



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

“Intervención breve para jóvenes que consumen tabaco, alcohol o cannabis”

Tesis para obtener el grado de

Maestro en Psicología

Óscar Abraham Balcázar Ortiz

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Con la dirección de

Dr. José Alonso Olivas Ávila

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 2 de agosto de 2019



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

**“Intervención breve para jóvenes que consumen tabaco,
alcohol o cannabis”**

Tesis para obtener el grado de

Maestro en Psicología

Óscar Abraham Balcázar Ortiz

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Con la dirección de

Dr. José Alonso Olivás Ávila

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 2 de agosto de 2019

Dedicatoria

A mi abuela y a mi familia, quienes creen en mí y son mis pilares.

Agradecimientos

Resulta difícil agradecer a todas las personas que han contribuido a mi formación durante los últimos dos años, ya que la huella que han dejado en mí muchas personas es de un valor que no puedo calcular; sin embargo, las contribuciones al presente trabajo de índole académico fueron las revisiones de la Dra. María Nieves González V., del Dr. José Alonso Olivás A., así como de la breve y valiosa contribución de la Dra. Kalina Isela Martínez M. al orientar la intervención aquí descrita.

Por supuesto, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología que hizo posible el estudio de la maestría en Psicología a través de su financiamiento.

Resumen

En México, el uso de tabaco, alcohol o cannabis inicia en promedio a los 12.8, 12.6 y 13 años respectivamente, esta edad de inicio es cada vez menor respecto a años anteriores. Asimismo, la prevalencia de consumo de estas sustancias se ha sostenido a lo largo de las últimas dos décadas y en el caso del cannabis su consumo se ha incrementado drásticamente (Villatoro et al., 2016). El primer consumo no implica necesariamente la génesis de la adicción; sin embargo, la dependencia a estas sustancias en edades adultas puede atribuirse en gran medida al consumo regular durante la juventud, llegando a constituirse como problemático y perjudicial para la salud (Chassin, Colder, Hussong, & Sher, 2016). Dado que la dependencia a las sustancias es una trayectoria progresiva que suele iniciar en la juventud, se aplicó un programa de tipo prevención indicada para intervenir en la fase inicial del consumo de tabaco, alcohol y cannabis. El objetivo del trabajo fue analizar la efectividad de la intervención breve para reducir el consumo inicial de tabaco, alcohol o cannabis por jóvenes a través del fortalecimiento de su autoeficacia frente al consumo. La metodología utilizada ha sido con un enfoque cuantitativo y diseño cuasiexperimental. El programa se ha basado en el modelo de la entrevista motivacional, el cual se compuso de una intervención breve en la que se promovió la motivación al cambio del joven. Participaron 44 estudiantes en el programa, 27 varones y 17 mujeres (edad \bar{X} = 16.39 años, σ =.868). A 26 de ellos les fue aplicado el programa de intervención y a los 23 restantes fueron asignados al grupo control. Para analizar la eficacia de la intervención breve para reducir la tasa de frecuencia e de consumo en los jóvenes, se revisaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control, los resultados obtenidos mostraron en la evaluación posterior a 3 meses diferencias significativas entre las medias de ambos grupos para consumo de tabaco (p =.002) y de alcohol (p =.007). Asimismo, la media de puntuación en la autoeficacia para resistir el consumo mejoró respecto a su comparación con el grupo control en el caso de alcohol (p <.001) y al respecto de un aumento general en la autoeficacia para todos los participantes del grupo experimental respecto a los participantes del grupo control. Estos resultados permiten inferir la efectividad de la aplicación de la intervención breve para frenar el aumento progresivo de consumo de tabaco y alcohol, aunque no en el caso de cannabis.

Abstract

In Mexico, the use of tobacco, alcohol or cannabis begins on average at 12.8, 12.6 and 13 years respectively, this age of onset is decreasing compared to previous years. Likewise, the prevalence of consumption of these substances has been sustained over the last two decades and in the case of cannabis their consumption has increased drastically (Villatoro et al., 2016). The first consumption does not necessarily imply the genesis of the addiction. However, the dependence of these substances on adult ages can be related to a large extent to regular consumption during youth, becoming problematic and harmful to health (Chassin, Colder, Hussong, & Sher, 2016). As the dependence on substances is a progressive trajectory that usually begins in youth, a prevention-type program was applied to intervene in the initial phase of tobacco, alcohol and cannabis use. The objective of the study was to analyze the effectiveness of the brief intervention to reduce the initial consumption of tobacco, alcohol or cannabis by young people through the strengthening of their self-efficacy against consumption. The methodology used has been with a quantitative approach and quasi-experimental design. The program has been based on the model of the motivational interview, which was composed of a brief intervention in which the motivation to change the young person was promoted. 44 students participated in the program, 27 men and 17 women (age \bar{X} = 16.39 years, σ = .868). The intervention program was applied to 26 of them and the remaining 23 were assigned to the control group. To analyze the efficacy of the short intervention to reduce the rate of frequency of consumption in young people, significant differences between the experimental and control groups were reviewed, the results obtained showed in the evaluation after 3 months significant differences between the means of both groups for tobacco use (p = .002) and alcohol (p = .007). Likewise, the average score in the self-efficacy to resist consumption improved compared to the control group in the case of alcohol (p < .001) and in relation to a general increase in self-efficacy for all participants in the experimental group with respect to the participants of the control group. These results allow to infer the effectiveness of the application of the brief intervention to stop the progressive increase of tobacco and alcohol consumption, although not in the case of cannabis.

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Formulación del problema	1
Estado de la cuestión.....	5
Justificación	16
Capítulo I: Soporte Teórico	18
Adolescencia y consumo de sustancias	18
Consumo inicial de sustancias psicoactivas.....	19
El consumo de sustancias como antecedente de una adicción.....	20
Factores de riesgo.	22
Factores de protección.	23
Principales sustancias psicoactivas en la adolescencia	25
Uso, abuso y dependencia de sustancias.....	26
Uso.....	27
Abuso.....	27
Dependencia.....	28
Tabaco.....	28
Alcohol.	29
Cannabis.	32
Aspectos culturales del consumo de sustancias.....	33
Efectos en la salud.	33
Efectos en otros ámbitos de la vida: familiar, social, escolar	34
Etiología del consumo de tabaco, alcohol y cannabis	34
Modelo biomédico.	34
Modelo sociocultural.	36
Modelo biopsicosocial.	37
Perspectivas teóricas para la cesación del consumo de tabaco, alcohol y cannabis	38
Teoría del aprendizaje social.	38
Teoría de la conducta planificada.	38
La prevención como estrategia antecedente al tratamiento	41
Prevención indicada.....	42
Intervención breve	43
Entrevista motivacional	43
Construir motivación y compromiso	44
Enfocar la meta.	44
Evocar el cambio.	45
Planificar.....	45
Otras técnicas de intervención	46
Modelos de Ayuda Mutua.	46
Modelo de los 12 pasos.....	46
Modelo Minnesota.....	47
Modelos Profesionales.....	48
Modelo Cognitivo-conductual.	49
Psicoeducación.	50
Capítulo II: Metodología.....	51
Objetivos de la intervención	17

Objetivo general.....	51
Objetivos específicos	51
Hipótesis	51
Enfoque.....	51
Alcance	53
Tipo.....	54
Diseño	54
Población	55
Muestreo	56
Participantes.....	56
Consideraciones éticas.....	58
Variables del estudio.....	59
Consumo de tabaco.....	59
Consumo de alcohol.	60
Consumo de cannabis.	60
Autoeficacia frente al consumo.	61
Operacionalización y sus indicadores.....	61
Perspectiva diagnóstica.....	62
Técnicas de medición utilizadas.	62
Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes.....	62
Entrevista inicial.	62
Cuestionario de Confianza Situacional.....	63
Línea base retrospectiva (LIBARE).	63
Procedimiento.....	64
Condición inicial de los participantes.....	65
Programa de intervención	67
Capítulo III: Resultados.....	76
Equivalencia entre grupos.....	76
Resultados de consumo de sustancias.....	77
Resultados de autoeficacia frente al consumo	78
Correlación entre autoeficacia y frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis	80
Propósito de dejar de consumir la sustancia	80
Discusión de los resultados.....	82
Conclusiones.....	84
Recomendaciones	87
Referencias	89
Anexo I: Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes	106
Anexo II: Entrevista Inicial para Adolescentes	107
Anexo III: Cuestionario Breve de Confianza Situacional	114
Anexo IV: Línea base retrospectiva de consumo de sustancias	115
Anexo V: Material de Intervención Breve para Adolescentes	116
Anexo VI: Índice de tablas y figuras	124

Introducción

Formulación del problema

El consumo de tabaco, alcohol o cannabis es un problema sanitario con consecuencias tanto sociales como individuales que afectan la calidad de vida de quien las utiliza, genera costos al estado para atender daños a la salud y altera el desarrollo de las capacidades cognitivas y físicas de quien las consume (Verster, Brady, Galanter, & Conrod, 2013). Según datos de la Organización Mundial de Salud (2015), se estima que a nivel mundial 100,000 jóvenes menores de 18 años han consumido tabaco en algún momento a lo largo de su vida. Lo que respecta al consumo de alcohol, aunque los adolescentes beben menos frecuentemente que las poblaciones adultas, lo ingieren en mayores cantidades por ocasión, es decir, frecuentan más su uso excesivo. Solamente en la región de todo el continente americano, un 20 % de mujeres y 28 % de varones declararon haberse embriagado alguna vez en su vida antes de los 19 años (Organización Panamericana de Salud, 2015). Por último, el cannabis es la droga ilícita de mayor consumo en el planeta, se estima que un 2.5 % de la población mundial ha consumido un producto derivado de esta planta, de los cuales un 51 % de quienes fuman regularmente en su edad adulta reporta haber iniciado su consumo entre los 12 y 18 años (OMS, 2019). Es por ello que el uso de estas sustancias en la adolescencia sugiere ser un importante antecedente para la dependencia a estas sustancias en edades adultas.

Si se analizan los datos de los países de la Unión Europea, hacia 2015 se encuestó a estudiantes entre 15 y 16 años, de los cuales un 49 % ha consumido alcohol último mes previo a responder la encuesta, un 23 % ha consumido tabaco y un 15 % ha consumido cannabis. La prevalencia de consumo de esta última sustancia está muy por encima de la media mundial, lo cual se atribuye a la despenalización de uso de cannabis en varios países de la Unión Europea (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017). Otro país desarrollado es Estados Unidos, en el cual el Instituto Nacional en Abuso de Drogas (2018) identificó que antes de cumplir los 18 años, al menos el 58.5 % de los jóvenes ha consumido alcohol y el 53.3 % lo ha hecho en el último año, un 7.6 % ha consumido tabaco en el último mes anterior a la encuesta y un 43.6 % ha consumido cannabis a lo largo de su vida, mientras que un 35.9 % lo ha consumido en el último año.

Si revisamos estos mismos datos en México, la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco aplicada en 2016 a 12,440 jóvenes entre 12 y 17 años, identificó que el 4.9 % reportó fumar en el último mes, mientras que un 16.1 % indicó que consumió alcohol excesivamente en el último mes y un 5.3 % de este grupo de jóvenes había probado cannabis en el último año (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017a, 2017b, 2017c). Aunque las cifras en este país parecen ser menores que en otras regiones, cabe destacar que la prevalencia del consumo de estas sustancias entre adolescentes no se ha reducido desde hace dos décadas, mientras que las trayectorias de la prevalencia de consumo en otros países sí ha logrado reducirse.

En este mismo rango de edad a nivel estatal, las estadísticas indican que Chihuahua cuenta con prevalencia similar en consumo de alcohol alguna vez en la vida (53.3 %), por encima de la media nacional en uso de tabaco en el último mes (11.1 %) y una media superior de uso de cannabis (11.9 %) (Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2019). Resulta relevante destacar las condiciones de frontera en Ciudad Juárez, ya que su cercanía con Estados Unidos puede influir en el alza de estas tasas, dada la alta prevalencia de consumo de sustancias en este país.

Los datos antes expuestos indican, además de altas prevalencias, una tendencia entre jóvenes de 1991 a 2014 de 9.9 a 11.1 % en el consumo del último mes de tabaco; para el caso del alcohol, pasó de 29 a 35.5 % el consumo en el último año, así como el consumo de cinco o más copas en el último mes aumentó de 9.5 a 14.5 % en el mismo periodo de tiempo, esta cifra indica un aumento considerable en las últimas dos décadas; todavía es más alarmante el caso del cannabis, la droga ilícita de preferencia entre los jóvenes, entre 1991 y 2014 el consumo de alguna vez en la vida pasó del 1.5 % al 10.6 % (Villatoro Velázquez et al., 2016).

Cabe destacar que otros países han sostenido tendencias estables en la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis por jóvenes, como por ejemplo Argentina, Chile y Costa Rica, así como las cifras de Estados Unidos, Perú y Uruguay indican la disminución en la prevalencia de este fenómeno en los últimos años; mientras que los datos disponibles de México indican un aumento en el consumo excesivo ocasional de alcohol y consumo de cannabis (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas,

2015), por lo que las estrategias de intervención a este fenómeno tienen la posibilidad de mejorar sus métodos para obtener resultados más favorables.

Los distintos organismos subrayan en sus informes las múltiples consecuencias asociadas al consumo de tabaco, alcohol o cannabis. Por ejemplo, se ha observado la pérdida en la productividad laboral por mortalidad y morbilidad prematuras, además se le asocia a un incremento en los costos de salud pública (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2013). Por su lado, el consumo de tabaco, a pesar de ser una droga legal, es una epidemia cuyas tasas de costo social representan la primera causa prevenible de muerte y morbilidad en el mundo (OMS, 2011). Asimismo, el consumo de alcohol representa en el continente americano las mayores tasas en comorbilidad y mortalidad comparados con el resto del planeta, entre sus consecuencias asociadas están la violencia intrafamiliar, conductas delictivas, problemas laborales como ausentismo o precario crecimiento laboral, baja integración familiar y enfermedades asociadas a patrones problemáticos de consumo, solamente en la región de las Américas cada 100 segundos muere una persona por un daño asociado al consumo de alcohol (Organización Panamericana de Salud, 2015). Finalmente, el cannabis es la droga ilícita más consumida en México, siendo la segunda droga de impacto en los principales centros de rehabilitación del país, es decir, la sustancia que lleva a los individuos a recibir tratamiento por abuso de sustancias, ya que deteriora significativamente la calidad de vida de quien la consume (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

A pesar de que las consecuencias recién expuestas se asocian a patrones de consumo problemáticos y prolongados, no deben subestimarse los efectos adversos a los que los jóvenes consumidores de tabaco, alcohol o cannabis están expuestos. Entre estas consecuencias está el deterioro en áreas cognitivas, conductuales y afectivas, tal como lo revisa Patia (2016) en un estudio aplicado a adolescentes, del cual se reportan déficits en las tareas comprometidas con las funciones del hipocampo, reconocimiento espacio-temporal, memoria espacial, entre otras funciones ejecutivas; lo que respecta a deterioro en funciones afectivas identificó que existen más síntomas depresivos, de ansiedad y ansiedad social en quienes consumen. Se ha observado que tales efectos derivan consecuentemente en conductas desadaptativas que representan desventajas para la adaptación del adolescente

que consume a sus actividades académicas y entorno familiar (Gázquez, García, & García, 2016).

Estos efectos en la adolescencia no son transitorios, sino que los efectos tóxicos del consumo de sustancias en el sistema nervioso son frecuentemente irreversibles, llevando a que las consecuencias antes mencionadas en la adolescencia se agraven en la edad adulta (Pascual-Lucas, Fernandez-Lizarbe, Montesinos, & Guerri, 2014). Sobre todo, porque el cerebro del adolescente aún no ha terminado de desarrollarse y es todavía más vulnerable a los efectos nocivos del consumo de sustancias que comprometen la integridad de funciones cerebrales (Guerri & Pascual, 2010).

Adicionalmente, los adolescentes que inician el consumo de tabaco, alcohol o cannabis están más expuestos a integrar a su estilo de vida el uso de otras sustancias, ya que el sistema de recompensa cerebral se adapta al uso de sustancias, buscando recompensar constantemente su necesidad de satisfacción a través del consumo (Patia, 2016). Es decir, el consumo frecuente de tabaco, alcohol o cannabis conlleva una trayectoria de uso que va desde la adolescencia hasta la adultez, pues con frecuencia los adolescentes que habituaron el uso de alguna de estas sustancias incrementan drásticamente la posibilidad de desarrollar un trastorno por dependencia en edades adultas, aunque estudios pueden sugerir falta de evidencia para corroborar el hecho de que los trastornos por dependencia a sustancias sean directamente explicados por el consumo temprano (Levine, Clemenza, Rynn, & Lieberman, 2017); otros estudios han corroborado que el consumo en edades tempranas es un importante indicador de la dependencia a la sustancia en edades adultas, como el caso del consumo de tabaco en la adolescencia predice la dependencia a la nicotina (Borracci & Mulassi, 2015), o que el consumo excesivo ocasional de alcohol predice la dependencia al alcohol (Bolland et al., 2016).

Dado que la evidencia demuestra que la dependencia se constituye a través del aumento progresivo de la frecuencia y cantidad en el consumo de sustancias, a esto se agrega que el consumo inicial de sustancias es un fenómeno caracterizado por afecciones a la salud, al estado emocional o conductual, estas consecuencias suelen ser poco evidentes, ya que se vincula a actividades recreativas y de placer con poca o ninguna consecuencia negativa (Courtney & Polich, 2009).

Puesto que en la adolescencia tiende a experimentarse con nuevas experiencias y sensaciones, el uso de tabaco, alcohol o cannabis es un importante foco de atención para ser prevenido, dado que la trayectoria de consumo en edades tempranas tenderá a sostenerse en el abuso de estas sustancias e incluso en la dependencia, además que la impulsividad es todavía favorecida por el consumo mismo de las sustancias, ya que la reestructuración que estas sustancias provocan en el sistema de recompensa cerebral producen menor capacidad de razonamiento, un importante factor de protección para anteceder los riesgos que el consumo de sustancias supone (Pérez-Fuentes et al., 2015).

Por tanto, el consumo inicial de sustancias es un significativo factor de riesgo para generar dependencia a tabaco, alcohol o cannabis, dada la trayectoria de consumo antes expuesta. Como es posible identificar factores relevantes que predicen la adicción, es este un foco de atención sustancial para la prevención de esta problemática.

Estado de la cuestión

En este apartado se hace un recuento de la evidencia empírica de distintas intervenciones dirigidas a la prevención del abuso de tabaco, alcohol o cannabis. Las estrategias para reducir la prevalencia de usuarios que consumen estas sustancias han dado resultados desde sumamente satisfactorios hasta poco significativos como distintas revisiones sistemáticas y meta-análisis integrativos han analizado (Hennessy & Tanner-Smith, 2015; Allen et al., 2016; Stockings et al., 2016).

Aunque la evidencia para la prevención de tales sustancias es amplia, la presente revisión de los antecedentes se basa en la prevención indicada, la cual es la última categoría de acuerdo con el nivel de riesgo de los individuos, mediante la cual se pretende prevenir el aumento progresivo del fenómeno cuando tiene se presentan ya los primeros consumos; no debe confundirse esta modalidad de prevención con el tratamiento, ya que el tema en cuestión no es la adicción, sino individuos que están en alto riesgo de progresar en el consumo de las sustancias (Conyne, Horne, & Raczynski, 2013).

La revisión de antecedentes empíricos, como lo destacan García del Castillo, Espada, Segura, López-Sánchez y Castillo-López (2015), debe basarse en la publicación de evidencia fiable, la cual se identifica en estudios que publican sus resultados obtenidos a

partir de instrumentos psicométricos con índices mínimos de confianza y validez, es por ello que la revisión expuesta a continuación contiene estudios de intervenciones realizadas, sus resultados obtenidos y las posibles limitantes a los resultados que se lograron obtener. Dicha búsqueda fue realizada mediante bases de datos como Google Académico, Scopus y EBSCO, utilizando palabras clave “prevención”, “sustancias”, “adolescentes”, “tabaco”, “alcohol”, “cannabis”, estos términos fueron también buscados en inglés, por lo que predominan los programas utilizados en Estados Unidos, seguido de Europa, Asia y América Latina, para finalizar el estado de la cuestión en un panorama nacional, es decir, en México. De los estudios examinados, la mayoría revisan estrategias de intervención realizadas en escuelas, ya que estas instituciones permiten alcanzar un gran número de jóvenes cuya edad coincide con la etapa de consumo inicial de sustancias, por lo que resulta ideal para aplicar intervenciones preventivas.

Respecto a las modalidades de prevención, la más aplicada y estudiada es la *prevención universal* (LeNoue & Riggs, 2016), cuyo método más básico es la entrega de información, por ejemplo Sigelman et al. (2003) revisan la efectividad de una intervención escolar para prevenir el uso de sustancias mediante la entrega de información de sus consecuencias en el sistema nervioso, dado que este fue el único componente en la intervención de 3 sesiones, se obtuvieron resultados significativos respecto al conocimiento de las sustancias, pero sin modificar el patrón de consumo, lo cual se le atribuye a que la conducta no está regulada meramente por la información que el individuo dispone, sino por otros elementos que explican la modificación de la conducta con mayor solidez.

Entre otras intervenciones, que además de la entrega de información, incluyen modificación de actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido se encuentra la propuesta por Chang et al. (2015), la cual pretende incrementar el conocimiento de drogas, actitudes de prevención a las drogas, mejoras en habilidades para la vida y mejora de la percepción del compromiso de los padres en la prevención del uso de drogas. Dicho programa consta de diez lecciones y cuatro tareas para realizar en casa que incluyen actividades de padres e hijos basadas en aumentar factores actitudinales, de normas del hogar y competencias psicosociales. El programa dio por resultados diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en las habilidades de comunicación, de pensamiento crítico y la percepción de los participantes respecto al

involucramiento de sus padres en la prevención al uso de las drogas; sin embargo, se obtuvieron resultados poco significativos para reducir la intencionalidad de usar sustancias, este resultado puede atribuirse a una línea base con efecto de piso, pues en el caso de esta intervención los jóvenes tenían muy baja intención de utilizar alguna droga.

Todavía al ser difícil obtener resultados significativos en la conducta, el sostenimiento de los efectos logrados por programas de prevención universal a largo plazo suele ser muy bajo, sin embargo, existen grandes cantidades de estudios al respecto de la prevención universal, lo que ha valido para una revisión sistemática por el método Cochrane (Foxcroft & Tsertsvadze, 2012), la cual identifica 3 programas de intervención con suficiente robustez en su método y efectos positivos en la modificación de la conducta. Estos programas de prevención universal obtuvieron resultados eficaces para la incidir en el uso de sustancias: el programa de “entrenamiento en habilidades para la vida” (Life Skills Training), el “juego del buen comportamiento” (Good Behavior Game) y el programa de “desconexión” (The Unplugged Program), los cuales tuvieron el objetivo de reducir los comportamientos de riesgo y promover el comportamiento prosocial en todos los estudiantes.

El programa de entrenamiento en habilidades para la vida ha sido formado por Botvin y colaboradores (citado en Griffin & Botvin, 2010) desde hace más de dos décadas y consiste en entrenar a profesores para que incorporen a su currículo de actividades las enseñanzas de habilidades para resistir drogas, habilidades de autogestión y mejora general del funcionamiento social. Actualmente contiene 15 sesiones durante el primer año, 10 sesiones de mantenimiento en el segundo año y 5 en el tercer año, los resultados de este programa indican la reducción de consumo de tabaco, uso de alcohol y otras drogas ilegales, se llegó a reducir el 50 % de consumidores intensivos de alcohol frente al grupo control y tuvo un efecto significativo hasta 5.5 años en sus evaluaciones de seguimiento. Este programa se ha adaptado en otros países, como Holanda (Fekkes et al, 2016), en el que se logró incidir en actitudes que anteceden el consumo de sustancias; sin embargo, la aplicación de este programa puede ser poco eficiente para frenar el uso de sustancias en aquellos jóvenes que alguna vez iniciaron el consumo de tabaco, alcohol o cannabis. La intervención se realizó en 25 sesiones por profesores para incrementar la conciencia propia y social, habilidades interpersonales y toma de decisiones éticas. La carencia de

modificación en la conducta del consumo se atribuye en este caso a que el programa no fue debidamente aplicado por los profesores, por lo que se destaca la importancia de la aplicación por profesionales de la salud para incidir en estas conductas.

Por su parte, el juego del buen comportamiento (Good Behavior Game) utiliza entrenamiento en competencias conductuales y por medio de modelaje promueve comportamientos sociales y habilidades de funcionamiento adaptativo, los profesores son capacitados para entrenar a los estudiantes por medio de actividades basadas en la mejora de comportamiento y adaptación social (Kellam et al., 2011). Las 24 sesiones dadas en la mañana y en la tarde de 12 días consecutivos, permitió obtener resultados de participantes con menores índices de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, así como reducción de comportamientos antisociales, delincuenciales e ideación suicida (Rubow, Vollmer, & Joslyn, 2018).

Otro programa basado en el entrenamiento de habilidades es el programa de desconexión (The Unplugged Program), elaborado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, se aproxima a fortalecer las habilidades de los jóvenes para resistir la influencia social. Se enfoca en la educación para los factores de riesgo y protectores, así como estrategias para lidiar con el estrés, autocontrol, asertividad y comunicación efectiva. El programa es aplicado en 12 sesiones semanales de una hora y el seguimiento a 18 meses mostró reducciones en los episodios de embriaguez de los participantes en un 38 %, 26 % menor uso de cannabis en el último mes; aunque la revisión posterior a los 18 meses no obtuvo un sostenimiento respecto a las diferencias con el grupo control (Faggiano et al., 2010).

Los 3 programas descritos anteriormente han cumplido con un largo proceso de investigación y desarrollo, lo que les ha valido la obtención de resultados sumamente efectivos; empero, cabe destacar que los programas de prevención universal tienen un efecto general relativamente bajo en prevenir o retrasar el uso de sustancias. LeNoue & Riggs (2016) señalan en su estudio el costo-beneficio de esta clase de estrategia y su efectividad frente a la prevención del uso de drogas ilícitas, pero con baja efectividad para prevenir el uso del cannabis y con un exceso del costo por el beneficio en la prevención de tabaco y alcohol. Se subraya que la principal variable que determina la efectividad en esta

clase de intervenciones es el consumo previo, se han relacionado los casos sin efectos significativos con jóvenes que ya han iniciado el consumo de sustancias cuando estos programas son aplicados, es decir, el inicio en el consumo de sustancias es una variable importante que limita la efectividad de estos programas. Por lo que se recomienda el uso de prevención selectiva, la cual se basa en la atención a jóvenes con comportamientos de riesgo. A esta clase de prevención se ha dedicado menos esfuerzo para el estudio y desarrollo de programas que contengan resultados satisfactorios comparados con la prevención universal.

Para la prevención selectiva, se han destacado entre los elementos que potencian la efectividad de los programas la inclusión de miembros de la familia, cuyos resultados van desde moderados hasta altamente significativos, como lo señalan Stockings et al. (2016), en la revisión sistemática de distintos métodos de prevención, intervención temprana, reducción de daños y tratamiento para el uso problemático de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

Se indica que, si bien el entrenamiento en habilidades para la vida es un método exitoso de prevención universal, a su vez, el entrenamiento en habilidades aplicadas a los padres de los jóvenes que incluyen monitoreo parental, manejo del comportamiento, resolución de problemas, relaciones familiares positivas, entre otros ha demostrado tener resultados estadísticamente significativos en sus aplicaciones (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003). De revisiones recientes para este método de prevención selectiva estos programas señalan para la prevención indicada para reducir el uso de la sustancia de impacto con un tamaño de efecto similar (.31) sin importar si es tabaco, alcohol o cannabis, además que estas habilidades parentales son similares entre culturas, por lo que el diseño de estos programas tiene aplicaciones transculturales (Van Ryzin, Roseth, Fosco, Lee, & Chen, 2016). Además, se ha identificado que las intervenciones que incluyen la colaboración de padres para su realización y han sido efectivas requirieron 12 horas o menos para su aplicación, por lo que esta sugiere ser una estrategia para la prevención selectiva adecuada para incidir en jóvenes en situación de riesgo de consumo de sustancias (Allen et al., 2016).

Sin embargo, debe subrayarse que a pesar de la efectividad demostrada por los meta-análisis y revisiones sistemáticas antes mencionados, la tasa de permanencia y de asistencia de los padres es sumamente baja, por lo que esta clase de intervención se ve seriamente limitada por la participación de los propios familiares de los jóvenes (Ibídem).

Es por ello que para obtener un alcance y efectividad óptimos se pone el foco en las intervenciones encaminadas directamente a los jóvenes. Otros programas de prevención selectiva incluyen el proyecto hacia el no abuso de drogas, el cual es un programa compuesto por doce lecciones de 40 a 50 minutos, se aplican entre 4 y 6 sesiones para las cuales los profesores son entrenados y certificados, el currículo incluye actividades motivacionales, entrenamiento en habilidades sociales y habilidades de toma de decisiones para reducir el riesgo de consumir tabaco, alcohol o cannabis, el programa demuestra una reducción modesta en el uso de drogas duras y alcohol, pero desde un mínimo hasta carente efecto en la reducción de uso de cannabis y tabaco (Dent, Sussman, & Stacy, 2001).

