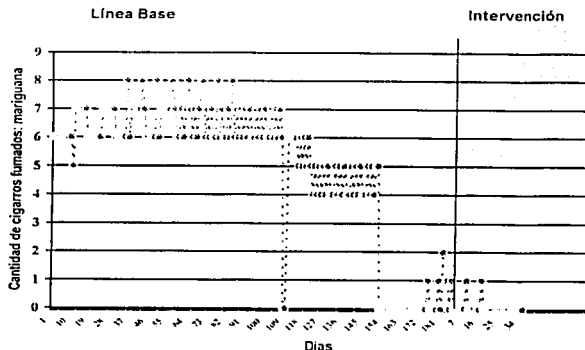
Los beneficios que identifiqué como parte de su cambio se relacionan con sus actividades escolares, ya que en éstas ha incrementado sus calificaciones, en sus actividades de tiempo libre ha incluido en tocar de nuevo la guitarra; estar y platicar con amigos que no consumen; la reducción de los problemas en casa, con mi papá y recuperando la confianza de mi papá; y por último es que mi consumo se ha reducido. Para seguir obteniendo estas ganancias, planea rechazar o evitar el consumo cuando lo inviten, se mantendrá distraído tocando la guitarra, con la escuela, platicando con su padre y hermano, así mismo planeará actividades con los amigos con los que no consume. Todas estas estrategias se han trabajado durante las sesiones. CESAR



recordó las principales situaciones de consumo las cuales están relacionadas con emociones agradables con otras personas y la tentación para el consumo, CESAR mencionó que este ejercicio le permitió darse cuenta de quienes eran realmente sus amigos y quienes le podían ayudar a dejar de consumir.

Posteriormente se le presentó la gráfica de su consumo durante el programa, en donde se resalto el cambio en cuanto a la cantidad y la frecuencia de consumo, la figura 21 muestra el cambio en el consumo de marihuana en comparación con la Línea Base Retrospectiva realizada en la sesión de evaluación del programa

**Meta:** Reducción del Consumo y Abstinencia



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 20. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes y durante de la intervención.

Posteriormente se realizó el ejercicio de Nuevo Establecimiento de Metas, en donde CESAR eligió no consumir durante los seis meses siguientes de haber concluido el programa, relacionándolo con los resultados que tuvo durante la semana y la disminución de los problemas relacionados con su consumo; Así mismo, se evaluó que tan importante era el logro de esta meta y que tan confiado se siente de poder lograrla. CESAR respondió que es el logro de esta meta es lo más importante de todas las cosas que quiere lograr (100%), incrementándose en un 25%; en tanto que con lo que respecta a la confianza que tiene para lograr la nueva meta de consumo, CESAR se muestra muy confiado de poder lograrla (75%) , incrementándose en un 50% en comparación con el primer establecimiento de la meta de consumo.

En cuanto a la confianza de CESAR para el logro de su meta con respecto a las situaciones del Cuestionario de Confianza Situacional, se observa un incremento en las situaciones durante la primera aplicación, ya que en estas reportaba porcentajes menores al 50%, lo que representó un mayor riesgo de perder el control ante estas situaciones; en comparación con la segunda aplicación, la mayor parte de las situaciones mostraron

porcentajes por arriba de 50, exceptuando la situación de probando el control ante el consumo. La figura 21 permite visualizar las diferencias en ambas aplicaciones.

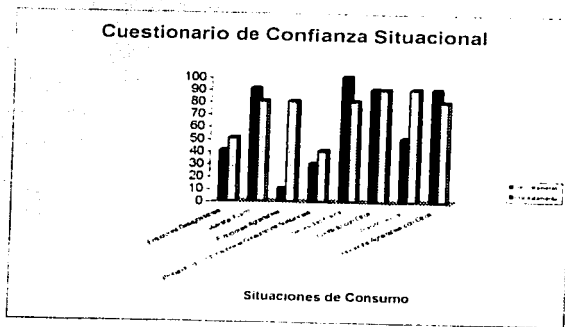


Figura 21. Muestra las situaciones de consumo antes y después del tratamiento

Con lo referente a la evaluación del programa, CESAR señaló que éste le pareció una herramienta útil para resolver el consumo de sustancias, el tiempo en el cual se aplicaba el tratamiento era apropiado, con respecto a la evaluación de los materiales, le parecieron agradables, con contenido interesante y fácil de comprender, su participación en el programa le permitió tener un cambio relacionado con su consumo, por lo que lo recomendaría a otras personas que tuvieran problemas con su consumo de sustancias.

Finalmente se realizó un resumen de los aspectos más importantes tratados durante el programa, dando énfasis a las principales razones para cambiar y las ventajas de hacerlo, las principales situaciones de consumo, con base en los resultados de cu Cuestionario de Confianza Situacional y la importancia de lograr su nueva meta de consumo y se programó la cita para el primer seguimiento.

## 8. SEGUIMIENTOS

Para el programa, la sesión de seguimiento tiene el objetivo de evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento en un lapso de uno, tres y seis meses de concluido el tratamiento.

El seguimiento es una sesión programada en periodos específicos después de haber concluido la intervención. El objetivo principal de una sesión de seguimiento es que el usuario ponga en practica las estrategias de afrontamiento a situaciones específicas para evitar una recaída en su consumo. El análisis de lo ocurrido después de un tratamiento, permite que el terapeuta y el usuario identifiquen las estrategias y recursos que mantienen el cambio, favoreciendo el incremento de la disposición al cambio en su consumo de sustancias. Así mismo, le permite comprobar al usuario su auto-eficacia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por último, el seguimiento es utilizado como un medio para la recolección de información con respecto a la efectividad del tratamiento (Miller, 1989).

La información que se obtiene en las sesiones de seguimiento es a través de los auto-reportes, relacionados principalmente con la frecuencia de consumo (días de consumo), las recaídas, la aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo, el Cuestionario de Confianza Situacional. Los dos primeros seguimientos (uno y tres meses) los realiza el terapeuta que llevo el caso, en tanto que el seguimiento a los seis meses es realizado por otro terapeuta.

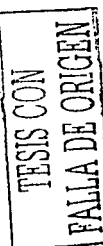
Las actividades realizadas en las sesiones de seguimiento a uno y tres meses son el llenado del auto-registro con los días de consumo a lo largo de un mes y hasta tres meses después del programa, así como la aplicación de la entrevista de seguimiento. En tanto que las actividades dentro de la sesión de seguimiento a seis meses, se llena un formato de Línea Base de los últimos seis meses, se aplica la entrevista de seguimiento a seis meses, el Inventario de Situaciones de Consumo y el Cuestionario de Confianza Situacional y la Entrevista al Colateral.

#### DESCRIPCIÓN DE LO TRATADO DURANTE LAS SESIONES

El seguimiento a un mes se realizó en el Centro de Servicios Psicológicos, CESAR mencionó haber revisado sus folletos durante este último mes, así como tampoco había registrado su consumo. CESAR expresó no tener dudas con respecto a la información contenida en los folletos. Con lo que respecta a su meta, recordó que esta era no consumir. En el último mes, CESAR no reporto ningún consumo, lo cual refleja que en este lapso logro cumplirla. CESAR menciona que ha podido seguir sus planes de acción sin ningún problema, aunque le ha hecho algunos cambios que también le han resultado efectivos. Estos cambios se relacionan con evitar el consumo y al grupo con el cual consumía, por medio de la planeación de actividades académicas.

En el seguimiento a tres meses, nuevamente se llevo a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos, en esta sesión CESAR reportó haber consumido en una ocasión (medio cigarrillo-3 jalones-), los factores que CESAR identificó como precipitadores del consumo se relacionaron con la tentación y el antojo por ver a un amigo que estaba consumiendo. Sin embargo, no reporta haber tenido consecuencias positivas ni negativas, puesto que en el momento que inició el consumo puso en práctica una de sus estrategias, orientándola hacia los problemas que había tenido anteriormente como resultado de su consumo. Durante este seguimiento se realizó una revisión de los avances y el logro de sus metas de vida, al cual CESAR mencionó que se estaba dedicando más a sus estudios, aprobando sus materias y reinscribiéndose en el 6º semestre de bachillerato, había estado practicando sus habilidades para tocar la guitarra y estaba ensayando con un grupo de rock.

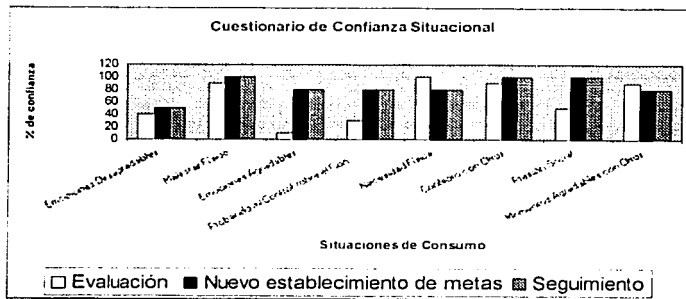
Por último, la parte final del programa incluye una sesión de seguimiento a seis meses. Durante esta sesión, CESAR reporta haber mantenido su meta de consumo - abstinencia-, agrega no haber tenido problema con llevar a la práctica los planes de acción establecidos con anterioridad y no haber realizado cambios en los mismos. En esta sesión se aplica la Entrevista de Seguimiento a los Seis Meses, que permite la recolección de información de forma estructurada, evaluando las mismas áreas que abarca la Entrevista Inicial aplicada en la sesión de Admisión.