Otro método de prevención selectiva se basa en la identificación de conductas de riesgo, aplicado por Conrod et al. (2013), en el que se tamizó a los jóvenes a partir de 4 perfiles de alto riesgo al consumo de sustancias: sensibilidad a la ansiedad, desesperanza, impulsividad y búsqueda de sensaciones, se realizó un programa de intervención en este grupo de estudiantes de alto riesgo y se examinaron además los efectos indirectos del programa en aquellos estudiantes de bajo riesgo que no participaron en la intervención. Se revisó la viabilidad de capacitar maestros para administrar intervenciones breves selectivas, en las cuales se intervino a uno de los 4 factores de la personalidad por medio de dos sesiones grupales de 90 minutos; el programa redujo en un 29 % las tasas de consumo de alcohol en la población general de estudiantes, demostrando la efectividad de intervención breve basado en la personalidad.

Hasta este punto puede apreciarse que las revisiones de prevención universal son efectivas hasta que el joven está incidiendo en conductas de riesgo, es por ello que resulta conveniente seleccionar a grupos de jóvenes que inician el consumo para utilizar la prevención indicada. Pareciera que cuando el joven consume sustancias como tabaco, alcohol o cannabis requeriría abandonar las medidas preventivas para referirlo a un tratamiento ambulatorio; sin embargo, este método no resulta especialmente efectivo por la

baja adherencia que los individuos tienen para asistir a esta clase de centros, ya sea por la consideración propia de la mejora, incompatibilidades del modelo de tratamiento con sus motivos personales o porque no reconocen que tienen un problema (Calvo et al., 2018).

Es por ello que previo al tratamiento y posterior a la prevención universal y selectiva, corresponde la aplicación de la prevención indicada, ésta es la estrategia más apropiada para jóvenes que han iniciado el consumo de sustancias como tabaco, alcohol o cannabis y que aún no presentan dependencia a las sustancias. De los programas más estudiados se incluyen modelos de ayuda mutua aplicados a jóvenes, terapia familiar, entrevista motivacional y terapia cognitivo-conductual (LeNoue & Riggs, 2016).

A partir de la gran popularidad que tienen los grupos de ayuda mutua, se ha explorado la viabilidad de aplicarlo en poblaciones juveniles, como se hizo con el programa RRR (Refuse, Remove, Reasons, por sus siglas en inglés) de Mogro-Wilson, Allen y Cavallucci (2017), quienes aplicaron este programa de manera grupal en 5 sesiones, el cual tuvo un alcance de 1,352 adolescentes, sus propósitos fueron reducir la cantidad de veces que el estudiante se embriaga, reducir normas sociales de aceptación al alcohol y cigarrillos, así como aumentar la percepción de riesgo respecto a las consecuencias negativas del uso de tabaco; sin embargo, no se identifican reducciones significativas en el uso de los últimos 30 días de tabaco, alcohol o marihuana, por lo que esta clase de programas tienen poca o nula influencia en prevenir el aumento progresivo de consumo de sustancias. Incluso en otra versión aplicada de 8 sesiones dirigida por adultos, solamente se redujo las actitudes favorables hacia el uso de alcohol y cannabis, sin resultados favorables para la reducción en el uso de tabaco, alcohol y cannabis (Mogro-Wilson, Letendre, Toi, & Bryan, 2015).

Asimismo, de Gee, Verdurmen, Bransen, de Jonge y Schippers (2014) realizaron una intervención basada en la entrega personalizada de información sobre consecuencias de uso del cannabis en el estado físico y psicológico. Cuando la intervención se limita a la información, como se mostró anteriormente, difícilmente se incide en la conducta de consumo, ya que la aplicación de este método buscó diferencias entre su aplicación a 119 jóvenes que consumían cannabis. De estos participantes, a un grupo se aplicó una sesión solamente informativa y al otro grupo se incluyó, además, otra sesión basada en entrevista

motivacional, ya que la segunda sesión incluyó una fase de cambio en el que los adolescentes pasaran a la siguiente etapa del cambio del modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982). Se obtuvieron de esta segunda modalidad la reducción de dependencia, mejoramiento en el funcionamiento psicosocial y menor cantidad y frecuencia de uso de cannabis al seguimiento de 3 meses.

La aplicación intervención breve en su modalidad cognitivo conductual también obtiene resultados favorables en la reducción en el uso de sustancias, como la intervención propuesta por Kong et al. (2015), la cual incluye cuatro sesiones semanales de terapia cognitivo-conductual a 60 adolescentes de 14 a 18 años para dejar de fumar, aunque este método indicó poca efectividad para lograr siete días de abstinencia al consumo de cigarrillos, se le atribuye el resultado a un alto nivel de consumo de tabaco, por lo que en casos de alto uso de tabaco lo más conveniente puede ser otro método de intervención enfocado en un tratamiento más intensivo.

La intervención motivacional breve es un método emergente que ha demostrado resultados significativos en la reducción de uso de sustancias, se caracteriza por su poca duración y aplicación accesible a los espacios educativos. Colby et al. (2018) identificaron de su aplicación a una muestra de 167 estudiantes de entre 17 y 20 años se redujo su patrón de consumo de alcohol, a saber, los jóvenes que recibieron la sesión de intervención motivacional breve reportaron menor cantidad de bebidas por semana, días de consumo, días de consumo excesivo, menor contenido alcohólico en sangre, así como menores consecuencias por beber en un periodo de 3 meses. Es de destacar que la aplicación de esta estrategia contiene flaquezas en la perdurabilidad de sus efectos a largo plazo, lo cual se atribuye a la carencia de sesiones de mantenimiento posteriores.

Otras aplicaciones de la intervención motivacional breve la destacan un estudio realizado por Becker, Jones, Hernandez, Graves y Spirito (2016), se aplicó este modelo a 97 jóvenes que ingresaron al departamento de urgencias hospitalarios por problemas asociados al alcohol, del cual se obtuvieron resultados significativos para la reducción de consumo de alcohol, destacando la utilidad de esta clase de intervención especialmente en jóvenes menores de 16 años. Sin embargo, se reitera la utilidad que comprende aplicar este tipo de intervención en espacios escolares, ya que acota mayor población e incluye menores

tasas de deserción y los resultados de las intervenciones igualmente tienen efectos significativos independientemente del lugar en el que sea aplicada la intervención breve (Tanner-Smith & Risser, 2016).

Entre aplicaciones por medio de nuevas tecnologías de la intervención motivación breve, se han utilizado medios digitales, como mensajes de texto para incidir en la motivación, Mason, Ola, Zaharakis y Zhang. (2014), a través de una revisión sistemática, identificaron 14 estudios en los que se incluía el uso de mensajes de texto vía celular para favorecer la reducción de uso de sustancias, ocho de estos estudios obtuvieron resultados significativos, especialmente para cesar y mantener la abstinencia del uso de tabaco, aunque no están basados en una teoría o utilizan motivación genérica para los estudios reportados, por lo que se sugiere en estudios posteriores incluir literatura que sustente la efectividad de este recurso emergente como complemento a la intervención.

Otro uso de medios digitales para la realimentación personalizada como único medio para realizar intervención breve no indicó diferencias significativas entre el grupo control y experimental, a pesar de que los estudiantes respondan favorablemente a estos recursos que resultan atractivos y favorecen la interactividad (Doumas, 2014). De ahí que por sí misma la intervención breve en línea no parece ser la herramienta más adecuada para incidir en el patrón de consumo de sustancias por los adolescentes, se sugiere más bien la posibilidad de obtener resultados significativos utilizando este medio con sesiones reforzadoras o realizar intervenciones personalizadas adicionales (Doumas, Hausheer, Esp, & Cuffee, 2014).

La intervención motivacional breve ha demostrado resultados favorables en la reducción en la frecuencia e intensidad de uso de tabaco, alcohol o cannabis, de sus elementos se el uso del diálogo encaminado al cambio, en un estudio realizado por D'Amico et al. (2015), se incluyó a 110 jóvenes entre 14 y 18 años que hubieran consumido al menos 5 días alcohol o cannabis en los últimos 90 días, los participantes asistieron a 12 sesiones con una duración de 55 minutos cada una, la intención, frecuencia y actitudes desfavorables respecto a las consecuencias de alcohol y cannabis en el seguimiento a 3 meses fueron reducidos a partir del uso de motivación al cambio y expectativas positivas generadas a partir de la formulación de preguntas reflexivas que

generaron discurso de cambio, el cual se sostuvo por sí mismo, generando mayor discurso de cambio, pudo concluirse que las preguntas abiertas tuvieron un impacto bajo en el discurso de cambio, así como los reflejos al discurso de cambio tuvieron un impacto moderado, lo cual, según demuestra la evidencia, favorece la motivación al cambio.

Otros componentes de un programa de intervención son la duración y aplicación individual o grupal, estos elementos presentan desventajas para la aplicación de la intervención cuando el tiempo es demasiado prolongado y los grupos son numerosos. La duración prolongada de programas no asegura la efectividad de menor uso de sustancias, en una revisión de 30 estudios para medir los efectos de distintas intervenciones en el uso de cannabis, se identificó que es posible reducir, con un efecto leve, la intención de utilizarla y habilidades para rechazarla, obteniendo en la mayoría de los estudios resultados que no fueron estadísticamente significativos; asimismo, la inclusión de un programa prolongado presenta una desventaja significativa, ya que de los estudios revisados contenían serias desventajas para su aplicación, como incluir hasta 40 sesiones de tratamiento, o realizar programas que incluían la participación de padres con bajas tasas de asistencia (Lize et al., 2017).

Es por ello que se puede inferir que la intervención breve con sesiones grupales tiene menor efectividad comparada con su modalidad grupal, dado que la revisión sistemática de distintas intervenciones breves dirigidas a reducir el consumo de alcohol indica que las intervenciones grupales no son tan efectivas como las intervenciones dirigidas cara a cara, indicando que esta modalidad de intervención es más efectiva cuando es aplicada de manera individual para incentivar la motivación al cambio (Tanner-Smith, Hennessy, & Steinka-Fry, 2015).

Asimismo, como lo demuestra la aplicación indirecta de un programa de intervención a través de familiares no implica necesariamente un mejoramiento para los jóvenes, incluso se pueden obtener resultados negativos si estos familiares tienen consumo problemático de alcohol (Becker et al., 2016). Del mismo modo, un programa de intervención puede mostrar resultados poco significativos, como lo es su aplicación mediante reforzamiento de habilidades parentales sin enfocarse en la atención directa de los jóvenes que usan sustancias (Spirito et al., 2017).

Es por ello que la modalidad de intervención individual ofrece ventajas frente a un formato de aplicación grupal para la prevención de uso de sustancias, ya que la atención personalizada al sujeto contra un taller genérico permite atender otras vulnerabilidades, así como personalizarse para quien está siendo aplicada la intervención. Además, por su corta duración, el consejo breve representa mayor adherencia al tratamiento frente a otros formatos de intervención cuya duración es más prolongada (Rojas & Espinoza, 2008).

Ya Samson y Tanner-Smith (2015) demostraron mediante la revisión sistemática y metaanálisis de 73 artículos la efectividad de la intervención breve de una sola sesión. Esta revisión comprobó la efectividad de esta modalidad de intervención para reducir significativamente el uso de alcohol entre los estudiantes. Además, se destaca que el uso de las modalidades de terapia basada en entrevista motivacional reportó mejores resultados que aquellas que utilizaron terapia psicoeducacional. Conjuntamente, se indicó que la aplicación de una sola sesión basada en entrevista motivacional y retroalimentación reportaron mayor tamaño de efecto, sobre aquellas modalidades de terapia cognitivo conductual o terapia psicoeducacional. A pesar de todo, se destaca la importancia de realizar intervenciones con efectos duraderos a largo plazo.

Teniendo en cuenta que una intervención debe representar un costo-efectividad viable, Medina-Mora et al. (2010) destacaron que la atención profesional cara a cara por medio de intervenciones breves representa un costo-efectividad aceptable por encima de otros métodos de intervención; tomando en cuenta que existen otras alternativas que representan mayor efectividad a un menor costo, pero no se basan en el ejercicio profesional, sino en la producción de políticas públicas, como el incremento de impuestos a los productos de alcohol y tabaco, en este caso, para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Lo que respecta a México, se ha identificado la viabilidad de intervenir para cesar o reducir significativamente la tasa de consumo de sustancias que, hasta el momento de la intervención breve, los participantes habían manifestado; el seguimiento a los resultados de la intervención breve de 5 sesiones con estudiantes mexicanos de 12 a 18 años han demostrado su efectividad (Rodríguez, Echeverría, Martínez, & Morales, 2017); tal como la comparación del trabajo recién citado con su modalidad de una sola sesión obtiene los

mismos resultados en individuos que inician el consumo de sustancias (Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacío, 2010).

Por tanto, es viable proponer una intervención partiendo del registro de los éxitos previos de su aplicación, en el apartado del soporte teórico será desarrollado de una manera más amplia el rol que cumple el aprendizaje social y los métodos de modificación de conducta en el sustento metodológico de este proyecto.

Justificación

En vista de lo expuesto, surge la necesidad de incidir en distintos componentes para prevenir que este fenómeno continúe su trayectoria hasta establecerse como una adicción, llevando a los costos de salud planteados. De ahí se desprende la conveniencia de intervenir de acuerdo con afirmaciones de la OMS (1999), según la cual el consumo de sustancias merece ser prevenido por medio de la distribución de recursos informativos, con el reforzamiento de habilidades con los que cuenta el individuo para hacer frente al uso de sustancias.

Dado que la evidencia de años recientes indica que las intervenciones basadas en prevención indicada llevan a reducciones significativas en el uso autorreportado de sustancias en adolescentes, es conveniente recurrir a herramientas que brinda la disciplina de la psicología para incidir en la modificación comportamental, con ello interrumpir o reducir el uso progresivo de sustancias entre los jóvenes (Tanner-Smith & Risser, 2016).

Por lo tanto, es urgente de atender el aumento en la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol o cannabis desde los aportes con los que la psicología puede contribuir a la atención de conductas saludables, tal como lo sugiere la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015). La atención brindada por profesionales de la salud capaces de aplicar un programa de prevención basado en evidencia beneficiará a los implicados en el problema de salud pública que ya ha sido expuesto.

De no atenderse esta problemática, la tendencia en tasas de consumo de sustancias continuará incrementando, como las cifras expuestas sugieren (CONADIC, 2017), así como este fenómeno puede derivar en problemáticas concomitantes, como mayores tasas de actos

relacionados con criminalidad, riñas, embarazos adolescentes y otras conductas riesgosas asociadas a las que se expone un adolescente al consumir tabaco, alcohol o cannabis (Stern, 2004; Urzúa & Correa, 1998).

La aplicación de un programa de intervención efectivo no solamente favorece inmediatamente a las vulnerabilidades que representa el consumo de sustancias en el desarrollo biopsicosocial del joven; sino que los beneficios de una intervención en fases iniciales de consumo alcanzan el ahorro de costos sociales dirigidos a la atención de las consecuencias sanitarias y de seguridad.

Una vez expuesta la problemática y el estado del arte en estrategias de prevención, se presentan los fundamentos teóricos en los que se sustenta el presente trabajo.

Capítulo I: Soporte Teórico

Las sustancias a la que se hacen referencia aquí son las principales drogas de inicio en México, a saber, el tabaco, el alcohol y el cannabis (Villatoro et al. 2014). A continuación, se describen la adolescencia para asociar las características propias de esta etapa de la vida con el consumo de sustancias, definiendo este consumo entre el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y cannabis, su modo de uso y efectos psicofisiológicos. Posteriormente se revisan distintas perspectivas etiológicas del consumo de sustancias se inicia su consumo en. Por último, se ahondará en los elementos teóricos que sostiene el modelo transteórico de las fases del cambio de Prochaska y DiClemente (1982), del cual hacen uso Rollnick y Miller (2013) para desarrollar los elementos de intervención por medio de la entrevista motivacional, adaptada por Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz y Ayala (2012) en un modelo de intervención basado en estos componentes para ser aplicada a adolescentes en la etapa inicial del consumo de sustancias.

Adolescencia y consumo de sustancias

Si se observan las diferentes características del individuo por sus fases de desarrollo, la adolescencia es la fase en la que pasa de ser un niño a un adulto, comienza a tomar responsabilidades y obligaciones nuevas al tiempo que aún no conforma completamente su identidad en un mundo adulto. Mientras esto ocurre, se ubica en una posición particularmente riesgosa para el consumo de sustancias, pues se enfrenta a situaciones estresantes de orden biológico, psicológico y social, las cuales incluyen el detrimento de autoestima, mayor riesgo de deserción escolar, embarazos no deseados, actos delictivos ocasionales y comportamientos asociados al poco cuidado de la salud integral (Peñaherrera, 1998).

La Organización Panamericana de la Salud plantea el periodo de la adolescencia entre los 10 y 19 años, en que de 10 a 13 años corresponde al periodo temprano de adolescencia, el periodo medio comprende entre los 14 y 16 años y la tardía de los 17 a los 19 años. Acorde a esta propuesta, el primer periodo se caracteriza por los cambios fisiológicos, el segundo por la autonomía y el último periodo se caracteriza por el alcance de la identidad (Silver, 1992).

Precisamente la transición del periodo medio y tardío de la adolescencia representan un factor de riesgo importante para el inicio al consumo de alcohol, pues mientras se autonomiza y no logra su identidad, el adolescente tiende a experimentar, si éste no cuenta con los recursos protectores suficientes tiende a probar sustancias psicoactivas. Un programa de intervención debe contemplar esta fase del desarrollo en que se encuentra el individuo, identificar grupos vulnerables a este fenómeno y desarrollar programas preventivos pertinentes (Nation et al., 2003).

Consumo inicial de sustancias psicoactivas

Lo que distingue a esta problemática, la fase inicial de consumo de sustancias, a lo descrito como un trastorno por el DSM-5, es que éste define un estado más consolidado, acotándolos en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, referidos por la CIE-10 como síndrome de dependencia; cabe destacar que este último término queda en desuso por la nueva clasificación del DSM-5, así como las categorías de dependencia a la sustancia y abuso de sustancia, aunque utilice el término trastornos adictivos, también se recomienda no utilizarlo por su definición ambigua y el estigma que pueda producir a personas que consumen alguna sustancia psicoactiva (American Psychiatric Association, 2013).

Estas categorías de abuso de sustancias y dependencia a las sustancias fueron eliminados y reemplazados por la categoría de trastornos por uso de sustancias, que además acota diez distintas clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias desconocidas; la clasificación demarca que, aunque las sustancias son claramente diferentes entre sí, no tienen distinciones radicales, sino que cualquier consumo excesivo lleva a la activación del sistema de recompensa cerebral y participa en el refuerzo de los comportamientos propios del consumo de la sustancia, esta activación del sistema de recompensa es, asimismo, incompatible con las actividades funcionales del individuo (APA, 2013).

Consecuentemente, se tiende a sostener la conducta de consumir sustancias como tabaco, alcohol y cannabis, ya que su consumo activa las vías dopaminérgicas del sistema mesolímbico (King, de Wit, McNamara, & Cao, 2011). Es por ello que el mero consumo

esporádico de alguna de las sustancias antes mencionadas es un importante factor de riesgo, lo cual propicia, a su vez, el consumo riesgoso y problemático de estas y otras sustancias adictivas (Hagger, Polet, & Lintunen, 2018).

Los periodos de consumo en los últimos 30 días, 12 meses y alguna vez en la vida permiten distinguir entre la posible dependencia a las sustancias que aquí se plantea (Hartley, Elsabagh, & File, 2004), identificar la posible dependencia a sustancias lleva a un criterio distinto al aquí adoptado, para que el participante evaluado sea canalizado a otra opción de tratamiento más intensiva para rehabilitarse.

El consumo de sustancias como antecedente de una adicción.

A diferencia de la relativa facilidad con que se distingue un dependiente del uso de sustancias de un no-dependiente, por sus evidentes características, como el síndrome de abstinencia, o un deterioro significativo en áreas de su vida; es más complicado establecer un umbral en el que el consumo de alcohol comienza a incidir problemáticamente en la calidad de vida del individuo, encontrándose en un punto experimental de la adicción, es decir, que aún no daña significativamente las distintas áreas de su vida, como lo propone Becoña (2002) en su modelo de fases de la adicción.

Según Becoña (2002), el proceso de desarrollo de una adicción contempla 6 fases: a) previa o de predisposición, En esta fase el adolescente todavía no ha tenido contacto con la sustancia, apenas puede conocer algo sobre ella; b) conocimiento de las sustancias, el conocimiento de la existencia, efectos y consecuencias; c) experimentación, dependerá de una disponibilidad, un interés y grupos sociales en los que se desarrolla; d) consolidación, si el adolescente experimenta con la sustancia puede que siga haciéndolo, si las consecuencias positivas fueron mayores que las negativas; e) recuperación, en esta fase el adolescente decide dejar de consumir y sostiene el cambio; f) recaída, ocurre si vuelve a consumir la sustancia.

Se propone un modelo que integra las distintas relaciones que el individuo va sosteniendo con su consumo, relaciones sociales y calidad de vida. Becoña (2002) propone un modelo que permite intervenir en el uso de drogas, del cual se destaca su utilidad para este programa. El autor destaca la necesidad de adecuar las estrategias de prevención y

abuso de drogas que se integre al individuo, a su fase evolutiva, así como a la secuencia de las intervenciones tengan coherencia con el grupo al que se aproxima. Este modelo permite revisar cuán prudente es intervenir y hacer el seguimiento al contexto individual, familiar, grupal y comunitario. Permite que el objetivo de una intervención temprana se centre en brindar la información adecuada y que dé cabida a las habilidades psicosociales con las que se hace frente a las presiones sociales que fomentan el consumo, tanto como a las habilidades psicosociales que funcionan como factores protectores al sistema de recompensa del sujeto (Fernández Ríos & Gómez Fraguera, 2008).

El modelo de Becoña es comparado con el de Bukoski (1991), este autor también divide la adicción en 6 etapas, divididas en: a) no se consume la sustancia; b) experimentación inicial al haberla consumido alguna vez; c) experimentación posterior, al consumirlo más de una sola vez; d) uso ocasional/frecuente, el cual se reconoce por su uso esporádico; e) integración del consumo en el estilo de vida, se consume la sustancia en determinadas fechas, horas y lugares; f) el abuso de la sustancia es dado cuando deteriora significativamente la calidad de vida del individuo, afectando su integridad individual y relaciones sociales.

En la prevención indicada, se interviene cuando el uso de la droga es ocasional y poco frecuente, es decir, no se ha integrado al estado de vida del sujeto, como lo propone el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA), no hay afecciones físicas graves evidentes, por lo que en el consejo breve se advierte y pretende impactar en el individuo a través de prevención indicada, volviendo consciente su problema y brindándole herramientas que lo vuelvan más hábil para rechazar el consumo de sustancias (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz, & Ayala, 2012).

Se toma de partida la penúltima fase, en que ya se ha integrado el consumo a un estilo de vida, puesto que los participantes de esta intervención consumen alcohol hasta la embriaguez habitualmente, sin que pueda distinguirse claramente su deterioro biopsicosocial.

Para ello que se tomará como referencia el propuesto por la Organización Mundial de la Salud, en que el patrón de consumo a estudiar es el consumo intensivo de alcohol, que

incluye el consumo de 5 o más unidades de bebida estándar en hombres y 4 o más unidades de bebida estándar en mujeres, en un periodo de 2 horas y en una frecuencia de al menos una vez cada 3 meses y periodos de latencia que no permitan al individuo consumir más de 3 veces por semana, puesto que un menor periodo de latencia puede considerarse alcoholismo (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Factores de riesgo.

Atender al problema de las adicciones por medio de un enfoque basado en prestar atención a los factores de riesgo, procurando reducirlos y fomentando los factores protectores, Hawkins, Catalano y Miller (1992) agrupan factores contextuales de leyes y normas que facilitan el consumo; disponibilidad del alcohol; limitantes económicas; así como alta densidad poblacional en el barrio. Los factores individuales e interpersonales consisten los factores psicológicos, como baja percepción de riesgo y pobre autocontrol; actitudes favorables al alcohol de familiares; dirección pobre e inconsistente de los padres; conflictos familiares; poca adhesión familiar; y problemas conductuales tempranos y persistentes.

Una de las principales razones por las que un joven comienza a consumir sustancias es porque cree que las consecuencias no le ocurrirán a él, es decir, su baja percepción de riesgo hace que no considere peligrosa la conducta que realiza y, por ende, es más probable que la lleve a cabo (García del Castillo, 2012).

Ariza y Nebot (2004) hacen una revisión de distintos estudios que exploran los factores de riesgo de fumadores consolidados, para ello dividen los factores en personales, socioculturales y del entorno.

Los personales incluyen la baja adherencia a la escuela o su bajo rendimiento escolar, pobre autoestima, estar muy estresados por alguna actividad que no pueden resolver, buscar nuevas sensaciones, personas muy desinhibidas, también quienes tienen actitudes favorables hacia el tabaco o con intención de fumar en un futuro se vuelve más probable iniciar el consumo de sustancias (CONADIC, 2017).

Por su parte, los socioculturales incluyen factores como el hecho de padres o familiares cercanos consumidores de sustancias, así como el mejor amigo, esto porque son un modelo para los jóvenes. También puede ser por presión de amigos, directa o indirectamente. Entre los factores del entorno, también destacan la fácil accesibilidad a las sustancias, pues puede resultar sencillo que un vendedor ambulante les venda cigarrillos sueltos, así como amistades que consiguen diversos tipos de sustancias (Ariza & Nebot, 2004).

El 54 % de conductas de uso de sustancias pueden ser predichas por factores de riesgo observados. Estos factores de riesgo se caracterizan por las condiciones que derivan de otras, las condiciones se relacionan o son comórbidas por ser reflejo de un síndrome común o vulnerabilidad (Lynskey, Fergusson, & Horwood, 1998).

Por sí mismo, el historial de consumo es un importante factor de riesgo (Marcoux & Shope, 1997). El etanol media la activación de los receptores de GABA-A, liberación de opioides péptidos y dopamina, inhibe los receptores de glutamato e interacciona con sistemas serotoninérgicos, los cuales permiten interpretar el consumo de alcohol como un disparador positivo en un sistema de recompensa (Koob et al., 1998), por lo que las conductas previas de consumo de alcohol son un elevado factor de riesgo que se asocia a la predictibilidad de este comportamiento.

Por otra parte, son considerados diversos factores de riesgo por los cuales el individuo puede estar vulnerado al consumo de sustancias, los factores de riesgo son retroactivos, es decir que al vulnerarse por un factor de riesgo, el individuo tenderá a reproducirlo y quedar vulnerado, como lo es incidir en problemas legales como vandalismo y riñas callejeras; presentar problemas afectivos como depresión, ansiedad o baja tolerancia a la frustración; las problemáticas escolares también se asocian a los factores de riesgo en los que el estudiante puede incidir (Espada, Méndez, Griffin, & Botvin, 2003).

Factores de protección.

Si los factores de riesgo hacen más probable la aparición de una conducta nociva para la salud, entonces los factores de protección vuelven menos probable que una conducta nociva se presente. La práctica de conductas saludables no solamente se caracteriza por la

ausencia de factores de riesgo, puesto que realizar una conducta saludable no es exactamente lo contrario en todos sus elementos a una conducta nociva; asimismo, un protector no es necesariamente lo contrario a un factor de riesgo, de hecho, los factores protectores y de riesgo coexisten, y aquéllos son una especie de barrera protectora.

Los factores de protección han sido, por lo general, definidos como la ausencia de factores de riesgo. Keenan, Evans y Crowley (2016) arguyen que los más poderosos factores de protección deben ser tratados conceptualmente distinto a conceptos opuestos de una misma dimensión, por lo que no solamente tienen sus propios efectos en el comportamiento, sino que, además pueden moderar la relación entre los factores de riesgo y el comportamiento.

Los factores protectores se conceptualizan como el decremento de participar en el comportamiento problema, a través de controles personales o sociales contra su ocurrencia (v. gr. religiosidad, sanciones parentales), a través del involucramiento en actividades que tienden a ser incompatibles con o alternativas al comportamiento problema (v. gr. actividades con la familia o iglesia) y a través de orientaciones a través de instituciones, como la escuela, en contraste los factores de riesgo son conceptualizados como el incremento de participar en el comportamiento problema (instigación entre pares), a través de vulnerabilidad incrementada de transgresión normativa (baja autoestima) y a través de mayores oportunidades de participar en el comportamiento problema (pertenecer a un grupo de pares antisocial). Los factores protectores funcionan, en adición, como moderadores, modificando la relación entre los factores de riesgo y el comportamiento problema (Jessor, Vandebos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995).

Masten y Garmezy (1985) organiza variables protectoras en tres categorías: atributos disposicionales, como la autoeficacia; atributos familiares, como el apoyo parental y afecto; así como circunstancias extrafamiliares, como el apoyo de otros adultos o fuerte integración comunitaria. En ello se plantea la viabilidad del entrenamiento en habilidades psicosociales como un medio efectivo para favorecer la autoeficacia del sujeto, como lo ha planteado Caballo (2007) para integrarse como un programa que funja como factor protector en el consumo de alcohol.

Es importante abordar el estudio desde la etiología del consumo intensivo de alcohol y técnicas de intervención dirigidas a la atención primaria de este consumo. Se presentan los modelos más destacados en los que se basa este proyecto.

Si los adolescentes optan por iniciar el consumo de sustancias con un pobre repertorio de estrategias de afrontamiento al estrés, aunado a factores genéticos que pueden predisponerlos, la aproximación al consumo de tabaco, alcohol o cannabis como sistema de recompensa para aliviar el estrés momentáneo puede establecer un patrón de consumo que se volverá problemático, tal como Enoch (2011) revisa la capacidad predictiva del estrés en etapas tempranas del desarrollo con la dependencia al alcohol, así como con otras drogas en la adultez temprana, identificando la influencia de situaciones estresantes constantes, como el abuso físico y emocional.

Principales sustancias psicoactivas en la adolescencia.

Con el fin de constituir este trabajo con una definición esclarecedora del consumo de sustancias, se toma como punto de partida la propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (2015), en que el hábito de un individuo para consumir sustancias puede comprenderse por la cantidad consumida en cierto periodo o evento, entendida como volumen; por su parte, el patrón se refiere a la frecuencia e intensidad del consumo por evento, estos a su vez están demarcados por factores de vulnerabilidad personales y sociales. De esta forma, las consecuencias asociadas al consumo de sustancias penetran en el ámbito de salud personal, deterioro socioeconómico e incluso daño a terceros. Como puede observarse en la figura 1.

La OPS ejemplifica en el documento antes mencionado, las vulnerabilidades de la persona para consumir alcohol, la principal droga de inicio, en el periodo de la adolescencia, pues es en esta etapa en la que se exponen a patrones de conducta más peligrosos, sobre todo desde los 16 hasta poco antes de los 25 años, en que se cuenta con poco autocontrol para consumir sustancias y no se tienen serias responsabilidades ni se presentan problemáticas considerables asociadas al consumo. El sexo con mayor prevalencia de consumo de cualquier sustancia es el varón, así como quienes pertenecen a familias con historial de consumo de alcohol son más propensas, tanto por imitación, como por predisposición genética, a consumir alcohol u otras sustancias (Lange & Voas, 2001).

Figura 1.
Influencia de diversos factores que inciden en el consumo de sustancias adictivas.



Nota: adaptado de OPS (2015, p.7).

Uso, abuso y dependencia de sustancias.

Como se mencionó con anterioridad, el consumo de sustancias puede comenzar a entenderse a partir de su volumen, patrón, tanto como características sociales y personales. Es una importante pauta para clarificar que no todo aquel que consume una sustancia presenta una adicción, así como no todos los que consumen la misma cantidad de tragos por mes tendrán las mismas problemáticas. Es tan amplia la variabilidad que influyen indicadores como la masa corporal, sexo, edad; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (1994) categoriza el consumo de sustancias en tres fases que pueden ser lentas y progresivas, así como pasar abruptamente a un estado de dependencia. Estas tres fases son el uso, abuso y dependencia a la sustancia.

Esta clasificación de consumo, aunque tiene un inherente componente psicofarmacológico para realizar un diagnóstico diferencial del que consume es, sobre todo, una clasificación de índole cultural. Pues lo que en un país puede considerarse uso, en el otro puede considerarse directamente un abuso, como lo es en el caso en países que el cannabis es legal. En un país en que el uso de cannabis es ilegal se le considera a su utilización frecuente directamente un abuso, pues implica el riesgo de problemas legales. También existen diferencias de edad, situación social y salud que pueden distinguir si hay uso o abuso. Es por ello que las definiciones a continuación expuestas implican un marco biopsicosocial y no se pueden dividir meramente por el volumen o patrón de consumo.

Uso.

Si se usa algo conlleva a un propósito. La definición semántica del uso resulta bastante clara. En el uso de sustancias, un estudiante puede utilizar anfetaminas con el propósito de rendir mejor en su examen, considerando que solamente las utiliza para este motivo, la definición de uso es suficiente. Asimismo, un atleta que está sometido a las exigencias de la competitividad puede utilizar estimulantes para tener un mayor rendimiento en la competencia, pero no los utiliza para ningún otro propósito de manera compulsiva. Estos dos casos permiten ejemplificar el uso de sustancias, no quiere decir que estén exentos de comenzar a utilizar sustancias más recurrentemente y, con ello, pasar a una fase de abuso, sin embargo, esta fase se caracteriza por el uso aislado, poco frecuente y poco problemático de la sustancia.

La definición de uso incluye el consumo esporádico de la sustancia, sin que esta esté asociada a diversas actividades, sino que la utiliza en situaciones específicas y no excede el uso de tal manera que llegue a generar problemas en su estilo de vida, es decir, aún no integra el consumo a un amplio repertorio de actividades que realiza.

Abuso.

El abuso es considerado la siguiente fase del uso, aunque no necesariamente es una fase anterior a la dependencia, pues una sustancia puede pasar rápidamente a integrarse en el estilo de vida del individuo, adquiriendo síntomas de dependencia.

Entre las problemáticas que incluye el abuso están que su uso recurrente conlleva a fallar en obligaciones laborales, escolares o familiares; que el consumo de la sustancia es evidentemente perjudicial para el estado físico, así como su uso implica riesgos de accidentarse; también incluye el riesgo de presentar problemas legales. Tal como problemas individuales e interpersonales recurrentes causados por utilizar la sustancia.

El abuso es la fase previa a la dependencia, en el caso del alcohol, si se está en esta fase, se puede llevar al sujeto a la fase previa de uso moderado que no implique gravedad en su uso ni problemáticas asociadas; sin embargo, en el caso del tabaco, la nicotina es una sustancia altamente adictiva, por lo que su uso habitual no pasa por el abuso, sino que llega

directamente a la dependencia (Iraurgi, Landabaso, Jiménez-Lerma, Larrazabal, & Gutiérrez-Fraile, 2006).

Dependencia.

La dependencia incluye características más específicas, propias de una adicción. Tales características son: a) la tolerancia, es decir, se necesitan cantidades mayores a las utilizadas en un inicio para obtener el efecto deseado; b) síntomas por abstinencia al cesar el consumo de la sustancia, pues se presentan síntomas como mareo, náuseas o malestar general al no consumirla; c) el consumo por evento de la sustancia es mayor al que se tenía intención de realizar; d) hay deseo y esfuerzos persistentes por cesar el consumo; e) la cantidad de tiempo dedicada a actividades sociales, ocupacionales o recreativas está reducida a causa del consumo; e) el consumo continúa a pesar de notar evidentes problemas causados o exacerbados por la sustancia.

Tabaco.

Fabregate y Sabán (2012), realizan un breve recuento histórico de este producto. El término “tabaco” se conoce a partir de la llegada a América por los españoles en el s. XV, los soldados de este país notaron que los indígenas “fumaban” hojas de una planta que llamaron tabaco, notaron que provocaba estupor, ya hasta el s. XVII se define el hábito del tabaco como un hábito de placer y relajación. Pronto se popularizó su uso por pipa en Inglaterra y el rapé o para esnifar en Francia y el puro o cigarrillo en España, su uso tenía sobre todo un objeto de apariencia social. En 1828 se aisló un alcaloide de la planta de tabaco, la nicotina. Para la Primera Guerra Mundial explotó la gran popularidad del uso de cigarrillos y hacia 1962 el Royal College de Inglaterra, así como el Colegio de Cirujanos Generales de EE. UU. en 1964, en México fue publicada la Ley General para el control del Tabaco (Diario Oficial de la Federación, 2018).

Actualmente, la distribución de los distintos productos del tabaco está regulada bajo estrictas normas, entre estas está su prohibición legal para venderse a menores de edad. El consumo de tabaco trae consecuencias instantáneas como el debilitamiento instantáneo causado por hipoxia y aumento de ritmo cardíaco (Paredes, Orraca, Marimón, Casanova, & Véliz, 2015).

El tabaco es una droga de amplio uso en el mundo que, por la influencia de su principal sustancia adictiva, la nicotina, modifica la comunicación dopaminérgica y colinérgica, la cual influye en el sistema de recompensa cerebral y contribuye a formar adicción por quien la consume (Subramaniyan & Dani, 2015). También se le asocia con distintas enfermedades cancerígenas, el 82 % de los casos de cáncer de pulmón se le asocian a su consumo, esta sustancia es la primera causa prevenible de muertes en el mundo (León et al., 2015). Si la prevalencia de personas que fuman continúa creciendo como lo ha hecho, para el 2030 habrá más de ocho millones de muertes relacionadas con su consumo cada año, esto quiere decir que, para finales del siglo, el tabaco podría haber matado a 150 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2008).

No solamente afecta al cuerpo, afecta también individual y socialmente; aumenta el riesgo de consumir otras drogas, como el alcohol, altera también el ritmo de sueño, provocando interrupciones en éste e insomnio; da la sensación de relajamiento, lo cual es falso, pues sólo calma la ansiedad de no fumar (Zhao-Shea et al., 2015). Además, entre los daños cognitivos está la modificación de la actividad neuronal debido a la hipoxia, por lo que se reduce su tasa metabólica, baja la producción de adenosintrifosfato a través de fosforilación oxidativa. El metabolismo de la acetilcolina y de los aminoácidos neurotransmisores, la homeostasis del calcio y los niveles de catecolaminas se ven alterados, afectando a su vez la actividad neuronal, lo cual provoca alteraciones en el comportamiento que conllevan baja tolerancia a la frustración, cambios de humor y tendencia a la agresión (Noé-Díaz, García-Gómez, Sansores, & Ramírez-Venegas, 2014).

Dado que la exposición a la nicotina produce un alto impacto en las modificaciones del sistema de recompensa dopaminérgico, no se considera para la presente intervención el *abuso* de tabaco, dado que quien lo usa en un principio no depende de la sustancia, para después de su consumo frecuente pasar a la dependencia, con un periodo de abuso ausente en la mayoría de los casos, así como los casos de abuso poco frecuentes son también poco duraderos.

Alcohol.

El uso de alcohol es todavía más antiguo que el del tabaco, el primer producto derivado de la fermentación data de la prehistoria, lo que ahora derivaría en la producción

intencional de los licores más conocidos, como lo son el vino y la cerveza. La destilación permitió dar mayor potencia a los efectos de las bebidas; sin embargo, no representa condiciones esencialmente distintas a las consecuencias del alcohol fermentado. Las bebidas primitivas eran utilizadas como comida, medicina y euforizantes con connotaciones espirituales.

Para principios del siglo XIX, los términos de alcoholismo y embriaguez llegarían a remplazar a la del término borracho, éste asociaba su consumo como algo abrumador e irresistible. Con anterioridad al s. XIX se utilizaban más comunmente palabras como amor y afecto para referirse al consumo de alcohol, hoy día, quien se reconoce como un alcohólico no es reconocido como un amante de la bebida, sino que se reconoce un individuo que padece una enfermedad, específicamente una enfermedad crónica y degenerativa que puede derivar en su muerte (Organización Panamericana de Salud, 2015).

No sería sino hasta 1849 que Magnus Huss utilizaría el término alcoholismo para establecer un cuadro nosológico que incluye afecciones gastrointestinales, cardíacas, neurológicas y psiquiátricas asociadas al consumo abusivo de bebidas destiladas, no fermentadas, hasta aquel entonces consideradas saludables. Hacia 1964 la conducta manifiesta de alguien que desea consumir alcohol constantemente no se describiría por el término de habituación; sino que para esta fecha la Organización Mundial de la Salud lo reemplazaría por dependencia. En 1978, el término de alcoholismo en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9, es reemplazado por el de síndrome de dependencia al alcohol (Acero Sáez, 1995).

Las bebidas alcohólicas pueden clasificarse según su porcentaje de contenido etílico: bebidas fermentadas, con 5 a 15 % de contenido alcohólico, este tipo de bebidas son el resultado del reposo prolongado de ciertos vegetales o frutas con alto contenido en glucosa. La sacarosa contenida en el alimento se convierte en alcohol; por su parte, las bebidas destiladas con 25 a 60 % de alcohol, se obtienen al hervir bebidas fermentadas y eliminar el agua con la finalidad de lograr mayor concentración de alcohol (Parada, 2010).

Para el caso del alcohol, la pluralidad terminológica para los patrones de consumo dificulta definir con rigidez el objeto de intervención. Iniciando con el término *consumo de alcohol*, éste se refiere a la ingesta de cualquier tipo de bebida que contenga alcohol.

Debido a los distintos tipos de bebidas que existen, se de definiciones asociadas al facilitar comprender homogéneamente al alcohol, se entenderá posteriormente el consumo por unidad de bebida estándar el contenido de aproximadamente 13 g de alcohol puro diluido en alguna bebida, v. gr. 330 ml de cerveza al 5 %, 140 ml de vino al 12 % o 40 ml de otros licores fortificados al 40 % (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Giménez Costa (2011) revisa las distintas terminologías utilizadas para abordar el patrón de consumo que aquí es operacionalizado como *binge drinking*, adoptado al español como *consumo intensivo de alcohol* (Courtney, & Polich, 2009; Parada et al., 2011). Este patrón de consumo establece la ingesta en un periodo de dos horas de 5 o más unidades de bebida estándar para hombres y de 4 o más unidades de bebida estándar para mujeres (Wechsler, Dowdall, Davenport, & Rimm, 1995).

La estimación de 5/4 bebidas para el consumo intensivo de alcohol pretende asociarse a la concentración de alcohol en la sangre de .08 %, se dificulta establecer un criterio claro para determinar por medio de la cantidad de alcohol ingerida este nivel de concentración de alcohol en la sangre, puesto que estos niveles varían acorde al peso, tolerancia, ingesta de alimentos y otras variables; sin embargo, este es de los mejores indicadores para definir el consumo intensivo de alcohol (Lange & Voas, 2001).

Respecto a la frecuencia, el consumo intensivo de alcohol se distingue del consumo de riesgo y perjudicial por sus periodos de abstinencia. La discriminación de la periodicidad permite establecer el segundo gran criterio que distinguirá el objetivo de la intervención: la frecuencia de consumo. Si el consumo intensivo de alcohol se presenta en 5 o más ocasiones durante el último mes se considera un patrón de consumo frecuente (NIAAA, 2004a; Parada et al., 2011).

También el consumo de alcohol se caracteriza por el nivel de desarrollo de la región, en países con más desarrollo se tiende a patrones de mayor consumo; la cultura normaliza el consumo de alcohol al celebrar eventos importantes y estigmatiza la búsqueda de tratamiento para el abuso de alcohol; el contexto de consumo implica las vulnerabilidades a las que se expone quien consume alcohol al salir de casa, pues en estado de ebriedad se vuelve más peligroso conducir, por ejemplo; por último, la producción, distribución y reglamentación del alcohol involucran la disponibilidad de bebidas, la

regulación de precios, de los cuales la disponibilidad es absolutamente de fácil acceso, mientras que los precios también representan amplia accesibilidad al consumo (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Además, el consumo de alcohol en el continente americano se asocia con un 4.8 % del total de muertes, esta cifra supera al promedio mundial de 3.2 %; además es el principal factor de riesgo en la región por relacionarse a condiciones de salud concomitantes, desde mal desarrollo fetal por consumo de alcohol en el embarazo, daño físico por peleas, accidentes de auto, lesiones inintencionadas, depresión, enfermedades coronarias y dependencia (Rehm & Monteiro, 2005).

La clasificación del tipo de consumo del alcohol incluye tanto su uso como su abuso dado que en ambos casos no hay una dependencia a la sustancia tan alta como lo es en el caso de la nicotina. Pero se pasa más rápido a una fase de abuso, en que el uso de la sustancia se vuelve problemático y trae consigo consecuencias asociadas. Se descartan de atención todos aquellos casos en que se presente dependencia a la sustancia.

Cannabis.

Aunque el alcohol y el tabaco son las drogas de inicio más comunes en México, la tercera droga de inicio más frecuente es el cannabis (Villatoro et al. 2014). Además de ser ilícita, puede ocasionar síntomas de psicosis, eventos cerebrovasculares, disfunción cognitiva y dependencia (Rivera-Olmos & Palma-Bernal, 2016).

No solamente se ha posicionado como la tercera droga de inicio en adolescentes, sino que de 2014 a 2018, ha sido la principal droga que llevó a los usuarios de Centros de Integración Juvenil a recibir tratamiento (CIJ, 2018). En el caso de consumo del cannabis, también conocido como mariguana o mota, diversos estudios han demostrado su relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos similares (Kelley et al., 2016), ya que el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC) elimina la función del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico), el cual tiene funciones en la regulación de la conducta, equilibrando los niveles de dopamina en las áreas sinápticas y controlando la ansiedad y miedo. El THC elimina su función, provocando estados de felicidad, ansiedad y miedo sin motivo real (Renard, Rushlow y Laviolette, 2018).

Entre las consecuencias del consumo del cannabis están: el doble de riesgo de tener un accidente al conducir; unos de cada diez consumidores regulares desarrollan dependencia; además de duplicar la probabilidad de deterioro cognitivo y psicosis en la adultez (Ramo, Delucchi, Liu, Hall, & Prochaska, 2014).

Para el caso del cannabis, la atención brindada será dirigida únicamente a su abuso, dado que la definición de las distintas fases del consumo está ligada a los principios establecidos por las autoridades de la nación a la que se pertenece. En este caso, el consumo de productos del cannabis es ilegal, por lo tanto se pueden tener problemas legales en cualquier manera de consumo.

Aspectos culturales del consumo de sustancias.

El consumo de sustancias psicoactivas es un patrón conductual que data de hace más de 7,000 años. Se reconoce que el opio es la droga más antigua utilizada por los sumerios, tal como al peyote como la droga más antigua utilizada en el continente americano, que data de hace 6,000 años en México. A pesar de la antigüedad del uso de drogas, es relativamente corto el periodo desde el cual se comprende la adicción, pues hace apenas 200 años (Adovasio & Fry, 1976).

De ahí, que esta breve perspectiva histórica, permita esclarecer uno de los constructos más importantes este trabajo, el patrón de consumo de alcohol por los jóvenes, puesto que el patrón que un individuo sostiene permite establecer los objetivos de la presente intervención, la cual se desarrollará a partir de un modelo justificado tanto teórica como metodológicamente.

Las delimitaciones normativas de la sociedad establecen que ningún ciudadano mexicano menor de los 18 años puede consumir alcohol, lo que deriva en restricciones para la venta de este producto (DOF, 2009).

Efectos en la salud.

De las sustancias descritas, la más antigua es el alcohol, en el siglo XVI ya se reconocían los efectos del alcohol en las enfermedades mentales y otras consecuencias, Wernicke describe en 1881 una relación del alcohol con alteraciones del sistema nervioso

central. En los siglos XIX y XX los estudios médicos se enfocarían en la hepatología alcohólica; sin embargo, los más importantes estudios serían los epidemiológicos al relacionar la duración y cantidad de alcohol consumido con el deterioro del hígado. Tanto en los periodos de ley seca de Estados Unidos, como la ocupación alemana de Francia demostrarían su relación, ya que se redujo considerablemente la tasa de cirrosis hepática. En el siglo XIX también habría importantes descubrimientos que asocian el consumo de alcohol con cardiopatía (Martínez Ruiz, 2002).

Actualmente, la mayoría de las personas reconocen los perjuicios del consumo constante de alguna de las sustancias, principalmente por las lesiones que provoca en órganos y tejidos, cuyas consecuencias pueden ser crónicas o agudas. Entre las consecuencias agudas más comunes está el mareo por hipoxia al consumir tabaco, la alcoholemia que es el estado embriagador al que se está habituado observar a un sujeto que excedió su consumo de alcohol o un estado de aletargamiento al consumir cannabis; cuando se presenta una intoxicación grave, se pone en riesgo la vida del individuo, ya que puede derivar en edema cerebral, insuficiencia respiratoria central, así como otras complicaciones como neumonías por aspiración o traumatismos (Escotto, 1999).

Efectos en otros ámbitos de la vida: familiar, social, escolar

Resulta dificultoso determinar las consecuencias que el consumo de sustancias tiene en estos ambientes, ya que las consecuencias físicas son más tangibles, determinar la magnitud de efectos en ámbitos sociales no es tan claro. De acuerdo con el Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), el 28.5 % de los estudiantes ha tenido alguna consecuencia negativa por consumo de alcohol, destacando problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares.

Etiología del consumo de tabaco, alcohol y cannabis

Modelo biomédico.

Es durante el siglo XX que se consolidan las ideas centrales sobre las que girará posteriormente el concepto de alcoholismo y adicción: la predisposición biológica, la toxicidad, la tolerancia, la progresividad de la enfermedad, la falta de control para frenar el

consumo, la idea general de la adicción como una enfermedad del cerebro. También se adoptaría otro concepto, como el de recompensa, que en este texto será entendido como sistema de recompensa. El concepto de adicción inicia refiriéndose a lo neurobiológico sin sustentarse en evidencia y se consideraría su factor psicológico, tampoco con mucha evidencia. Es a mediados del siglo anterior en que se desarrollan modelos neurobiológicos que intentan explicar, en términos causales, la adicción como enfermedad del cerebro (White, 2000).

No será sino hasta las décadas de los 70 y 80s en que se descubrirían receptores opioides (Koob & Simon, 2009) y aparecerán técnicas de neuroimagen (Guardia, 2000), que traerán una densa inclinación por lo orgánico, considerando a esta metodología como la más sólida. Los nuevos descubrimientos y tecnologías en neurociencias permitieron la elaboración de un modelo construido a partir del estudio in vivo del cerebro, tanto del efecto de distintas drogas, como de fenómenos específicos. Posteriormente se vuelve necesario explicar constructos como la adaptación, neuroplasticidad y mecanismos de recompensa, por lo que se entendería como neuroplasticidad a la habilidad del sistema nervioso para adaptarse a distintas condiciones del ambiente, modificando las respuestas del sujeto con mayor velocidad de respuesta que los proporcionados por herencia congénita (Moizeszowicz, 2007).

El paradigma biomédico explicará evolutivamente cómo el ser humano se empeña en realizar conductas que deterioran su capacidad adaptativa y cómo la neuroplasticidad se limita al ser alterada por sustancias. Es aquí donde se compromete el sistema de recompensa, en que desvaloriza ciertos estímulos que ha sustituido por nuevas conductas que ponen en desventaja el cumplimiento de las funciones biológicas del individuo, como lo es su alimentación, por otras en que su sistema dopaminérgico está involucrado y recurre al medio más corto para ser excitado (de Sola, Rubio & Rodríguez, 2013).

Básicamente, este modelo identifica que la necesidad por una sustancia psicoactiva es una necesidad similar a una actividad básica que nos hace sentir recompensados; sin embargo, se somete al riesgo de desencadenar la dependencia, así como el sistema se adapta a altos niveles de dopamina con un esfuerzo relativamente bajo (Stoehr, 2006).

El modelo biomédico de la adicción, expuesto brevemente, hizo referencia a las generalidades para establecer un marco de dependencia fisiológica, pero no para el factor psicológico de la dependencia, el cual es reconocido hace 50 años por la OMS (1964) por las limitantes que tendría la aproximación expositiva de las adicciones. Esto será la pauta para la integración a este modelo de conceptos variados que incluirán el aprendizaje y contexto social, descrito como el modelo biopsicosocial.

Modelo sociocultural.

Además de la perspectiva biológica que se aborda en el modelo biomédico, la sociología ha aportado sustancialmente a dar una mirada más profunda de las adicciones, por medio de las aproximaciones cualitativas al fenómeno. Resulta también relevante este punto de vista que da cuenta de la comprensión de las prácticas socioculturales asociadas al consumo de alcohol. Pues reconoce desde sus usos sociales más amplios, como el uso de alcohol en celebraciones, rituales religiosos o actividades recreativas; hasta su consumo en otros ámbitos que se separan del consenso cultural, tal es el caso del abuso de esta sustancia en situaciones socialmente inaceptables, como el consumo por menores, en espacios públicos o su consumo en exceso (Romaní, 2007).

Este modelo también explora la pluralidad de situaciones en que se expresa el fenómeno de la adicción. De sus propuestas se rompe la etiqueta en que se enclaustra al consumidor; permite, por medio de la etnografía, estudiar los contextos culturales en los que se presentan las condiciones para que el uso y abuso de sustancias se presente, así como las connotaciones que el consenso social concede a quien las usa. Estas conductas, ya no serían solamente consideradas desviaciones, sino el producto de la alienación con la sociedad que el sujeto experimenta, de esta relación social y simbólica se materializaría el placer a través del consumo de sustancias (Becker, 1963 en Apud & Romaní, 2016).

El punto de vista ofrecido por la antropología social permite abordar con mayor claridad el último de los modelos, desde el cual se integrará la propuesta de este proyecto.

Modelo biopsicosocial.

Acabando de mencionar los aportes que los dos anteriores modelos brindan, por una parte, el biomédico conceptualiza el mecanismo de recompensa neurobiológico del alcohol, tal como el sociocultural rompe con las limitantes que presenta la aproximación biomédica con respecto a las adicciones, así como se presenta este modelo relativamente reciente para agregar los factores psicológicos a la definición de las adicciones, a incluir distintas categorías psicológicas para comprender la adicción. Este modelo ha brindado una mirada más compleja y transdisciplinaria en que admite la complejidad del fenómeno y la influencia de factores de riesgo y protección asociados no sólo biológicamente, sino que lo psicológico y social toman también un papel (García del Castillo, 2015).

Esta perspectiva toma su fuerza con los estudios de Zinberg (1984) en que propone una triada de efectos de las sustancias, en que no solamente las propiedades psicotrópicas de éstas, sino que propone el sujeto y contexto. Posteriormente, Alexander y Hadaway (1982) proponen que el diseño experimental en que exponen ratas a opiáceos está sesgado por el claustro de la jaula en que se encuentra, es decir, las condiciones de soledad de la rata no le permiten buscar otros sistemas de recompensa alternativos al consumo de agua con opiáceos. Es por ello que diseñan un *parque de ratas* en el cual demostrarían que el consumo de opiáceos de este grupo de ratas iba a ser significativamente menor que el de las enclaustradas.

Este famoso experimento en adicciones permitió a Bruce Alexander inferir que los individuos con una adicción no lo son simplemente porque fueron expuestos a la droga; sino que, como todo ser vivo, son seres adaptables que responden a su entorno con el repertorio de comportamientos y pensamientos con los que cuentan. Al ser limitado uno o el otro derivará en la exposición a las drogas y, sin medios alternos para reemplazarlas, permanecerá realizando estas actividades.

El psicólogo Stanton Peele (1990) realiza una crítica similar a la adicción como enfermedad neurológica, concibiéndola como consecuencia de la excesiva utilización de mecanismos normales de evasión, gratificación y alivio, usados cotidianamente para la supresión de ansiedades. Este cambio en el paradigma del consumo de sustancias sería el resultado de un movimiento epistemológico que fue abarcando distintos fenómenos sociales

en los que este modelo complementaría con resultados más eficaces (Apud & Romani, 2016).

Perspectivas teóricas para la cesación del consumo de tabaco, alcohol y cannabis

Teoría del aprendizaje social.

Tras el surgimiento de la teoría del aprendizaje social, el fenómeno del aprendizaje expuesto por las teorías de aprendizaje tradicionales no se limitaría a observar al comportamiento como resultado de las experiencias directas. Bandura (1977) postula que este aprendizaje, el cual incidirá en el cambio conductual, puede ocurrir con una base vicaria a través de la observación del comportamiento de otras personas y las consecuencias para ellos; sin que el individuo tenga que implicarse en el ensayo y error para aprender la conducta. Postula también que los procesos cognitivos superiores del ser humano lo habilitan a resolver problemas simbólicamente, sin tener que someterse a distintas alternativas. Así como una característica distintiva es la capacidad de crear influencias autoregulatoras, es decir, gestiona para sí mismo determinados estímulos a las actividades dadas y produce consecuencia para sus propias acciones (Bandura, 1971).

Puesto que dirigir el aprendizaje basado en ensayo y error para jóvenes consumidores de alcohol plantea serios problemas éticos, se recurre a la capacidad anticipatoria con la que los individuos prevén las condiciones del reforzamiento y, con ello, el mismo adelanto contingente a la recompensa genera un incentivo. Ese adelanto contingente que representa los resultados incorpora los motivadores para la actividad que el individuo está por desempeñar (Ibíd.).

Teoría de la conducta planificada.

Si en la teoría del aprendizaje social se habló de reforzamiento contingente y un reforzador que proceda a la conducta, es dificultoso presentar un reforzador en especie a quien realiza actividades recreativas sin el consumo de alcohol. Asimismo, cuando el individuo se encuentra en una actividad en que se aumenta la probabilidad de consumir alcohol, como lo son fiestas, lo más probable es que el instructor no se encuentre allí. Es

por ello que la capacidad autorreguladora del individuo en quien se interviene debe tomar lugar en su cognición.

La Teoría de la Conducta Planificada es propuesta por Ajzen (1991), complementando la teoría de la acción razonada, propuesta por Fishbein y Ajzen (1974). Esta teoría considera el supuesto de que la conducta surge, en gran medida, de la intención de realizarla y, a su vez, la intención se deriva de una constelación de constructos, los cuales se señala *norma subjetiva*, *control conductual percibido* y *actitudes hacia la conducta*.

Clarificando estos constructos, el pilar de esta teoría es la intención, por ésta se puede entender un factor motivacional que influencia la realización de una conducta; siendo el antecedente directo del comportamiento siempre que no existan serios problemas para controlarlo (Ajzen, 2002).

Junto a la intencionalidad, la predicción del comportamiento deriva del control conductual percibido, éste se refiere a la percepción del sujeto de las oportunidades y recursos de los que dispone para realizar la conducta, concretamente es la percepción de la facilidad-dificultad de realizar el comportamiento. Es bastante similar al concepto propuesto por Bandura de la *autoeficacia*, que se define como los juicios de cuan bien puede ejecutarse una acción para lidiar con situaciones prospectivas, las creencias de autoeficacia pueden influenciar la elección de actividades, preparación para una actividad, esfuerzo empleado en su realización, tanto como patrones de pensamiento y reacciones emocionales (Bandura, 1977). El control conductual percibido, junto a la intencionalidad, son utilizados en esta teoría para predecir el comportamiento.

Por su parte, el concepto de actitudes hacia la conducta se refiere al grado en que un individuo tiene una evaluación favorable o desfavorable del comportamiento en cuestión, la norma subjetiva se refiere a la presión social percibida para realizar o no el comportamiento. La validez estadística e influencia de estos constructos en la intención varían de acuerdo con la situación y a la conducta en cuestión (Ajzen, 2011).