En esta entrevista se observó que en la primer aplicación de la entrevista CESAR se mostró inseguro con su estilo de vida, en la aplicación de la entrevista de seguimiento, mencionó sentirse satisfecho y seguro de su actual estilo de vida. En esta misma entrevista, reportó no haber acudido a otro tratamiento durante los últimos seis meses para cambiar su consumo; describió que su consumo era un pequeño problema. Agregando que en este momento no estaba siendo atendido por algún problema de salud y tampoco estaba tomando algún medicamento por prescripción médica o por automedicación. Con relación a su desempeño escolar, mencionó asistir a la escuela de manera regular y no haber tenido algún problema en su escuela por el consumo de marihuana, así como haber incrementado su promedio.

Con lo que respecta al área social y a la administración de su tiempo libre, continuaba realizando las actividades que mencionó hacer casi siempre (ayudar en las labores de su casa, escuchar música e ir a fiestas) y algunas veces (ver televisión, practicar algún deporte, jugar o salir con amigos, hacer tarea o estudiar, e ir a beber con los amigos). Nuevamente describió que la relación con su padre como muy buena al igual que con su hermano. En esta ocasión reportó no emplear ninguna cantidad de dinero en el consumo de marihuana. En el área de la conducta antisocial mencionó haber formado parte en riñas; en el área de depresión y riesgo suicida, CESAR reporta no haberse sentido triste en este último mes.

En esta sesión se aplicó nuevamente el inventario de situaciones de Consumo de Drogas, las respuestas de CESAR reflejan que no ha tenido situaciones de riesgo para el consumo; en tanto que las situaciones del Cuestionario de Confianza Situacional, reflejan que CESAR ha podido incrementar su confianza para no perder el control ante determinadas situaciones. La figura 22, muestra la comparación de las tres aplicaciones del instrumento, antes, durante y después del tratamiento.



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Figura 22. Muestra los resultados del Cuestionario de Confianza Situacional antes, durante y después del tratamiento

**Entrevista de Seguimiento para el Colateral:** El colateral de CESAR fue su hermano, este se contacto por teléfono. Durante la entrevista al colateral este reportó que la frecuencia de reunión con el usuario era diariamente de manera personal. Las instrucciones dadas al colateral fueron determinar en un intervalo de 30 días, el número de días de abstinencia que tuvo CESAR, el número de días que consumió drogas, el número de días en que el usuario estuvo en la cárcel o algún hospital por el consumo, y el tipo de drogas diferentes al alcohol o tabaco utilizadas por el usuario durante el mismo periodo.

El colateral de CESAR, manifestó que este no consumió durante 30 días, que este no estuvo en la cárcel o alguna otra institución por el consumo de marihuana y tampoco reportó el consumo de alguna otra sustancia. Al preguntarle al colateral que tan seguro se encontraba de que la información proporcionada por CESAR era correcta, manifestó que estaba seguro que algo de la información que reportó era correcta pero había cosas de las que no estaba seguro. El colateral de CESAR describió su consumo como un pequeño problema durante el año pasado anterior al tratamiento, y que tuvo algunas repercusiones en su desempeño escolar.

Como parte final de la descripción del caso, la figura 23 muestra los datos obtenidos en la Línea Base Retrospectiva antes, durante y después del tratamiento. Con esta figura, es posible observar el cambio del consumo después del tratamiento.

**Meta: Reducción del Consumo y Abstinencia**

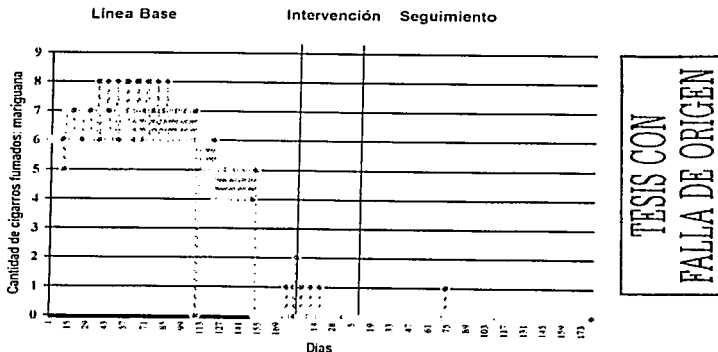


Figura 20. Muestra la cantidad y frecuencia del consumo del usuario antes y durante de la intervención.

Como puede observarse, CESAR disminuyó su consumo durante la intervención y este cambio se mantuvo durante los siguientes seis meses después del tratamiento.

## 9. CONCLUSIONES SOBRE EL CASO

A partir de la descripción del caso de CESAR, demuestra que el Programa para Adolescentes que consumen drogas ha sido exitoso, principalmente al observar los cambios en el patrón de consumo (disminución en cantidad y frecuencia del consumo hasta la abstinencia), así como los problemas asociados con el consumo, principalmente en el aspecto escolar.

Es importante mencionar que desde las consideraciones teóricas de las intervenciones breves, la reducción del daño, la utilización de estrategias dirigidas a la disminución de las consecuencias asociadas al consumo de sustancias, las metas ideales para todos son la abstinencia y el daño mínimo (Miller, Turner & Marlatt, 2001). Dando pie a una mayor utilización de estrategias de auto-control y habilidades de afrontamiento (Miller et. al., 2001).

En el caso del consumo de drogas ilegales, como lo es la marihuana, existen varias razones de peso por las cuales es necesario plantear la abstinencia como meta de tratamiento, entre estas razones encontramos: en la mayor parte de los tratamientos la abstinencia es la única opción; el consumo de alguna sustancia ilegal en los jóvenes es inaceptado en el mundo de los adultos; y el consumo de cualquier sustancia en los jóvenes menores de edad es ilegal.

Aunque, muchos de los resultados de diferentes intervenciones muestran que la única opción sea la abstinencia, las personas que eligen estas opciones de tratamiento, muestran una disminución más que una interrupción total y determinante de su consumo. Por lo cual en una intervención para adolescentes es importante plantear como opción de tratamiento la reducción paulatina del consumo hasta el logro de la abstinencia, a fin de obtener un resultado favorable en el control del consumo, sin dejar de lado la importancia de la reducción del daño y las habilidades de afrontamiento y auto-control desarrolladas por el usuario. (Kandel & Logan, 1984; Masur, 1988; Wilkinson, Martin, Cordingley & Leigh, 1989, citados por Wilkinson & Martin, 1991). Por lo tanto, la meta propuesta por el programa de adolescentes para el consumo de drogas ilegales como la marihuana, es la abstinencia, la meta elegida por CESAR indica un éxito en su cambio, dado que en la fase inicial del programa parte de una reducción hasta el logro de la abstinencia la final de este, dando lugar a la disminución de sus problemas escolares y el incremento de actividades diferentes al consumo, como es tocar guitarra.

En el caso de CESAR, otro de los indicadores que reflejan el éxito de su cambio, está relacionado con el incremento de su auto-eficacia para el control de su consumo ante determinadas situaciones. Collin y Garduño (1996) plantean que el éxito de una intervención se relaciona con la percepción de auto-eficacia de los individuos para enfrentar situaciones de riesgo y mantener el control de su consumo ante estas. En el caso de CESAR, este aspecto puede estar reflejado en la comparación de los resultados del Cuestionario de Confianza Situacional, en el que se observó un mantenimiento de su confianza en la segunda y tercera aplicación, en comparación con la primer aplicación. Algunos otros indicadores que reflejan el éxito de CESAR en el programa se relacionan con su ingreso y permanencia en él; estos indicadores muestran una influencia directa como su interés por continuar con sus estudios y el ingreso a una escuela de música. Así como la posibilidad de haber recuperado la confianza de su padre y el que se hayan reducido los problemas relacionados con su consumo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### IV. CONCLUSIONES GENERALES

Las Adicciones en nuestro país representan un problema de salud pública muy importante y que requiere un trabajo especializado, por ello es necesario contar con profesionales de la salud altamente capacitados y entrenados en un programa sistemático y estructural que proporcione los componentes necesarios para el manejo de las adicciones en nuestro país. A partir de esta necesidad, la Universidad Autónoma de México plantea el Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Psicología de las Adicciones, en el que se ofrece una buena alternativa para la capacitación y entrenamiento de profesionales de la salud para el manejo de éste fenómeno. Sus ventajas se centran principalmente en la posibilidad con la que cuenta el alumno de profundizar en el entendimiento de las adicciones desde una perspectiva epidemiológica, farmacológica y psicosocial, elaborando un análisis crítico del fenómeno, contando con elementos que le permiten identificar segmentos vulnerables de la población y desarrollar modelos de intervención orientados a la disminución de factores y problemas asociados con el consumo. Así mismo, el alumno tiene la posibilidad de aplicar diferentes Psicoterapias Breves basadas en Modelos Psicológicos Cognitivos Conductuales y proponer un nuevo repertorio de posibilidades de detección, prevención y atención de las adicciones.

A largo del presente documento, se han descrito las diferentes actividades realizadas para cubrir la formación teórica y práctica del Programa de Maestría, que dan lugar a la formación de personal capacitado en el área; dotando al alumno de habilidades específicas a partir del entrenamiento en técnicas de intervención, la interacción directa con investigadores en el área, y la información actualizada sobre los avances en el fenómeno de las adicciones. La formación y el entrenamiento en dichas habilidades, es una muestra de la aplicación de la Psicología en un campo de investigación aplicada al área de salud. Sin embargo, el entendimiento del fenómeno de las adicciones en los diferentes segmentos de la población requiere un trabajo multidisciplinario, en el cual se incluyan diferentes elementos que permitan el desarrollo de estrategias de prevención e intervención específicas para los diferentes segmentos de la población.