En lugar de modificar actitudes a largo plazo en situaciones de accidentes de tráfico, cuando es realmente poco probable que el individuo cuente con un automóvil; o sugerir que

haya una pelea, cuando la posibilidad de que la haya en una fase temprana de consumo de alcohol es muy baja, incluso cualquier problema asociado al alcoholismo es prácticamente invisible en esta fase experimental del consumo de alcohol, pues no se ha integrado al estilo de vida del individuo y no representa una seria problemática en ninguna de sus esferas (Becoña, 2002).

Para el caso particular que atiende este proyecto de intervención, se identifican distintos trabajos realizados en Estados Unidos se ha explicado la asociación entre intencionalidad y uso de alcohol, así como la frecuencia de consumo puede ser explicada, además, el 76 % de la varianza en intención de usar alcohol es explicada por actitudes hacia la conducta, norma subjetiva y control conductual percibido (Marcoux & Shope, 1997).

Otros estudios han demostrado la capacidad predictiva de esta teoría en conductas de tabaquismo (Guo et al., 2007), en consumo intensivo de alcohol (Gabbadini, Cristini, Scacchi y Monaci, 2017; Norman, 2011), así como del consumo regular y excesivo de marihuana en adolescentes (Armitage, Conner, Loach, & Willetts, 1999; Malmberg et al., 2012) y en predecir por medio de la Teoría de la Conducta Planificada el comportamiento relacionado a la salud (McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011).

En un meta-análisis de las aplicaciones de la Teoría de la Conducta Planificada se propone agregar los constructos de afecto anticipado y de normas morales, los cuales se refieren a las perspectivas de sentir emociones positivas o negativas y a la percepción personal de lo correcto o incorrecto de realizar un comportamiento. Se demuestra que permiten ampliar 5 y 3 % de la varianza explicativa de la intencionalidad (Rivis, Sheeran, & Armitage, 2009).

Otros estudios más recientes han demostrado la validez predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en el consumo intensivo de alcohol en jóvenes (Collins & Carey, 2007). En el caso de Glassman, Braun, Dodd, Miller y Miller (2010), se determina la validez predictiva para la abstinencia, los bebedores sociales y los bebedores de alto riesgo, principalmente de las actitudes y la norma subjetiva, cabe mencionar que este estudio no relaciona el control conductual percibido con la intencionalidad.

Un modelo en que se propone el crecimiento en consumo riesgoso de alcohol es asociado por Collins, Witkiewitz y Larimer (2011) con la Teoría de la Conducta Planificada, el cual es capaz de explicar un 64 % de la varianza en la intencionalidad de consumo intensivo de alcohol y un 65 % de la intención de los picos de bebida. Las implicaciones que esta teoría tiene en la explicación de la etiología del fenómeno del consumo intensivo de alcohol enmarcan la intervención. Las actitudes pueden ser modificadas por las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol, así como enfrentarse a modificar las actitudes positivas. Distintas intervenciones han apuntado a las creencias y expectativas del alcohol a través de técnicas como la entrevista motivacional y el uso de ejercicios de balance decisional (Carey, Scott-Sheldon, Carey, & Demartini, 2007; Larimer, & Cronce, 2007). Entre otras alternativas sugeridas se puede sostener el rechazo auto-eficaz (Norman, 2011). Estas técnicas de intervención han sido propuestas para este proyecto, las cuales serán desarrolladas en el soporte teórico y aplicadas en el método.

Puesto que la perspectiva adoptada en la presente intervención al consumo inicial de tabaco, alcohol y marihuana es la orientación adaptativa, no se asume que el fenómeno de la adicción se da solamente por la exposición constante a la droga, sino que el sujeto expuesto al consumo de alguna droga tiende a volverlo una adicción si carece de otros sistemas de recompensa, como lo es la interacción social (Alexander & Hadaway, 1982), por lo que, como lo plantea Caballo (1993), es posible incidir en conductas adictivas por medio del entrenamiento en habilidades psicosociales, así ha sido demostrado en estudios que comprueban su efectividad al reducir intenciones de consumo de alcohol, aumentar comportamientos asertivos, y resistencia a la presión de pares (Weichold, Giannota, Silbereisen, Ciairano, & Wenzel, 2006).

La prevención como estrategia antecedente al tratamiento

Los medios para intervenir en la prevalencia de consumo de sustancias, es posible clasificar a los programas y políticas en cuatro tipos de intervenciones preventivas: a) políticas públicas que regulan la disponibilidad de alcohol, como la edad mínima para su consumo; b) leyes que controlan el comportamiento relacionado con el alcohol, por ejemplo, la prohibición de conducir en estado de ebriedad; c) medidas de seguridad ambientales, como espacios comunitarios pensados para ser lugares donde se realicen

actividades recreativas alternas al consumo de alcohol; d) programas de prevención primaria, como los talleres en escuelas encaminados a prevenir el uso de sustancias (O'Neal & West, 2015).

De la clasificación expuesta anteriormente, las primeras tres categorías son de carácter macrosocial enfocadas en leyes y políticas públicas. La última categoría es de carácter microsocia, la cual corresponde al marco de aplicación del ejercicio profesional de la psicología. El sustento para realizar la prevención se basa, principalmente en atender los factores de riesgo y protectores que anteceden al fenómeno, ya que estos factores aumentan o reducen la probabilidad de que aparezca el problema (Fernández Ríos & Gómez Fragueta, 2008).

El problema que se pretende anticipar es la adicción del individuo, por lo que la estrategia correspondiente es la prevención. Caplan (1964) propone conceptualizar la prevención en primaria, secundaria y terciaria. Esta perspectiva es utilizada para distintas estrategias de salud pública; sin embargo, Gordon (1983) se enfocó en definir la prevención para individuos que no sufrieran ninguna discapacidad de la enfermedad o aún pudiera prevenirse un trastorno en el curso de la intervención, por lo que propuso una clasificación de la prevención en 3 distintos objetivos basados en la eficacia que representan: la prevención universal que puede ser ofrecida a toda la población; la prevención selectiva que incluye estrategias a grupos con características que son potencialmente más vulnerables a la problemática a prevenir; y la prevención indicada se dirige a individuos identificados con una notable vulnerabilidad al trastorno, en este caso la adicción, pero que actualmente es asintomático.

Prevención indicada.

Parece claro distinguir entre el papel del tratamiento y el de la prevención en el uso de sustancias, ya que aquél se basa en rehabilitar al individuo, mientras ésta pretende que el problema no surja. Aunque este trabajo parece estar en frontera con el tratamiento y la prevención, debe destacarse que se enfoca en la fase inicial del proceso de adicción (Becoña 2002). Debido a ello, se realiza una prevención indicada, que difiere del tratamiento ya que no se plantea rehabilitar al individuo, sino evitar que continúe el uso progresivo de la sustancia. La prevención indicada se aplica en una fase experimental en la

cual el joven usa sustancias sin integrarlas a su estilo de vida, por lo tanto, puede prevenirse la consolidación de este hábito antes de generar dependencia.

Intervención breve

Sumado a distintas estrategias para reducir el consumo de sustancias, la intervención breve es una intervención realizada por un profesional de la salud, generalmente un psicólogo, su característica esencial es el tiempo relativamente corto en que se realiza, además de incluir una evaluación inicial que revisa aspectos globales del individuo, incluye sesiones cuyo objetivo principal es incentivar el cambio del individuo a través del incremento de su motivación y el fortalecimiento de sus propios recursos. Se conforma de 1 a 6 sesiones, cuya duración no supera los 60 minutos (Heather & Kaner, 2001).

La opción de realizar una intervención breve debe tomar en cuenta características que diferencian su aplicación, las cuales pueden brindar resultados más favorables al objetivo, estas características pueden ser divididas en cuatro: a) por su modalidad, la intervención puede ser entrevista motivacional o terapia cognitivo-conductual; b) por componentes específicos, como brindar consejo, realimentación normativa personalizada, ejercicios de balance decisional, resolución de problemas o establecimiento de metas; c) el lugar en el que la intervención se aplica, ya sea en salas de atención primaria, consultorio médico, centros comunitarios o escuelas; d) por la manera en que se proporciona la intervención, la cual puede ser cara a cara, grupal o a distancia (Winters & Leitten, 2007).

Entrevista motivacional

Haciendo uso del modelo transteórico de las fases del cambio, Miller y Rollnick (2013), desarrollan la entrevista motivacional, cuyo principio es inclinar la balanza de la ambivalencia del individuo hacia la toma decisional de hábitos saludables, este cambio se formula a través de aumentar y dirigir la motivación del entrevistado para que realice el cambio por su propia cuenta hacia las metas que él mismo se trazó.

Por lo que utilizar una estrategia como la propuesta por Miller y Rollnick se basa en incentivar el cambio del comportamiento de los adolescentes a través de un estilo de

comunicación basado sobre todo en la guía. Se distingue este estilo de comunicación del estilo directivo en que no pretende mandar o brindar consejos profesionales para que las personas “aprendan de la pericia del profesional”, sino que pretende que el individuo, por medio de sus propios recursos, identifique la meta que quiere alcanzar y trace su propio camino y estrategias para alcanzar dicha meta.

Construir motivación y compromiso

Difícilmente una conducta está regida por un absoluto convencimiento para realizarla. Existe una constelación de pensamientos que anteceden a la conducta, los cuales apenas pudiera decirse que todos estos pensamientos están en completa sintonía para sustentar la conducta. Estas diferencias entre pensamientos sobre una conducta, que pueden ser pequeñas o enormes, se les llama ambivalencia, en el ámbito de consumo de sustancias es casi imposible encontrar a un individuo que ha iniciado el consumo de sustancias y desconozca las consecuencias negativas de su consumo, que haya pasado por un problema al menos con consecuencias mínimas o jamás haya escuchado a alguien importante para él desaconsejar el uso de la sustancia.

La ambivalencia, antes que ser un estado de confusión, resulta la parte esencial de donde la entrevista emocional obtiene sus recursos para superponer los pensamientos que obstaculizan el uso de sustancias. Especialmente es favorecedora porque, como se mencionó antes, es casi imposible coincidir con un individuo en absoluto convencido que ninguna consecuencia negativa habrá de su consumo. El rol del agente que interviene es el de identificar estos pensamientos negativos del uso de la sustancia para empoderarlos y así favorecer la predisposición del individuo al cambio.

Enfocar la meta.

Después de haber construido la base para motivar al cambio debe enfocarse concretamente el lugar que se quiere alcanzar. Ya que las metas pueden no ser muy claras para el participante, la entrevista motivacional debe enfocarse el proceso para guiar y mantener la dirección. La entrevista motivacional supone un sentido de dirección, para alcanzar metas específicas y alcanzables.

El enfoque hacia la meta puede ser dirigiendo, siguiendo o guiando al participante. Esto depende de su grado de motivación del participante. Si se dirige se pueden alcanzar en corto tiempo metas muy concretas; sin embargo, para incidir en el cambio de la conducta, el estilo directivo tiene serias limitantes. Por su parte, el extremo opuesto de la dirección sería el seguimiento, en estos casos se hace sobre todo un acompañamiento a quien tiene una meta seriamente fijada y su enfoque resulta claro. Por otra parte, un equilibrio entre los dos opuestos anteriormente mencionados es la guía, la cual promueve la búsqueda de dirección como un trabajo colaborativo elaborado por las dos partes.

Evocar el cambio.

Entre los supuestos fundamentales de la entrevista motivacional está el hecho de que el terapeuta no crea nada en el usuario, sino que evoca pensamientos que siempre estuvieron en el participante. Para ello se utiliza la plática de cambio, la cual consiste en incluir argumentos a favor del cambio como declaraciones automotivacionales, así se aumenta la disposición que un sujeto tiene para cambiar sus pensamientos y conducta.

La plática del cambio tiene una frase preparatoria en la que se fortalece el deseo, las habilidades, razones y necesidades del individuo para cambiar. Posteriormente la plática de cambio se enfoca en movilizar al individuo, mediante el compromiso, la activación y los pasos a seguir para lograr el cambio que previamente se enfocó.

Planificar.

Una vez que se contempló la necesidad de un cambio, se clarificó hacia dónde se quiere llegar y las declaraciones del individuo están enfocadas en razones y habilidades para generar un cambio, entonces el individuo está preparado para realizar un plan que lo lleve a su meta. Mientras más clara sea la meta, más sencillo será planificar cómo llegar ahí.

La planificación consiste en describir los pasos a seguir, observando los pros y contras del camino que ha decidido tomar, el costo de sus decisiones, así como el beneficio que le traerán. Además, se pretende que vislumbre cuáles son las posibles causas de recaída para así poderlas anticipar.

Otras técnicas de intervención

Para categorizar las distintas técnicas de intervención a consumo de alcohol, se recurre a la Norma Oficial Mexicana 028, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, la cual reconoce cuatro distintos modelos de intervención: 1) el modelo de ayuda mutua, en el que se agrupan individuos con patrones de consumo similares; 2) el modelo profesional, brindado por un profesional de salud; 3) el modelo mixto combina la ayuda mutua con la profesional; 4) y los modelos alternativos que basan sus prácticas que, sin poner en riesgo la integridad del individuo, intervienen con diferentes métodos a los mencionados anteriormente (DOF, 2009).

Modelos de Ayuda Mutua.

La ayuda mutua, también reconocida como grupo de ayuda mutua, es un modelo sanitario que cobró especial interés a mediados del siglo pasado, en que un grupo de personas con una patología similar se reúnen y refuerzan sus conductas positivas, así como brindan apoyo uno al otro para superar su patología. Estos grupos surgen debido a la desatención profesional a diversas patologías y tras el paso de los años y de la consolidación de la respuesta profesional ante las problemáticas sanitarias, estos grupos no se han disuelto, sino que han cobrado fuerza y se han integrado a la ayuda profesional (OMS, 1987), por lo que aquí se destacan dos principales modelos de ayuda mutua a los que se considera viable integrar a la intervención.

Modelo de los 12 pasos.

Por su antigüedad, el modelo de autoayuda más reconocido es el programa de 12 pasos, propuesto en Estados Unidos en 1935 por Alcohólicos Anónimos, la asociación de ayuda mutua voluntaria más grande en el mundo. El surgimiento de este modelo puede relacionarse con el método más efectivo y drástico utilizado por este país, la ley seca de Estados Unidos, que prohibía la fabricación, transporte y venta de bebidas alcohólicas, con la intención de reducir el consumo de alcohol, dicha ley tendría vigencia de 1920 a 1933, el éxito del método de prohibición de bebidas alcohólicas se comprometió al aumento de la tasa de violencia tanto como criminalidad y, por otra parte, esta regulación imposibilitaba el seguimiento de la problemática a consumidores de alcohol (Hall, 2010).

Se habla de modelo de recuperación de los Doce Pasos para referirse al programa de tratamiento que ofrece Alcohólicos Anónimos, que predica la abstinencia absoluta animando a sus miembros a buscar fortalezas fuera de sí mismos, ya sea por la evocación a un poder superior, a adoptar valores espirituales o a realizar una serie de prácticas. Encima, se asisten a reuniones con personas que presentan patologías similares, comparten un bagaje de lecturas y realizan aportes a la comunidad. Estos grupos basados en los doce pasos se proveen ayuda mutua por medio de otros individuos que comparten las mismas preocupaciones y se proveen tanto de apoyo emocional como estratégico (Borkman, 2008).

Modelo Minnesota.

Este modelo es también conocido como el modelo de abstinencia, fue creado en la década de 1950 por dos trabajadores de los hospitales Hazelden y Willmar State Hospital en Estados Unidos, crearon las pautas de este modelo incluso antes de convertirse en profesionales de la salud, uno sería psicólogo y el otro psiquiatra; a pesar de no tener ninguna experiencia en el tratamiento a las adicciones, o al consumo de alcohol, quedaría establecido uno de los modelos más difundidos de ayuda mutua. (Anderson, McGovern, & DuPont, 1999; Borkman, 2008).

Este modelo de intervención es utilizado por diversas instituciones sanitarias en que se da tratamiento a otras drogas además del alcohol. Su modalidad es preferiblemente intensiva y en régimen de internamiento, dichos sujetos serán supervisados por profesionales sanitarios. Este modelo recurre a la metodología de los doce pasos, incluyendo a un consultor que narra, desde su propia experiencia, cómo se ha recuperado de la adicción. El modelo Minnesota pretende integrar los aportes que da la psicología al aplicar técnicas del modelo cognitivo conductual, entrevista motivacional, mindfulness, psicodinámica, etc. (Slaymaker & Sheehan, 2008).

Este modelo ha demostrado ser un tratamiento favorable para los resultados en el abuso de sustancias, aumentando su efectividad casi 3 veces más cuando al someterse al tratamiento se llega a su término y no lo realiza de manera parcial, así como se encuentran diferencias significativas entre los pacientes residenciales y los pacientes externos, aumentando la efectividad en los grupos que estaban internados en la institución (Winters, Stinchfield, Opland, Weller, & Latimer, 2000).

Modelos Profesionales.

De estos modelos se encuentran los que utilizan los profesionales de la salud para favorecer la cesación al consumo de alcohol. Se consideran dos grandes grupos: el de la medicina y el de la psicología, se aborda brevemente el uso del modelo médico para la intervención en el consumo de alcohol.

Puesto que en el presente escrito no se considera el trastorno por consumo de alcohol en la población a la que se dirige, se prescindirá de extenderse en los aportes que la medicina hace, puesto que la medicación que se ha desarrollado se enfoca en las personas con este trastorno particular de dependencia al alcohol, para el cual, el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2017), señala el uso de tres distintos medicamentos, señala el uso de disulfiram, que genera náuseas y enrojecimiento de la piel al beber alcohol; naltrexona para el bloqueo del sistema de recompensa del sistema nervioso al beber alcohol; y el acamprosato evita la ansiedad que produce el síndrome de abstinencia.

La prevención basada en evidencia científica surge a partir de la investigación del desarrollo humano, la epidemiología comunitaria y los primeros intentos de intervenciones preventivas. La principal premisa de esta práctica se basa en la verificabilidad de los factores predictores del fenómeno de intervención y su prevención es lograda eliminando o reduciendo estos factores de riesgo, así como la promoción de factores protectores en los individuos y su ambiente en el curso de su desarrollo (Kellam & Rebok, 1992).

Los principios básicos que se postulan para la consideración de un programa preventivo son divididos en 3 ejes: las características del programa, la coincidencia del programa con la población diana y la implementación y evaluación del programa en sí. Las características del programa incluyen su comprensibilidad, la inclusión de métodos variados de enseñanza, proveen la suficiente *dosis*, están conducidos por teoría y proveen oportunidades para relaciones positivas; relacionados a la coincidencia del programa con el grupo diana son que están en tiempo apropiado y son socioculturalmente relevantes; asociados a la implementación y evaluación está la evaluación (formativa y sumativa) y un personal bien entrenado (Nation et al., 2003).

Las limitantes de los programas preventivos son costumbres que los estudiantes presentan asociadas al consumo intensivo de alcohol, tal como lo son generalmente la presencia de alcohol en celebraciones (Lilja, Wilhelmsen, Larsson y Hamilton, 2003).

Modelo Cognitivo-conductual.

Este modelo considera que a la personalidad del individuo se constituye a partir de sus interacciones, quien es concebido con una herencia cultural y familiar, para posteriormente intercambiar su sistema de creencias y cogniciones con su entorno social. Puede entenderse la adicción desde este enfoque adoptando cómo los pensamientos y emociones interactúan para formular creencias, las cuales pueden ser irracionales y causar sentimientos negativos. De ahí derivarán estados patológicos como ansiedad, depresión y, en este caso particular, la adicción (Beck, 2008).

En sus inicios, el tratamiento cognitivo-conductual se desarrolla para problemáticas en que los individuos estuvieran altamente motivados para realizar el cambio, como lo es en estados depresivos o ansiosos, este modelo se extendería a otros problemas como lo es el uso de sustancias, por lo que se propuso el desarrollo de nuevas estrategias que fortalecieran la motivación al cambio, con ello se postuló la entrevista motivacional como uno de los principales recursos para la aplicación de este modelo en adicciones (Miller & Rollnick, 2013).

Al aplicar el modelo cognitivo-conductual, puede entenderse su aplicación por medio de tres etapas en que se concientiza y analiza el problema de la adicción, se psicoeduca para entender los factores cognitivo-conductuales del problema y se elabora un plan de trabajo en que de manera gradual se concientiza del problema de la adicción y sus repercusiones por medio del uso estrategias de reestructuración cognitiva, como el diálogo socrático asociado a la entrevista motivacional (Beck, Newman, & Wright, 1999).

Un principio de la psicoterapia plantea que los fenómenos complejos demandan intervenciones complejas, es por ello que al abordar las adicciones no se requiere únicamente una modalidad de abordaje, sino que la integración de la práctica basada en el modelamiento será integrada para elaborar un plan efectivo de intervención, puesto que la intervención por medio de entrenamiento en habilidades psicosociales permite trabajar

factores como la autoestima y autoeficacia que permitirán al sujeto tener mayor autocontrol y seguimiento de metas (Botvin & Kantor, 2000).

Psicoeducación.

La psicoeducación es la enseñanza de diversos factores y técnicas psicológicas para que el individuo que se está psicoeducando pueda contar con las competencias necesarias para que él mismo pueda favorecer su salud mental y pueda lidiar con los factores que la afectan. Se fundamenta en que el individuo es capaz de poder crecer y desarrollarse constantemente por su cualidad de tener voluntad por sí mismo (Vizcarra & Dionne, 2008).

Los autores previamente mencionados destacan que la psicoeducación no solamente hace un recuento de las vulnerabilidades que exponen al individuo; sino que busca incidir en sus fortalezas a partir de los recursos con los que cuenta, proporcionándole asimismo un mayor repertorio de competencias que lo habiliten a su desarrollo. Los recursos que proporciona la psicoeducación para la construcción integral del sujeto han permitido realizar políticas públicas en las que se basan los medios de comunicación a nivel gubernamental para promocionar la salud mental.

Este medio de promoción de salud mental aplicado al consumo de alcohol permite proponer desde lo expuesto por Martínez, Contreras, Kalawski y Martínez (2006) que los integrantes del grupo en que se aplica la psicoeducación compartan experiencias en común, para generar empatía y aprender de las vivencias de otros, esto favorece a una mejor adhesión grupal, facilitando el trabajo de la intervención. Educar al individuo evita el agravamiento de dificultades en su entorno biológico, psicológico y social, así como pretende volverlo consciente de su estado de salud, conocer cómo es que se expone y vuelve vulnerable ante los factores de riesgo. Este modelo que tanto valora la capacidad de autocuidado del individuo supone que es fundamental para el proceso de intervención que se vuelva consciente y comprenda el problema en el que está implicado, con ello favorecer el compromiso a participar en la intervención.

Capítulo II: Metodología

Objetivos de la intervención

Objetivo general

El objetivo general de la intervención es analizar la eficacia de la intervención breve para reducir el consumo inicial de tabaco, alcohol o cannabis por adolescentes, a través del fortalecimiento de la autoeficacia frente al consumo.

Objetivos específicos

1. Detectar estudiantes de preparatoria que consumen tabaco, alcohol o cannabis.
2. Aplicar la adaptación de un programa de intervención breve motivacional a estudiantes de preparatoria consumidores de tabaco, alcohol o cannabis para fortalecer su autoeficacia frente al consumo.
3. Evaluar los resultados de la intervención.

Hipótesis

La frecuencia de consumo de tabaco reportada por el bloque tabaco del grupo experimental a tres meses de seguimiento se reduce significativamente respecto a la línea base.

La frecuencia de consumo de alcohol reportada por el bloque alcohol del grupo experimental a tres meses de seguimiento se reduce significativamente respecto a la línea base.

La frecuencia de consumo de cannabis reportada por el bloque cannabis del grupo experimental a tres meses de seguimiento se reduce significativamente respecto a la línea base.

La diferencia de la media de consumo de tabaco entre la línea base y el seguimiento a tres meses es estadísticamente significativa entre el bloque tabaco del grupo experimental y el bloque tabaco del grupo control.

La diferencia de la media de consumo de alcohol entre la línea base y el seguimiento a tres meses es estadísticamente significativa entre el bloque alcohol del grupo experimental y el bloque alcohol del grupo control.

La diferencia de la media de consumo de cannabis entre la línea base y el seguimiento a tres meses es estadísticamente significativa entre el bloque cannabis del grupo experimental y el bloque cannabis del grupo control.

La autoeficacia reportada para resistir el consumo de tabaco en los participantes del bloque tabaco del grupo experimental presenta diferencias significativas respecto a su comparación entre la línea base y su comparación a 3 meses.

La autoeficacia reportada para resistir el consumo de alcohol en los participantes del bloque alcohol del grupo experimental presenta diferencias significativas respecto a su comparación entre la línea base y su comparación a 3 meses.

La autoeficacia reportada para resistir el consumo de cannabis en los participantes del bloque cannabis del grupo experimental presenta diferencias significativas respecto a su comparación entre la línea base y su comparación a 3 meses.

La diferencia entre la autoeficacia reportada en la línea base y a tres meses de seguimiento es significativamente diferente entre el bloque tabaco del grupo experimental y el bloque tabaco del grupo control.

La diferencia entre la autoeficacia reportada en la línea base y a tres meses de seguimiento es significativamente diferente entre el bloque alcohol del grupo experimental y el bloque alcohol del grupo control.

La diferencia entre la autoeficacia reportada en la línea base y a tres meses de seguimiento es significativamente diferente entre el bloque cannabis del grupo experimental y el bloque cannabis del grupo control.

Existe una correlación negativa entre el aumento del indicador de autoeficacia y el cambio en la frecuencia de consumo de consumo del bloque tabaco del grupo experimental.

Existe una correlación negativa entre el aumento del indicador de autoeficacia y el cambio en la frecuencia de consumo de consumo del bloque alcohol del grupo experimental.

Existe una correlación negativa entre el aumento del indicador de autoeficacia y el cambio en la frecuencia de consumo de consumo del bloque cannabis del grupo experimental.

Enfoque

El enfoque desde el cual se aborda este proyecto de intervención es el cuantitativo, ya que la evaluación de la efectividad del programa aplicado se basó en la observación de datos objetiva y neutral (González, 2003). Hernández, Fernández y Baptista (2010) valoran al enfoque cuantitativo como el más apropiado para para estimar el efecto de una intervención como la presente, dado que permite corroborar las hipótesis planteadas desde el análisis estadístico entre instrumentos de medición psicológica.

La fundamentación epistemológica en el que este estudio se basa es el positivismo, el cual asume que la realidad se puede observar, contenerse mediante unidades y ser analizada entre unidades para realizar un examen sistemático de los datos recopilados (Castro, Castro, & Morales, 2016), estos datos se obtienen a partir del reporte que los participantes expongan respecto a la frecuencia e intensidad con la que consumen sustancias, es decir, se ha basado en medir la conducta como fin último de la intervención. Por ende, las declaraciones realizadas se limitan a lo que la compilación y análisis de datos permitan observar de manera objetiva, sin hacer inferencias a partir de otros datos que no hayan sido recopilados dentro del sistema propuesto.

Alcance

En el presente trabajo, las mediciones realizadas a partir de la intervención permitieron analizar los resultados con un alcance explicativo, pues se fundamenta en detallar los valores medidos antes y después de la intervención para estimar la efectividad de la intervención realizada, por lo que pueden atribuirse los cambios conductuales a la influencia de dicha intervención (González, Escoto, & Chávez, 2017). Asimismo, se estima

el efecto que el programa tuvo para modificar la conducta relacionada con el consumo, así como la autoeficacia para afrontar situaciones en las que se tiene poca confianza para rechazar el consumo de sustancias.

Tipo

A su vez, la investigación es de tipo aplicada, la cual, de acuerdo con González, Escoto y Chávez (2017), tiene por propósito fundamental contribuir a la solución de un problema cuyas consecuencias sociales son evidentes. Dicho problema, planteado en el principio de este documento, es el consumo inicial de sustancias, el cual se pretende intervenir por medio de la aplicación práctica del programa planteado. En otras palabras, este tipo de método busca comprobar la efectividad de las aplicaciones prácticas que tiene la teoría ya formulada.

Por su parte, de acuerdo con su modelo de orientación psicológica, es una intervención de tipo programa, la cual implica el diseño completo desde la identificación hasta la intervención directa a los individuos que se hayan identificado. Asimismo, su aplicación es de cara a cara, ya que tanto la entrevista inicial como la aplicación de la intervención breve son dados de manera individual a cada uno de los participantes (Bisquerra, 2006).

Diseño

Para estimar la efectividad del programa se utilizó un diseño cuasi experimental pre-post, con grupo experimental y otro control, ya que este diseño permite revisar el impacto de la intervención por la comparación de una medida previa y otra posterior a su aplicación en el grupo que se aplicó la intervención y otro no (León & Montero, 2006). Se tiene planeado medir las diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control 3 meses después de la sesión de intervención, dadas entre el 21 de septiembre y el 11 de octubre de 2018, para estimar el efecto que la intervención haya tenido sobre los niveles de consumo de la sustancia principal.

Los posibles participantes fueron detectados mediante tres medios: la aplicación del POSIT; por referencia de otra Institución, la cual realizó su propio tamizaje para detección

de uso de tabaco en los últimos 30 días; y por referencia de la orientadora de la preparatoria se identificaron casos que no hubieran sido detectados por los dos medios anteriores. De 64 candidatos detectados, 49 de ellos decidieron participar voluntariamente y cumplieron con los criterios de inclusión descritos en la sección de población. Se asignaron 24 participantes al grupo control y 25 al grupo experimental.