Con la aplicación del programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician su Consumo de Alcohol y otras Drogas, en el caso de CESAR, es posible observar que la aplicación íntegra de éste tiene efectos sobre el patrón de consumo, reflejándose en la cantidad y días de consumo, así como un aumento en el número de días de abstinencia y la auto-eficacia para el control del consumo en situaciones determinadas. Los resultados obtenidos permiten considerar al programa como una estrategia eficaz para poblaciones adolescentes. Sin embargo el éxito de un caso, no determina la efectividad en su totalidad, por ello es necesario confirmarlo con un número de replicas mayor, el cual se reporta en una tesis doctoral.

Ante estos resultados, es necesario plantear una serie de consideraciones con relación al desarrollo de estrategias de intervención para poblaciones adolescentes consumidoras de sustancias. Una de las consideraciones más importantes en el desarrollo de programas de atención es la identificación de las necesidades y el tipo de población al cual será dirigida la intervención. En el caso de los adolescentes, éstos generalmente inician el consumo en forma de experimentación, lo mantienen en esta fase y lograr dejarlo ahí, sin embargo, otros adolescentes incrementan la cantidad de consumo hasta el abuso de la misma, sin establecer un patrón de consumo. Por lo que un componente importante en el desarrollo de programas de atención para poblaciones vulnerables -adolescentes- debe ser la detección temprana, incluyéndose a aquellos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



adolescentes que no son captados por intervenciones universales, que no buscan una ayuda. La mayoría de las intervenciones planteadas para la atención de las conductas adictivas en nuestro país son universales, abarcando un gran número de personas que no tienen ningún problema relacionado con el consumo de sustancias, dejando de lado a aquellos que si han tenido ciertos problemas con el consumo, sin llegar a la dependencia.

Teniendo como base el planteamiento de la tradición en prevención, las estrategias en el país es importante considerar que las estrategias de intervención no pueden ser planteadas bajo los mismos lineamientos, en el caso de las personas que no están en riesgo y no presentan ningún consumo, y por lo tanto no tienen ningún problema relacionado con su consumo de sustancias. La estrategia de intervención óptima se relaciona con la prevención universal y primaria, en las cuales se enfatiza la práctica del consumo no riesgoso. En tanto que la población que presenta problemas moderados relacionados con el consumo de sustancias, cuenta con la posibilidad de ser atendida a través de las intervenciones breves, orientadas al cambio en el consumo y la disminución de las consecuencias derivadas de este. Sin embargo, para aquellas personas que ya presentan problemas severos relacionados con su consumo y cubren un criterio de dependencia a la sustancia, cuentan con una amplia gama de modelos de atención especializada tanto individuales como grupales, estos modelos se caracterizan por la búsqueda de la abstinencia.

En la medida que las personas inician, se mantienen y prolongan el consumo de alcohol y otras drogas, la severidad de los problemas relacionados se incrementa. Sin embargo, para la prevención el punto central debe orientarse a aquellas personas que presentan problemas moderados resultado de su consumo (Kreitman, 1986; Larimer, et al, 1998; citados por Miller, Turner & Marlatt, 2001).

En el caso específico de los adolescentes, como se mencionó en párrafos anteriores, estos no presentan un patrón de consumo establecido. Sin embargo la adolescencia es la etapa de desarrollo en la que se presenta un gran número de situaciones de riesgo como es la experimentación del consumo de sustancias, por lo que una propuesta para el desarrollo de estrategias de intervención para esta población, propuesta por Winters (2001) se orienta a la identificación de tres puntos de partida: el uso experimental, el abuso temprano y el abuso; y los lineamientos bajo los cuales es necesaria el desarrollo de una propuesta de atención son: 1) la edad de inicio es un factor de riesgo para desarrollar una adicción en etapas posteriores del desarrollo; 2) el consumo en grandes cantidades, por periodos prolongados, y en situaciones de riesgo se requiere de una intervención; 3) las intervenciones deben ser una propuesta de atención ante la experimentación de consecuencias adversas al consumo. 4) la aplicación de una intervención debe ser cuando no existen factores de riesgo que puedan generar el consumo. La consideración de estos lineamientos permite el desarrollo de programas de intervención y tratamiento mucho más específicas y con la posibilidad de un beneficio más amplio para la población identificada.

Un segundo punto a considerar se relaciona con la evaluación de las intervenciones, a fin de comprobar su efectividad (Kumpfer, 1999). En las intervenciones para los adolescentes la evaluación más efectiva se realiza en el escenario donde se aplica – escuelas – y en los reportes proporcionados por los maestros, quienes reconocen la necesidad y utilidad de una intervención con estas características (Botvin, 1995).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Y por último, es importante considerar que un programa de intervención debe estar fundamentado en un marco conceptual, con la finalidad de que el cambio en el patrón de consumo, muestre la identificación de indicadores determinantes de la conducta, independientemente del éxito o fracaso de la intervención (Wayne & Black, 1999).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Referencias

- Abrahams, D.B. & Niaura, R.S. (1987) Social Learning Theory. En Blane, H. T. & Leonard, K.E. (Eds). *Psychological Theories of Drinking and Alcohol*. N.Y.: Guilford Press.
- Annis, H. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug Taking Situation*. Toronto, Canadá. Addiction Research Foundation
- Aubrey, L.L. (1998). *Motivational Interviewing whith Adolescents Presenting for Outpatient Substance Abuse Treatment*. Dissertation, Submitted in Partial Fulfillment of the Requeriments for the Degree of Doctor Philosophy Psychology. The University of Alburquerque, Nuevo México, May.
- Ayala, V. H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997) Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14. 113-127
- Ayala, V. H. & Echeverría, L. (1998) Detección Temprana e Intervención Breve. En Medina-Mora, M. (comp.) *Beber de Tierra Generosa*. Ciencias de las Bebidas Alcohólicas en México. México.D.F., FISAC.
- Babor, T. F. & Grant, M. (1992). *Programme on Substance Abuse: Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems*. World Health Organization.
- Berg, I.K (1995) Solution-Focused Brief Therapy with Substance Abuse. En Washton, A.M. (Ed.) *Psychotherapy and Substance Abuse*. N.Y.: Guilford Press.
- Campos, E., Martínez, K. & Ayala, V. H. (2000) *Desarrollo y Validación de la Entrevista Inicial para Adolescentes*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, M.E., 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 Planteles Escolares Situados en Cuatro Ciudades del País*. *Psicología Iberoamericana*. 7 (4)
- Collin, P.A. & Garduño, G.C. (1996). *La Auto Eficacia como una Medida Predictiva de Éxito en un Tratamiento para Bebedores Problema*. Tesis de Licenciatura. México, D.F. UNAM, Facultad de Psicología.
- Cooper, O.J., Heron, E.T. & Heward, L.W. (1987) *Auto-Control*. En *Applied Behavior Analysis*. Columbus, Ohio: Merril Publishing Company.
- Cravioto, P. (1996) Heroin: A Challengesat the Northern Border of Mexico, Mexicali, 1996. Paper presented at the 41th. Community Epidemiology Work Group Meeting. Austin.
- Curtis, Breslin, Kathy, Sdao-Jarvie, Elsbeth, Tupker, Shelly & Pearlman (Eds.) (199) *First Contact. A Brief Treatment for Young Substance Users*. Center of Addiction and Mental Health.
- De Leon, B. L., Pérez, F. L., Oropeza, R. & Ayala, V. H. (2001) *Adaptación, Validación y Confiabilización del Inventory of Drug Taking Situation (IDTS) y el*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Drug Taking Cooffidence Questionnaire (DTCQ).** Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología
- Donovan, D. & Rosengren, D. (1999) *Motivation for Behavior Change and Treatment among Substance Abusers*. En Tucker, J., Donovan, D. & Mariatt, A. (Eds.) *Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. N.Y.: The Guilford Press.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L. & Ayala, V. H. (2000). *Manual de Capacitación para Profesionales de la Salud. Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología (Manuscrito para prensa).
- Encuesta Nacional de Adicciones (1998)** Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- Gardner, E. S., Brounstein, J.P. & Stone, B.D. (2001) *Science Based Substance Abuse Prevention: A Guide Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Center for Substance Abuse Prevention. Division of Knowledge Development and Evaluation.
- Gordon, R. (1983) *An Operational Definition of Prevention*. *Public Health Reports*, 98,107-109.
- Gutiérrez, R. (1992) *Características Psicosociales de los Menores que Sobreviven en las Calles*. *Anales*, 2. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Hartnoll, R. (1992) *Research and the Help Seeking Process*. *British Journal of Addiction*, 87, 429-437.
- Hawkins, J. D., Catalano, R.F. & Miller, J. Y. (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.
- Institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Janis, I.L. & Mann, L. (Eds.) (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis Conflict, Choice, and Commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan.
- Klingemann, H. K.H. (1994) *Environmental Influences which Promote or Impede Change in Substance Behaviors*. En Edwards, G. & Lander, M. (Eds.) *Addiction: Processes of Change*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kumpfer, L. K. (1999) *Identification of Drug Abuse Prevention Programs: National Institute on Drug Abuse*. Resource Center for Health Service Research. University of Utah.
- Leal, H. (1997) *Estudio Naturalístico sobre el Fenómeno del Consumo de Inhalantes en Niños de la Ciudad de México*. En *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*, México: Trillas.