El grupo experimental fue atendido entre el 21 de agosto y el 11 de octubre de 2018. Tres meses posteriores a la intervención se aplicaron del 14 al 30 de enero de 2019 la línea base retrospectiva y el cuestionario de confianza situacional a un total de 44 participantes, 23 en el grupo experimental y 21 en el grupo control. Para estimar la cantidad de tabaco, alcohol o cannabis consumida en los siguientes 90 días posteriores a la intervención.

Población

En Ciudad Juárez existen 54,521 estudiantes de educación media-superior, lo que representa el 69.2 % de la cobertura a la población local en este rango de edad. Estos estudiantes están matriculados en 132 escuelas preparatorias (Plan Estratégico de Juárez, 2017). De estos estudiantes, distintas encuestas realizadas utilizadas para estimar el consumo de sustancias no presentan diferencias significativas respecto a otros individuos en el mismo rango de edad que no estudian o que trabajan (Bustos, Villatoro, Oliva, López, Fregoso y Medina-Mora, 2017), por lo que la intervención en el sector escolarizado representa una muestra representativa de la tendencia normal de comportamiento en adolescentes. La población de estudio se encuentra en una escuela preparatoria privada, con una población estimada de 388 estudiantes.

Los criterios de inclusión para ingresar al programa de intervención son contar con una edad entre 14 y 18 años, ser estudiantes regulares de la institución y haber consumido alcohol, tabaco o cannabis en los últimos 6 meses; se excluyen aquellos que presenten indicadores de dependencia a la sustancia, que por voluntad no quieran participar o que su consumo de sustancias conlleve otra problemática que escape a las capacidades del agente, como intento suicida, abuso sexual, etc.

Muestreo

Para realizar la intervención se acudió a dicha institución de educación media-superior. Se recurre a un muestreo a propósito (León & Montero, 2006), el cual consiste en elegir a la muestra intencionadamente desde las posibilidades de quien realiza la intervención, así como la población elegida está limitada a criterios de uso de sustancias.

Para elegir a los participantes se utilizó la selección aleatoria por bloques, que consiste en invitar a participar voluntariamente a aquellos jóvenes en un rango de edad de 14 a 18 años, que presenten un patrón de consumo inicial de tabaco, alcohol o cannabis. Se eligió al grupo experimental y control de acuerdo con la voluntariedad para participar. Para considerar la homogeneidad entre los grupos se sometió a una prueba de χ^2 , para establecer una línea base que permita descartar diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control (Ibídem).

Se aplicó a 388 estudiantes de preparatoria la adaptación de la prueba POSIT para consumo de sustancias, de los cuales se recuperaron 41 casos en los que se hubiera puntuado al menos 1 en la prueba, lo que quiere decir que existe algún problema por haber consumido alcohol alguna vez. Asimismo, por parte de otro tamizaje al consumo de tabaco, ajeno a este programa, se refirieron 19 casos de jóvenes que hubieran fumado durante los últimos 30 días, asimismo, la Coordinación refirió a 14 estudiantes más para participar en la intervención.

Participantes

De estos 49 participantes se asignó a 25 al grupo experimental y 24 al grupo control. La edad promedio de los 25 participantes del grupo experimental fue de 16.6 años ($\sigma=.943$), mientras que del grupo control fue de 16.7 años ($\sigma=.908$). El grupo experimental estuvo conformado por 18 varones y 7 mujeres, mientras que el grupo control estuvo conformado por 13 varones y 11 mujeres. Del grupo experimental, sustancia que más les preocupaba o más desean abandonar fue 8 participantes para tabaco, 13 para alcohol y 4 para cannabis; mientras que en el grupo control 7 para tabaco, 16 alcohol y 1 persona que consume cannabis, como puede observarse en la tabla 1.

Lo que respecta a la distribución de los participantes del grupo experimental en los grados escolares, 9 de ellos se encuentran en 1er semestre y 16 en 3er semestre de preparatoria. Asimismo, 4 de ellos trabaja, 13 vive con sus padres, 11 con uno solo de sus padres y 1 de ellos tiene otra composición familiar. En la tabla 2 se puede revisar dicha información.

Tabla 1.
Características de los grupos.

	Grupo experimental	Grupo control
Edad promedio	16.6 ($\sigma=.943$)	16.7 ($\sigma=.908$)
Varones	18	13
Mujeres	7	11
Principal sustancia tabaco	8	7
Principal sustancia alcohol	13	16
Principal sustancia cannabis	4	1

Tabla 2.
Características sociodemográficas de los participantes del grupo experimental.

Grado escolar	Trabaja	Vive con ambos padres	Vive con uno sólo de sus padres	Otra composición familiar
1	1	3	6	0
3	3	10	5	1
Total	4	13	11	1

Por su parte, la distribución de los participantes del grupo control en los grados escolares es de 7 en 1er semestre, 8 en 3er semestre, 1 en 4to semestre y 8 en 5to semestre de preparatoria. También, en este grupo uno de los participantes trabaja, 13 vive con sus padres y 11 con uno solo de sus padres. En la tabla 3 se puede revisar dicha información.

Tabla 3.
Características sociodemográficas de los participantes del grupo control.

Grado escolar	Trabaja	Vive con ambos padres	Vive con uno sólo de sus padres	Otra composición familiar
1	0	4	3	0
3	1	4	4	0
4	0	0	1	0
5	0	5	3	0
Total	1	13	11	0

Consideraciones éticas

El desarrollo de esta intervención respeta los límites establecidos por la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; así como lo establecido para los criterios en la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. De acuerdo con el apartado 3.18, este programa de intervención se plantea como una intervención educativa para la salud, puesto que es un proceso que permite, mediante el intercambio y análisis de información, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes que se asocian al cuidado de la salud (DOF, 2009).

Considerando el sexto apartado de la Norma Oficial Mexicana, se entiende a esta intervención preventiva como el conjunto de acciones dirigidas a frenar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o cannabis, incentivar la disposición al cambio, así como limitar daños asociados a consumo de dicha sustancia por medio de la formación de estrategias que permitan al participante tomar conciencia de los antecedentes directos de su consumo. La información prestada siempre se asociará al consumo y adicciones como un problema de salud pública, cuya incidencia contempla factores de riesgo y la existencia de factores protectores asociados a la no-incidencia en el consumo intensivo de alcohol, prestando atención prioritaria a grupos que sean considerados de alto riesgo (DOF, 2009).

Ya que un grupo es experimental y el otro es de control, quiere decir que al primer grupo le fue aplicada la intervención y al segundo solamente se le evaluó anterior y posterior a la intervención, pero sin recibir intervención. Para resolver la cuestión ética, el instructor se intervino con los participantes del grupo control en un momento inmediatamente después de la evaluación posterior.

La intervención fue aplicada una vez obtenido el consentimiento informado por parte del participante y de su familiar más cercano en vínculo, o representante legal, dicho consentimiento incluyó la información suficiente para que los participantes pudieran decidir participar voluntariamente o no (DOF, 2012).

En casos en los que los recursos de la intervención no fueron suficientes para riesgo suicida o violencia familiar, se refirió al participante hacia otro establecimiento que asegure su tratamiento, entregándosele una hoja de referencia con datos generales del

establecimiento y un resumen del caso que incluyó el motivo de envío y el nombre completo con firma del responsable que realizó la referencia (DOF, 2009).

Concerniente al procedimiento de intervención, se basó en los principios del Código Ético del Psicólogo, siendo estos el respeto por a los derechos y dignidad de las personas, integridad de las relaciones y responsabilidad a la comunidad a la que se pertenece, dado que en ningún momento se discriminó a algún individuo por grupo étnico, religioso, sexo o alguna clase de idiosincrasia (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Para la evaluación previa y posterior a la intervención se utilizaron instrumentos para la investigación, considerando los lineamientos descritos por la International Test Commission (2014), la cual plantea el uso de instrumentos que no estén sujetos a derechos de autor (copyright), ya que no se rigen por limitaciones de modificación o reproducción, así se cumplió con la capacitación del instructor para la aplicación de dichos instrumentos.

Por último, una condición no menos importante de esta intervención es que la información dada por el participante, familiares o escuela ha sido registrada y manejada bajo las normas de confidencialidad y secreto profesional vigentes; ninguno de los casos requirió compartir información prevista por la ley, aunado a esto no ha sido necesario revelar ningún dato de alguno de los participantes sobre el proceso de tratamiento o ficha de identidad. (DOF, 2009).

Variables del estudio

Las variables observadas que se medirán en esta intervención son el patrón de consumo, así como la autoeficacia para resistir el consumo en distintas situaciones.

Consumo de tabaco.

El consumo de nicotina mediante productos tabaco puede ser inhalado, mascado o administrado vía cutánea, es decir, por parches de nicotina o esnifado; aunque estas últimas dos son muy poco frecuentes en etapas iniciales de consumo. Por lo tanto, se estableció un cigarrillo como medida de unidad de consumo.

Operacionalización. Cantidad de cigarrillos fumados.

Indicadores. Para medir la cantidad de cigarrillos fumados se recurre a la línea base retrospectiva de consumo, en la que el joven reporta cuántos cigarrillos ha fumado durante los últimos 6 meses.

Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol es ingerido, es decir, mediante bebidas. El índice para el patrón de consumo de alcohol se operacionaliza a partir de la cantidad de unidades de bebida estándar consumidas por evento, una bebida estándar equivale 13 g de alcohol, que es lo mismo que 330 ml de cerveza al 5 %, 140 ml de vino al 12 % o 40 ml de otros licores fortificados al 40 % (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2004).

Operacionalización. Cantidad de unidades de bebida estándar ingeridas.

Indicadores. Para medir la cantidad de unidades de bebida estándar ingeridas se recurre a la línea base retrospectiva de consumo, en la que el joven reporta cuánto alcohol ha ingerido durante los últimos 6 meses.

Consumo de cannabis.

El consumo de cannabis puede ser inhalado o ingerido, es decir, fumarlo o introducirlo a alimentos. Dado que el consumo de cannabis es ilegal en México, no existen normas que regulen la cantidad de ingredientes activos que contiene esta sustancia, por lo que la operacionalización de su uso es más problemática que las dos sustancias anteriores. Sin embargo, se estimará su consumo mediante la cantidad de fumadas que declaren haber realizado al cigarro forjado o pipa.

Operacionalización. Cantidad de inhaladas fumadas.

Indicadores. Para medir la cantidad de inhaladas fumadas se recurre a la línea base retrospectiva de consumo, en la que el joven reporta cuántas inhaladas ha fumado durante los últimos 6 meses.

Autoeficacia frente al consumo.

El componente de autoeficacia concierne a las creencias del individuo en sus propias habilidades para desempeñar una acción específica para obtener el resultado esperado. En el caso de la sustancia de consumo, la autoeficacia refiere la creencia que un individuo tiene para resistir el consumo frente a distintas situaciones.

Operacionalización. Creencias sobre las propias capacidades para resistir el consumo de la sustancia principal frente a distintas situaciones.

Indicadores. Creencias de las propias capacidades para resistir el consumo frente a 8 situaciones identificadas en el cuestionario de confianza situacional, que anteceden al consumo de sustancias: (ítem 1) emociones desagradables, (ítem 2) incomodidad física, (ítem 3) emociones placenteras, (ítem 4) probando el autocontrol, (ítem 5) urgencia y tentación para usar, (ítem 6) conflicto con otros, (ítem 7) presión social para consumir y (ítem 8) situaciones placenteras con otros.

Operacionalización y sus indicadores.

Para identificar las variables anteriormente descritas, se utilizaron los siguientes instrumentos de medición, los cuales señalan la tasa de consumo, periodo de abstinencia, cantidad máxima de consumo y autoeficacia para resistir el consumo de la sustancia principal, como puede observarse en la tabla 4.

Tabla 4.
Indicadores, variables y estrategias de recolección de la intervención.

Variable	Indicadores	Estrategias de recolección de datos
Consumo de tabaco	Cigarrillos consumidos en los últimos 6 meses.	Línea base retrospectiva de consumo
Consumo de alcohol	Unidades de bebida estándar consumidas en los últimos 6 meses.	Línea base retrospectiva de consumo
Consumo de cannabis	Inhaladas de cannabis en los últimos 6 meses.	Línea base retrospectiva de consumo
Autoeficacia frente al consumo	Capacidad para resistir al consumo de la sustancia en distintas situaciones.	Cuestionario de Confianza Situacional (ítems 1 al 8).

Perspectiva diagnóstica

La corriente cognitivo-conductual es el posicionamiento teórico-epistemológico al cual se adhiere el presente trabajo, sobre todo se denotan los fenómenos conductuales para la medición de cambios significativos en los participantes, así como la parte cognitiva respecta a las creencias que los participantes tienen sobre sus propias capacidades para resistir al consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

Para estimar la efectividad que la intervención haya tenido sobre la conducta de uso de sustancias se utilizará el modelo correlacional, el cual consiste en la elaboración de instrumentos de medición psicológica previamente validados que pretenden correlacionar las variables medidas en la intervención antes y después de la intervención (González Llana, 2007).

Técnicas de medición utilizadas.

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes¹.

Adaptado por Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora (1998), el POSIT incluye 81 reactivos que contemplan siete áreas que implican el desarrollo del adolescente; para esta intervención se utilizó solamente el área Uso sólo se utilizaron los 17 reactivos del área uso/abuso de sustancias. La confiabilidad interna del instrumento es de .90, obtenida a través del α de Cronbach. La finalidad de su aplicación es la identificación de adolescentes que presentan al menos una consecuencia negativa asociada con el consumo de sustancias psicoactivas (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz, & Ayala, 2012).

Entrevista inicial.²

La entrevista estructurada es un método de recopilación de datos del participante que permiten entender su situación psicosocial en un sentido amplio. Para dar inicio a la intervención se utilizó esta herramienta utilizada en el programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (Martínez et al.,

¹ Anexo I.

² Anexo II.

2012). Proporciona información cualitativa acerca situaciones que pueden relacionarse con el uso de sustancias por el adolescente, incluye la valoración de historial de consumo y tratamiento, sus condiciones académicas, de vivienda, familiares, riesgo suicida, actos antisociales y propósito de vida. Es sobre todo un instrumento útil para la derivación a un centro de tratamiento adecuado en caso de que el participante lo requiera por una problemática que rebase las capacidades del agente que interviene.

Cuestionario de Confianza Situacional³.

Este instrumento fue desarrollado por Annis y Davis (1988) para medir la autoeficacia para resistir el consumo de sustancias en distintas situaciones, cuyo nombre original en inglés es *Inventory of Drinking Situations*. El instrumento está basado en 8 situaciones identificadas por Marlatt (1978 en Turner, Annis, & Sklar, 1997), que anteceden al consumo de sustancias: emociones desagradables, incomodidad física, emociones placenteras, probando el autocontrol, urgencia y tentación para usar, conflicto con otros, presión social para consumir y situaciones placenteras con otros. El instrumento obtuvo un índice de confiabilidad aceptable a través de un alfa de Cronbach que va de .70 a .95 entre las 8 distintas subescalas.

La adaptación de este instrumento fue realizada por Echeverría y Ayala (1997) para población mexicana, llamándose Cuestionario de Confianza Situacional. La versión breve aplicada a adolescentes mexicanos consiguió una consistencia interna de .97 de alfa de Cronbach, por lo que se infiere su fiabilidad.

Línea base retrospectiva (LIBARE)⁴.

En un calendario, los participantes registrarán la cantidad de unidades de bebida estándar que han consumido en los últimos 6 meses, situándolo en cada fecha del calendario. Esta técnica de recopilación de información ha demostrado ser apropiada para todo tipo de bebedores, además de prestar información más precisa que la de diversos instrumentos psicométricos (Sobell, Maisto, Sobell, & Cooper, 1979).

³ Anexo III.

⁴ Anexo IV.

La revisión de la LIBARE permite obtener los siguientes datos específicos para medir el patrón de consumo: a) total de unidades consumidas, se da mediante la suma de unidades de consumo en los últimos 6 meses; b) cantidad máxima, se identifica la mayor cantidad de unidades consumidas en la misma ocasión; c) cantidad mínima, se identifica la menor cantidad de unidades consumidas en la misma ocasión; d) promedio de unidades por ocasión, se obtiene sumando el total de unidades consumidas en los últimos seis meses entre el total de días de consumo; e) abstinencia, el total de días que no consumió y su mayor periodo de abstinencia.

Procedimiento.

Como garantía de las competencias suficientes, el instructor de la intervención está formado en una carrera de psicología, lo cual permite inferir competencias básicas de entrevista, profesionalidad y comprensión de procesos de intervención psicológica; asimismo, obtuvo entrenamiento de 15 horas por otro profesional en psicología dedicado a la aplicación de intervención motivacional breve para el consumo de alcohol.

Se acordó con el director de la preparatoria realizar la intervención en la institución. Fue entregado un oficio de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez para formalizar la intervención allí. Al entregarle directamente el oficio, dio orden al coordinador de cada uno de los dos edificios para que ellos facilitaran el acceso y contacto con los estudiantes de la institución.

Los coordinadores prestaron completa disponibilidad a los estudiantes siempre y cuando no estuvieran en otras actividades urgentes, como exámenes o en preparativos de algún evento. El trato con los estudiantes fue gentil, la dirección que se tuvo tanto en la evaluación como en la intervención fue estricto sin recaer en alguna prohibición, pues se hizo en todo momento hincapié en su voluntariedad para permanecer en el programa.

Al inicio se tamizó a los estudiantes con el instrumento POSIT a 388 estudiantes, fueron invitados a ser entrevistados a 74 estudiantes que obtuvieron puntuación de al menos 1 en este instrumento. De los cuales 62 expusieron su propósito de reducir o cesar su consumo y su disposición para ser entrevistados y participar en la intervención. Posterior a ello se entregó una carta de consentimiento informado que incluyó información básica de la

intervención y de las condiciones de voluntariedad al participar. Debido a ausentismo escolar, no cumplir con el requerimiento del consentimiento informado o declarar su involuntariedad para participar, 49 estudiantes fueron los que participaron en la entrevista y evaluación iniciales.

De estos 49 estudiantes, se aplicó la intervención breve de una sola sesión a 24 participantes y a los 25 restantes se les incluyó en una lista de espera. Se realizaron evaluaciones a 3 meses para estimar la cantidad consumida en estos periodos posteriores a la intervención.

Condición inicial de los participantes

La evaluación mediante el cuestionario de confianza situacional y la línea base retrospectiva permitió tener una visión amplia de las condiciones de los participantes, dichas condiciones están agrupadas conforme al grupo experimental y control.

De los 25 jóvenes que fueron entrevistados en el grupo experimental se obtuvo un promedio general de consumo en los últimos 6 meses de 36.92 cigarrillos de tabaco, 75.76 unidades de bebida estándar, 20.68 inhaladas de cannabis y una autoeficacia general de 6.635, lo que permite inferir que los grupos cuentan con un nivel de consumo leve y autoeficacia para resistir el consumo moderada. En la tabla 5 se pueden observar estos datos por cada participante, así como su principal sustancia de consumo que ellos mismos declararon.

Por su parte, el grupo experimental contó con 24 participantes, los cuales contaron con un promedio general de consumo en los últimos 6 meses de 19.71 cigarrillos de tabaco, 76.21 unidades de bebida estándar, 5.6 inhaladas de cannabis y una autoeficacia general de 7.66, lo que permite inferir que los grupos cuentan con un nivel de consumo leve y autoeficacia para resistir el consumo moderada. En la tabla 6 se pueden observar estos datos por cada participante, así como su principal sustancia de consumo que ellos mismos declararon.

Tabla 5.
Datos descriptivos del grupo experimental.

Participante, sexo y principal sustancia de consumo*	Cigarrillos consumidos en los últimos 6 meses	Unidades de bebida estándar consumidas en los últimos 6 meses	Inhaladas de cannabis en los últimos 6 meses	Autoeficacia percibida para resistir el consumo
1 (m, a)	25	106	0	8.625
2 (v, t)	46	54	36	3
3 (m, t)	102	0	90	5.25
4 (v, t)	9	14	0	5.875
5 (v, c)	96	0	243	5.875
6 (m, t)	84	0	0	6.875
7 (v, a)	158	229	0	6.25
8 (v, c)	0	0	40	6.625
9 (v, a)	62	73	0	6.25
10 (v, c)	87	121	52	7.625
11 (v, t)	40	23	0	6
12 (m, a)	0	99	0	8
13 (m, a)	4	124	0	7.25
14 (v, a)	0	134	0	7.625
15 (v, a)	15	109	0	7.625
16 (v, t)	68	18	3	5
17 (v, c)	0	54	26	7.25
18 (m, a)	3	106	0	7.75
19 (v, a)	0	90	0	8
20 (v, a)	26	120	0	6.625
21 (v, t)	19	0	0	7.375
22 (v, a)	0	117	0	6.375
23 (v, a)	0	104	0	6.625
24 (m, t)	37	79	8	5.625
25 (v, a)	42	120	19	6.5
Promedio	36.92	75.76	20.68	6.635

*Sexo: v=varón; m=mujer. Principal sustancia de consumo: t=tabaco; a=alcohol; c=cannabis.

Tabla 6.
Datos descriptivos del grupo control

Participante, sexo y principal sustancia de consumo*	Cigarrillos consumidos en los últimos 6 meses	Unidades de bebida estándar consumidas en los últimos 6 meses	Inhaladas de cannabis en los últimos 6 meses	Autoeficacia percibida para resistir el consumo
26 (m, a)	0	84	0	8.875
27 (v, a)	7	119	0	8.25
28 (m, t)	12	0	0	6
29 (v, a)	38	90	0	9
30 (v, a)	0	109	0	7.125
31 (v, t)	76	87	0	8.125
32 (v, a)	0	96	0	9.125
33 (m, a)	2	87	6	7.75
34 (v, t)	49	0	0	6.125
35 (v, c)	0	24	61	7.5
36 (m, a)	0	108	0	8.75
37 (m, a)	0	107	0	7.625
38 (v, a)	14	111	5	6.875
39 (m, a)	0	104	0	8.625
40 (v, t)	34	0	0	6.5
41 (m, a)	0	106	0	7.875
42 (m, a)	0	108	26	7.75
43 (m, a)	6	114	0	6.875
44 (m, t)	89	73	23	6
45 (m, a)	0	98	0	8.625
46 (v, a)	37	106	0	7.375
47 (v, t)	54	0	0	6.75
48 (v, a)	26	98	0	8.875
49 (v, t)	29	0	0	7.5
Promedio	19.71	76.21	5.6	7.66

*Sexo: v=varón; m=mujer. Principal sustancia de consumo: t=tabaco; a=alcohol; c=cannabis.

Programa de intervención

A continuación, se agrupan en tres etapas (selección de participantes y diagnóstico inicial; intervención; y resultados) las sesiones de intervención, identificadas en cada subtítulo por un número entero, la continuidad de las sesiones se representa por decimales, que sigue al número entero que representa la etapa.

Etapa 1. Selección de los Participantes y Diagnóstico inicial

1.1 (g) Identificación de posibles participantes.

Materiales: aula con pizarrón, para realizar el tamizaje, versión POSIT para consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Resultados esperados: identificar posibles participantes en la escuela.

Momento	Actividades	Herramientas y estrategias de registro
Previo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un vínculo con la institución educativa, que permita aplicar la intervención a los candidatos voluntarios. 2. Preparar los materiales especificados en el apartado de <i>sesión</i>. 	
Sesión (25 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación con un grupo, explicación de la intervención, confidencialidad y consentimiento. 2. Aplicación de cuestionario de tamizaje POSIT 3. Repetir pasos 1 y 2 de esta sesión en distintos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario POSIT
Posterior	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar criterios de preselección al programa. 	

En la aplicación de la prueba POSIT, se accedió a cada aula entre el 21 y 23 de agosto de 2018, en dichas fechas se accedió a cada una de las aulas, se realizó una breve presentación del agente y se explicaron cuál era el propósito de aplicarles dicho instrumento, así como la confidencialidad de sus respuestas.

1.2 (i) Consentimiento informado y voluntariedad para participar.

Materiales: espacio privado con mínimo de ruido, formato de consentimiento informado.

Resultados esperados: tras explicar motivos, técnica y alcance de la intervención, obtener una respuesta afirmativa a participar voluntariamente en la intervención, posteriormente entregar carta de consentimiento para la firma de su tutor.

Momento	Actividades	Herramientas y estrategias de registro
Previo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar los materiales especificados en el apartado de <i>sesión</i> para establecer grupo experimental y control (lista de espera). 	
Sesión (50 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega de carta de consentimiento informado después de informar cuál es el alcance y limitantes de la intervención 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de consentimiento informado
Posterior	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar criterios de selección al programa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agendar con todos los posibles candidatos para una entrevista inicial.

Al puntuar al menos con uno en la prueba POSIT se le llamó a cada estudiante para invitarlo a participar, esto durante el periodo del 24 al 31 de agosto de 2018. Se iba a recoger a su aula y en el camino a un cuarto cerrado de la institución se le preguntaba si recordaba la prueba, generalmente se bromeaba con el estudiante diciéndole que sus padres estaban esperándolo en orientación e inmediatamente se le recordaba que sus respuestas fueron confidenciales y que bajo ningún motivo sus padres se enterarían. Una vez en el aula se les explicó a los estudiantes sobre la posibilidad de participar en un programa intervención breve al consumo inicial de sustancias, se les explicó su voluntariedad para participar y los beneficios de participar en el programa. La mayoría accedió a participar, quienes optaron por no participar declararon su propósito de dejar las sustancias, sin embargo, no querían que nadie los viera en el programa.

También se reclutaron por el mismo método a estudiantes que hubiera identificado otra institución que aplicó su propia prueba de tamizaje que buscaba identificar y referir a jóvenes que consumieran tabaco durante los últimos 30 días previos a la aplicación de dicha prueba. Por su parte, el departamento de orientación de la institución educativa también se encargó de referir a estudiantes que hubieran sido sorprendidos consumiendo tabaco, alcohol o cannabis.

1.3 (i) Entrevista inicial y contrato terapéutico

Materiales: espacio cerrado con el mínimo de ruido, formato de entrevista estructurada, línea base retrospectiva (LIBARE) y cuestionario de confianza situacional (CCS).

Resultados esperados: realizar expediente individual que integre los instrumentos realizados del participante, el consentimiento informado, obtener datos en la entrevista inicial y fijar un contrato terapéutico tácito.

Durante el periodo del 3 al 20 de septiembre de 2018 fue llamado cada estudiante que hubiera aceptado participar voluntariamente y firmara su carta de consentimiento informado, cabe destacar que el director fungió como tutor de los estudiantes que decidieron participar. Se procedió a iniciar con la entrevista inicial a los estudiantes, así como la aplicación de los instrumentos LIBARE y CCS.

Momento	Actividades	Herramientas y estrategias de registro
Previo	1. Solicitar cartas de consentimiento firmadas.	
Sesión (50 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer rapport 2. Entrevista inicial, cuestionamiento sobre creencias respecto al consumo intensivo de alcohol, contrato terapéutico 3. Cierre y revisión de expectativas y responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada <ul style="list-style-type: none"> • LIBARE • CCS
Posterior	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar los datos 2. Dividir grupos experimental y control (lista de espera). 3. Identificar posible dependencia o problemas que escapan la capacidad del instructor y canalizar a un centro de atención 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un expediente que integre la información del participante. 2. Elegir aleatoriamente por estratificación a los participantes.

La entrevista aprovechó para identificar sus motivos para el consumo de la sustancia principal, así como detectar alguna otra situación de riesgo que requiriera ser referida, para un caso de pensamiento suicida, el agente se limitó a brindar información sobre instituciones donde pudiera recibir atención psicológica y se pidió permiso a la estudiante para informar del asunto a orientación, para que pudieran darle seguimiento a su caso.

Para los casos en que hubiera indicadores de dependencia a la sustancia, la intervención debió limitarse aún más, debido a la confidencialidad comprometida con el estudiante, en estos casos no fueron candidatos para participar en el programa y se les brindó información al respecto de instituciones que pueden atenderlos.

Etapa 2 Aplicación de la intervención breve de una sola sesión⁵

2.1 (i) Intervención breve motivacional.

Materiales: espacio con poco o nulo ruido, formato de aplicación de intervención breve.

Estrategias y técnicas de intervención: realimentación personalizada, entrevista motivacional, balanza decisional.

⁵ Anexo V.

Resultados esperados: Dar información suficiente respecto a su estilo de consumo, que el participante identifique sus propios riesgos, motivar al participante a cambiar su consumo, tomar una decisión basándose en los pros y contras de sus propios factores de riesgo y protección.

Momento	Objetivo	Estrategias de intervención	Actividades	Herramientas y estrategias de registro
Sesión (50 min)	Toma de conciencia de los niveles de consumo del participante	Recurso de la entrevista motivacional para que el participante reconozca su conducta frente a otros jóvenes de su edad	1. Realimentación personalizada del consumo de la sustancia (frecuencia, intensidad, día más utilizado y mayor periodo de abstinencia)	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de aplicación para intervención breve de tabaco/alcohol/cannabis
	Incremento de percepción de riesgo frente al uso de la sustancia	Psicoeducación	2. Revisión de fases de la adicción y consecuencias asociadas al consumo	
	Incremento de la creencia de sus propias capacidades para resistir el consumo de la sustancia	Psicoeducación de los antecedentes que causan y previenen su consumo para saber cómo hacerles frente a estas situaciones	3. Identificación de los propios factores protectores y de riesgo para el consumo de la sustancia	
	Que el participante tome su propia decisión respecto al consumo de la sustancia y evalúe los pros y contras de las opciones que visualiza	Balanza decisional para tomar una decisión	4. Elaboración de opciones para evitar el consumo basándose en las propias ideas del participante y evaluando pros y contras de ambas opciones	
	Aclarar lo visto durante la sesión y reforzar las palabras del participante	Recurso de la entrevista motivacional que incluye todo lo que dijo el participante y una perspectiva de lo que planea lograr	5. Resumen, aclaración de dudas y despedida	
Posterior			1. Registro de datos	

Este bloque de intervención breve motivacional fue aplicado en el periodo del 21 de septiembre al 11 de octubre de 2018. Nuevamente se llamó a cada estudiante que

perteneciera al grupo experimental para brindarle la intervención breve cara a cara. La duración de cada sesión fue de alrededor de 60 minutos. Se utilizó el material agregado en el anexo V, el cual varió conforme a la sustancia principal de consumo, es decir, tabaco, alcohol o cannabis.