- Mariño, H.M.C., Romero, M. & Medina-Mora, M.E. (2000) *Juventud y Adicciones. En Islas, A. J. (cord.) Jóvenes una Evaluación del Conocimiento Tomo II: La Investigación sobre Juventud en México.* México.
- Marlatt, G.A. (1978) Craving for Alcohol, loss of the control and relapse: A cognitive-Behavioral Analysis. En Nathan, P.E., Marlatt, G.A. & Loberg, T. (Eds.) *Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment* N.Y. Plenum.
- Marlatt, G.A. (1979) Alcohol Use Problem Drinking: A cognitive Behavioral Analysis. En Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (Eds.), *Cognitive-Behavioral Intervention: Theory, Research and Procedures.* Nueva York: Academic Press.
- Marlatt, G. & Gordon, J.R. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors.* Nueva York, Guilford Press.
- Martínez, M.K. (2000) *Lista de Indicadores de Dependencia del DSM-IV.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, M.K. & Ayala, V.H. (2000) *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (mariguana, cocaína e inhalables).* Proyecto de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, M.K. & Ayala, V.H. (2002) *Manual de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (Mariguana, cocaína e inhalables).* México, D.F. (Manuscrito para prensa).
- Medina-Mora, M.E. (1978) Prevalencia del Consumo de Drogas en Algunas Ciudades de la República Mexicana. Encuesta de Hogares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(7), 111-125.
- Medina-Mora, M.E. (1982) Inhalación Deliberada de Disolventes de un Grupo de Menores Mexicanos. *Salud Mental*, 5 (1), 77-81.
- Miller, W.R. (1999) *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP).* Series 35. U.S. Department of Health and Human Services.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.* Nueva York, Guilford Press.
- Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1996) Assessing Drinker's Motivation for Change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*. 10 (2). 81-89.
- Monti, M.P., Colby, M.S. & O'Leary, A.T. (2001) *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse, Reaching Teens Through Brief Intervention.* Nueva York: The Guilford Press.
- Pick S., Aguilar, J.A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado Ma. E., Pier, D., Acevedo Ma. P., Vargas, E. (1995) *Planeando tu Vida. Programa de Educación Sexual y para la Vida Dirigido a Adolescentes.* México: Planeta, Séptima Edición.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Nocrass, J.C. (1992) In Search of how People Change. *American Psychologist*, 47, 1102-114.

- Romero, M. (1995) *Sobre la Necesidad de Conceptualizar el Género en el Estudio de las Adicciones. Psicología y Salud*, 5, 135-146.
- Ruiz, T.G., Martínez, M.K., Velázquez, A.H. (2002) *Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salazar, G.M., Martínez, M.L. & Ayala, V.H. (2001) *Adaptación y Validación de la Escala "The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)"* México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, G.A. (1999) *Modelo Preventivo De Centros de Integración Juvenil. Marco Referencial de Información Orientación y Capacitación*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Secretaría de Salud (1999). *El Consumo de Drogas en México. Diagnóstico, Tendencias y Acciones*. SSA-CONADIC, México.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1973) Individualized Behavior Therapy for Alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49-72.
- Sobell, L., Maisto, S., Sobell, M., & Cooper, A. (1979). Reliability of Alcohol Abusers Self Reports of Drinking Behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Sobell, L., Sobell, M., Leo, G., & Cancilla (1988) Reliability of Timeline Method: Assessing Normal Drinker's Reports of Recent Drinking and a Comparative Evaluation Across Several Populations. *British Journal of Addiction*, 83, 393-402.
- Sobell, M., Sobell, L., Klainer, F., Pavan, D. & Basian, E. (1986) The reliability of Timeline Method of Assessing Normal Drinker College Student's Recent Drinking History: Utility for Alcohol Research. *Addictive Behaviors*, 11, 149-161.
- Terroba, G. G. & Medina-Mora M. E. (1978) Epidemiología de la Farmacodependencia en la Ciudad de Mexicali, Baja California. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 11, 45-55
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcantar, E., Fleiz, C., Parra, J., Navarro, C. & Nèquiz, G. (1999) *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición: Otoño de 1997. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP*. México.
- Villatoro, J. Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcantar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. & Blanco, J. (2001) *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP*. México
- Wayne, H. E. & Black, M.M. (1999) Theory and Concepts of Prevention Science as Applied to Clinical Psychology. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 391-401.
- Wilkinson, A.D. & Martin, W.G. (1991). Intervention Methods for Youth with Problems of Substance Abuse. En Annis, M.H. & Davis, S.C. (Eds.) *Youth and Drugs, Drug and Adolescents, Identification, Assessment and Intervention*. Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Canada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Winters, C.K. (2001) **Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art.** En Monti, M.P., Colby, M.S. & O'Leary, A.T. (Eds.) *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse, Reaching Teens Through Brief Intervention.* Nueva York: The Guilford Press.

Yahne, C.E. & miller, W.R. (1999) **Enhancing Motivation for Treatment and Change.** En McCrady, B.S. & Epstein, E.E. (Eds.) *Addictions. A Comprehensive Guidebook.* Nueva York: Oxford University Press.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# ANEXO 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ejercicio 1 Balance Decisional

La gente generalmente tiene muchas cosas que le gustaría cambiar en sus vidas. Cambiar el consumo de alcohol puede ser una de estas cosas. Tu ya has descrito la meta que tendrás durante el tratamiento. De acuerdo con esa meta, contesta las siguientes dos preguntas

1. En este momento ¿Qué tan importante es que logres la meta establecida?

0 Nada Importante.	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50 Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr.	75 Más importante que la mayoría de las cosas que me gustaría lograr.	100 La más importante de todas las cosas en mi vida.
--------------------------	--	---	---	---

2. En este momento, ¿Qué tan confiado te sientes de lograr tu meta?

0 Cero que no lograré mi meta.	25 Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta.	50 Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta.	75 Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta.	100 Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.
---	---	--	--	---

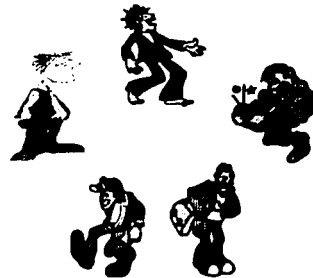
Diseño: Elisa Campos Acosta  
Gabriela Ruiz Torres.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA  
ADOLESCENTES

Sesión 1a



Lic. Kalina Martínez Martínez  
Dr. Héctor Ayala Velázquez

¡HOLA!

BIENVENIDO AL TALLER:

## CAMBIANDO TU CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora que analizaste la forma en que consumes alcohol, lograste identificar algunos riesgos y problemas debidos a esta forma de consumir y, sobre todo, te preguntaste:

¿Es tiempo para cambiar?

Descubriste las Razones de Cambio que te ayudaron a decidir participar en este taller

¡Qué bueno que te animaste!



Asistir al Programa no solo te ayudará a prevenir y evitar daños a problemas por tu consumo excesivo de alcohol; también aprenderás estrategias para resolver y decidir acerca de otras cosas importantes en TU vida.

\* COMENZAMOS \*  
BALANCE DECISIONAL

Sin que te hayas dado cuenta, tu consumo de alcohol puede ser elevado debido a que piensas que las ventajas de éste "pesan más" o son más importantes que las desventajas de cambiarlo. Para saber si eso te está sucediendo, es importante que pienses en:

- Las ventajas y desventajas de consumir en exceso y
- Las cosas involucradas en la Decisión de Cambiar tu consumo excesivo a un consumo moderado.

Para ayudarte a analizarlo, a continuación encontrarás sugerencias y ejercicios preparados especialmente para ti.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTABLECIMIENTO DE  
METAS

Finalmente, vas a describir la meta de tu consumo de alcohol que tendrás durante el tratamiento.

Puedes intentar no tomar, tomar sólo de forma moderada, en ciertas situaciones o bajo ciertas condiciones.

Para las siguientes semanas, mi meta es:

\_\_\_\_\_ No consumir.

\_\_\_\_\_ Tomar sólo en ciertas situaciones y de forma moderada.

\* Si planeas consumir, es importante que sepas como medir un vaso Estándar \*

Una cerveza de lata:	1 vaso
Una caquama:	3 vasos
Una botella de destilados de 1/4:	6 vasos
Una botella de destilados de 1/2:	12 vasos
Una botella de destilados de 3/4:	17 vasos
Una botella de destilados de 1 litro:	22 vasos
Una botella de vino de 3/4:	5 vasos
Una botella de vino de 1 litro:	8 vasos

- En el curso de una semana promedio (7 días) no tomaré más de \_\_\_\_\_ días.
- Yo planeo no tomar más de \_\_\_\_\_ vasos estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite
- Si consumo, será bajo las siguientes condiciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Yo no consumiré bajo las siguientes condiciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RECUERDA:

Cambiar es tu decisión. Tú eres el único que debe decidir qué servirá para tu Balance Decisional a favor del cambio.

## TU BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS		
DESVENTAJAS		

Ahora que identificaste las ventajas y desventajas de tu consumo actual, toma unos minutos para compararlas.

Ahora estás preparado para decidir cómo será tu consumo desde hoy:

## A) COMPARANDO VENTAJAS Y DEVENTAJAS

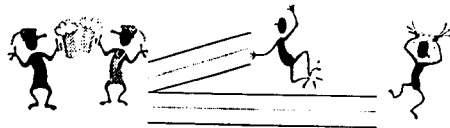
Cuando tengas que decidir qué hacer con respecto a algo y quieras tomar una decisión o hacer un cambio, será más fácil si piensas tanto las ventajas como las desventajas de las opciones que tienes -por ejemplo, la escuela a la que asistirás, lo que harás en tu tiempo libre, si vas a trabajar, cambiar de novia o amistades, o dejar de consumir alcohol o drogas -.



Debes saber que comparar ventajas y desventajas implica preferencias personales. Lo que podría ser una ventaja para ti, puede representar una desventaja para otra persona. Además, es normal que al compararlas tengas ideas o sentimientos encontrados.

## B) REVISANDO LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

Las consecuencias son los resultados de tu consumo y pueden ser tanto buenas (ventajas) como malas (desventajas). Por ejemplo, cuando consumes el alcohol puede ayudarte a relajarte, pero a la larga consumir en exceso puede afectar tu salud, la relación con tu familia, amigos y/o pareja, tus calificaciones en la escuela, etc.



Mucha gente es capaz de cambiar su consumo de alcohol sin tratamiento. Cuando le preguntamos a la gente que cambió por sí sola qué le hizo llegar a cambiar, frecuentemente contesta que solamente "pensaron acerca de ello".

Las personas pueden hacer cosas como resultado de las decisiones que toman.

Estas personas revisan y evalúan las consecuencias de su consumo antes de tomar la decisión final para cambiar

Esto es exactamente lo que tú puedes hacer. Piensa en una balanza donde coloques las ventajas del consumo, en un lado, y las desventajas de éste en el otro lado. Mientras más pesen las desventajas, habrá más razones para cambiar.



Este proceso es llamado Balance Decisional y lo hacemos todo el tiempo: comparamos las ventajas y las desventajas del cambio. Por ejemplo, la gente compara las ventajas y desventajas de hacer cambios en su forma de ser o en sus relaciones de amistad, noviazgo, etc.

Tomar decisiones acerca de consumir o no consumir alcohol, y cuánto, es igual al proceso de toma de decisiones en otras áreas de tu vida.

Para cambiar, necesitas hacer tu Balance Decisional

Es importante que evalúes personalmente tu consumo de alcohol comparando las ventajas y desventajas de tomar alcohol.

### C) PENSANDO ACERCA DE TU CONSUMO DE ALCOHOL

Al pensar acerca de tu consumo, pregúntate a tí mismo:

- ¿Qué estoy dispuesto a perder (y ganar) al continuar consumiendo alcohol de la forma en que lo hago actualmente?

Sabemos que has recibido algunas ventajas reales de tu forma de consumir (relajación, diversión, etc.) Sin embargo, al considerar que ésta puede ser problemática, estás tomando en cuenta también las desventajas que ya obtuviste y/o que puedes obtener de este consumo.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### EJERCICIO 1: DECISIÓN DE CAMBIAR

Como ya revisamos, algo que puede ayudarte a aclarar tus pensamientos es hacer una lista de todas las ventajas y desventajas de cambiar o de continuar consumiendo como hasta ahora.

Observa el siguiente ejemplo, te ayudará a completar tu propio Ejercicio de Balance Decisional.



#### Ejemplo de un DE BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener más control sobre lo que hago y dejo de hacer</li> <li>- Tener más apoyo y confianza de mi familia y amigos</li> <li>- Menos problemas en la escuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divertirme más en las fiestas</li> <li>- Seguir olvidándome de mis problemas</li> </ul>
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentir que no me divierto igual</li> <li>- Tener que buscar otras formas de resolver mis problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perder el control de mi vida</li> <li>- Tener más problemas en la escuela</li> <li>- Perder el apoyo de mi familia y algunos amigos</li> </ul>

Ejercicio 1. Balance Decisional

La gente generalmente tiene muchas cosas que le gustaría cambiar en sus vidas. Cambiar el consumo de drogas puede ser una de estas cosas. Tu ya has descrito la meta que tendrás durante el tratamiento. De acuerdo con esa meta, contesta las siguientes dos preguntas:

1. En este momento ¿Qué tan importante es que logres la meta establecida?

0	25	50	75	100
No es importante.	Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr.	Más importante que la mayoría de las cosas que me gustaría lograr.	La más importante de todas las cosas en mi vida.

2. En este momento, ¿Qué tan confiado te sientes de lograr la meta establecida?

0	25	50	75	100
Creo que no lograré mi meta.	Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta.	Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta.	Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta.	Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.

Diseño: Elitsa Campos Acosta.  
Gabiela Ruiz Torres



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA  
ADOLESCENTES

Sesión 1d



Lic. Kalina Martínez Martínez  
Dr. Héctor Ayala Velázquez

¡HOLA!  
BIENVENIDO AL TALLER:

### CAMBIANDO TU CONSUMO DE DROGAS

Después de que analizaste la forma en que consumes drogas, identificaste algunos riesgos y problemas debidos al consumo y, sobre todo, te preguntaste:

¿Es tiempo para cambiar?

Revisaste las Razones de Cambio que te ayudaron a decidir participar en este taller

¡Qué bueno que te animaste!



¡Celebra el logro en ser asertivo y evitar prevenir y evitar daños o problemas por tu consumo de drogas, sino que también aprenderás estrategias para resolver y decidir acerca de otras cosas importantes en TU vida.

### \* COMENZAMOS \* BALANCE DECISIONAL

Sin que te hayas dado cuenta, tu consumo de drogas puede ser elevado debido a que tú piensas que las ventajas de éste "pesan más" o son más importantes que las desventajas de cambiarlo. Para saber si eso te está sucediendo, es importante que pienses en:

- Las ventajas y desventajas de tu consumo y
- Las cosas involucradas en la Decisión de Cambiar tu consumo.

Para ayudarte a analizarlo, a continuación encontrarás sugerencias y ejercicios preparados especialmente para ti.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### ESTABLECIMIENTO DE METAS

Finalmente vas a describir la meta de tu consumo de droga que tendrás durante e tratamiento.

La meta final es evitar el consumo, sin embargo, por ahora puedes intentar no consumir o reducir tu consumo.

¿Cuál es tu meta ahora?

Para las siguientes semanas, mi meta es:

\_\_\_ No consumir.

\_\_\_ Reducir mi consumo.

- En el caso de una semana promedio (7 días) no consumiré más de \_\_\_ días
- Yo planeo no consumir más de \_\_\_ durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.

Es importante que también planees las situaciones en las que comenzarás por no consumir:

- Yo planeo consumir bajo las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Yo no consumiré bajo las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RECUERDA:

Cambiar es tu decisión. Tú eres el único que debe decidir qué servirá para tu Balance Decisional a favor del cambio.

## TU BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS		
DESVENTAJAS		

Ahora que identificaste las ventajas y desventajas de tu consumo actual, toma unos minutos para compararlas.

¿ Son las desventajas más importantes ?

Bien, ahora estás preparado para decidir cómo será tu consumo desde hoy.

## A) COMPARANDO VENTAJAS Y DESVENTAJAS

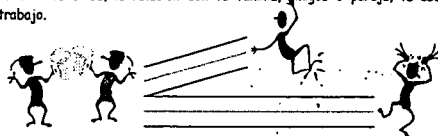
Cuando tengas que decidir qué hacer con respecto a algo y pienses hacer un cambio, será más fácil si revisas tanto las ventajas como las desventajas de las opciones que tienes -por ejemplo, la escuela a la que asistirás, lo que harás en tu tiempo libre, si vas a trabajar, cambiar de pareja o amistades, o dejar de consumir drogas



Debes saber que comparar ventajas y desventajas de una situación implica preferencias personales. Lo que podría ser una ventaja para ti, puede representar una desventaja para otra persona. Además, es normal que al comparar tengas ideas o sentimientos encontrados.

## B) REVISANDO LAS CONSECUENCIAS

Las consecuencias son los resultados de tu consumo y pueden ser tanto buenas (ventajas) como malas (desventajas). Por ejemplo, en el momento que consumes drogas éstas pueden ayudarte a sentirte mejor, pero a la larga este consumo puede afectar tu salud, la relación con tu familia, amigos o pareja, tu escuela y/o trabajo.



Mucha gente es capaz de cambiar su consumo de drogas sin tratamiento. Cuando le preguntamos a la gente que cambió por sí sola qué le hizo llegar a cambiar, frecuentemente contesta que solamente "pensaron acerca de ello".

Las personas pueden hacer cosas como resultado de las decisiones que toman.

Estas personas evalúan las consecuencias de su consumo antes de tomar la decisión final para cambiar.



Esto es exactamente lo que tú puedes hacer. Piensa en una balanza donde coloques las desventajas del consumo en un lado, y las ventajas de éste en el otro lado. Mientras más pesen las desventajas, habrá más razones para cambiar.



Este proceso es llamado Balance Decisional y lo hacemos todo el tiempo: comparamos las ventajas y las desventajas del cambio. Por ejemplo, la gente compara las ventajas y desventajas de hacer cambios en su forma de actuar o en sus relaciones de amistad o noviazgo. Tomar decisiones acerca de consumir o no consumir drogas es igual al proceso de toma de decisiones en otras áreas de tu vida.

Para cambiar, necesitas hacer tu Balance Decisional

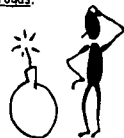
Es importante que evalúes personalmente tu consumo comparando las ventajas con las desventajas.

### C) PENSANDO ACERCA DE TU CONSUMO DE DROGAS

Al pensar acerca de tu consumo, pregúntate a tí mismo:

- ¿Qué estoy dispuesto a perder (y ganar) al continuar consumiendo drogas de la forma en que lo hago actualmente?

Sabemos que has recibido ventajas reales de tu forma de consumir (pertenecer a un grupo, diversión, etc.). Sin embargo, al considerar que ésta puede ser problemática, estás considerando también las desventajas que ya obtuviste y/o que puedes obtener de consumir drogas.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJERCICIO 1: DECISIÓN DE CAMBIAR

Como ya revisamos, algo que puede ayudarte a aclarar tus pensamientos acerca de tu consumo, es hacer una lista de todas las ventajas y desventajas de cambiar o de continuar consumiendo.

Observa el siguiente ejemplo, te ayudará a completar tu propio Ejercicio de Balance Decisional.