La primera actividad aplicada fue la retroalimentación normativa, bajo ningún motivo se les indicó a los participantes que su consumo era bajo, sino que se indicó que una pequeña parte de los jóvenes de su edad consumen de esa manera, el propósito fue mostrarles que no es tan común como ellos creían, puesto que tienden a normalizar su comportamiento o a atribuirle baja gravedad dado que sostienen la creencia de que la mayoría de los jóvenes de su edad consumen de la misma manera que ellos.

Posteriormente se revisaron las etapas de la adicción, yendo desde la abstinencia hasta la dependencia, para los participantes cuyos niveles estaban en uso de la sustancia se les indicó que no había un nivel seguro de consumo, sino que lo más prudente es llegar a la abstinencia. Asimismo, para los jóvenes con abuso de su principal sustancia de consumo, se les indicó que si llegaban al uso y permanecían allí lo más probable es que volvieran al abuso tarde o temprano, por la naturaleza de las drogas.

Aunado a las fases de una adicción se compartieron datos de cada sustancia, con el fin de desmitificar las creencias que pudieran tener al respecto de su principal sustancia de consumo. Los participantes, por lo general, se sorprendieron de las estadísticas al respecto de cada sustancia, en el caso del cannabis, los participantes no contemplaban que fuera la segunda droga de impacto en los centros de rehabilitación, así como el síndrome amotivacional ocasionado por el cannabis.

Una vez contemplados esos temas se revisaron consecuencias inmediatas que los participantes pudieran haber pasado por la sustancia de consumo, esta parte resultó de gran importancia, pues por un lado el participante se daba cuenta que el agente reconocía los efectos por los que pasaba, los participantes solían relatar una anécdota al respecto de dichas consecuencias, si el agente notaba que el participante presentaba plática de cambio, reflejaba lo que decía, invitándolo a continuar. En los casos en los que el participante relatará con gracia o con orgullo sus anécdotas, se continuó preguntando qué lo había

llevado a consumir en aquella ocasión o cómo esas situaciones le llevaban a cumplir su meta de vida.

Una vez contempladas las consecuencias y que además se hubiera incentivado al participante a continuar con su plática de cambio, se le invitó a reconocer cuáles son las situaciones que anteceden su consumo, así como situaciones que lo ayudan a evitar su consumo. La mayoría de los participantes respondió con situaciones generales, pero aplicables a sí mismos. Para el caso de situaciones de riesgo identificaban fiestas, juntarse con amigos que consumían la sustancia, pelear con alguna figura de autoridad, etc., por otra parte, identificaron situaciones que los protegían del consumo como estar con su familia, no reunirse con tales amistades o rechazar invitaciones a consumir. En el caso de esta última respuesta, muy común entre los participantes, se enfatizó a qué elementos lo ayudaban a rechazar invitaciones, a lo que respondieron con excusas, con posturas o argumentos que podrían dar para rechazar el consumo.

Para cerrar esta parte se preguntó qué pensaban de su propio consumo, si había algo que les preocupara de su consumo y qué les gustaría cambiar. A la primera cuestión, la mayoría respondió que era algo con connotaciones negativas o que no tenía ningún caso hacerlo. Los participantes respondieron que al respecto de su consumo les preocupaba alguna de las consecuencias antes mencionadas a largo plazo vistas en un momento anterior de la misma sesión. Al respecto de qué les gustaría cambiar, respondieron en su mayoría reducir poco a poco su consumo, se reforzó la intención sin insistir en los propios motivos del agente por que llegaran a la abstinencia.

Luego, se utilizó la balanza decisional, de la cual se rescataron las respuestas previas de lo que lo pone en riesgo y qué lo protege del consumo. Los participantes respondieron basándose en sus propias estrategias y situaciones de consumo, la mayoría de las respuestas estuvieron basadas en rechazar el consumo, rechazar la compra, realizar actividades alternativas, limitar su acceso a las sustancias o dedicar mayor tiempo a su familia. Para los casos en que las respuestas fueran sumamente generales se trató de aterrizar al participante para que se imaginara en una situación específica, ya que esta parte consistió en realizar un plan de acción rápido; se realizó lo mismo para casos en que las

soluciones fueran poco realistas, por ejemplo, ir al cine cada vez que tuviera la urgencia de fumar, en ese caso se exploraron otras posibilidades de menor costo.

Una vez contempladas dos opciones para evitar el consumo, se motivó al participante a enunciar una serie de pros y contras de tales opciones. En la mayoría de los casos existían más pros que contras para la opción que habían decidido. Para los casos en que se presentaran más contras de la opción que pros, se le preguntaba cuáles elementos tenían mayor peso, si los pros o los contras, esta estrategia permitía que, aunque hubiera menos aspectos positivos que negativos de su opción, reconociera que los beneficios que obtiene son siempre mayores a las consecuencias negativas de sus opciones.

Por último, se resumió lo visto en la sesión y se le informó del seguimiento a 3 meses de su nivel de consumo, se preguntó por dudas que hubieran quedado al respecto general de la sesión. En su mayoría ninguno tuvo dudas, otros preguntaron por información para la atención a un conocido, por lo que se entregó información de instituciones que atienden adicciones, otras dudas fueron referentes a argumentar la realidad de las consecuencias del uso de la sustancia.

Etapas 3. Resultados

3.1 (i) Evaluación posterior a la intervención a tres meses después de finalizar la intervención.

Materiales: línea base retrospectiva (LIBARE) y cuestionario de confianza situacional (CCS).

Resultados esperados: obtener la información pertinente de los jóvenes.

En un periodo de tres meses posterior a la aplicación de la intervención breve, se acudió nuevamente a la institución del 14 al 30 de enero de 2019. El agente se reunió con los participantes uno a uno para aplicar los instrumentos LIBARE y CCS, se agradeció su participación y se informó a los participantes del grupo control que se incluiría la intervención con ellos posteriormente.

Momento	Actividades	Herramientas y estrategias de registro
Previo	1. Preparar los materiales especificados en el apartado de <i>sesión</i> .	
Sesión (50 min)	1. Aplicación del Cuestionario de consumo intensivo de alcohol 2. Aplicación del CCS 3. Aplicación LIBARE	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) • Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE)
Posterior	1. Revisar e interpretar los instrumentos aplicados. 2. Someter a análisis de datos la información obtenida.	1. Capturar todos los datos en paquete estadístico SPSS. 2. Analizar diferencias significativas entre grupos experimental y control, así como su magnitud de efecto.

Capítulo III: Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la línea base y su comparación respecto a la evaluación 3 meses posteriores. Los participantes fueron acotados en bloques acorde a su principal sustancia de consumo, siendo tabaco, alcohol o cannabis. Con la finalidad de poder comparar los datos de consumo entre periodos de 6 y 3 meses, se promedió la cantidad de consumo entre el número de meses, por lo tanto, los datos indican la tasa de consumo mensual. Se comparan las medias de estos bloques en los grupos experimental y control para revisar diferencias estadísticamente significativas en consumos de tabaco, alcohol y cannabis, así como en la autoeficacia para resistir el consumo. Asimismo, se revisó la tasa de efectividad de la intervención de acuerdo con su meta establecida de reducir o cesar el consumo. De igual manera, se correlacionan los indicadores de consumo cada una de las sustancias al respecto de la confianza del participante para no consumirla.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación, para posteriormente ser discutidos a la luz de investigaciones previas, lo cual permite concluir fortalezas y carencias de la intervención realizada para, finalmente, realizar las recomendaciones pertinentes en líneas de investigación y aplicación práctica de intervención con adolescentes que inician el consumo de sustancias.

Equivalencia entre grupos

Se revisó en la línea base la equivalencia entre las medias de ambos grupos, con lo cual se corroboró que los bloques de los grupos experimental y control fueran equivalentes. Esta condición se cumplió en los casos de tasa de consumo mensual de tabaco, alcohol y cannabis, en los cuales los participantes tuvieron en el grupo experimental medias de 8.4 cigarrillos fumados, 19.6 unidades de bebida estándar ingeridas y 15 inhaladas de cannabis, mientras que en el grupo control hubo medias de consumo de 8.1 cigarrillos fumados, 17.1 unidades de bebida estándar ingeridas y 10.1 inhaladas de cannabis.

Por otra parte, esta condición de equivalencia no fue dada en las puntuaciones de la escala de autoeficacia para el consumo, la media de puntuación en la escala del cuestionario de confianza situacional en el grupo experimental para todos los participantes del grupo

experimental tuvo una media de 6.6 y en su contraparte, los participantes del grupo control obtuvieron una media de 7.6 en esta misma escala. Los resultados se pueden observar en la tabla 7.

Tabla 7.
Equivalencia entre grupo experimental y grupo control.

	GE			GC			P
	N	\bar{x}	σ	N	\bar{x}	σ	
Consumo mensual de tabaco	8	8.438	5.310	7	8.167	4.487	.917
Consumo mensual de UBE	13	19.628	6.153	16	17.135	16.637	.130
Consumo mensual de cannabis	4	15.042		4	10.167	17.064	.815
Autoeficacia	25	6.635	1.19	24	7.661	.983	.002

Resultados de consumo de sustancias

Se muestran las mediciones de la frecuencia de consumo mediante la LIBARE de los grupos experimental y control expresado en medias de consumo mensual durante los últimos 6 meses previos a ser entrevistados y su media de consumo mensual 3 meses posteriores a la intervención. Estos datos son resumidos a continuación y pueden observarse con mayor detenimiento en la tabla 8.

De los participantes cuya principal sustancia de consumo es el tabaco, 8 participantes del grupo experimental redujeron su media mensual de consumo de cigarrillos de 8.4 a 6.2, sin que exista una diferencia estadísticamente significativa entre las medias. Asimismo, de los 14 participantes del grupo control aumentó ligeramente su media de consumo de 8.1 a 10.6 cigarrillos fumados al mes. Se compararon mediante la prueba t de Student las medias de la diferencia entre la medición de la línea base y el seguimiento a 3 meses en el consumo de ambos grupos, la cual comprobó una diferencia estadísticamente significativa con un nivel de confianza $p=.002$ entre estas mediciones.

Respecto al bloque alcohol, los participantes con esta sustancia de consumo, 12 participantes del grupo experimental redujeron su media mensual de consumo de unidades de bebida estándar de 19.5 a 14.2 sin que exista una diferencia estadísticamente significativa entre las medias. Asimismo, el grupo control aumentó ligeramente su media de

consumo de 17.3 a 17.7 unidades de bebida estándar al mes. Se compararon mediante la prueba t de Student las medias de la diferencia entre la medición de la línea base y el seguimiento a 3 meses en el consumo de ambos grupos, la cual comprobó una diferencia estadísticamente significativa con un nivel de confianza de $p=.007$ entre estas mediciones.

Por su parte, en el bloque de cannabis, de los participantes con esta sustancia de consumo 3 participantes del grupo experimental aumentaron su media mensual de inhaladas de cannabis de 18.6 a 19.3 sin que exista una diferencia estadísticamente significativa entre las medias. Asimismo, el participante del grupo control aumentó su media de consumo de 10.1 a 13.3 inhaladas de cannabis al mes. Se compararon mediante la prueba t de Student las medias de la diferencia entre la medición de la línea base y el seguimiento a 3 meses en el consumo de ambos grupos, la cual no permitió comprobar una diferencia estadísticamente significativa entre estas mediciones.

Tabla 8.
Comparación de media mensual de consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

	Grupo experimental				Grupo control				Grupos 3 meses		
	N	Medias			N	Medias			Media de diferencias		
		LB	3M	P		LB	3M	P	GE	GC	P
TAB	8	8.438	6.208	.408	6	8.1667	10.667	.508	-2.229	2.5	.002
ALC	12	19.597	14.25	.104	14	17.345	17.762	.632	-5.347	.417	.007
CAN	3	18.611	19.333	.964	1	10.167	13.333		.722	3.167	.448

Resultados de autoeficacia frente al consumo

La medición entre la línea base y su seguimiento a 3 meses de las medias de las puntuaciones de autoeficacia para resistir el consumo fue dividida entre los grupos experimental y control, de igual manera se subdividen de acuerdo con los bloques de participantes que consumen tabaco, alcohol o cannabis. Se revisan diferencias entre las medias y son expuestas en la tabla 9.

Para la autoeficacia de participantes que consumen tabaco, los 8 participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación media de 5.6 en la línea base y aumentó a 6.2 después de 3 meses de la intervención. Por su parte, los 6 participantes del grupo control obtuvieron una media de 6.8 en la línea base y se redujo ligeramente a 6.7 en el seguimiento a 3 meses. La comparación entre las medias de diferencia entre las mediciones

de línea base y seguimiento a 3 meses indicó una diferencia marginalmente significativa, con un nivel de confianza de $p=.055$.

De la misma manera, la autoeficacia de participantes que consumen alcohol, los 12 participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación media de 7.2 en la línea base y aumentó a 7.8 después de 3 meses de la intervención. Por su parte, los 14 participantes del grupo control obtuvieron una media de 7.9 en la línea base y se sostuvo con una puntuación de 7.9 en el seguimiento a 3 meses. La comparación entre las medias de diferencia entre las mediciones de línea base y seguimiento a 3 meses indicó una diferencia significativa con un nivel de confianza p de $<.001$.

Por otra parte, la autoeficacia de participantes que consumen cannabis, los 3 participantes del grupo experimental obtuvieron una puntuación media de 6.7 en la línea base y aumentó a 7.5 después de 3 meses de la intervención. Por su parte, el participante del grupo control obtuvo una media de 7.5 en la línea base y se sostuvo con una puntuación de 7.5 en el seguimiento a 3 meses. La comparación entre las medias de diferencia entre las mediciones de línea base y seguimiento a 3 meses no indicó una diferencia significativa.

La evaluación general del aumento de autoeficacia de los 23 participantes del grupo experimental indicó un aumento de 6.6 a 7.2, mientras que los 21 participantes del grupo control se redujo ligeramente la media de sus puntuaciones de 7.6 a 7.5. Al revisar la diferencia entre las medias de ambos grupos se comprobó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con un nivel de confianza $p<.001$.

Tabla 9.

Comparación de medias de autoeficacia de línea base y seguimiento a 3 meses.

	Grupo experimental				Grupo control				Grupos 3 meses		
	N	LB	3M	P	N	LB	3M	P	GE	GC	P
AE TAB	8	5.625	6.281	.265	6	6.813	6.708	.828	.656	-.104	.055
AE ALC	12	7.25	7.802	.092	14	7.982	7.946	.904	.552	-.036	<.001
AE CAN	3	6.708	7.542	.206	1	7.5	7.5		.833	0	.3
AE GENERAL	23	6.614	7.239	.069	21	7.625	7.571	.853	.625	-.054	<.001

Correlación entre autoeficacia y frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis

Con el propósito de dilucidar la relación entre autoeficacia y consumo de sustancias, se analizó la relación entre la modificación en los niveles de autoeficacia y la diferencia de medias en el consumo mensual de tabaco, alcohol o cannabis. Este análisis se realizó a través de la correlación de Pearson, la cual tomo dos variables a) la diferencia entre las medias mensuales de consumo de tabaco, alcohol y cannabis de la evaluación pre y postest del estudio y b) la diferencia entre las puntuaciones del cuestionario de confianza situacional.

Es decir, se analizó si existía alguna influencia entre la modificación de los hábitos de consumo de sustancias y la confianza que los participantes tenían para resistir su consumo. Como puede observarse en la tabla 10, no hubo ninguna correlación estadísticamente significativa entre la modificación de las puntuaciones en el cuestionario de confianza situacional y la diferencia de medias en la tasa de consumo del bloque tabaco, alcohol ni cannabis.

Tabla 10.
Correlación entre modificación del consumo de la sustancia y modificación en confianza situacional para resistir el consumo.

	Autoeficacia
Tabaco	$r = .387$ ($p=0.344$)
Alcohol	$r = -.008$ ($p=.981$)
Cannabis	$r = .313$ ($p=.798$)

Propósito de dejar de consumir la sustancia

Se analizó la intención del individuo para mantener, reducir o cesar su consumo. Para la obtención de este dato se preguntó a los participantes del grupo experimental: *¿qué te gustaría cambiar de tu consumo de tabaco/alcohol/cannabis?*

Una vez obtenida esta información se acotaron las respuestas en 2 intenciones, para así poder analizar los datos. Estas dos intenciones fueron cesar y reducir el consumo de la

sustancia principal. Del total de 23 participantes del grupo experimental, solamente 2 tuvieron por propósito completamente el consumo de la sustancia en los próximos 3 meses. De estos dos, ninguno cumplió su propósito; mientras que de los 21 participantes restantes, 16 de ellos lograron su intención de reducir el consumo de la sustancia, es decir, el 76.19 % logró su meta establecida.

A continuación, se presenta en la tabla 11 a los jóvenes que pretendían reducir o cesar de su consumo frente a sus resultados, permitiendo revisar la cantidad de participantes que lograron su meta y la magnitud en que lo lograron.

Tabla 11.
Propósito de los participantes al respecto de consumir sustancias

Participante	Sustancia	Diferencia en consumo mensual	Intención (reducir o cesar)	Cumplió meta
1	Alcohol	-13.67	Cesar	No
2	Tabaco	-1	Reducir	Sí
3	Tabaco	-1	Reducir	Sí
4	Tabaco	-1.167	Reducir	Sí
5	Cannabis	-0.5	Reducir	Sí
6	Tabaco	-3.67	Reducir	Sí
7	Alcohol	-8.17	Reducir	Sí
8	Cannabis	3.33	Reducir	No
9	Alcohol	-1.5	Reducir	Sí
10	Cannabis	-0.67	Cesar	No
11	Tabaco	-4	Reducir	Sí
12	Alcohol	0.83	Reducir	No
13	Alcohol	0	Reducir	No
14	Alcohol	2.33	Reducir	No
15	Alcohol	-13.5	Reducir	Sí
16	Tabaco	-4.33	Reducir	Sí
18	Alcohol	-14.67	Reducir	Sí
19	Alcohol	-1	Reducir	Sí
20	Alcohol	2.67	Reducir	No
21	Tabaco	-1.83	Reducir	Sí
22	Alcohol	-10.5	Reducir	Sí
23	Alcohol	-7	Reducir	Sí
24	Tabaco	-0.83	Reducir	Sí

Debe hacerse notar en qué bloques se acotan los 5 participantes que no lograron cumplir la meta de reducir su consumo. De estos, ninguno se encuentra en el bloque de

consumo de tabaco, por lo que en este todos los participantes que establecieron la meta de reducir el consumo de tabaco lo lograron; mientras que de los 11 participantes que establecieron la meta de reducir el consumo de alcohol, 7 lo lograron, es decir, el 63.6 % logró cumplir su meta de reducir el consumo de alcohol. En el caso del cannabis de los 2 participantes que plantearon reducir su consumo, uno lo logró, por lo tanto, tuvo una tasa de éxito del 50 % en el cumplimiento de la meta.

Discusión de los resultados

En vista de los resultados anteriormente expuestos es posible alcanzar el objetivo planteado, que es analizar la eficacia de esta intervención para reducir el consumo de tabaco, alcohol o cannabis. De los resultados anteriormente expuestos es posible inferir que la intervención breve incide en la reducción de consumo de tabaco y alcohol respecto a su comparación con el grupo control, ya que las medias comparadas contaron con diferencias estadísticamente significativas tras el análisis con la prueba t de Student. Cabe destacar que por sí misma, la intervención redujo el promedio mensual de consumo en los bloques de tabaco y alcohol.

Estos resultados, aunque modestos, han sido efectivos para la reducción en el consumo de sustancias, pues más de tres cuartas partes de los participantes lograron reducir su consumo. Por su parte, los dos participantes que establecieron la meta de cesar su consumo no pudieron cumplirla y ello se le atribuye a la brevedad de la intervención, pues el propósito de cesar el consumo de una sustancia requiere del seguimiento continuo de un profesional de la salud.

Entonces puede notarse la importancia de dirigir este programa de intervención breve a una población concreta, es decir, a adolescentes que inician el consumo de alcohol o tabaco, ya que estas son drogas de inicio y el participante aún no consolida una dependencia a otras sustancias, ni lo ha integrado a su estilo de vida. Por lo que no es necesario aplicar un proceso de intervención muy prolongado, sino uno breve basado en la intervención motivacional para lograr resultados a corto y mediano plazo.

Otro aspecto sólido de esta intervención fue el trato digno durante la detección y procedimiento con los participantes, los cuales refirieron sentirse cómodos al responder

cuando se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas. Asimismo, todos reaccionaron de manera positiva al no ser juzgados por una conducta claramente reprobatoria, sino que se encontraron en un ambiente de escucha y comprensión, lo cual facilitó su disposición a participar en el proceso de intervención.

Una cuestión importante en el análisis de los resultados de esta intervención es la de haber encontrado diferencias significativas solamente al comparar el grupo experimental con el grupo control, lo cual trae a la discusión el efecto bajo de la intervención. A pesar de que la intervención tuviera éxito con la mayoría de los participantes, se da cuenta de los posibles factores por los cuales el efecto de la intervención se vio limitado.

Entre los factores están las condiciones de los participantes, ya que éstos se encontraban en etapas iniciales de consumo, la tendencia normal del consumo de sustancias es el aumento progresivo de la frecuencia y las dosis ingeridas de la droga (Bolland et al., 2016). Es por ello que el efecto en la reducción del consumo no sea tan evidente al analizar aisladamente al grupo experimental, pero sí al ser comparado con el grupo control, en el que se muestra una tendencia de aumento en la tasa de consumo.

Además, se reconoce que el procedimiento de selección para los participantes tuvo criterios de selección sumamente amplios. Dado que la efectividad de esta clase de intervenciones depende en gran medida de criterios de selección sensibles para determinar si el consumo es uso de la sustancia o abuso de ella (Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacío, 2010), se le puede atribuir a este procedimiento una limitante para volver más eficiente la intervención.

Por su parte, la autoeficacia para resistir el consumo en distintas situaciones aumentó también respecto a su comparación entre el grupo experimental y el grupo control para el consumo de tabaco, alcohol y para la autoeficacia general de todos los participantes. Por lo que se infiere la efectividad de la intervención al respecto para fortalecer las creencias sobre las propias capacidades del individuo para resistir el consumo; sin embargo, los resultados no permitieron inferir que la intervención por sí misma aumenta la media significativamente de las puntuaciones en el seguimiento a tres meses. Esto puede atribuirse a la relación que existe entre el consumo de sustancias y la autoeficacia percibida (Frayre, Jordan, López, & Telumbre, 2017). Por lo tanto, al haber reducido las medias con baja

significancia estadística, también existirá un bajo incremento en la autoeficacia percibida para resistir el consumo de la sustancia principal.

En términos generales, la intervención tuvo eficacia moderada al contrastarse con el costo generado y la ganancia obtenida, ya que la aplicación de esta intervención breve implicó la reducción en el consumo del 75 % de los participantes, a partir de un bajo costo de aplicación y por medio de una sola sesión. La intención con esta clase de aplicación de una sola sesión fue comprobar, además de su efectividad, su eficacia respecto a los costes que representa la aplicación de un menor número de sesiones. Aunque otros estudios han aplicado entre 5 y 7 sesiones de intervención breve con resultados que confirman la efectividad de esta aplicación (Rojas & Espinoza, 2008; Flórez-Alarcón & Castellanos-Morales, 2012; Martínez et al., 2014), en la presente intervención, en lugar de beneficiar a un joven mediante 7 sesiones, se beneficiaron 7 jóvenes a través de una sola sesión. Esta clase de intervención es útil cuando los recursos son escasos y se requieren resultados a corto plazo en grandes grupos de población.

Conclusiones

A continuación, se contrastan las hipótesis planteadas a la luz de los resultados obtenidos, para así concluir en cada apartado las razones por las cuales se ha considerado que fue posible rechazar o aceptar cada una de las hipótesis.

En términos generales, los datos obtenidos indicaron que la intervención breve aplicada en una sesión es útil para reducir el consumo respecto al nivel de consumo por jóvenes que no reciben esta intervención, así como una alta tasa de éxito del 75 % de participantes cuya meta fue cumplida. Por lo que los componentes de este método de intervención y su aplicación rápida son un medio útil para frenar el aumento progresivo en el consumo de tabaco y alcohol.

También, representa un costo sumamente bajo respecto a los recursos de tiempo, agentes interventores y de financiamiento. Por lo que es una opción viable para ser aplicada en brigadas de prevención que incluyan, además de un programa de prevención universal, la detección oportuna y su intervención breve, como fue en este caso.

El método para la detección de casos mediante la prueba de tamizaje POSIT, así como las referencias de la propia institución, resultaron estrategias útiles para reclutar a una cantidad satisfactoria de estudiantes que consumen sustancias. Dado el breve tiempo en que fue aplicada esta prueba de tamizaje y su facilidad para revisarse, representaron el cumplimiento en el primer objetivo específico para esta intervención, el cual fue la efectividad para detectar a los jóvenes.

No solamente se incluye la relevancia para la detección de los casos, sino que es importante realizar una evaluación diagnóstica inicial que permitiera conocer en un sentido amplio el estado sociopsicológico del participante. En este caso se cumplió con el objetivo, aunque se dificultó posteriormente establecer la importancia de dicha evaluación para criterios de inclusión y exclusión de la intervención.

La autoeficacia obtuvo una mejora estadísticamente significativa en el seguimiento a tres meses de la intervención entre los grupos experimental y control para los casos de alcohol y el conglomerado general de las tres distintas sustancias. Por lo que es posible deducir la influencia de esta intervención en la mejora de la autoeficacia para resistir el consumo de sustancias.

Los resultados de la intervención permitieron aceptar las hipótesis siguientes:

La diferencia de la media de consumo de tabaco entre la línea base y el seguimiento a tres meses es estadísticamente significativa entre el bloque tabaco y alcohol del grupo experimental y el bloque tabaco y alcohol del grupo control. Dado esto, puede inferirse que esta intervención es capaz de reducir el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes a través de una sola sesión de intervención breve basada en entrevista motivacional.

La diferencia entre la autoeficacia reportada en la línea base y a tres meses de seguimiento es significativamente diferente entre el bloque alcohol y la valoración general de autoeficacia del grupo experimental y el bloque alcohol y la valoración general de autoeficacia del grupo control. Por lo que la intervención es útil globalmente, pero sobre todo para el aumento de la autoeficacia para el consumo de alcohol, puede atribuirse a que el diseño de la intervención está basado en el consumo inicial de alcohol para adolescentes, mientras que la intervención para tabaco y cannabis fue una adaptación, por lo que se

requiere explorar en las posibilidades de mejorar los componentes para la mejora de la autoeficacia en tabaco y cannabis.

Por otra parte, se presentan a continuación las hipótesis rechazadas por falta de significancia estadística:

La frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis no se redujo significativamente en su seguimiento a tres meses respecto a la línea base previa a la intervención. Aunque tuvo un efecto en las medias de tabaco y alcohol, no hubo diferencias significativas entre estas medias, por lo que no puede inferirse que por sí misma la intervención tiene un efecto significativo. En el caso de la intervención al consumo de cannabis, la media aumentó, por lo que la intervención tuvo un efecto prácticamente nulo para este bloque de consumo.

La autoeficacia reportada para resistir el consumo de tabaco en los participantes del bloque tabaco ni cannabis del grupo experimental no presentaron diferencias significativas respecto a su comparación entre la línea base y su comparación a 3 meses. Esto se le puede atribuir a que su uso tiene distintas connotaciones culturales a las que tiene el alcohol, ya que el consumo de alcohol suele ser más social que el tabaco, por ejemplo, así como el consumo de estas sustancias varían de acuerdo con factores de género, etnia y de desigualdades sociales (Díaz, Busto, & Caamaño, 2018). Por lo que las situaciones sociales de consumo de estas dos sustancias deben ser consideradas para una adaptación de la intervención.

Cabe destacar que estas hipótesis sólo fueron rechazadas por su falta de significancia estadística en los casos de tabaco y alcohol, ya que en estos casos sí hubo una reducción en el seguimiento a tres meses de la media respecto a la línea base. En el caso de la autoeficacia sólo el alcohol obtuvo significancia estadística en el caso de la comparación de diferencia entre medias de seguimiento y línea base, mientras que para el caso de tabaco y cannabis no hubo significancia estadística en ninguna de las evaluaciones.

Por último, se planteó que existe una correlación entre la reducción del consumo de tabaco, alcohol o cannabis y la modificación de la autoeficacia para resistir su consumo. Dicha hipótesis fue rechazada, por lo que no se logró establecer una relación entre estas dos

variables, lo cual destaca la utilidad de integrar nuevas variables que expliquen tanto la etiología como el proceso para la cesación del consumo de sustancias.

Recomendaciones

Este apartado da continuidad a las conclusiones, haciendo énfasis en las maneras en que puede ser mejorado este procedimiento. Tanto para dar continuidad en esta línea de investigación, así como para realizar modificaciones en el programa de intervención que incrementen la eficacia de su aplicación.