### Ejemplo de un BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR	NO CAMBIAR
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener más control sobre lo que hago y dejo de hacer</li> <li>- Tener más apoyo y confianza de mi familia y amigos</li> <li>- Menos problemas en la escuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divertirme más en las fiestas</li> <li>- Seguir olvidándome de mis problemas</li> </ul>
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentir que no me divierto igual</li> <li>- Tener que buscar otras formas de resolver mis problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perder el control de mi vida</li> <li>- Tener más problemas en la escuela</li> <li>- Perder el apoyo de mi familia y algunos amigos</li> </ul>

## Ejercicio 2: Identificando problemas

9

.....  
En esta sesión realizaste una serie de pasos que nos ayudan a resolver problemas. Vamos a recordarlos:

### PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS

- Identifica las situaciones de consumo y las consecuencias relacionadas con tu consumo problemático de alcohol o consumo de drogas.
- Elabora una lista de opciones para cambiar tu consumo que sean alternativas realistas.
- Decide cuál es la mejor opción para ti.
- Desarrolla planes de acción para alcanzar tus metas y establece un periodo de tiempo razonable para alcanzarlas.
- Revisa tu progreso. Si tu plan no está funcionando, averigua la razón y busca otras opciones. Si está funcionando, FELICIDADES, continúa llevándolo a cabo.

Diseño: Elisa Campos Acosta.  
Gabriela M. Ruiz Torres.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA  
ADOLESCENTES

Sesión 2



Lic. Kalina Martínez Martínez  
Dr. Héctor Ayala Velázquez

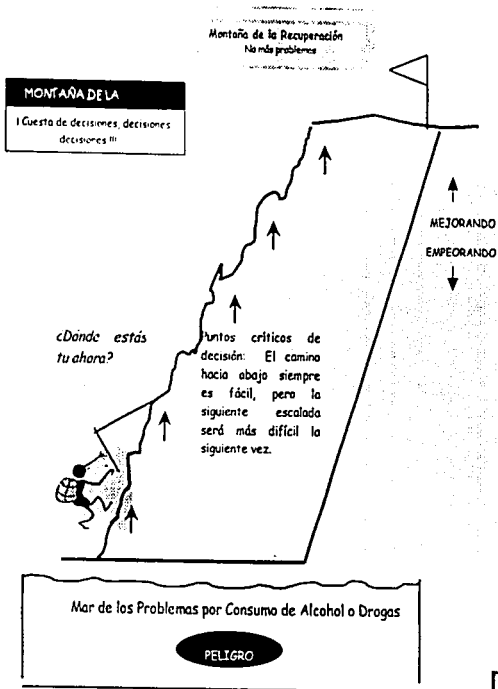
26

# CAMBIANDO TU CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

1

## IDENTIFICANDO PROBLEMAS

Los problemas de alcohol y drogas no se desarrollan de la noche a la mañana, y tampoco desaparecen de esa forma. Resolver un problema de alcohol o drogas puede ser como escalar una montaña: la meta es llegar a la cima. Sin embargo, mientras algunas personas pueden tener un avance constante, muchas otras tendrán caídas en el camino, esto no significa que tengan que detenerse.



## Ejercicio 2: Identificando problemas

8

Plan 2	
Ventajas	Desventajas

Por último, piensa por un momento en estos planes y sus ventajas y desventajas.

¿Qué plan es el mejor para cada situación?

Situación 1 \_\_\_\_\_ Plan # \_\_\_\_\_

Situación 2 \_\_\_\_\_ Plan # \_\_\_\_\_

Recuerda que lo más importante de hacer un plan de acción es llevarlo a cabo

Llevar a cabo tu plan de acción te va a servir para cambiar tu consumo de alcohol y drogas

Revisa tu progreso. Si tu plan no está funcionando, averigua la razón y vamos a buscar otras opciones. Si está funcionando, FELICIDADES, continúa llevándolo a cabo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

93

Plan 2	
Ventajas	Desventajas
SITUACIÓN No. 2 _____	

Plan 1	
Ventajas	Desventajas

Ejercicio 2: Identificando Problemas

En tu Balance Decisional comparaste las ventajas y desventajas de cambiar tu consumo de alcohol o drogas. Para poder planear un cambio, el siguiente paso consiste en identificar las situaciones de consumo excesivo y las consecuencias relacionadas.

a) SITUACIONES DE CONSUMO

Las situaciones de consumo son las cosas que pueden llevar (pero no causar irremediablemente) al consumo de alcohol o drogas. Muchas cosas pueden actuar como situaciones de consumo, algunas de ellas son:

- Situaciones inesperadas: una fiesta en la que un amigo te ofrece una chela o un "toque".
- Situaciones que tu buscas: ir a un bar o a una fiesta donde ya sabes que habrá un gran consumo de alcohol o drogas.
- Situaciones desagradables: una discusión con tu novia/o, una pelea con tu mejor amigo, estar aburrido, problemas en la escuela, problemas económicos etc.
- Situaciones agradables: tu cumpleaños, la terminación del semestre, celebraciones en general



Identifica tus situaciones de consumo:

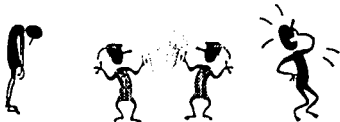
- ¿Dónde y cuándo ocurren tus más fuertes consumos?
- ¿Qué otras personas están presentes cuando consumes y como reaccionan?



### Ejercicio 2: Identificando Problemas

3

- ¿Cómo te sientes ANTES de consumir y DESPUÉS de hacerlo?
- ¿Qué estabas pensando JUSTO ANTES de consumir?



### b) CONSECUENCIAS

Cuando la gente consume alcohol y/o drogas, usualmente busca los efectos positivos inmediatos. Si una persona obtiene algo bueno de cierta acción que realiza, muy probablemente volverá a hacerla de nuevo. Estas consecuencias positivas pueden ser cambios de humor, sentir más comodidad con otras personas, o simplemente pasar un buen rato.

Desafortunadamente, el consumo de alcohol y/o drogas también puede producir consecuencias negativas, tales como la cruda, olvidos, agresiones, problemas de salud, conflictos familiares o problemas escolares. Estos problemas pueden ser bastante serios, pero usualmente no ocurren inmediatamente, sino que se presentan a mediano y largo plazo, por lo que frecuentemente no los consideramos o tomamos en cuenta.

### Ejemplos de Consecuencias:

- La cruda y malestar general que tienes después de consumir en exceso.
- Te sientes más triste o más alegre después de consumir.
- Tienes más amigos, te sientes desinhibido, relajado.
- Tus papás te regañan o tienes problemas en tu casa.
- Gastas mucho dinero.
- Te peleas con algún amigo.
- Te sientes culpable, avergonzado o triste.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Para que identifiques mejor las consecuencias que has obtenido de tu consumo, realiza el siguiente ejercicio.

### Ejercicio 2: Identificando Problemas

6

### EJERCICIO 2: DESARROLLANDO PLANES DE ACCIÓN

Describe dos planes de acción para tus Situaciones de Consumo y analiza cuales son las ventajas y desventajas de cada uno de estos planes.

Para poder desarrollar mejor tus planes, trata de seguir las siguientes recomendaciones:

- Describe tus planes paso por paso.
- Todos tus planes deben ser posibles de realizar, aunque en algún momento sea probable que sientas que podrías tener dificultades al poner en práctica estas opciones.
- Describe las posibles consecuencias para cada plan, es decir, lo que crees que pasará si utilizaras exitosamente tus opciones en vez de consumir.
- Considera consecuencias tanto positivas como negativas, a corto y a largo plazo.
- Finalmente, decide cuál de esos planes es el mejor para enfrentar tu problema de consumo.

### SITUACIÓN No. 1 \_\_\_\_\_

Plan 1	
Ventajas	Desventajas

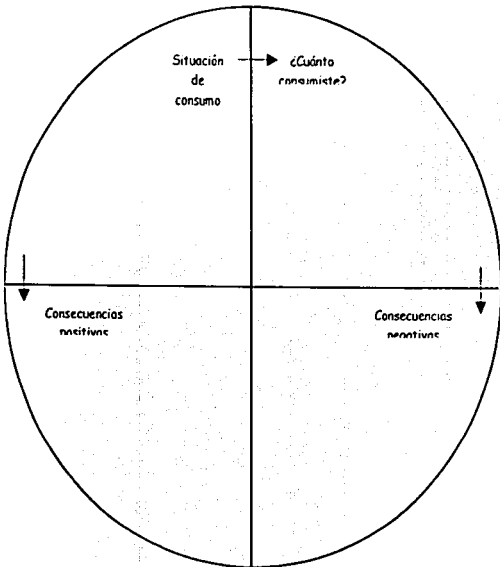
5/6

## EJERCICIO 1: IDENTIFICANDO SITUACIONES DE CONSUMO

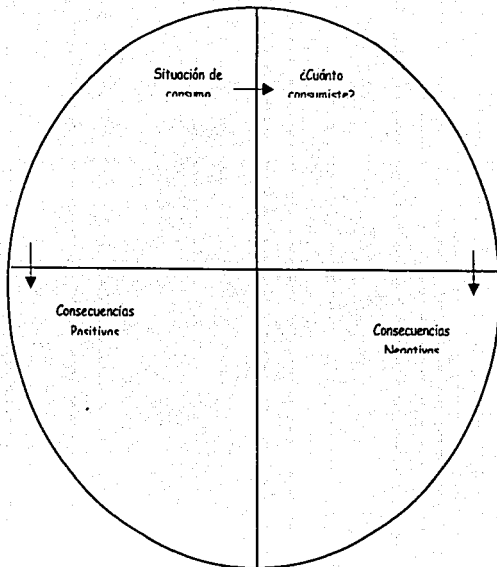
Describe, de acuerdo con lo que se te pide en cada círculo, dos de las situaciones de riesgo que más frecuentemente hayan estado asociadas con tu consumo excesivo.

Recuerda las experiencias REALES que hayas tenido

### Situación No. 1



### Situación No. 2



Ahora que ya identificaste cuáles son las situaciones que te llevan a consumir la mayoría de las ocasiones y las consecuencias positivas y negativas, diste un paso adelante para poder cambiar tu consumo.

El siguiente paso es elaborar un plan de acción que te ayude a cambiar tu consumo en las situaciones que identificaste. Recuerda que es muy importante reducir las consecuencias negativas de tu consumo con la ayuda de tu plan de acción

## Los Caminos para Lograr tus Metas



1. **Deseos:** Elige una meta que realmente quieras lograr.
2. **Beneficios:** Enlista los beneficios que se derivan al lograr una meta, lo más beneficioso, lo más motivante y lo más persistente.
3. **Obstáculos:** Identifica algunos de los obstáculos y piensa cuales no te permitirán lograr tu meta.
4. **Conocimientos:** Encuentra lo que necesitas para lograr tu meta.
5. **Gente:** Identifica a las personas que puedan ayudarte a lograr tu meta.
6. **Ocurrencia:** Es importante considerar el lugar donde podrás lograr tu meta.
7. **Planes:** Elabora un plan, piensa detenidamente cada paso, escribe pasos concretos y revisa tu plan. Recuerda que no existe ningún primer plan perfecto.
8. **Línea de Tiempo:** Es importante ponerse un tiempo para lograr las metas, sin olvidar que debe hacerse paso a paso.

Diseño: Elisa Campos  
Gabriela Ruiz



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA  
ADOLESCENTES  
SESIÓN 3



Lic. Kalina Martínez Martínez  
Dr. Héctor Ayala Velázquez

**EJERCICIO 3: Cosas que Quiero Lograr**

Durante las sesiones anteriores aprendiste a identificar las situaciones en las que consumes alcohol o drogas, analizaste las consecuencias del consumo y planeaste estrategias para evitar consumir.

Te planteaste una meta de consumo y te has dado cuenta de que puedes cumplirla si te lo propones.

Ahora es importante que analices como el consumo de alcohol o drogas puede influir en tu vida actual y futura. Para esto, primero tienes que pensar en las cosas que quieres lograr en tu vida presente y futura.

**¿QUÉ ES UNA META?** Es una actividad o cosa que tu quieres lograr en un futuro. Hay metas profesionales (quiero mejorar mis calificaciones, terminar el bachillerato, estudiar una carrera), y también hay metas personales (quiero tener una novia, ser menos agresivo, tomar menos alcohol, etc).

Existen metas a corto plazo, que se pueden lograr en pocos días o meses y hay metas que son a largo plazo y que nos podemos tardar años en lograrlas

**¿CUÁLES SON TUS METAS?**

En tu vida hay cosas que son muy importantes para ti y que quizá te gustaría realizar, cambiar o mejorar.



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

A un año:

Meta 1

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
----------------------	--

Meta 2

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
----------------------	--

¿Qué pasará si continúo consumiendo?

---



---



---



A 6 meses:

Meta 1

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
----------------------	--

Meta 2

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
----------------------	--

¿Qué pasará si continúo consumiendo?

---



---

Ahora escríbelas:

Utiliza los siguientes espacios para escribir las 3 metas más importantes para ti en este momento



1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Las razones más importantes por las que quiero lograr estas metas son:

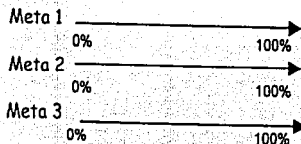
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

La mayoría de las veces es fácil identificar las metas que tenemos en nuestra vida. Lo que en ocasiones puede resultar difícil es planear los pasos que vamos a seguir para conseguir las metas y además, llevar a cabo lo planeado. Por esto es importante que respondas a las siguientes preguntas:

¿Estoy haciendo algo para lograr mis metas?



¿En que porcentaje estoy cubriendo mis metas en este momento?



¿Qué obstáculos o límites he encontrado para lograr mis metas?

---



---



---



¿Cómo afecta el consumo de alcohol u otras drogas el logro de mis metas?

---



---



---

¿Qué personas me pueden ayudar para lograr mis metas?

---



---



---



Para ayudarte a reflexionar en todo esto, realiza los siguientes ejercicios

**EJERCICIO A:** ¿Qué cosas voy a hacer para conseguir al 100% mis metas?

A un mes:

Meta 1

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
----------------------	--

Meta 2

Para lograrlo voy a:	Sabré que mi plan está funcionando si:
----------------------	--

¿Qué pasará si continúo consumiendo?

---



---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como parte final del Programa es muy importante que nos des tu opinión acerca de éste, por lo cual te pedimos que respondas en siguiente cuestionario marcando con una equis (x) la opción que describa con mayor exactitud lo que piensas.

	May de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Pienso que este Programa es una herramienta para resolver el consumo de sustancias					
2. El tiempo en el cual se aplica el tratamiento (1 mes) es apropiado					
3. Los materiales que se usan en la aplicación del Programa me gustaron					
4. El contenido de los materiales me pareció interesante y fácil de comprender					
5. La participación en este Programa me permitió tener un cambio relacionado con mi consumo de sustancias					
6. Si conociera a un amigo con problemas relacionadas con el consumo de sustancias le recomendaría este Programa					

Qué fue lo que más te gustó del programa

Qué fue lo que no te gustó del Programa

Sugerencias

Gracias por tu Participación

Diseño: Elisa Campos  
Gabriela Ruiz



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA  
ADOLESCENTES  
Sesión 4a



Lic. Kalina Martínez Martínez  
Dr. Héctor Ayala Velázquez

101

Durante las sesiones anteriores aprendiste a identificar las situaciones que te llevan a consumir alcohol o drogas, a reconocer sus consecuencias y a planear estrategias para evitar consumir de esta manera.

Te planteaste una meta de consumo y te has dado cuenta de que puedes cumplirla si te lo propones, piensas cómo hacerlo y la tienes siempre en cuenta. Además analizaste tus metas de vida y los medios por los cuales puedes alcanzarlas.

Ahora, es momento de recordar los elementos más importantes del Programa:

¿Cuáles fueron tus principales razones para cambiar?

---



---



---

¿Cuáles han sido los beneficios de cambiar tu consumo?

---



---



---

¿Cuáles son las situaciones en las que consumías excesivamente?

---



---



---



### PROBANDO TU CONFIANZA PARA ALCANZAR TU META

Qué tan seguro te sientes de controlar tu consumo de sustancias en las siguientes situaciones:

- |   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| 1. Emociones Desagradables                                | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 2. Malestar Físico  | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 3. Emociones Agradables                                   | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 4. Probando mi Autocontrol sobre el Consumo de Sustancias | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 5. Necesidad Física                                       | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 6. Conflicto con Otros                                    | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 7. Presión Social   | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |
| 8. Momentos Agradables con Otros                          | 0%<br>Inseguro | 100%<br>Seguro |

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Comer antes o mientras se bebe.



- Evitar la bebida si se sabe que se va a manejar.



- Conocer el estado emocional antes de beber.



- No tomar para relajarse o tranquilizarse



- Saciar tu sed antes de empezar a consumir

- Tomar como máximo 3 tragos estándar

- Poner el vaso lejos de mi alcance

- Estar en un lugar seguro

Describe brevemente la forma en que cambiarás tu consumo de sustancias en esas situaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

Es importante que ahora hagas un recordatorio de cuales son tus principales metas de vida y cuales son los medios para alcanzarlas:

---

---

---

---

---

---

---

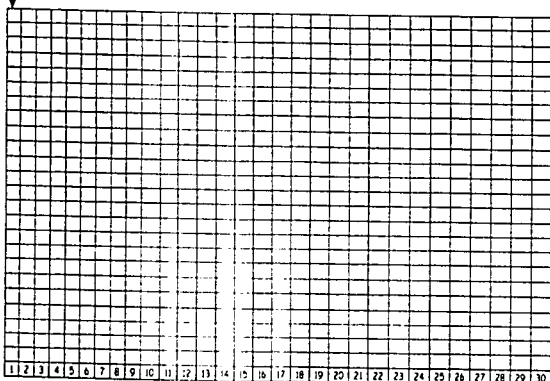
---



Considerando los elementos que hasta ahora se han revisado, es importante que veamos como se ha cambiado tu consumo de sustancias durante este mes.

### Registro de tu consumo a lo largo del mes

↓ Cada cuadro representa una copa



Días del Mes del Programa








Es importante que recuerdes que el logro de tu meta de consumo está en función del seguimiento de las estrategias de moderación que has practicado a lo largo del programa,

### ¡ qué tal si las recordamos!

Primeramente es necesario considerar que el de estas estrategias es que si en alguna ocasión decides consumir , lo disfrutes y las consecuencias negativas se minimicen. Ahora es tiempo de recordarlas:

#### Estrategias de Moderación

- Conocer el límite de cada individuo. 
- Conocer los efectos que tiene el alcohol en mi. 
- No tomar rápidamente (1 copa por hora y no más de 3 por ocasión). 
- Aceptar la invitación a tomar solamente cuando se desee. 

- Conocer la concentración de alcohol en las distintas bebidas. 

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ahora que revisaste como ha cambiado tu consumo de sustancias a partir de tu participación en el Programa, es importante que plantees una nueva meta para tu consumo de sustancias para los próximos meses.

## ESTABLECIMIENTO DE METAS

Vas a describir la meta de tu consumo de alcohol para las siguiente semana. Puedes intentar no tomar, tomar sólo de cierta manera, en ciertas situaciones o bajo ciertas condiciones.

Para la siguiente semana, mi meta de consumo de alcohol es:

\_\_\_ No consumir nada.