Para estudios posteriores se recomienda incluir otros medios de intervención que acoten a grupos familiares, comunitarios o de la propia institución educativa para incidir en el consumo, ya que intervenir únicamente en los factores personales del individuo puede comprometer la efectividad del programa si el participante consume debido a una fuerte influencia que no pertenezca únicamente a sus cualidades personales. Entre ellos se encuentran pares y familiares consumidores, la integración de los participantes en grupos delictivos, patología dual o tejidos familiar y comunitario deteriorados.

Cabe destacar la importancia de incluir en la intervención la dirección a otros factores además de los propios recursos del individuo, como lo es la comunicación filio-parental, ya que al aplicar este tipo de intervención integrando al núcleo familiar aumenta el tamaño de efecto, por lo que posiblemente combinar esta clase de intervención con otras compuestas de factores interpersonales pueden fortalecer el efecto en la reducción de la tasa de consumo (Segatto, Andreoni, Souza, Diehl, & Pinsky, 2011).

Por su parte, la aplicación grupal de la intervención breve tiene muy poca evidencia respecto a su efectividad, en parte por las dificultades para orientar a un grupo entero hacia el cambio; sin embargo, vale la pena ahondar en este campo por las posibilidades que representa poder intervenir a grandes grupos de población, ya que daría un alto beneficio por un bajo costo de aplicación. Por lo que, si se integra la metodología de la intervención breve con los componentes de los grupos de ayuda mutua, se combinarían las bondades de ambos tipos de intervención, derivando en un tratamiento integral.

Siguiendo la línea de lo que representa un bajo costo de aplicación, la recopilación de datos cualitativos mediante la entrevista inicial pudiera resultar poco relevante para la intervención, por lo que se recomienda aplicar esta intervención con un grupo que incluya una entrevista inicial en una versión más breve, ya que pueden obviarse o exentarse muchos de los datos brindados por la entrevista que no impliquen alguna diferencia con la manera en que es aplicada la intervención.

Finalmente, y no menos importante, se recomienda no escatimar en los recursos para el trato digno a los participantes, esto incluye garantizar un procedimiento de intervención que sea realmente confidencial, centrado en las necesidades del participante, con un asesoramiento de expertos en el tema atendido y conocimiento de instituciones u organizaciones que se vinculen para atender problemáticas identificadas a partir de la intervención. Pues tanto en esta como en otras clases de intervenciones dirigidas a beneficiar la salud mental, debe evitarse a toda costa acciones que puedan estigmatizar la problemática del individuo atendido o que las condiciones de la intervención limiten los medios del individuo para alcanzar su bienestar.

Referencias

- Acero Sáez, C. (1995). Trabajo Social y alcoholismo. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 201-212.
- Adovasio, J. M., & Fry, G. F. (1976). Prehistoric psychotropic drug use in northeast Mexico and Trans-Pecos Texas. *Economic Botany*, 30, 94-96.
- Alexander, B. K., & Hadaway, P. F. (1982). Opiate addiction: The case for an adaptive orientation. *Psychological Bulletin*, 92(2), 367-381.
- Allen, M. L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J., & Borowsky, I. (2016). Effective parenting interventions to reduce youth substance use: A systematic review. *Pediatrics*, 138(2), 1-19.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Virginia: American Psychiatric Association.
- Anderson, D. J., McGovern, J. P., & DuPont, R. L. (1999). The origins of the Minnesota model of addiction treatment—a first person account. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 107-114.
- Annis, H., & Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. In T. B. Baker & D. S. Cannon (Eds.), *Assessment and treatment of addictive disorders* (pp. 88-112). New York, NY, England: Praeger Publishers.
- Apud, I., & Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas*, 16(2), 115-125.
- Ariza, C., & Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16(s2), 359-378.
- Armitage, C. J., Conner, M., Loach, J., & Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: Applying an extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(4), 301-316.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. General Learning Press: Nueva York.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Beck, A. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. España: Editorial Gedisa.
- Beck, A., Newman, C., & Wright, F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Paidós.
- Becker, S. J., Jones, R. N., Hernandez, L., Graves, H. R., & Spirito, A. (2016). Moderators of brief motivation-enhancing treatments for alcohol-positive adolescents presenting to the emergency department. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 69, 28-34.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Madrid.
- Bisquerra, R. (2006). *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica*. Wolters Kluwer: España.
- Bolland, K. A., Bolland, J. M., Tomek, S., Devereaux, R. S., Mrug, S., & Wimberly, J. C. (2016). Trajectories of adolescent alcohol use by gender and early initiation status. *Youth & Society*, 48(1), 3-32.
- Borkman, T. (2008). The twelve-step recovery model of AA: A voluntary mutual help association. En Galanter, M. y Kaskutas, L. A. *Recent developments in alcoholism*. Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Borracci, R. A., & Mulassi, A. H. (2015). El consumo de tabaco en la adolescencia puede predecir el tabaquismo durante la adultez: investigación basada en modelos de simulación. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(2), 106-113.
- Botvin, G., & Kantor, L. W. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco use through life skills training. *Alcohol Research & Health*, 24(4), 250-257.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Bustos Gamiño, M., Villatoro Velázquez, J. A., Oliva Robles, N., López Brambila, M. Á., Fregoso Ito, D. A., & Medina-Mora, M. E. (2017). Consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes de México que no estudian y no trabajan. *Revista Internacional de Adicciones*, 1(1), 33-40.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50(8), 477-485.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2469-2494.
- Castro, L., Castro, M. Á., & Morales, J. (2016). *Metodología de las ciencias sociales: una introducción crítica*. Madrid: Tecnos.
- Chang, F.-C., Chang, Y.-C., Lee, C.-M., Lung, C.-N., Liao, H.-J., Lee, S.-C... & Zeng, W.-T. (2015). Effects of a school-based drug use prevention programme for middle-school students in Taiwan. *Drugs: education, prevention and policy*, 22(1), 43-51.
- Chassin, L., Colder, C. R., Hussong, A., & Sher, K. J. (2016). Substance Use and Substance Use Disorders. En D., Cicchetti (Ed). *Developmental Psychopathology*, 2da ed, v. 3. Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Colby, S. M., Orchowski, L., Magill, M., Murphy, J. G., Brazil, L. A., Apodaca, T. R... & Barnett, N. P. (2018). Brief motivational intervention for underage young adult drinkers: results from a randomized clinical trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(7), 1342-1351.
- Collins, S. E., & Carey, K. B. (2007). The theory of planned behavior as a model of heavy episodic drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 498-507.
- Collins, S. E., Witkiewitz, K., & Larimer, M. E. (2011). The theory of planned behavior as a predictor of growth in risky college drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 322-332.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Organización de los Estados Americanos (2015). *Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas*. Recuperado de www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209
- Comisión Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS] (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Ciudad de México: INPRFM.

- Comisión Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS] (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. Ciudad de México: INPRFM.
- Comisión Nacional contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS] (2017c). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Ciudad de México: INPRFM.
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 334-342.
- Conyne, R., Horne, A., & Raczynski, K. (2013). *Prevention in psychology*. Los Ángeles: Sage.
- Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135(1), 142-156.
- D'Amico, E. J., Houck, J. M., Hunter, S. B., Miles, J. N., Osilla, K. C., & Ewing, B. A. (2015). Group motivational interviewing for adolescents: Change talk and alcohol and marijuana outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 68.
- de Gee, E. A., Verdurmen, J. E., Bransen, E., de Jonge, J. M., & Schippers, G. M. (2014). A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(3), 181-188.
- de Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., & Rodríguez de Fonseca, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y Drogas*, 13(2), 145-155.
- Dent, C. W., Sussman, S., & Stacy, A. W. (2001). Project Towards No Drug Abuse: generalizability to a general high school sample. *Preventive Medicine*, 32(6), 514-520.
- Diario Oficial de la Federación (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Diario Oficial de la Federación (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la*

- salud en seres humanos*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Diario Oficial de la Federación (2018). *Ley General para el Control del Tabaco*.
- Díaz, A., Busto, A., & Caamaño, F. (2018). Consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes de una población multicultural (Burela, Lugo). *Adicciones*, 30(4), 264-270.
- Doumas, D. M. (2015). Web-based personalized feedback: is this an appropriate approach for reducing drinking among high school students? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 76-80.
- Doumas, D. M., Hausheer, R., Esp, S., & Cuffee, C. (2014). Reducing alcohol use among 9th grade students: 6 month outcomes of a brief, web-based intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 102-105.
- Echeverría, L., & Ayala, H. (1977). *Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31.
- Escotto, J. (1999). *El alcohol y sus enfermedades*. JGH Editores: México.
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84) 9-17.
- Fabregate, R., & Sabán, J. (2012). El papel determinante del tabaco en la disfunción endotelial, la insulinresistencia y la enfermedad cardiovascular. En J. Sabán (Ed.), *Control global del riesgo cardiometabólico: Vol. 1* (pp. 473-476). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D... & van der Kreeft, P. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 56-64.
- Fekkes, M., van de Sande, M. C. E., Gravesteyn, J. C., Pannebakker, F. D., Buijs, G. J., Diekstra, R. F. W., & Kocken, P. L. (2016). Effects of the Dutch Skills for Life program on the health behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school students. *Health Education*, 116(1), 2-15.

- Fernández Ríos, L. & Gómez Fraguera, J. A. (2008). *La psicología preventiva en la intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, *81*, 59-74.
- Flórez-Alarcón, L., & Castellanos-Morales, C. A. (2012). Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. *Revista de Salud Pública*, *14*, 69-85.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence Based Child-Health*, *7*(12), 450-575.
- Frayre, A. D., Jordán, M. L., López, M. A., & Telumbre, J. Y. (2017). Autoeficacia y consumo de alcohol en mujeres adolescentes. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, *15*(95), 3.
- Gabbiadini, A., Cristini, F., Scacchi, L., & Monaci, M. G. (2017). Testing the model of goal-directed behavior for predicting binge drinking among young people. *Substance Use & Misuse*, *52*(4), 493-506.
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, *12*(2), 133-151.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y Drogas*, *15*(1), 5-14.
- García del Castillo, J., Espada, J., Segura, C., López-Sánchez, C., & Castillo-López, Á. (2015). *Fundamentos de prevención en adicciones*. Midac Digital.
- Gázquez, M., García, J. A., & García, A. (2016). *Prevención de las adicciones en el contexto escolar*. España: Universitas Miguel Hernández.
- Gimenez Costa, J. A. (2011). *Análisis de los determinantes cognitivos que subyacen a la conducta de consumo intensivo de alcohol en jóvenes utilizando como marco de referencia la teoría de la conducta planificada* (Tesis doctoral). Recuperada de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/79014/gimenez.pdf>
- Glassman, T., Braun, R. E., Dodd, V., Miller, J. M., & Miller, E. M. (2010). Using the Theory of Planned Behavior to Explain the Drinking Motivations of Social, High-Risk, and Extreme Drinkers on Game Day. *Journal of Community Health*, *35*(2), 172-181. doi: 10.1007/s10900-009-9205-1

- González, F. L. (2012). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergencia do sujeito*. Brasil: Editora Vozes Ltda.
- González Llana, F. M. (2007) *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- González, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *Islas*, 45(138), 125-135.
- González, F., Escoto, M. C., & Chávez, J. K. (2017). *Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la salud*. México: Manual Moderno.
- Griffin, K. W. & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 19(3), 505-526.
- Guardia, S. (2000). Neuroimagen y drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 313-317.
- Guerri, C., & Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44(1), 15-26.
- Guo, Q., Johnson, C. A., Unger, J. B., Lee, L., Xie, B., Chou, C.-P... & Pentz, M. (2007). Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1066-1081.
- Hagger, M. S., Polet, J., & Lintunen, T. (2018). The reasoned action approach applied to health behavior: Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Social Science & Medicine*, 213, 85-94.
- Hall, W. (2010). What are the policy lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920–1933? *Addiction*, 105(7), 1164-1173.
- Hartley D., Elsabagh S., & File S. (2004) Binge drinking and sex: Effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 78, 611–619.
- 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.
- Heather, N., & Kaner, E. (2001). Intervenciones breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 13(4), 463-474.

- Hennessy, E. A., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: a meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science, 16*(3), 463-474.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill
- Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2017). *Tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/alcoholusedisorderautreatment.html>
- International Test Commission. (2014). ITC guidelines on quality control in scoring, test analysis, and reporting of test scores. *International Journal of Testing, 14*(3), 195-217.
- Iraurgi, I., Landabaso, M., Jiménez-Lerma, Larrazabal, A. & Gutiérrez-Fraile (2006). Trastornos por consumo de sustancias: dependencia y abuso. En J. Pérez, J. Valderrama, G. Cervera, G. Rubio. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Panamericana.
- Jessor, R., Vandebos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior - moderator effects and developmental-change. *Developmental psychology, 31*(6), 923-933. doi: 10.1037//0012-1649.31.6.923
- Keenan, T., Evans, S., & Crowley, K. (2016). *An introduction to child development*. Sage. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=X9SfCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=giTFRb88sP&sig=J4qV_W23tDVlgxpy1_bknnAe7T0&redir_esc=y#v=onepage&q&f
- Kellam, S. G. & Rebok, G. W. (1992). Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. En J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from Birth Through Adolescence* (pp. 162-195). Nueva York: Guilford Press.
- Kellam, S. G., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice, 6*(1), 73-84.

- King, A. C., de Wit, H., McNamara, P. J., & Cao, D. (2011). Rewarding, Stimulant, and Sedative Alcohol Responses and Relationship to Future Binge Drinking. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 389-399. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.26
- Kong, G., Larsen, H., Cavallo, D. A., Becker, D., Cousijn, J., Salemink, E... & Krishnan-Sarin, S. (2015). Re-training automatic action tendencies to approach cigarettes among adolescent smokers: a pilot study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(5), 425-432.
- Koob, G. F., & Simon, E. J. (2009). The neurobiology of addiction: where we have been and where we are going. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 115-132.
- Koob, G. F., Roberts, A. J., Schulteis, G., Parsons, L. H., Heyser, C. J., Hyytiä, P... & Weiss, F. (1998). Neurocircuitry Targets in Ethanol Reward and Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(1), 3-9. doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03611.x
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13), 1759-1787.
- Lange, J. E. & Voas, R. B. (2001). Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 310-316.
- LeNoue, S. R., & Riggs, P. D. (2016). Substance abuse prevention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(2), 297-305.
- León, M. E., Peruga, A., McNeill, A., Kralikova, E., Guha, N., Minozzi, S... & Schüz, J. (2015). European code against cancer: tobacco and cancer. *Cancer epidemiology*, 39, S20-S33.
- León, O., & Montero, I. (2006) *Metodologías científicas en Psicología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Levine, A., Clemenza, K., Rynn, M., & Lieberman, J. (2017). Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 214-225.
- Lilja, J., Wilhelmsen, B. U., Larsson, S., & Hamilton, D. (2003). Evaluation of drug use prevention programs directed at adolescents. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13), 1831-1863.

- Lize, S. E., Iachini, A. L., Tang, W., Tucker, J., Seay, K. D., Clone, S... & Browne, T. (2017). A meta-analysis of the effectiveness of interactive middle school cannabis prevention programs. *Prevention Science, 18*(1), 50-60.
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). The Origins of the Correlations between Tobacco, Alcohol, and Cannabis Use During Adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(7), 995-1005. doi: 10.1111/1469-7610.00402
- Malmberg, M., Overbeek, G., Vermulst, A. A., Monshouwer, K., Vollebergh, W. A., & Engels, R. C. (2012). The theory of planned behavior: Precursors of marijuana use in early adolescence? *Drug and Alcohol Dependence, 123*(1), 22-28.
- Mariño, M., González-Forteza, C., Andrade, P., & Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental, 21*(1), 27-36.
- Marcoux, B. C., & Shope, J. T. (1997). Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research, 12*(3), 323-331.
- Martínez Ruiz, M. (2002). *Complicaciones crónicas del alcoholismo. Síndrome de abstinencia alcohólica*. En M. Martínez Ruiz, & Rubio Valladolid, G. (Dirs.) *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Díaz de Santos.
- Martínez, D., Contreras, L., Kalawski, J., & Martínez, R. (2006). *Tratamiento e intervención psicoeducativa*. En J. Pérez, J. Valderrama, G. Cervera y G. Rubio (Dirs.). *Tratado SET de Trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Martínez, K. I., Pedroza, F. J., Salazar, M. L., & Vacio, M. A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 3*(36), 35-53.
- Martínez, K. I., Salazar, M., Jiménez, A., Ruiz, G., & Ayala, H. (2012). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas: Manual del Terapeuta*. Secretaría de Salud: México.
- Mason, M., Ola, B., Zaharakis, N., & Zhang, J. (2015). Text messaging interventions for adolescent and young adult substance use: a meta-analysis. *Prevention Science, 16*(2), 181-188.

- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1-52). Springer, Boston, MA.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144.
- Medina-Mora, M. E., García-Téllez, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez-Pérez, L., Real, T., & Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*, 33(5), 373-378.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Moizeszowicz, J. (2007). *Psicofarmacología Psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Mogro-Wilson, C., Allen, E., & Cavallucci, C. (2017). A brief high school prevention program to decrease alcohol usage and change social norms. *Social Work Research*, 41(1), 53-62.
- Mogro-Wilson, C., Letendre, J., Toi, H., & Bryan, J. (2015). Utilizing mutual aid in reducing adolescent substance use and developing group engagement. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 129-138.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449-456. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.449
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2004). *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism Council approves definition of binge drinking*. NIAAA Newsletter. 2004 Winter. Recuperado de http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.htm
- Noé-Díaz, V., García-Gómez, L., Sansores, R. H., & Ramírez-Venegas, A. (2014). Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(3), 196-204.
- Norman, P. (2011). The theory of planned behavior and binge drinking among undergraduate students: Assessing the impact of habit strength. *Addictive behaviors*, 36(5), 502-507.

- O'Neal K. K., & West S. L. (2015) *Drug Use Among American Adolescents: An Examination of Prevention and Intervention Programs*. En: M. Brienen y J. Rosen. (eds) *New Approaches to Drug Policies*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades. Recuperado de www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf
- Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas (2019). *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización de las Naciones Unidas (2016). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1964). *Expert committee on addiction-producing drugs. XIII. Report*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (1987). Conference International Information Centre on Self-Help and Health. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77929/97243209678_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/.../lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1999). *The use of essential drugs. Ninth report of the WHO Expert Committee (including the revised Model list of essential drugs)*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42373/WHO_TRS_895.pdf;jsessionid=AD7F69EF4DACFDA3925E1A547E4C566F?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2008). *MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalestrategies.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic*. Italia: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. Recuperado de apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Tabaco*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Management of substance abuse*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/
- Organización Panamericana de Salud (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en Las Américas*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
- Parada, M. (2010). *Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes universitarios* [tesis]. Universidad de Santiago de Compostela.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23(1), 53-63.
- Paredes Díaz, R., Orraca Castillo, O., Marimón Torres, E. R., Casanova Moreno, M. C., & Véliz Martínez, D. M. (2015). Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 46-55.
- Pascual-Lucas, M., Fernandez-Lizarbe, S., Montesinos, J., & Guerri, C. (2014). LPS or ethanol triggers clathrin-and rafts/caveolae-dependent endocytosis of TLR 4 in cortical astrocytes. *Journal of Neurochemistry*, 129(3), 448-462.
- Patia, L. (2016). Consequences of adolescent use of alcohol and other drugs: studies using rodent models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 228-243.
- Peñaherrera, E. (1998). Comportamientos de riesgo adolescente: una aproximación psicossocial. *Revista de Psicología de la PUPC*, 16(2), 265-293.
- Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., del Mar Molero, M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A. B... & Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en

- adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382.
- Plan Estratégico de Juárez (2017). Informe Así Estamos Juárez 2017. Recuperado de <http://planjuarez.org/images/docs/informes/informeaej2017.pdf>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.
- Ramo, D. E., Delucchi, K. L., Liu, H., Hall, S. M., & Prochaska, J. J. (2014). Young adults who smoke cigarettes and marijuana: Analysis of thoughts and behaviors. *Addictive behaviors*, 39(1), 77-84.
- Rehm, J., & Monteiro, M. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 241-248.
- Rivera-Olmos, V. M. Parra-Bernal, M. C. (2016). Cannabis: efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 626-634.
- Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. J. (2009). Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior: A meta-analysis of anticipated affect and moral norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2985-3019.
- Rodríguez, C. A., Echeverría, L., Martínez, K. I., & Morales, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 16-27.
- Rojas, M. & Espinoza, L. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa “Lugar de Escucha”-CEDRO. *Adicciones*, 20(2), 185-196.
- Romaní, O. (2007). *De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas*. En M. L. Esteban (Ed.), *Introducción a la Antropología de la Salud*. España: OSALDE.
- Rubow, C. C., Vollmer, T. R., & Joslyn, P. R. (2018). Effects of the Good Behavior Game on student and teacher behavior in an alternative school. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 51(2), 382-392.

- Samson, J. E., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Single-session alcohol interventions for heavy drinking college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), 530-543.
- Segatto, M. L., Andreoni, S., Souza, R. D., Diehl, A., & Pinsky, I. (2011). Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol related problems: a randomized single blind clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 225-233.
- Sigelman, C. K., Bridges L. J., Leach D. B., Mack, K. L., Rinehart, C. S., Sorongon, A. G... & Wirtz, P. W. (2003). The efficacy of an education program to teach children a scientific theory of how drugs affect behavior. *Applied Developmental Psychology*, 24(5), 573-593.
- Silver, T. (1992). *Manual de medicina de la adolescencia*. Estados Unidos: OPS.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2013). *Informe 2011*. México: Secretaría de Salud.
- Sklar, S. M., Annis, H. M., & Turner, N. E. (1997). Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22(5), 655-670.
- Slaymaker, V. J., & Sheehan, T. (2008). The impact of AA on professional treatment. En *Recent Developments in Alcoholism*, 59-70. Nueva York: Springer.
- Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., & Cooper, A. M. (1979). Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour research and therapy*, 17(2), 157-160.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Spirito, A., Hernandez, L., Marceau, K., Cancilliere, M. K., Barnett, N. P., Graves, H. R... & Knopik, V. S. (2017). Effects of a brief, parent-focused intervention for substance using adolescents and their sibling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 156-165.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10(39), 129-158.
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J... & Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.

- Stoehr, J. D. (2006). *The Neurobiology of Addiction*. Philadelphia: Chelsea House Publishers.
- Subramaniyan, M., & Dani, J. A. (2015). Dopaminergic and cholinergic learning mechanisms in nicotine addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1349(1), 46-63.
- Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1-18.
- Tanner-Smith, E. E., & Risser, M. D. (2016). A meta-analysis of brief alcohol interventions for adolescents and young adults: variability in effects across alcohol measures. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(2), 140-151.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Hennessy, E. A., Lipsey, M. W., & Winters, K. C. (2015). Can brief alcohol interventions for youth also address concurrent illicit drug use? Results from a meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(5), 1011-1023.
- Urzúa, R., & Correa, M. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Van Ryzin, M. J., Roeth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y. K., & Chen, I. C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72-80.
- Verster, J., Brady, K., Galanter, M. & Conrod, P. (2013). *Drug Abuse and Addiction in Medical Illness: Causes, Consequences and Treatment*. Springer: Nueva York.
- Villatoro Velázquez, J. A., Icaza, M. M., Elena, M., del Campo Sánchez, R. M., Fregoso Ito, D. A., Bustos Gamiño, M. N... & Cañas Martínez, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193-203.
- Villatoro, J. A., Mendoza, M. Á., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso D., Bustos, M... & Medina-Mora, M. E. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37(5), 423-435.
- Vizcarra, M. B., & Dionne, J. (2008). *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación*. Santiago: RIL editores.

- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A., & Rimm, E. B. (1995). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American journal of public health, 85*(7), 982-985.
- Weichold, K., Giannotta, F., Silbereisen, R. K., Ciairano, S., & Wenzel, V. (2006). Cross-cultural evaluation of a life-skills programme to combat adolescent substance misuse. *Sucht, 52*(4), 268-278.
- White, W. L. (2000). Addiction as a disease: The birth of a concept. *Addiction, 1*(1), 46-51.
- Winters, K. C., & Leitten, W. (2007). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(2), 249-254.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C., & Latimer, W. W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction, 95*(4), 601-612.
- Zhao-Shea, R., DeGroot, S. R., Liu, L., Vallaster, M., Pang, X., Su, Q... & Gardner, P. D. (2015). Increased CRF signalling in a ventral tegmental area-interpeduncular nucleus-medial habenula circuit induces anxiety during nicotine withdrawal. *Nature Communications, 6*(6770), 1-13.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set and setting*. New Haven: Yale University.

Anexo I: Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes

POSIT

Adaptado de Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997

A continuación, encontrarás varias preguntas que tienen por intención ayudarnos a conocer cuál es la mejor manera en que podemos ayudarte. Es por eso que te pedimos contestar **con completa sinceridad**.

No es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo responde cuidadosamente. Tus respuestas no serán conocidas por nadie, así como no habrá **ninguna consecuencia** por la manera en que respondas.

Contesta todas las preguntas, eligiendo aquella respuesta que más se acerque a tu situación. Cuando respondas piensa en **los últimos 6 meses** de tu vida.

1. ¿Has tenido problemas en la escuela o en el trabajo porque consumes alguna droga o bebida alcohólica?	Sí	No
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto de alguna droga o del alcohol?	Sí	No
3. ¿Sueles perderte actividades o eventos porque has gastado demasiado dinero en alguna droga o bebidas alcohólicas?	Sí	No
4. ¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o a las drogas?	Sí	No
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	Sí	No
6. ¿Te vas de las fiestas si no hay bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	Sí	No
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o consumes drogas?	Sí	No
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	Sí	No
11. ¿El uso de alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento(a)?	Sí	No
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela o al trabajo por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes bajarle al uso de bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han llevado a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, llegar después de la hora acordada a casa o a tener relaciones sexuales con alguien?	Sí	No
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	Sí	No
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No

Total _____

Anexo II: Entrevista Inicial para Adolescentes

Entrevista Inicial para Adolescentes

(Adaptada de Campos, Martínez y Ayala, 2001)

Folio: _____ Fecha: _____
Eres: ___ 1) Hombre 2) Mujer

Datos generales

Nombre: _____ Terapeuta: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado y grupo: _____
Nombre de la institución: _____ Ciudad: _____
Dirección: _____
Calle No. Col. C. P.
Teléfono cel.: _____ Contacto familiar: _____
Correo electrónico: _____

1. ¿Con quién vives?

a) Papá/sustituto	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td>No</td></tr></table>	Sí	No	d) Otros familiares	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td>No</td></tr></table>	Sí	No
Sí	No						
Sí	No						
b) Mamá/sustituta	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td>No</td></tr></table>	Sí	No	e) Amigos	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td>No</td></tr></table>	Sí	No
Sí	No						
Sí	No						
c) Hermano(s)	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td>No</td></tr></table>	Sí	No	f) Otros	<table border="1"><tr><td>Sí</td><td>No</td></tr></table>	Sí	No
Sí	No						
Sí	No						

2.	Edad	Escolaridad	Ocupación	Quién lo sustituye
Papá				
Mamá				

3. Cantidad de hermanos _____ Hnos. _____ Hnas. _____ Lugar que ocupas _____
4. ¿Cuánto dinero crees que ganan los adultos de tu familia?
a) Ganan mucho dinero b) Suficiente para vivir c) No ganan lo suficiente

Área escolar y laboral

5. Además de estudiar, ¿trabajas? a) Sí b) No
6. ¿Qué calificación sacas con mayor frecuencia? a) 9-10 b) 8 c) 6-7 d) 5 o menos
7. ¿Cómo consideras tu desempeño general en la escuela? a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo
8. ¿Cuánto dedicas a estudiar fuera de clase? a) Menos de 1 hr b) Entre 1 y 2 hrs c) Más de 2 hrs
9. ¿Llevas materias reprobadas? _____ ¿Cuántas y cuáles? _____
10. La mayor parte del año pasado, ¿fuiste estudiante? a) Sí b) No
11. ¿Cuántas veces faltas al mes? a) 0-1 b) 2-4 c) 5-8 d) >9
12. ¿Has dejado de estudiar 6 meses o más? a) No b) Sí, ¿por qué? _____
13. ¿Has reprobado algún año en la escuela? a) No b) Sí, ¿cuál(es)? _____

Ahora te presentamos algunas situaciones sobre las que queremos que expreses tu opinión, las opciones de respuesta son:	Siempre	Algunas veces	Nunca
14. Mis maestros son amables	3	2	1
15. Mis maestros son injustos	1	2	3
16. Mis maestros me tratan mal	1	2	3
17. Lo que aprendo en la escuela se puede aplicar en la vida diaria	3	2	1
18. Aunque hay cosas que aprendo en la escuela que no aplique ahora, más tarde me servirá para obtener un mejor empleo	3	2	1
19. En la escuela me enseñan cosas prácticas y actuales	3	2	1
20. En mi escuela me enseñan mal	1	2	3

Para cada una de las siguientes frases, selecciona aquella opción que se identifique más con tu forma de pensar, si estás inseguro(a), haz tu mejor estimación.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
21. Mis compañeros de la escuela son peligrosos	1	2	3	4
22. Hay muchos asaltos por mi escuela	1	2	3	4
23. Mi escuela es un lugar seguro	4	3	2	1
24. Mi colonia es un lugar seguro	4	3	2	1
25. Hay poca vigilancia en mi colonia	1	2	3	4
26. En mi colonia hay muchos delincuentes	1	2	3	4
27. Me preocupa salir solo(a) a la calle	1	2	3	4
28. Hay muchos asaltos en mi colonia	1	2	3	4
29. Me agrada la colonia en la que vivo	4	3	2	1

30. ¿Trabajas? 1) No 2) Sí, ¿en qué? _____
 31. ¿Cuántas horas diarias? _____ 32. ¿Hace cuántos meses trabajas? _____
 33. ¿Cuánto ganas? _____

Consumo de sustancias

34. ¿Principal sustancia de consumo? (marca sólo una)
- a) Alcohol
 - b) Tabaco
 - c) Marihuana
 - d) Cocaína
 - e) Pastillas
 - f) Heroína
 - g) Otra _____
 - h) Consumo varias drogas que considero de igual importancia (márquelas)

35. Selecciona una alternativa que mejor describa tu consumo durante el año pasado
- Sin problema
 - Un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido experiencias negativas)
 - Un problema menor (he tenido experiencias negativas, pero ninguna que seria)
 - Un problema mayor (he tenido consecuencias negativas, una puede ser seria)
 - Un gran problema (he tenido consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

36. ¿Has recibido en algún tipo de tratamiento para resolver problemas de alcohol o drogas?

- a) No b) Sí, ¿de qué tipo? _____
 Fecha del _____ mes _____ año, al _____ mes _____ año

37. ¿Cuál es el mayor tiempo consecutivo que NO has consumido alcohol o drogas desde que es un problema?
 Fecha del _____ mes _____ año, al _____ mes _____ año Meses transcurridos: _____

38. ¿Por qué te abstuviste en esa ocasión? _____

Área de salud

39. Actualmente, ¿tienes algún problema de salud? No ____ Sí, ¿cuál(es)? _____

40. ¿Tomas algún medicamento o te automedicas? ____ No ____ Sí ¿cuál(es)? _____

Tabaco

41. ¿Fumas?

- a) Nunca he fumado
- b) Exfumador >1 año
- c) Exfumador < 1 año
- d) Actualmente fumo

42. Edad en que comenzaste a fumar: _____ 43. ¿Por cuántos meses has sido fumador regular? _____

44. Promedio de cigarrillos mensuales: _____

45. ¿Tienes familiares y amigos que fuman?

____ Sí, sólo familiares ____ Sí, sólo amigos ____ Ambos ____ Ninguno

Alcohol

46. ¿Alguna vez has tomado una copa de cualquier bebida alcohólica?

a) Sí b) No

47. En caso de consumir alcohol, ¿qué porcentaje asigna a cada bebida? (0-100)

_____ Cerveza
_____ Coolers o bebidas preparadas en lata
_____ Destilados (ron, tequila, vodka, whisky, etc.)
_____ Vino
_____ Alcohol puro o aguardiente

48. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de estas bebidas? _____

49. ¿Cuántas veces tomaste en el último año una o más copas de cualquier bebida alcohólica en una ocasión?

Menos de una vez en el último año
 De 1 a 2 veces en el último año
 De 3 a 11 veces en el último año
 De 1 a 3 veces al mes
 Una o más veces por semana

50. ¿Cuántas veces tomaste en el último mes una bebida alcohólica completa?

Ninguna en el último mes
 Una vez en el último mes
 Entre 2 y 3 ocasiones en el último mes
 4 o más ocasiones en el último mes

51. ¿Cuántas veces tomaste en el último mes cinco (4 en mujeres) o más bebidas alcohólicas en una ocasión?

Ninguna en el último mes
 Una vez en el último mes
 Entre 2 y 3 ocasiones en el último mes
 4 o más ocasiones en el último mes

52. ¿Cuántas veces te emborrachaste en el último mes?

Ninguna en el último mes
 Una vez en el último mes
 Entre 2 y 3 ocasiones en el último mes
 4 o más ocasiones en el último mes

53. ¿Has intentado tomar tres o menos cervezas por ocasión, o dejar de tomar? a) Sí ____ b) No

54. Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo iniciaste a cambiar tu consumo?, y ¿por qué hiciste el cambio? _____

55. ¿Mantienes el cambio hasta ahora? a) Sí b) No

56. ¿Quieres intentar tomar menos en los siguientes seis meses o en el próximo mes?

_____ En los próximos seis meses _____ En el próximo mes

Consumo de otras drogas

57. ¿Alguna vez has probado marihuana, cocaína, pastillas, inhalables o cualquier otra droga? a) Sí b) No

58. ¿Cuál de las siguientes drogas has probado?

	Sí	No	Hace cuántos meses inició	Veces probada	Frecuencia en el último mes
Mariguana	1	2			
Cocaína	1	2			
Inhalables: thinner, cemento, resistol, etc.	1	2			
Pastillas (anfetaminas o estimulantes)	1	2			
Pastillas (tranquilizantes o sedantes)	1	2			
Heroína	1	2			
Otras: _____					

59. ¿Has intentado dejar de consumir o consumir menos drogas? a) Sí b) No

60. Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo iniciaste a cambiar tu consumo? _____

61. ¿Por qué hiciste el cambio? _____

62. ¿Mantienes el cambio? a) Sí b) No

63. ¿Quieres dejar de consumir drogas en los siguientes seis meses o en el próximo mes?

_____ En los próximos seis meses _____ En el próximo mes

¿Qué tan peligroso crees que es... (responder sólo con las sustancias de consumo)

64. consumir drogas como las pruebas?

- a) No es peligroso
 b) Es peligroso
 c) Es muy peligroso

65. consumir muy seguido alcohol?

- a) No es peligroso
 b) Es peligroso
 c) Es muy peligroso

¿Qué opinan las siguientes personas de que consumas tu sustancia principal?

	Lo ve bien	Ni bien ni mal	Lo ve mal
66. Mi madre/ sustituta	1	2	3
67. Mi padre/ sustituto	1	2	3
68. Mis maestros o jefes	1	2	3
69. Mi mejor amigo(a)	1	2	3
70. La mayoría de los jóvenes de mi edad	1	2	3

¿Alguna de las siguientes personas ha usado algún tipo de droga ilegal?

	Sí	No
71. Tu papá/ sustituto	1	2
72. Tu mamá/ sustituta	1	2
73. Alguno de tus hermanos (as)	1	2
74. Tu mejor amigo(a)	1	2
75. Alguien que viva contigo	1	2

¿Alguna de las siguientes personas ha tenido algún problema debido a su consumo de alcohol?

	Sí	No
76. Tu papá/ sustituto	1	2
77. Tu mamá/ sustituta	1	2
78. Alguno de tus hermanos (as)	1	2

79. Tu mejor amigo(a)	1	2
80. Alguien que viva contigo	1	2

Area familiar

81. Cuando estás con amigos o familiares, ¿te insisten en que consumas alcohol o drogas?

___ Tanto familia como amigos ___ Sólo mis amigos ___ Sólo mi familia ___ Ninguno

82. De tus amigos o familiares, ¿quiénes te ayudarían a cambiar tu consumo de alcohol o drogas?

83. En los últimos 12 meses, ¿has tenido un conflicto familiar grave? a) Sí b) No
 84. ¿Es común que los adultos que viven en tu casa peleen? a) Sí b) No
 85. De estas peleas, ¿alguno de ellos ha bebido alcohol? a) Sí b) No c) No se pelean

86. ¿Cómo describes la relación con tus padres?

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala

87. ¿Cómo describes la relación con tus hermanos?

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala

¿Cómo son las relaciones familiares?

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Mucha frecuencia
88. ¿Se involucran en las actividades que a ti te interesan?	1	2	3	4
89. ¿Hacen cosas divertidas contigo?	1	2	3	4
90. ¿Hablan contigo acerca de tus amigos(as)?	1	2	3	4
91. ¿Te incluyen cuando planean actividades familiares?	1	2	3	4
92. ¿Asisten a reuniones de tu escuela? (conferencias, reuniones)	1	2	3	4
93. ¿Te levantan los castigos antes del tiempo acordado?	1	2	3	4
94. ¿Están tan ocupados que se olvidan dónde estás?	1	2	3	4
95. ¿Tus papás te amenazan con castigarte y no lo cumplen?	1	2	3	4
96. Al hacer algo malo, ¿tratas de persuadir a tus padres en su castigo?	1	2	3	4
97. Al hacer bien una tarea o trabajo, ¿te felicitan tus padres?	1	2	3	4
98. Al portarte bien, ¿tus papás te premian con otras cosas extras?	1	2	3	4
99. Al hacer las cosas bien, ¿tus papás te dan besos y abrazos?	1	2	3	4
100. ¿Sales sin que tus papás te establezcan una hora de llegada?	1	2	3	4
101. ¿Sales por las noches sin la compañía de un adulto?	1	2	3	4
102. ¿Sales con amigos que tus papás no conocen?	1	2	3	4
			Sí	No
103. ¿Se niegan tus padres/ sustitutos a hablarte cuando se enfadan contigo?	1	2		
104. ¿Saben tus padres/ sustitutos cómo piensas o te sientes realmente?	1	2		
105. ¿Discutes frecuentemente con tus padres levantando la voz y gritando?	1	2		
106. ¿Tienen tus padres/ cuidadores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	1	2		
107. ¿Están tus padres/ cuidadores de acuerdo a la forma en que te educan?	1	2		

108. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? a) No b) Sí 109. ¿Cuánto? _____
110. ¿Cuánto destinas por mes a consumo de alcohol u otras drogas? _____

Normas familiares con relación al consumo de alcohol y otras drogas (preguntar por sustancia principal)

	Sí	No
111. ¿Tus padres saben que tomas alcohol o consumes alguna droga?	1	2
112. ¿Tus padres te han puesto reglas claras sobre el consumo de alcohol o drogas?	1	2
113. ¿Es importante para ti cumplir las normas que tienen tus padres acerca del consumo de alcohol o drogas?	1	2

Depresión y riesgo suicida

114. ¿Te sientes triste con frecuencia? a) Sí b) No
Durante el último mes, has...

Número de días	0	1 a 3	4 a 6	7 o más
115. sentido que no puedes seguir adelante	1	2	3	4
116. tenido pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
117. sentido que tu familia estaría mejor si estuvieras muerto (a)	1	2	3	4
118. pensado en matarte	1	2	3	4

119. ¿Te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con la finalidad de quitarte la vida?

a) No b) Sí, una vez c) Sí, al menos 2 veces

120. ¿Qué edad tenías la última o única vez que trataste de quitarte la vida? _____

121. ¿Qué te motivó a hacerte daño? _____

Área de conducta antisocial

¿Has realizado las siguientes actividades en los últimos doce meses?

	Sí	No	Edad
122. Tomar un auto sin permiso del dueño	1	2	
123. Tomar dinero o cosas con valor de \$50 o menos que no te pertenecen	1	2	
124. Tomar dinero o cosas con valor de \$500 o más que no te pertenecen	1	2	
125. Tomar mercancía de alguna tienda sin pagarla	1	2	
126. Golpear o dañar algo que no te pertenece	1	2	
127. Atacar a alguien usando algún objeto como arma (cuchillo, palo, navaja, etc.)	1	2	
128. Vender drogas (marihuana, cocaína, etc.)	1	2	
129. Golpear o herir a propósito a alguien, sin considerar pleitos con hermanos	1	2	
130. Tomar parte en riñas o peleas	1	2	
131. Prender fuego a propósito a objetos que no te pertenecen	1	2	
132. Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	1	2	

133. ¿Tus amigos han realizado alguna de las actividades anteriores?

___ No ___ Sí, ¿cuáles? _____

Área de sexualidad

134. ¿Tienes novio (a)? a) Sí b) No

135. ¿Cuántos meses llevas en esa relación? _____

136. ¿Has tenido relaciones sexuales? ___ No ___ Sí, una vez ___ Sí, más de una vez

137. Edad de inicio _____

138. Al tener relaciones sexuales, ¿utilizas métodos anticonceptivos o de protección a enfermedades de transmisión sexual? a) No b) Sí, ¿cuáles? _____

139. ¿Con qué frecuencia? a) Siempre b) Casi siempre c) Frecuentemente d) Algunas veces e) Nunca

140. ¿Has tenido problemas relacionados a tu conducta sexual? a) No b) Sí, ¿cuáles? _____

141. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas? a) Sí b) No

Ahora contesta si estás de acuerdo o no con cada una de las afirmaciones que se presentan.

	Siempre	A veces	No
142. Prefiero pelearme con mis papás que mostrarles mi cariño	3	2	1
143. Si cometo un error, prefiero que castiguen a otra persona en vez de a mí	3	2	1
144. Hago lo que quiero, aunque afecte a las demás personas que me rodean	3	2	1
145. Si necesito mentir para lograr mis objetivos, lo hago	3	2	1
146. Prefiero ayudar a los demás sólo cuando obtengo algo a cambio	3	2	1
147. Si me peleo con mis papás o amigos, pienso más en lo enojado que estoy que en el cariño que les tengo	3	2	1
148. Si peleo con alguien más, no me importa que lo castiguen por eso	3	2	1
149. Puedo dañar a los árboles y a las flores ya que se pueden volver a plantar	3	2	1
150. Trato de lograr lo que quiero, aunque lastime a las personas que me rodean	3	2	1

Administración del tiempo libre

¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela?

	Nunca	Algunas veces	Siempre
151. Veo televisión en casa	1	2	3
152. Practico algún deporte	1	2	3
153. Juego o salgo con amigos(as)	1	2	3
154. Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
155. Hago tarea o estudio	1	2	3
156. Juego videojuegos o voy a las maquinitas	1	2	3
157. Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
158. Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
159. Escucho música	1	2	3
160. Hablo por teléfono	1	2	3
161. Voy a fiestas	1	2	3
162. Asisto a clases artísticas (baile, tocar instrumentos)	1	2	3
163. Voy al cine	1	2	3
164. Otro:	1	2	3

165. De estas actividades, ¿cuáles están relacionadas al consumo de alcohol o drogas? _____

Satisfacción personal

166. ¿Qué tan satisfecho estás con tu estilo de vida en este momento?

5	Muy satisfecho(a)
4	Satisfecho(a)
3	Inseguro(a)
2	Insatisfecho(a)
1	Muy insatisfecho(a)

167. ¿Cuáles son tus metas para el futuro?

Anexo III: Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

De Annis y Martin, 1985; traducido y adaptado por Echeverría y Ayala, 1997

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber en exceso o consumir alguna droga. Imagina que estás en este momento en cada una de estas situaciones e indica en la escala, qué tan seguro(a) te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" la casilla que corresponda.

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES:** (Por ejemplo: si estuviera deprimido(a) en general, si las cosas estuvieran saliendo mal). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

2. **MALESTAR FÍSICO:** (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso(a) y tenso(a)). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

3. **EMOCIONES AGRADABLES:** (Por ejemplo: si me sintiera muy contento(a), si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL** (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol; si sintiera que puedo beber sólo unas cuantas bebidas). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber, si pensara que rico es beber alcohol). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

6. **CONFLICTO CON OTROS** (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

7. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara a beber alcohol; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera unos tragos). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor). Me siento...

Inseguro(a)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Seguro(a)

Anexo IV: Línea base retrospectiva de consumo de sustancias

LIBARE (Línea base retrospectiva de consumo de sustancias)

Adaptado de Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979

Nombre: _____ Fecha: _____

Mediante este calendario, vamos a reconstruir tu consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias durante el periodo de: _____ a _____.

No es una tarea difícil, en especial si se utiliza el calendario. Se ha encontrado que este instrumento es útil para que las personas recuerden la cantidad, y frecuencia con que beben. Te daremos algunos "tips" o ayudas para facilitar su llenado:

1. Es importante que en cada día del calendario se anote el número de copas estándar que consumió. El reporte que se proporciones siempre debe ser en COPAS ESTÁNDAR.
2. Los días que NO consumiste bebidas alcohólicas márcalos con una diagonal "/".
3. En los días que SÍ consumiste bebidas alcohólicas escribe el número de copas estándar que bebiste, no importa qué tipo de bebida. Por ejemplo, si bebiste durante la comida una copa de tequila, después un vaso de vino, y en la noche tomaste una cerveza, anota 3 copas estándar.
4. Si al llenar el calendario, no recuerdas si bebiste un lunes o un miércoles, o si fue en la primera o en la segunda semana del mes, trata de ser lo más preciso(a) posible, pero anota tu mejor estimación.
5. Si escribirás otra sustancia que no sea alcohol, utiliza el mismo criterio de unidades (por ejemplo una fumada, un cigarrillo, un porro, etc.).

ABRIL 2018						
Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAYO 2018						
Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

JUNIO 2018						
Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

JULIO 2018						
Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AGOSTO 2018						
Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

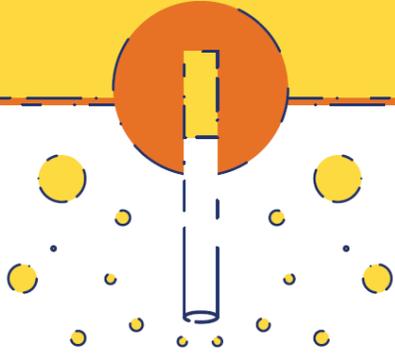
SEPTIEMBRE 2018						
Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Anexo V: Material de Intervención Breve para Adolescentes

Sesión de Introducción (Consejo Breve)

Tu información de consumo

Tabaco



Nombre: _____

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:
Los cigarrillos que me fumé en los últimos tres meses

He logrado pasar días sin fumar

Al día he fumado como máximo

Y como mínimo

Con un promedio de cigarrillos semanales

¿Cuáles son los efectos del tabaco en tu conducta y tu cuerpo?

Cigarrillos	Efectos
1 o 2	Calma ansiedad por abstinencia
3	Ritmo acelerado de tu corazón
7	Dolor de cabeza y mal humor
20	Resaca por hipoxia

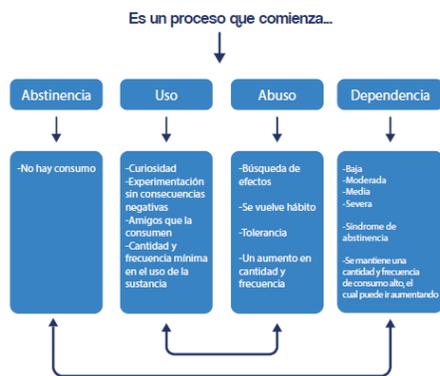
¡OJO!

No hay niveles seguros de consumo de tabaco cualquier cantidad de tabaco es dañina para la salud

1
2



Lo que tengo que saber sobre el consumo de sustancias... ¿cómo se da una adicción?



Datos curiosos del consumo de Tabaco

Fumar hace que envejecas 50% más rápido que las personas que no fuman.



El tabaco tiene alrededor de 7,000 sustancias químicas de las cuales por lo menos 69 causan cáncer.

Se ha demostrado que fumar de manera regular puede provocar aumento de peso ya que los cigarrillos están compuestos 20% de azúcar.

El tabaco es una droga que ocupa el segundo lugar de consumo en México después del alcohol.

Cada 5 segundos muere una persona por consumo de tabaco en el mundo.



La esperanza de vida de las personas que fuman se reduce 10 años.

3

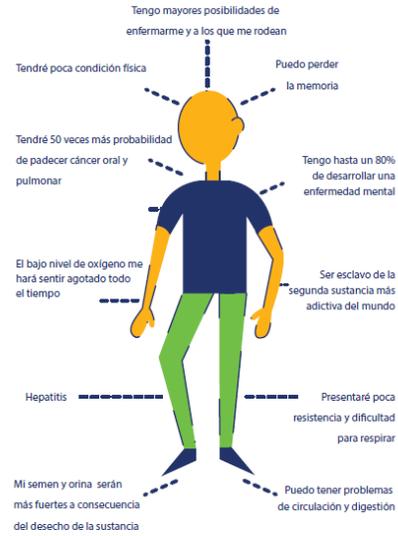
4

¿Cuáles son las posibles consecuencias de consumir tabaco?

- Puedo tener mal aliento
- El olor se queda en la ropa y las manos
- Puedo quemar mi ropa o a alguien cerca
- No asistir a lugares o situaciones por no poder fumar
- Sentirme rechazado por fumar
- Ansiedad, estrés o frustración por no haber fumado
- Reducción de rendimiento físico
- Alteraciones de sueño
- Tendencia a mayor agresividad
- Afectar a otras personas por el humo de segunda mano
- Sentirme culpable por haber fumado

5

Con el tiempo...



6

Observa

Estas son las cosas que me ocurren y que es importante que cuide para evitar mi consumo.

Estas son las cosas de las que me puedo valer para evitar mi consumo.

7

¿Qué piensas de tu consumo de tabaco?

¿Hay algo que te preocupe de tu consumo de tabaco?

¿Qué te gustaría cambiar de tu consumo de tabaco?

8

Piensa en dos opciones que te ayuden a lograr tu decisión

Opción 1	Pros	Contras
Opción 2	Pros	Contras

¡Ahora!

Ya tienes en claro qué cantidad y con qué frecuencia consumes

Conoces las consecuencias de consumir tabaco en exceso

Sabes qué cuidar y qué cosas pueden ayudarte a dejar de consumir

Si necesitas apoyo, puedes contactarnos en:

Centro de Atención Psicológica Delfos
Tel. 656 109 9051

Material elaborado a partir del Programa de intervención breve Para adolescentes que abusan de alcohol y otras droga (PIBA)

7

8

Sesión de Introducción (Consejo Breve)

Tu información de consumo de **Alcohol**



Nombre: _____

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:

¿Cuántas copas o cervezas me tomé en total en mis últimos 3 meses?

¿Cuál fue el mayor número de días que no tomé?

¿Cuál fue la cantidad máxima de cervezas o copas que tomé en una ocasión?

¿Y la mínima?

Es la cantidad de copas que tomo más seguido.

Los días que más tomo son los

¿Cuáles son los efectos del alcohol en tu conducta y tu cuerpo?

Cubas o cervezas	Efectos
1 ó 2	Tranquilidad y relajación
4	Alegría
7	Malestar
20	Congestión alcohólica

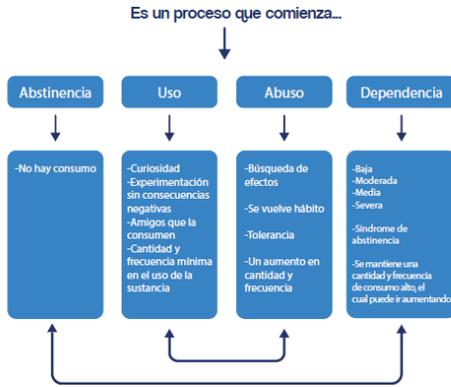


A partir de 3 o más copas por ocasión se considera un abuso de alcohol debido a los daños que produce en nuestro cuerpo.

1

2

Lo que tengo que saber sobre el consumo de sustancias... ¿cómo se da una adicción?



Datos curiosos del consumo de alcohol

17+

La edad promedio en que las personas prueban el alcohol por primera vez es a los 17 años.

4 de cada 10 adolescentes entre 12 y 17 años han consumido alcohol.



La bebida favorita de los adolescentes es la cerveza.

3

4

¿Qué pasa en mi cerebro?

La ingesta de alcohol provoca alteraciones en el funcionamiento del SNC, lo cual provoca el estado de ebriedad y a su vez arrastrar las palabras, lagunas mentales, caldas, alteraciones del estado de ánimo, mayor agresividad, etc.

¿Por qué pasa esto?

Corteza prefrontal: Es la zona encargada del juicio y razonamiento. Cuando bebes, el alcohol "la apaga", por lo tanto te vuelves más extrovertido pero a la vez evita que pienses con claridad y dificulta el procesamiento de la información visual y auditiva.

Hipotálamo:
Encargado de las zonas de placer, comportamiento sexual, hambre, sueño, etc. Con el alcohol aumentan las conductas impulsivas.

Cerebelo:
Es el encargado del equilibrio, movimiento y balance. Es el responsable de que cuando consumes alcohol te sientas mareado, los movimientos sean torpes e incluso tengas caídas.



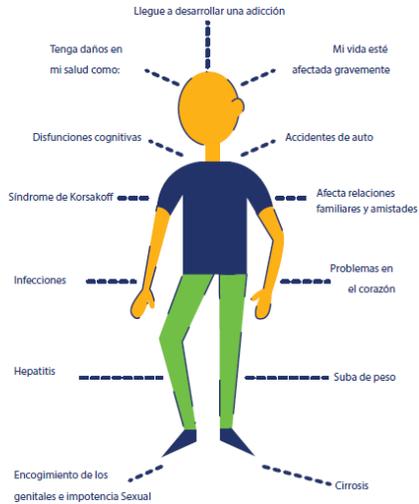
5

¿Cuáles son las posibles consecuencias de consumir alcohol de manera abusiva?

- Pelearme o ponerme agresivo
- Tener la cruda
- Pelearme con mis papás
- Tener problemas con amigos
- Exponerme a tener problemas con la policía o ser detenido
- Tener problemas en la escuela o en el trabajo
- Accidentarme o causar un accidente
- Tener problemas en la escuela o en el trabajo
- Tener relaciones sexuales riesgosas

6

Con el tiempo puede que...



7

Observa

Estas son las cosas que me ocurren y que es importante que cuide para evitar mi consumo.

Estas son las cosas de las que me puedo valer para evitar mi consumo.

8

¿Qué piensas de tu consumo de alcohol?

¿Hay algo que te preocupe de tu consumo?

¿Qué te gustaría cambiar de tu consumo de alcohol?

9

Piensa en dos opciones que te ayuden a lograr tu decisión

Opción 1	Pros	Contras
Opción 2	Pros	Contras

10

¡Ahora!

Ya tienes en claro qué cantidad
y con qué frecuencia consumes

Conoces las consecuencias
de consumir marihuana en exceso

Sabes qué cuidar y qué cosas pueden
ayudarte a dejar de consumir

Si necesitas apoyo, puedes
contactarnos en:

**Centro de Atención
Psicológica Delfos**
Tel. 656 109 9051

Material elaborado a partir del
Programa de Intervención breve Para adoles-
centes que abusan de alcohol y otras droga (PIBA)

11

12

Sesión de Introducción (Consejo Breve)

Tu información de consumo de **Marihuana**



Nombre: _____

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:

¿Cuánto fumé en los últimos 3 meses?

¿Cuántos fueron lo máximo de días seguidos
que no fumé?

¿Lo máximo que fumé en una ocasión?

¿Y lo mínimo?

¿Cuáles son los efectos de Fumar?

Me relaja

Me hace sentir o ver cosas que
no están pasando en realidad

Puedo sentirme sin motivación



¡OJO!

Cualquier cantidad se considera un ABUSO debido a los efectos
que esta sustancia causa en nuestro organismo.

1

2

Lo que tengo que saber sobre el consumo de sustancias... ¿cómo se da una adicción?



3

Datos curiosos de la consumo de marihuana

- En Estados Unidos y Europa es la segunda droga que lleva a las personas a tratamiento de rehabilitación.
- Las personas que se vuelven adictas a la marihuana difícilmente se dan cuenta, lo que dificulta hacer algo al respecto.



¿POR QUÉ?

La marihuana provoca un síndrome llamado "AMOTIVACIONAL" donde las personas pierden las ganas para hacer casi cualquier cosa por lo que suele estancarse.



4

¿Cuáles son las posibles consecuencias de consumir marihuana?

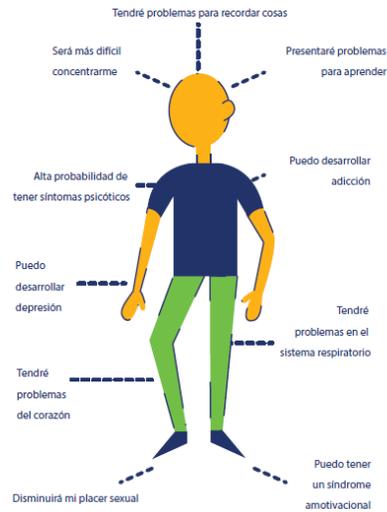
- Me da mucha hambre
- Pérdida de memoria
- Ojos irritados
- Siento que la boca se reseca
- Tengo periodos de ansiedad y tristeza
- Alucinaciones auditivas y sensoriales
- Presento problemas al hablar
- Me vuelvo más lento
- Puedo tener problemas con otros
- Corro el riesgo de ser detenido
- Problemas de aprendizaje y memoria



¡DETENTE!

5

Con el tiempo...



6

Observa

Estas son las cosas que me ocurren y que es importante que cuide para evitar mi consumo.

¿Qué piensas de tu consumo de marihuana?

Estas son las cosas de las que me puedo valer para evitar mi consumo.

¿Hay algo que te preocupe de tu consumo de marihuana?

7

8

Piensa en dos opciones que te ayuden a lograr tu decisión

Opción 1	Pros	Contras
Opción 2	Pros	Contras

¡Ahora!

Ya tienes en claro qué cantidad y con qué frecuencia consumes

Conoces las consecuencias de consumir marihuana en exceso

Sabes qué cuidar y qué cosas pueden ayudarte a dejar de consumir

Si necesitas apoyo, puedes contactarnos en:

Centro de Atención Psicológica Delfos
 Tel. 656 109 9051

Material elaborado a partir del Programa de Intervención breve Para adolescentes que abusan de alcohol y otras drogas (PIBA)

9

10

Anexo VI: Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Características de los grupos.....	57
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes del grupo experimental....	57
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes del grupo control.....	57
Tabla 4. Indicadores, variables y estrategias de recolección de la intervención.....	61
Tabla 5. Datos descriptivos del grupo experimental.....	66
Tabla 6. Datos descriptivos del grupo control.....	67
Tabla 7. Equivalencia entre grupo experimental y grupo control.....	77
Tabla 8. Comparación de media mensual de consumo de tabaco, alcohol y cannabis.....	78
Tabla 9. Comparación de medias de autoeficacia de línea base y seguimiento a 3 meses...79	
Tabla 10. Correlación entre modificación del consumo de la sustancia y modificación en confianza situacional para resistir el consumo.....	80
Tabla 11. Propósito de los participantes al respecto de consumir sustancias.....	81
Figura 1. Influencia de diversos factores que inciden en el consumo de sustancias adictivas.....	26