\_\_\_ Sólo tomare de cierta manera. Si decidiste consumir sólo de cierta manera es importante que sepas como medir un Trago Estándar:

Una cerveza de lata =	1 trago
Una caquama =	3 tragos
Una botella de destilados de 1/4 =	6 tragos
Una botella de destilados de 1/2 =	12 tragos
Una botella de destilados de 3/4 =	17 tragos
Una botella de destilados de 1lt =	22 tragos
Una botella de vino de 3/4 =	5 tragos
Una botella de vino de 1lt =	8 tragos

- En el curso de una semana promedio (7 días) no tomaré más de \_\_\_ días.
- Yo planeo no tomar más de \_\_\_ copas estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.
- Yo planeo consumir bajo las siguientes condiciones:

- Yo no consumiré bajo las siguientes condiciones:

La gente generalmente tiene muchas cosas que le gustaría cambiar en sus vidas. Cambiar el consumo de alcohol puede ser una de estas cosas. Tu ya has descrito tu meta para los siguientes dos meses. De acuerdo con esa meta, contesta las siguientes preguntas:

1. En este momento ¿Qué tan importante es que logres la meta establecida? (Marca respuesta sobre el cuadro)

0 Nada Importante.	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50 Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr.	75 Más importante que la mayoría de las cosas que me gustaría lograr.	100 La más importante de todas las cosas en mi vida.
--------------------------	--	---	---	---

2. En este momento, ¿Qué tan confiado te sientes de lograr la meta establecida? (Marca respuesta sobre el cuadro)

0 Creo que no lograré mi meta.	25 Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta.	50 Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta.	75 Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta.	100 Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.
---	---	--	--	---

Como parte final del Programa es muy importante que nos des tu opinión acerca de éste, por lo cual te pedimos que respondas en siguiente cuestionario marcando con una equis (x) la opción que describa con mayor exactitud lo que piensas.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Pienso que este Programa es una herramienta para resolver el consumo de sustancias					
2. El tiempo en el cual se aplica el tratamiento (1 mes) es apropiado					
3. Los materiales que se usan en la aplicación del Programa me gustaron					
4. El contenido de los materiales me pareció interesante y fácil de comprender					
5. La participación en este Programa me permitió tener un cambio relacionado con mi consumo de sustancias					
6. Si conociera a un amigo con problemas relacionados con el consumo de sustancias le recomendaría este Programa					

Qué fue lo que más te gustó del programa

---



---

Qué fue lo que no te gustó del Programa

---



---

Sugerencias

---



---

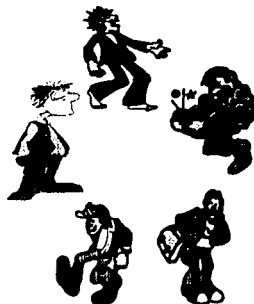
Gracias por tu Participación



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA  
ADOLESCENTES

Sesión 4



Lic. Kalina Martínez Martínez  
Dr. Héctor Ayala Velázquez

126



Durante las sesiones anteriores aprendiste a identificar las situaciones que te llevan a consumir alcohol o drogas, a reconocer sus consecuencias y a planear estrategias para evitar consumir de esta manera.

Te planteaste una meta de consumo y te has dado cuenta de que puedes cumplirla si te lo propones, piensas cómo hacerlo y la tienes siempre en cuenta. Además analizaste tus metas de vida y los medios por los cuales puedes alcanzarlas.

Ahora, es momento de recordar los elementos más importantes del Programa:

¿Cuáles fueron tus principales razones para cambiar?

---



---

¿Cuáles han sido los beneficios de cambiar tu consumo?

---



---

¿Cuáles son las situaciones en las que consumías excesivamente?

---



---



PROBANDO TU CONFIANZA PARA ALCANZAR TU META

Qué tan seguro te sientes de controlar tu consumo de sustancias en las siguientes situaciones:

9. Emociones Desagradables \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

10. Malestar Físico \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

11. Emociones Agradables \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

12. Probando mi Autocontrol sobre el Consumo de Sustancias \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

13. Necesidad Física \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

14. Conflicto con Otros \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

15. Presión Social \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

16. Momentos Agradables con Otros \_\_\_\_\_  
 0% 100%  
 Inseguro Seguro

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

107



- Yo no consumiré bajo las siguientes condiciones:

---



---



---

La gente generalmente tiene muchas cosas que le gustaría cambiar en sus vidas. Cambiar el consumo de alcohol puede ser una de estas cosas. Tu ya has descrito tu meta para los siguientes dos meses. De acuerdo con esa meta, contesta las siguientes dos preguntas:

1. En este momento ¿Qué tan importante es que logres la meta establecida? (Marca respuesta sobre el cuadro)

0 Nada importante.	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50 Tan importante como la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr.	75 Más importante que la mayoría de los casos que me gustaría lograr.	100 Lo más importante de todos los casos en mi vida.
-----------------------	--	---	--	---

2. En este momento, ¿Qué tan confiado te sientes de lograr la meta establecida?

(Marca respuesta sobre el cuadro)

0 Creo que no lograré mi meta.	25 Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta.	50 Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta.	75 Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta.	100 Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.
-----------------------------------	--	--	--	---

Es importante que recuerdes que el logro de tu cambio en el consumo está en función del seguimiento de algunas estrategias que has aplicado a lo largo del programa.

¡ qué tal si las recordamos!

Primeramente es necesario considerar que el objetivo de estas estrategias es aplicarlas ante el deseo de consumir, evitando riesgos y problemas. Ahora es tiempo de recordarlas:

- Es importante no tener disponible la droga
- Pensar en el tiempo que ocupas en las actividades que se relacionan con el consumo de la droga
- Evitar a toda costa la relación con personas que consumen la sustancia
- Practicar actividades saludables, por ejemplo, algún deporte
- Tener actividades que realmente te interesen
- Mantenerse alejado del ambiente de las drogas
- Evitar pensar en la droga como una necesidad de sobrevivencia

Describe brevemente las forma en que cambiarás tu consumo de sustancias en esas situaciones:

---



---



---



---



---



---



---

Es importante que ahora hagas un recordatorio de cuales son tus principales metas de vida y cuales son los medios para alcanzarlas

---



---



---



---



---



---



---



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **ANEXO 2**

111

### Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISDC-A)

Martínez, Ruiz y Ayala

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Sexo ( F )( M ) Edad \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Droga \_\_\_\_\_ Terapeuta \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se presenta:

- Si usted "nunca" ha consumido drogas en esa situación, marque 0
- Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación marque 2
- Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3

Ejemplo:

	Nunca	Rara Vez	Frecuentemente	Casi siempre
* Cuando me sentí alegre	0	<del>1</del>	2	3

**NOTA:** En este ejemplo usted rara vez consumió la droga en esta situación.  
Por favor responda todas las situaciones.

Conteste las situaciones que se presentan a continuación

Pregunta	Nunca	Rara Vez	Frecuente mente	Casi siempre
1 Cuando estaba feliz	0	1	2	3
2 Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
3 Cuando quería tener más energía para sentirme mejor.	0	1	2	3
4 Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
5 Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3
6 Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
7 Cuando sentí que ya no tenía a quien acudir	0	1	2	3
8 Cuando me sentí emocionado	0	1	2	3
9 Cuando sentí que me deje fracasar	0	1	2	3
10 Cuando estaba con amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
11 Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
12 Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera	0	1	2	3
13 Cuando me sentí abrumado y quería escapar	0	1	2	3
14 Cuando me sentía satisfecho con mi vida	0	1	2	3
15 Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumir	0	1	2	3
16 Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
17 Cuando tenía dolor de Cabeza	0	1	2	3
18 Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
19 Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
20 Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
21 Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
22 Cuando alguien me trató injustamente	0	1	2	3
23 Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga	0	1	2	3
24 Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3
25 Cuando había pleritos en mi casa	0	1	2	3
26 Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
27 Cuando alguien trató de controlar mi vida y quise sentirme más independiente	0	1	2	3

## Hoja de calificación del ISCD-A

## Emociones Agradables

1 \_\_\_\_\_  
 5 \_\_\_\_\_  
 8 \_\_\_\_\_  
 14 \_\_\_\_\_  
 18 \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

## Emociones Desagradables

2 \_\_\_\_\_  
 4 \_\_\_\_\_  
 7 \_\_\_\_\_  
 9 \_\_\_\_\_  
 11 \_\_\_\_\_  
 13 \_\_\_\_\_  
 21 \_\_\_\_\_  
 22 \_\_\_\_\_  
 25 \_\_\_\_\_  
 27 \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

## Búsqueda de Bienestar

3 \_\_\_\_\_  
 16 \_\_\_\_\_  
 17 \_\_\_\_\_  
 19 \_\_\_\_\_  
 26 \_\_\_\_\_  
 24 \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

## Momentos Agradables con Otros

6 \_\_\_\_\_  
 10 \_\_\_\_\_  
 12 \_\_\_\_\_  
 15 \_\_\_\_\_  
 20 \_\_\_\_\_  
 23 \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

Deciles	Puntajes Crudos			
	EA	ED	BB	MAO
1	0	0	0	0 - 2
2	1 - 2	1 - 2	1	3
3	3	3 - 5	2	4
4	4	6 - 8	3 - 4	5 - 6
5	55	9 - 11	5	7 - 8
6	6	12 - 14	6 - 7	9
7	7	15 - 17	8	10
8	8	18 - 20	9 - 10	11 - 12
9	9 - 10	21 - 24	11 - 12	13 - 14
10	11 - 15	25 - 30	13 - 18	15 - 18

Deciles 1 al 4 SITUACIONES DE CONSUMO SIN PROBLEMA

Deciles 5 al 7 SITUACIONES DE CONSUMO DE RIESGO

Deciles 8 al 10 SITUACIONES DE CONSUMO PROBLEMÁTICAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN