



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Programa de prevención de recaídas en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas”

Ángel López Ortiz

Bajo la dirección de
Dr. José Alonso Olivas Ávila

Ciudad Juárez, Chihuahua, 6 de Noviembre del 2020



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

**“Programa de prevención de recaídas en adolescentes
consumidores de sustancias psicoactivas”**

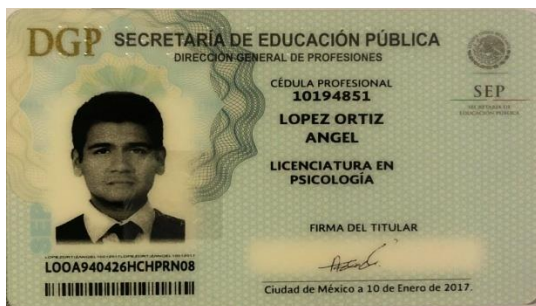
Tesis para obtener el grado de
Maestro en Psicología

Ángel López Ortiz

Bajo la dirección de
Dr. José Alonso Olivas Ávila

Ciudad Juárez, Chihuahua, 6 de Noviembre del 2020

Título y cédula profesional



Agradecimientos

El presente documento refleja el trabajo de dos años, en los que se vivieron diversas experiencias enriquecedoras que sin duda alguna, contribuyeron en mi formación como profesionista. Mis padres son los protagonistas que deseo incluir en primera instancia en este apartado, todo el apoyo que me han compartido ha sido clave para llegar a este momento. Además de mi familia y pareja, hay personas que aportaron diversos conocimientos, experiencias y motivaciones que me ayudaron en esta etapa. Mi director de tesis; el Dr. José Olivas, las coordinadoras del posgrado que me apoyaron en diversas maneras: Dra. María Nieves y la Dra. Priscila Montañez, los profesores que tuve dentro del programa académico, el personal administrativo; resaltando a Leticia de la Torre, y mis compañeros de la maestría, todos influyeron en enriquecer esta experiencia.

Además, agradezco enormemente a la institución que me permitió realizar la intervención dentro de sus instalaciones, así como a los participantes que expresaron su disposición y apoyo constante en continuar con sus procesos, sin ellos no hubiera sido posible el culminar este trabajo.

Introducción y Marco Teórico.....

Planteamiento del problema.....	3 - 11
Justificación de la intervención.....	11 - 12
Objetivos del estudio.....	12 - 13
Hipótesis.....	13
Marco teórico.....	13 - 46
Consumo y adicción de sustancias de adolescentes.....	13 - 18
<i>Sustancias psicoactivas</i>	16
<i>Criterios diagnósticos para la adicción</i>	17 - 18
Factores de riesgo en el uso de drogas.....	18 - 23
Rehabilitación y recaídas en el uso de sustancias psicoactivas.....	23 - 25
Factores psicosociales de protección en las recaídas.....	25 - 32
<i>Autoeficacia</i>	25 - 26
<i>Afrontamiento</i>	26 - 27
<i>Manejo emocional</i>	27 - 29
<i>Asertividad, toma de decisiones y comunicación</i>	29 - 31
<i>Manejo del estrés</i>	31 - 32
Fundamentos y aportes de la psicología cognitivo conductual....	32 - 34
Modelos de prevención de recaídas.....	35 - 46
<i>Modelo motivacional</i>	35 - 36
<i>Modelo de Marlatt y Gordon</i>	37 - 39
<i>Modelo de Terence Gorsky</i>	39
Evidencia sobre el modelo prevención de recaídas	40 - 46
Método.....	
Enfoque y diseño.....	46 - 47
Participantes.....	47 - 50
Consideraciones éticas.....	50 - 51
Procedimiento.....	52
Materiales.....	52 - 54
Proceso de intervención.....	54 - 64
Resultados.....	
Análisis estadísticos.....	63 - 68
Evaluación de la intervención.....	68 - 77
Discusión y Conclusiones.....	78 - 83
Referencias	84 - 96
Anexo 1 Formatos de consideraciones éticas.....	97
Anexo 2 Instrumentos de registro.....	98 - 113

Resumen

El consumo de drogas ha ido en aumento en los últimos años, solo una cuarta parte de quienes acuden a un tratamiento de rehabilitación lo finalizan., y usualmente del 40% al 60% de quienes terminaron el tratamiento presentarán al menos una recaída durante el primer año. El objetivo del presente estudio es implementar un programa de intervención, adaptado del modelo teórico de Marlatt y Gordon, para prevenir recaídas en individuos que se encuentran internados en un centro de rehabilitación ubicado en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. La muestra de la intervención piloto se compone de tres participantes adolescentes, asistentes a un programa piloto de 13 sesiones, mientras que la muestra de la segunda intervención se compone de dos participantes adolescentes, asistentes a un programa de nueve sesiones.

Se utilizó el inventario de estrategias de afrontamiento y el cuestionario de confianza situacional, instrumentos validados para población mexicana. En ambas intervenciones se tuvo aumento en las estrategias de afrontamiento asertivas y disminución en las estrategias no asertivas. Sin embargo, solo fue estadísticamente significativo el aumento en la estrategia de expresión emocional, con la muestra de la segunda intervención ($p \leq 0.03$). En la muestra del pilotaje fue estadísticamente significativo el aumento en la autoconfianza de no consumir al desear pasar momentos agradables con los demás ($p \leq 0.03$), al experimentar necesidad de consumo ($p \leq 0.004$) y al querer probar el autocontrol ($p \leq 0.00$). Debido al tamaño de las muestras, se esperaba no tener diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas evaluadas. Es necesario continuar con futuras intervenciones que incluyan muestras representativas y den seguimiento después del tratamiento.

Palabras clave: Drogadicción, prevención de recaídas, situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia.

Capítulo I. Introducción y Marco Teórico

Planteamiento del problema

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, aproximadamente 275 millones de personas de 15 a 64 años han consumido drogas durante el 2016, lo que representaba el 5.6% de la población mundial. Es decir, 1 de cada 18 habitantes ha consumido drogas. Un aspecto relevante es que del 2015 al 2016, aparecieron 20 millones nuevos consumidores. Por el otro lado, 1 de cada 9 consumidores presenta un trastorno por abuso de sustancias, es decir que el 11% de los consumidores presentan dependencia y/o requiere de un tratamiento, lo que representa a 30.5 millones de habitantes, cifra que se incrementó 1 millón durante el último año. De las sustancias ilegales que son mayormente consumidas, destaca el cannabis, los opioides, las anfetaminas y estimulantes, el éxtasis, los opiáceos y la cocaína (UNODC, 2018).

El cannabis o marihuana, a nivel mundial ha sido señalada como la sustancia psicoactiva ilegal más consumida. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), más de 181.8 millones de personas, de 15 a 64 años la consumían para fines no médicos, lo que representa aproximadamente el 2.5% de la población mundial. En el continente europeo, más del 31% de la población de 15 años hasta 34 años ha consumido cannabis y más del 2.5% de la población lo consume de manera diaria. Mientras que, en países como España, un 38.6% de su población ha consumido esa droga (Madoz Gúrpide y Ochoa Mangado, 2011). Por su parte, en Canadá el 15% de la población mayor a 15 años consume cannabis, lo que representa aproximadamente a 4.6 millones de personas (Statistics Canada, 2018). En países de Latinoamérica como Brasil, el 4.3% de los adolescentes la consumen, en comparación con el 6.8% de los adultos. Chile es uno de los países con mayor tasa de consumo en Latinoamérica, con un 11.3% de su población (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

A pesar de que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida en el mundo, los opioides son los que generan mayores impactos negativos en la salud de los consumidores. Durante el 2015, el 76% de las muertes por trastornos de consumo de drogas fue debido a este tipo de sustancias. Actualmente, se estima que existen 34.3 millones de usuarios de opioides para fines no médicos, incluyendo la heroína, la buprenorfina, y la metadona, cifra que representa el 0.7% de la población mundial. Sin embargo, en el caso de Norteamérica el consumo de opioides es significativamente mayor, llegando a representar el consumo del 4.2% de la población. Con una cifra similar se encuentra el consumo de anfetaminas, las cuales son usadas por el 0.7% de la población mundial, lo que representa un estimado de 34.2 millones de personas. De igual manera, Norteamérica tiene el mayor nivel de consumo de esta sustancia a nivel mundial, con un 2% de su población. En segundo lugar, se encuentra Oceanía con 1.3% de su población. Se estima que el 0.4% de la población mundial consume cocaína, lo que representa a 18.2 millones de habitantes. El continente americano es el que mayor índice de consumo presenta con un 2.85% de su población, seguido por Oceanía con un 1.7% y posteriormente Europa con un 1.2%. Un aspecto relevante es que la dependencia a la cocaína funge como razón principal por la que se acude a rehabilitación en Norteamérica y Europa (UNODC, 2018).

A nivel nacional, según los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) de la Secretaría de Salud Federal, el cannabis y cocaína son las sustancias ilegales más consumidas en México. Se estima que el 8.6% de la población entre 12 y 65 años consume cannabis, lo que representa a más de 10 millones de personas, y un 3.5% consume cocaína, representando a más de 4 millones de personas. Los inhalables son usados por el 1.1% de la población, representados por más de 1,200,000

habitantes, mientras que las metanfetaminas y el crack por el 0.9% de la población, lo que representa a más de 1 millón de personas. Dentro de los estados que cuentan con mayores índices de consumo de drogas ilegales son: Jalisco (15.3%) y Quintana Roo (14.9%). En el caso de Chihuahua, el porcentaje es de 12.2%, cuándo hace 9 años era del 8.2%. El Estado con menor porcentaje de consumo de drogas ilegales es Chiapas con 5.8% (ENCODAT, 2017).

Dentro de las drogas ilegales más consumidas por los pacientes que son ingresados por primera vez a un tratamiento, el cannabis representa el 80%, superando a la cocaína que representa un 35.2% de consumo y las metanfetaminas con un 33.5%. Un aspecto para tomar en consideración es el rango de edad en el inicio de consumo de drogas ilícitas, dado que el 41% de las personas atendidas tienen entre 10 y 19 años (CIJ, 2018). De las 830 personas atendidas durante el 2017 en el Centro de Integración Juvenil, a nivel estatal, 357 individuos reportaron a el cannabis como la droga de mayor impacto, lo que representa el 43% de los atendidos (SIECD, 2018).

Debido a que los alumnos de secundaria son los más afectados para caer en el consumo de sustancias psicoactivas, en Chihuahua los tres niveles de gobierno han desarrollado programas para impartir psico-educación acerca de este tema (Fernández, 2017). Entre el 2010 y 2017, el consumo de drogas aumentó 10 veces en la ciudad, originando nuevas drogas de impacto como el cannabis y el cristal. De los 4,460 usuarios que atendió el centro de atención primaria en adicciones (CAPA) en el 2017, en Ciudad Juárez, 1401 fueron consumidores de cannabis entre 12 y 17 años. Los hombres consumidores representan el 82% de la población, mientras que las mujeres el 18%. Con referente a la edad, casi el 74% de los consumidores están en un rango entre 12 y 17 años (Aguilar, 2018).

Las principales consecuencias del consumo de cannabis a nivel neurológico son las alteraciones persistentes en la memoria y cognición, especialmente cuando su consumo comienza en la adolescencia. Diversos estudios han encontrado diferencias entre la composición cerebral de consumidores recurrentes de cannabis, como una reducción del volumen del hipocampo, la amígdala, el cerebelo, la corteza frontal y el espesor cortical. Así mismo, una reducción en la conectividad neuronal en las áreas prefrontales responsables del funcionamiento ejecutivo y control inhibitorio, además de las redes subcorticales que son responsables de los hábitos y de las rutinas. En resumen, esto afecta aspectos como el aprendizaje, la atención, la memoria, la impulsividad, la toma de decisiones y la capacidad del cerebro para liberar o sintetizar dopamina, entre otras funciones ejecutivas. El riesgo de dependencia de esta droga es de un 16% en las personas que comienzan con el consumo desde la adolescencia, y del 33% al 50% en quienes la consumen diariamente (OMS, 2016). En un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda se encontró que el consumo recurrente por un periodo prolongado de esta sustancia durante la adolescencia puede provocar la pérdida de 8 puntos en el CI durante la vida adulta (National Institute on Drug Abuse, 2017). Una de las razones por las cuales los adolescentes son más vulnerables a las consecuencias del consumo de drogas, se debe a que la corteza prefrontal se termina de desarrollar hasta después de los 25 años, debido a ello se ve afectada la capacidad para la toma de decisiones. Otro factor preocupante, es el hecho de que diversos estudios han concluido en que el cannabis puede fungir como “puerta de entrada” para el consumo de otras sustancias psicoactivas (del Bosque, Fernández, Sánchez Huesca, Díaz, Gutiérrez López, Fuentes Mairena, Espínola, González García, Loredó Abdalá, Medina-Mora, Nanni Alvarado, Natera, Real, Sansores, Prospéro-García, Zinser, Suárez y Beltrán, 2013).

Los efectos ocasionados por consumir cocaína se experimentan desde las primeras dosis. Cuando se consume en cantidades pequeñas, los efectos a corto plazo se manifiestan a través de euforia, mayor alerta ante estímulos visuales, auditivos y kinestésicos. Entre más rápida sea la absorción de esta sustancia, mayor será la intensidad de los efectos, pero de igual manera, menor será la duración de dichos efectos. A dosis más altas, aumenta la temperatura corporal, el ritmo cardíaco, la conducta violenta, la ansiedad, los temblores, los espasmos musculares, la paranoia e inclusive, aumenta el riesgo de ataques al corazón y cerebrovasculares, llegando a provocar un estado de coma. Suele considerarse como una droga muy adictiva, por lo que es usual que los usuarios tengan diversas recaídas aun después de haber mantenido tiempos prolongados de abstinencia (NIDA, 2010).

Por su parte, el consumo de heroína trae consigo diversos efectos y consecuencias desde la primera dosis. En el momento en que ingresa al cerebro se convierte en morfina y provoca diversas reacciones placenteras que van en aumento por unos cuantos minutos. Sin embargo, después de que pasa el efecto, el ritmo cardíaco se torna más lento, así como el ritmo de la respiración, por lo que puede desencadenar un estado de coma y provocar un daño cerebral de manera permanente, como el deterioro de la sustancia blanca, lo que afecta la capacidad de tomar decisiones, regular el comportamiento y manejo del estrés. Los síntomas de abstinencia se presentan al pasar unas pocas horas del último consumo, por lo que ésta sustancia genera de las mayores dependencias fisiológicas y psicológicas (NIDA, 2018).

Otra dimensión afectada por el uso de drogas es el bienestar psicológico de los consumidores. Diversas investigaciones han demostrado una relación inversa entre el nivel del bienestar psicológico y conductas de riesgos en adolescentes, dentro de las cuales se incluyen las conductas adictivas (Páramo, Leo, Cortés y Morresi, 2015). Este punto se

corroborar con la información que se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en base a los resultados de la aplicación de encuestas BIARE del 2014, en donde México presenta una puntuación de 7.95 (de 10), con referente a la satisfacción con la vida. El 17% de la población se encuentra muy insatisfecha o insatisfecha con su vida, entre más alto nivel académico se tenga y percepción económica, la puntuación mejora. Por el otro lado, cuando una persona se encuentra en una situación de alcoholismo presenta niveles de 7.09 y cuando se encuentra en una situación de drogadicción presenta una puntuación promedio de 6.65, en comparación con la media nacional de 7.95 de un máximo de 10 (INEGI, 2015). Esto se corrobora con lo que aborda el modelo de prevención de recaídas elaborado por Alan Marlatt y colaboradores, en donde se menciona que experimentar emociones negativas puede fungir como situaciones de riesgo (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

En el ámbito social, se ha encontrado que el consumir cannabis tiende a empeorar los problemas existentes, por ejemplo, en el área laboral, se relaciona el consumo de esta sustancia con más ausentismos, impuntualidad y accidentes de trabajo. En el campo de la psiquiatría se le ha encontrado comorbilidad con la esquizofrenia, incrementando seis veces el riesgo en los grandes consumidores adolescentes. Los síntomas depresivos son cuatro veces más frecuentes en consumidores de cannabis y se le ha encontrado asociación con psicosis, (Andreasson, 1987; Bovasso, 2001; Hall y Degenhardt, 2000; McKay y Tennant, 2000; Van Os, 2002; Zammit, 2002, citados en del Bosque et al., 2013).

En México el 8% de los consumidores de drogas del 2017 acudió a un tratamiento. Mientras que de los que reportaron tener dependencia, el 20.4% asistió a un tratamiento de rehabilitación. Aproximadamente una cuarta parte de quienes comenzaron un tratamiento lo finalizaron, haya sido como consumidores ocasionales o dependientes a determinadas

sustancias, en comparación con un 75% de quienes iniciaron el tratamiento de rehabilitación, pero no lo terminaron. Es decir, solo 8 de cada 100 consumidores de drogas acuden a un tratamiento de rehabilitación, y solamente 2 logran terminar todo el tratamiento. Mientras que, de los consumidores con dependencia, 20 de cada 100 acuden a un tratamiento y solamente 5 de ellos culminan con el proceso de rehabilitación (ENCODAT, 2017).

La recaída, entendiéndose como el acto de volver a consumir de manera excesiva después de haber mantenido un periodo de abstinencia, es una variable que preocupa y representa un reto para los tratamientos durante el proceso de rehabilitación en adicciones. Algunos autores consideran a esta variable como parte del proceso de rehabilitación, como es el caso de Prochaska y DiClemente en su modelo transtéorico (Witkiewitz y Marlatt, 2004). En Estados Unidos la tasa de recaídas en adicciones es semejante a la de otras enfermedades crónicas, como la diabetes, el asma y la hipertensión. Usualmente del 40% al 60% de los pacientes con problemas de drogadicción que reciben un tratamiento, recaen al finalizar dicha intervención (NIDA, 2010). Diversos autores han realizado seguimiento de sus intervenciones en rehabilitación de drogadicciones. Hunt, Barnett y Branch (1971), después de analizar un grupo de terapias y tratamiento para consumidores de alcohol, heroína y tabaco, concluyeron que entre el 35% y 58% recayeron después de terminar el tratamiento al cabo de 3 meses, y después de un año entre el 70% y 80% volvió a consumir. Definen la recaída como regresar a los niveles de consumo pre-tratamiento. Como se mencionó anteriormente, 20 de cada 100 consumidores dependientes de drogas acuden a un tratamiento de rehabilitación, pero sólo 5 terminan todo el proceso. Y de éstas cinco personas, probablemente al menos 2 de ellas tenga una recaída en los primeros 3 meses, y al cabo de 1 año, 4 presentarán alguna recaída. Es decir, de cada 100 consumidores dependientes de

drogas, solamente uno de ellos podrá mantenerse en abstinencia durante el primer año. De esta manera, las recaídas representan costos económicos al tener que invertir recursos en un individuo por más de una ocasión. En el área laboral, se estima que el rendimiento de los trabajadores que consumen drogas es 30% menor, el ausentismo en ellos es de 3 a 4 veces superior, recurren 3 veces más a prestaciones por enfermedad y solicitan indemnizaciones 5 veces más que quienes no consumen drogas. Además de que al menos el 10% de los accidentes se relaciona con consumidores de drogas o dependientes a ellas (CONADIC, 2011). En México, se destinaron más de 62 miles de millones de pesos durante el 2009, para atender el problema de drogadicciones. Un aspecto importante es el hecho que el 73.65% de los gastos realizados, corresponden a la categoría de “control de la oferta”, lo que incluye el pago a personal de dependencias como a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Sistema Nacional de Seguridad Pública, Procuraduría General de la República, las Fuerzas Armadas, entre otras más. Mientras que el 22.13% del presupuesto gastado fue destinado a la categoría “pérdidas de productividad”, principalmente en el rubro relacionado a muertes por violencia asociados con el tráfico de drogas. Por el otro lado, solamente se destinó el 1.40% para la categoría de “reducción de la demanda”, la cual incluye a todas las dependencias enfocadas en la prevención del consumo de drogas (Godínez, Ominami, Burns, Ahumada y Vidal, 2013).

Justificación de la intervención

El consumo de drogas ha ido creciendo considerablemente en los últimos años, diez veces en el caso de Ciudad Juárez (Aguilar, 2018). Existen diversos programas de intervención e instituciones que atienden esta problemática, sin embargo, no es suficiente para la situación actual. En los últimos años ha incrementado el consumo de nuevas

sustancias psicoactivas, sin mencionar el aumento en el consumo de sustancias como el cannabis.

En mayor o menor medida, el consumir sustancias psicoactivas conlleva repercusiones neurológicas, principalmente en las funciones ejecutoras y en las conexiones nerviosas del cerebro, así como riesgos de tener convulsiones y paros cardiacos (UNODC, 2018). Un hecho preocupante es que el número de consumidores adolescentes, de 12 a 17 años, ha crecido considerablemente. Debido a que el Sistema Nervioso continúa en desarrollo durante esa etapa, los daños que tiene esta población son mayores en comparación con los adultos que consumen alguna sustancia psicoactiva (Del Bosque, et al., 2013).

Como se ha señalado, la drogadicción es un problema de salud pública que ha ido en aumento. Uno de los motivos por los que no se ha podido solucionar, es por el bajo índice de personas que acuden a un tratamiento y por el alto índice de recaídas y fallos por mantener la abstinencia. Por ello, la prevención de recaídas es un reto que está presente. Identificar situaciones de alto riesgo en donde se suele recaer al consumo, desarrollar habilidades de afrontamiento y aumentar la autoeficacia, son factores que cuentan con evidencia empírica para la rehabilitación de drogadicciones (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Por lo expuesto en párrafos precedentes, se hace evidente la importancia de atender la problemática del uso de drogas psicoactivas y sus recaídas, se requieren programas enfocados en resolver una problemática social que afecta al país de manera micro social y macro social.

En base a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿La aplicación de un programa de intervención adaptado del modelo teórico de Marlatt y Gordon, puede ser eficaz para desarrollar estrategias de afrontamiento asertivas y aumentar el nivel de autoeficacia en individuos que se encuentran internados en un centro de rehabilitación?

Objetivos del estudio

General.

1.- Implementar y evaluar la eficacia del programa de prevención de recaídas a través de la promoción de autoeficacia y estrategias de afrontamiento en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

Específicos.

- 1.- Estimar la condición inicial de los participantes en las variables de: situación de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoeficacia.
- 2.- Diseñar y evaluar la eficacia de un programa de intervención, basado del modelo teórico de Marlatt y Gordon, dirigido a promover la prevención de recaídas, a través de la manipulación de las variables identificadas
- 3.- Estimar el tamaño del efecto de la intervención en los participantes.

Hipótesis

- 1.- La aplicación del programa de prevención de recaídas aumentará el nivel de autoeficacia de los participantes para dejar de consumir.
- 2.- Al terminar el programa de prevención de recaídas aumentará en el participante la puntuación en las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas y reestructuración cognitiva.

3.- Al terminar el programa de prevención de recaídas disminuirá en el participante la puntuación en las estrategias de afrontamiento: retirada social, pensamiento desiderativo y autocrítica.

Marco teórico

Consumo y adicción de sustancias de adolescentes.

El término adolescencia deriva del latín “adolescere” que significa crecer hacia la adultez. Tradicionalmente se consideraba que el rango de edad que comprendía la adolescencia estaba entre los 10 y 19 años de edad. Sin embargo, en los últimos años se ha propuesto extender dicho rango de edad, considerando a los individuos que estén en un rango de edad de 10 años hasta 24 años, clasificándolos en la categoría “población joven”, debido a que en este rango se encuentra la mayoría de las personas que están pasando por cambios biológicos y en la transición de los roles sociales (Gaete, 2015).

Se han realizado diversos estudios en los últimos años a través de resonancias magnéticas, indicando que algunas zonas del cerebro presentan un desarrollo tardío, es decir que no se terminan de desarrollar durante la primera década de vida. Principalmente en la zona prefrontal, la sustancia gris aumenta hasta los 11 y 12 años, para disminuir posteriormente, aumentando a su vez la sustancia blanca. Si se tiene en consideración el papel que desempeña la corteza prefrontal como soporte en la función ejecutiva y de la autorregulación de la conducta, es entendible establecer una relación causal entre estos procesos de desarrollo cerebral y comportamientos que son exclusivos de la adolescencia, como la toma de riesgos y búsqueda de experimentar emociones nuevas. Por su parte, el circuito mesolímbico presenta cambios importantes durante la adolescencia y está

relacionado con la motivación y la recompensa. Este circuito utiliza especialmente un neurotransmisor: la dopamina. Por lo que al activarse este circuito al momento de realizar actividades placenteras como el comer, tener relaciones sexuales o consumir drogas, libera a este neurotransmisor en el núcleo accumbens, lo que genera una gran sensación de placer y aumenta la motivación del individuo para repetir esas actividades, esto pudiera explicar algunos motivos por los que se generan con mayor facilidad conductas adictivas durante la adolescencia (Oliva Delgado, 2007).

El término de adicción se ha usado comúnmente para aludir el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, aplica también para otras actividades como el juego, el sexo, uso de internet, entre otros más. Debido a lo anterior, si se desea mencionar adicción hacia el consumo de drogas, se suele usar el término drogadicción o drogodependencia. Según la OMS, la drogadicción es definida como el consumo repetitivo de una droga que lleva a un estado de intoxicación crónica. Por su parte, define al término droga como cualquier sustancia que puede introducirse en el organismo y es capaz de modificar sus funciones (Barrionuevo, 2017).

El uso de sustancias psicoactivas se remonta a una época similar que el origen de las civilizaciones basta con recordar la influencia del alcohol en diferentes culturas. En la actualidad, el consumo de cada sustancia psicoactiva varía en base a la accesibilidad y el precio que tenga su adquisición (Espinosa Morett y Anzures López, 1999). Usualmente se estudian en cuatro fases las bases neurobiológicas del proceso de drogadicción: el estado de consumo agudo, el estado de consumo crónico, la abstinencia aguda y la abstinencia a largo plazo, etapa en la que se puede superar definitivamente la drogadicción si se recibe el apoyo médico y psicoterapéutico necesario. Sin embargo, suceden diversos escenarios que puede

provocar una recaída: el “craving”(palabra inglesa que textualmente significa deseo intenso e irracional por algo), en donde aparecen deseos en gran intensidad por volver a consumir la sustancia, y la abstinencia condicionada en donde aparece la sintomatología de la abstinencia. Ambos aspectos pueden suceder sin razón aparente y especialmente cuando se pasa por situaciones estresantes o se regresa a situaciones o lugares en donde se ha consumido con frecuencia anteriormente (Fernández-Espejo, 2002).

Usualmente las personas que presentan un trastorno por abuso de sustancias no deseaban adquirir una dependencia por las drogas. La mayoría expresa que iniciaron con el consumo por buscar una nueva experiencia, por curiosidad o como una estrategia para afrontar problemas emocionales, sin el conocimiento de los efectos que causarían en el cerebro, afectando neurotransmisores como la dopamina, epinefrina, GAMA, endorfina y serotonina (Brooks & McHenry, 2015).

Sustancias psicoactivas.

Existen diversas categorías en las que se clasifican las drogas, dependiendo del tipo que sean, dentro de las cuales se encuentran: a) depresores, por ejemplo, el alcohol, los barbitúricos y tranquilizantes entran dentro de esta categoría. Provocan ciertos síntomas cuando se entra en un estado de intoxicación como un estado soñoliento, enlentecimiento del sistema nervioso central, confusión y falta de coordinación motora; b) estimulantes, como la cocaína, las metanfetaminas y anfetaminas, la cafeína o la nicotina. Algunos de los síntomas que provocan es el estar en estado de alerta, verborrea, estimulación del sistema nervioso central, paranoia, ansiedad e hiperactividad; c) cannabinoides, como la marihuana y el hachís. Algunos de sus síntomas se notan en la pérdida de habilidad motriz, ojos rojos, risa excesiva,

paranoia y baja motivación; d) narcóticos, como la heroína, la morfina y metadona. Provocan diversos síntomas como el vómito, náuseas y falta de sensibilidad al dolor; e) alucinógenos, como el LSD, el peyote y éxtasis. Provocando una alteración de juicio y percepción, junto con la experimentación de alucinaciones; f) inhalantes, como la gasolina, el aerosol y el pegamento. Los síntomas que causan incluyen el mareo, dolores de cabeza intensos, pérdida de conocimiento y alucinaciones; medicamento sin receta, refiriéndose al abuso de medicamentos como el ibuprofeno o loratadina, mezclándolos con alcohol; g) esteroides, como la oximetolona y oxandrolona. Provocando síntomas como comportamiento irritable y violento, paranoia y cambios en la voz (Brooks & McHenry, 2015).

Criterios diagnósticos para la adicción.

La obtención de información del paciente sobre su consumo de drogas puede convertirse en un reto, debido a cuestiones como la deshonestidad en sus respuestas. Dentro de las preguntas que se realicen, se deben incluir las que indaguen acerca de la edad inicio de consumo, última vez que se consumió, tipo de drogas y forma de ingestión, así como la frecuencia e intensidad. Se presentan algunas diferencias en el cuadro diagnóstico del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) en su cuarta edición revisada, en comparación con la quinta y última versión. Algunos de esos cambios fueron la adhesión de nuevos criterios diagnósticos para el deseo de consumo, eliminación de problemas legales como criterio diagnóstico, simplificación de categorías como dependencia y abuso de sustancias dentro de una sola; Trastorno por uso de sustancias. Los criterios diagnósticos son específicos para cada tipo de sustancia, desglosado en diez principales: Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalables, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco y sustancias desconocidas (Brooks & McHenry, 2015). Los trastornos relacionados con

sustancias pueden dividirse en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias, como la intoxicación y la abstinencia según la American Psychiatric Association (APA, 2014.)

Para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias se debe presentar una situación problemática de su consumo que provoca un deterioro significativo y que cumple con al menos dos criterios en un plazo de 12 meses. Los criterios de evaluación para este trastorno son: a) consumir con frecuencia en grandes cantidades o durante un tiempo prolongado, b) existencia de un deseo e intentos fallidos por controlar su consumo, c) invertir un tiempo considerable en conductas relacionadas a la adquisición, consumo o recuperación de determinada sustancia; d) deseo intenso o necesidad por consumir, e) incumplimiento de responsabilidades debido al consumo, f) continuar con el consumo a pesar de experimentar consecuencias por ello, g) deserción o reducción de actividades importantes a causa del consumo, h) consumo recurrente en situaciones que representan un riesgo físico, i) continuar con el consumo aun suponiendo que se experimentan problemas recurrentes a causa de ello, j) experimentar tolerancia y k) experimentar síntomas de abstinencia. Adicionalmente se debe especificar si se encuentra en remisión inicial, en caso de haber presentado los criterios, pero en un periodo de 3 a 11 meses ya no se presentaron. O en remisión continuada cuando se cumplen todos los criterios, pero no se han mantenido por un periodo de 12 meses o más. De igual manera se debe indicar la gravedad actual del trastorno: a) leve, en caso de presentar de 2 a 3 síntomas; b) moderado, si se presentan de 4 a 5 síntomas y c) grave, en caso de presentar más de 6 síntomas (APA, 2014).

Factores de riesgo para el uso de drogas.

Un factor de riesgo se define como una característica interna o externa del individuo, la cual aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992 citado en Peñafiel Pedrosa, 2009). Existen diversos factores de riesgo que funcionan como predictores de consumo o rehabilitación de drogas. Por ejemplo, se ha encontrado que usualmente tener una edad menor de 25 años, ser de sexo masculino, haber comenzado con el consumo de drogas desde la adolescencia temprana, haber tenido recaídas anteriores y estar en un entorno social no favorable, son factores de riesgo para lograr culminar y mantener un proceso de rehabilitación (Brooks & McHenry, 2015). De una manera desglosada en los sistemas del individuo se pueden encontrar factores de riesgo:

Individuales.

Se han realizado diversos estudios en México, con el objetivo de analizar los factores individuales que representan un riesgo o relación con el consumo de drogas. Nazar-Beutelspacher y colaboradores (1994) encontraron que entre mayor sea el número de conocidos consumidores de sustancias, mayor es el riesgo de que los adolescentes consuman drogas, especialmente si sus conocidos consumen marihuana, cocaína o heroína. Además, se encontró una prevalencia dos veces mayor de consumir en los adolescentes de 16 a 17 años, en comparación con los de 14 a 15 años. Otro factor que se asoció al consumo de drogas fue el no practicar ninguna religión, desempeñar actividades laborales por remuneración y consumir alcohol o tabaco (Nazar-Beutelspacher, Tapia-Conyer, Villa-Romero, León-Álvarez, Medina-Mora y Salvatierra Izaba, 1994). La edad en la que se inicia el consumo de sustancias psicoactivas desempeña un factor de predisposición muy importante. Diversos estudios han concluido en que el inicio temprano de consumo de drogas se encuentra relacionado a consumos problemáticos y a otros comportamientos de riesgo. Debido a ello,

el inicio precoz del consumo de sustancias se considera como un gran predictor de trastornos de abuso o dependencia (Hernández López, Roldán Fernández, Jiménez Frutos, Mora Rodríguez, Sánchez-Garnica, Pérez Álvarez, 2009). Otros estudios han encontrado que las edades entre 13 y 15 años pueden ser las de mayor riesgo, debido a los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen. Por su parte, diversas investigaciones han encontrado que las actitudes y creencias que tienen los individuos acerca de las drogas, los efectos que ocasionan y sobre el propio acto de consumirlas, desempeñarán un papel crucial como factores de riesgo o protección, dependiendo del caso. Un bajo nivel de satisfacción personal con respecto a la vida, actitudes negativas hacia la salud, un bajo nivel de riesgo percibido, déficit en habilidades sociales, bajos niveles en el autoconcepto y autoestima, y la búsqueda de experimentar emociones agradables, representan los principales factores de riesgo en los adolescentes (Peñañiel Pedrosa, 2009). La conducta agresiva precoz es uno de los principales factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias, así como la falta de autocontrol o poseer un temperamento difícil de controlar. Por lo anterior se sugiere fomentar el autocontrol en programas preventivos. (NIDA, 2004).

Familiares.

La adicción a sustancias psicoactivas es un contribuidor esencial de estrés en las familias, así como un riesgo para el desarrollo de psicopatologías en los niños. Los hijos de personas con alcoholismo tienen 4 veces mayor probabilidad de desarrollar problemas con la bebida, sufrir abusos físicos, tener menor autoestima, así como presentar tendencia a problemas de conducta y comportamiento violento (Brooks & McHenry, 2015). Diversos estudios han mencionado que la ausencia de uno de los padres o, bien, si uno de ellos vuelve a casarse podrían fungir como factores de riesgo para que los hijos consuman sustancias

psicoactivas. Se ha encontrado que conforme se inmiscuye a los adolescentes en las decisiones familiares disminuirá el riesgo de consumir sustancias, mientras que conforme aumenta la discrepancia y desapego familiar, aumenta el riesgo de consumir drogas. Un aspecto de especial relevancia es la relación que tiene el riesgo presentado para los adolescentes, con el hecho de que sus padres consuman algún tipo de sustancias o inclusive que manifiesten conductas permisivas con respecto a su consumo. Se ha confirmado que los principales factores de riesgo familiares que se relacionan con el consumo de drogas son: a) ausencia de normas familiares sobre el consumo de sustancias, b) conflictos entre padres e hijos y c) consumo de alcohol por parte de la figura paterna (Muñoz-Rivas y Graña López, 2001). Por su parte, se ha encontrado que el desapego maternal, la ausencia o inconsistencia en la disciplina parental y el que los padres tengan bajas aspiraciones en la educación de sus hijos, son factores de riesgo muy presentes para el consumo de drogas (Kandel y Andrews, 1987).

Algunas investigaciones concluyen en que existe relación entre el estatus socioeconómico familiar y el consumo de sustancias. Por ejemplo, se ha encontrado que el consumir alcohol y cannabis se asocia con mayor grado académico de los padres y mayores ingresos. Sin embargo, también se ha encontrado una relación entre el consumo de drogas y menor percepción económica. Probablemente esto se debe a que, por un lado, el tener solvencia económica facilita la adquisición y compra de sustancias psicoactivas, mientras que el experimentar problemas económicos, emocionales y de otro tipo, motivan el consumo de drogas como manera de escape (Peñafiel Pedrosa, 2009).

Sociales.

Existe evidencia de que tener apoyo social reduce el riesgo de consumir drogas e inclusive influye para la disminución de recaídas. Por lo que tener una falta de apoyo social o tenerlo de manera deficiente, puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo o mantenimiento de las drogadicciones. Además de amigos y conocidos, los grupos de autoayuda pueden desempeñar un papel relevante en este aspecto (Cheatle, 2013). Es por ello que algunos autores concluyen en que el apoyo social puede fungir como factor protector o de riesgo, dependiendo de la si se presenta o no, dicho apoyo puede desglosarse en cuatro diferentes tipos: a) emocional, abarcando cuestiones como la empatía, el cuidado, el amor y la confianza; b) instrumental, incluyendo todas las conductas que están dirigidas a ayudar al individuo; c) informativo, refiriéndose a la transmisión de conocimientos que permita al individuo desarrollar mejor capacidad para enfrentar situaciones problemáticas y d) evaluativo, consistiendo meramente en la transmisión de información (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008).

La presión social desempeña un papel influyente para el consumo de drogas en los adolescentes. Se muestra una tendencia de requerir una aceptación de un grupo de iguales, en edad y características, y cuando el grupo considera que consumir drogas es esencial, el adolescente que busca inmiscuirse en el grupo se ve motivado para el consumo de sustancias (Espinosa Morett y Anzures López, 1999).

El grupo de amigos es un factor de riesgo que se ha visto desempeñar un papel fundamental para el consumo de drogas. Inclusive, algunos autores consideran que el consumir sustancias psicoactivas depende de las características del grupo de amigos del individuo, presentando un riesgo muy grande para él, si se rodea de personas que consumen diversas sustancias. Adicionalmente, se ha encontrado relación entre algunos elementos

escolares y el consumo de drogas en los adolescentes, por ejemplo, el haber tenido un bajo rendimiento escolar, presentar faltas en la asistencia, baja motivación y satisfacción escolar, así como expresar actitudes negativas hacia los profesores (Peñafiel Pedrosa, 2009). Otros autores corroboran que el fracaso escolar se ha identificado como predictor para el consumo de sustancias en los adolescentes escolarizados (Moral Jiménez, Rodríguez Díaz y Sirvent Ruíz, 2006).

Se ha encontrado en otros estudios que el salir muy frecuentemente durante la noche en fines de semana puede ser factor de riesgo para el consumo de drogas, principalmente por la creencia de que la diversión debe ir acompañada con las drogas para pasar un momento placentero durante los momentos de ocio. Debido a ello algunos autores consideran que el tipo de actividades de ocio que se realizan en el fin de semana son el mejor predictor para el consumo de sustancias, por encima de otros factores como la personalidad o familiares (Fernández Gómez, 2003). Otro factor de riesgo que cobra cada vez mayor fuerza a través de los medios de comunicación y propuestas políticas que generan debate, acerca de la legalización de cierto tipo de sustancias, es el hecho de que la sociedad va adquiriendo cada vez más tolerancia y se normaliza algunas conductas de consumo de drogas como el alcohol, tabaco y cannabis (Acosta, Fernández y Pillon, 2011).

Rehabilitación y recaídas en el uso de sustancias psicoactivas.

La recaída puede definirse como “un proceso transitorio que puede o no estar seguido por el regreso a los niveles de línea base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento”. En el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, se identificaron diversos factores predictivos de recaídas, principalmente tres situaciones que representan un

alto riesgo y explican el 75% de ellas: el estado emocional, los conflictos interpersonales y la presión social. Factores como el no estar casado, tener un bajo nivel académico y presentar problemas familiares, se relacionan con presentar mayores probabilidades de tener recaídas (Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo, 2012). La recaída, al igual que la recuperación, comienza de manera interna para culminar con la manifestación de una conducta, en este caso; nuevamente consumir sustancias psicoactivas. Son diversos los factores que influyen para que un individuo recaiga durante su rehabilitación, ya sea por cuestiones de personalidad, aspectos emocionales o del contexto en el que forme parte. Independientemente de las características personales, es fundamental considerar a las recaídas como una fase dentro del proceso de rehabilitación. Adicionalmente, diversos estudios han concluido en que hay mayor probabilidad para que ocurran recaídas dentro de los primeros 90 días de abstinencia (Brooks y McHenry, 2015).

A pesar de que se han conseguido avances con respecto a los tratamientos para drogadicciones, las recaídas siguen representando un problema muy común, debido a que la mayoría de las personas que buscan un tratamiento no son capaces de mantener un periodo de abstinencias sostenida (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Se ha observado que cierto tipo de comorbilidad entre algunos trastornos, dificultan el proceso de tratamiento, por ejemplo, se han tenido peores resultados cuando hay comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y el trastorno depresivo mayor, o con el trastorno de estrés post-traumático (Najt, Fusar-Poli y Brambilla, 2011).

Diversos autores han concluido en que experimentar emociones negativas es de las principales causas de tener recaídas durante el tratamiento de rehabilitación. Esto en base a diversos estudios que documentaron una relación muy significativa entre los estados

afectivos negativos y las recaídas en el consumo. Un aspecto que es indispensable atender durante el proceso de rehabilitación, es el deseo y necesidad de consumir. Debido a que falta precisión en los instrumentos que miden el deseo intenso por consumir o el craving, aún no existe una relación directa y significativa entre este deseo intenso y las recaídas. Sin embargo, si se ha encontrado en diversos estudios una relación entre los estados de ansiedad relacionados con el craving e inclusive se le ha señalado como un predictor de recaídas (Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo, 2012). Existen diversas estrategias para lograrlo, algunas de ellas incluyen el normalizar la experiencia del craving, practicar y modelar estrategias para controlarlo como: ejercicios para el cambio de atención, técnicas de relajación, recordar las consecuencias negativas de consumir, practicar pensamiento positivo y *flashcards* (Mitcheson, Maslin, Meynen, Morrison, Hill & Wanigaratne, 2010).

Autoeficacia.

La autoeficacia es la percepción del individuo acerca de su capacidad para conseguir determinada meta u objetivo, estando bajo ciertas condiciones. Se considera la cantidad de esfuerzo que se requerirá, los recursos disponibles y posibles retos con los que se enfrentará (Borland, 2014).

Marlatt y colaboradores encontraron que existen cinco categorías de autoeficacia que se relacionan con las conductas de consumo de drogas: a) autoeficacia de resistencia, la cual se refiere a la capacidad percibida para evitar y rehusarse ante el consumo de sustancias; b) autoeficacia de reducción de daños, haciendo énfasis en la autoconfianza de disminuir el consumo de sustancias para prevenir futuros problemas; c) autoeficacia de acción, relacionada con la seguridad de dejar de consumir sustancias que sean perjudiciales; d)

autoeficacia de afrontamiento, relacionado a la capacidad percibida de enfrentar situaciones de alto riesgo de consumo; y e) autoeficacia de recuperación, la cual se compone de la autoconfianza de poder superar una “caída” en el consumo y retomar nuevamente el estado de abstinencia (Chicharro Romero, Pedrero Pérez y Pérez López, 2007). Se ha encontrado que cada vez que un individuo logra afrontar las situaciones de riesgo que se le presentan, y mantiene su abstinencia de no consumo, su nivel de autoeficacia aumenta. Lo que repercute en el incremento de las posibilidades de éxito para no recaer ante esa situación (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Diversos estudios han encontrado una fuerte relación entre el nivel de autoeficacia y la conducta de consumo, así como también el número de recaídas que se presentan durante el mantenimiento de la abstinencia. En algunos estudios se ha observado que los individuos que presentaban niveles bajos de autoeficacia solían evadir las situaciones de riesgo que se les presentaban, así como que experimentaban mayores niveles de consumo alcohol y otras sustancias psicoactivas. Por su parte, diversos autores han concluido que los individuos que presentan un nivel bajo de autoeficacia suelen tener un pequeño repertorio de estrategias de afrontamiento, beben en cantidades grandes y tienden a creer que el beber les ayuda a sentirse relajados y disminuir el estrés (López Torrecillas, Torres Cobo, Delgado y Ramírez Ucles, 2015).

Afrontamiento.

En base a Folkman y Lazarus, se define afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Ambos autores propusieron esencialmente dos estrategias: el afrontamiento enfocado a la acción y el afrontamiento centrado en la emoción. Diversos

autores han elaborado un listado de estrategias de afrontamiento, por lo que existen diversos instrumentos que intentan medirlas. Uno de los que ha demostrado mayor consistencia interna es el Inventario de estrategias de afrontamiento, el cual se basa en el marco teórico de Lazarus (Nava Quiroz, Ollua Méndez, Vega Valero & Soria Trujano, 2010).

Dentro del modelo de prevención de recaídas, se considera a las estrategias de afrontamiento como parte esencial para prevenir recaídas en el consumo de drogas. Estas estrategias consisten en prevenir posibles situaciones de riesgo que pudieran presentarse, poder resolver problemas, responder asertivamente ante las situaciones de riesgo y en manejar adecuadamente el estrés (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Manejo emocional.

Las emociones se definen como reacciones psicofisiológicas ante diversas situaciones que pueden representar una amenaza, peligro o éxito, por mencionar algunas. Las experimenta cualquier individuo, sin importar la cultura o el país en donde radique. Adicionalmente, diversos autores han concordado en afirmar que existen una serie de emociones básicas y universales, tales como la alegría, la ansiedad, el miedo y la ira, por lo que pueden actuar como reforzadores muy importantes para una conducta. Usualmente se realizan dos clasificaciones en las emociones: emociones positivas y emociones negativas. En el caso del primer tipo se encuentran emociones como la alegría, mientras que en la segunda clasificación se encuentran emociones como: a) ira, surge a raíz de situaciones aversivas para el individuo, provocando altas actividades neuronales, musculares y cardiovasculares, causando una necesidad de actuar impulsivamente con el fin de liberar la tensión acumulada; b) miedo, el cual surge a causa de un peligro real y disminuye la capacidad de razonamiento debido a que aumenta la atención al estímulo que provocó la

emoción y c) tristeza, reduce los reforzadores positivos y provoca sensaciones de desánimo, melancolía y pérdida de energía (Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González & Oblitas Guadalupe, 2009).

Se ha planteado en diversos modelos, como el de William James o Antonio Damasio, que los sentimientos “son la interpretación subjetiva de los cambios corporales que se producen en respuesta a un estímulo emocional” (Contreras, Ceric y Torrealba, 2008).

El consumo crónico de sustancias psicoactivas ocasiona alteraciones en diversas conexiones y neurotransmisores, encargados de procesar la información homeostática y emocional, debido a ello refuerzan en gran medida al individuo que las consume. Este es uno de los motivos por el cual, al mantener un periodo de abstinencia, se experimentan de manera intensa sentimientos de malestar, aumentando la sensación de necesitar consumir la sustancia para calmar dichos efectos (Contreras et al., 2008).

Diversos autores coinciden en la presunción de que las personas que dependen de alguna sustancia psicoactiva presentan grandes dificultades para manejar sus emociones. Probablemente debido a que presentan deficiencias en habilidades emocionales por lo que recurren al consumo de drogas para intentar controlar las emociones negativas que experimenten, o simplemente para pasar por emociones más agradables. La inteligencia emocional, que es definida como la capacidad de percepción, asimilación y regulación de emociones, se relaciona con el aumento del riesgo de conductas disruptivas y consumo de drogas. Esto se manifiesta a través de un mayor nivel de impulsividad, un deficiente manejo emocional, menor capacidad para interpretar las propias emociones y la de los demás, así

como una menor habilidad para expresar situaciones que incluyan sentimientos o emociones (Ruíz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello, & Extremera, 2006).

El contar con habilidades emocionales disminuye el riesgo de consumir sustancias, debido a que esto permite tener mayor capacidad de resolver conflictos interpersonales de una manera asertiva, así como de evitar que situaciones que provoquen estados de tristeza se conviertan en depresión (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar Pontificia, 2006). Por lo que a través de estrategias cognitivo-conductuales se le puede instruir al individuo para que aprenda a manejar sus emociones sin necesidad de acudir al consumo de drogas. Por ejemplo; cambiar el punto de atención al experimentar emociones fuertes, realizar técnicas de respiración al experimentar ansiedad o estrés y tener pensamiento positivo como: “puedo manejar la ansiedad sin tener que consumir heroína, ya lo he hecho antes”, “este enfado se volverá menos intenso conforme pasen los minutos”. El entrenamiento en solución de problemas y agendar actividades placenteras que incluyan actividad física, son otras estrategias que se pueden emplear para desarrollar un mejor manejo emocional (Mitcheson, Maslin, Meynen, Morrison, Hill & Wanigaratne, 2010).

Asertividad, toma de decisiones y comunicación

Existe una serie de habilidades que se desarrollan principalmente a partir de la adolescencia, una de ellas es la asertividad, sin embargo, su proceso de adquisición no sucede de manera inmediata pero cuando se desarrolla la asertividad, puede fungir como un factor de protección esencial para los individuos. Riso (1988) define la asertividad como la capacidad de expresar adecuadamente oposición y afecto, respetando los derechos de todos los involucrados. Se visualiza a la asertividad como una conducta, por lo que se puede

desarrollar a través de un entrenamiento de habilidades, permitiendo una mejor capacidad para comunicarse y, a su vez, para la toma de decisiones. Adicionalmente, se ha encontrado que un individuo con autoafirmación o asertividad tiende a experimentar mayor bienestar, respetarse a sí mismo y a los demás (Naranjo Pereira, 2008).

Las competencias asertivas facilitan un buen manejo de las situaciones sociales e interpersonales, favoreciendo una habilidad de afrontamiento ante ciertas situaciones problemáticas. Bajo el contexto de que el consumo de drogas ha ido aumentando considerablemente en los últimos años y que los adolescentes de 12 a 17 años son quienes presentan mayores riesgos de comenzar con el consumo de sustancias, diversos autores han afirmado que la conducta asertiva es fundamental en el proceso de socialización. Diversos estudios han encontrado que el inicio de consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con una falta de habilidad para intercambiar ideas, emociones, incapacidad para resolver de problemas, así como defender los propios derechos de los demás, lo que indica una carencia de respuestas asertivas (Velázquez Altamirano, Arellanez Hernández y Martínez García, 2012). Rhodes y Jason encontraron que la baja asertividad y pobreza familiar se relacionan con el consumo de drogas, principalmente en adolescentes. Por el otro lado, diversos autores como Botvin, sostienen que los individuos que puntúan alto en asertividad social y bajo en asertividad relacionada con las sustancias presentan mayor riesgo de consumir sustancias psicoactivas. Gustafson y Kalmén identificaron que el consumir alcohol disminuye el asertividad del individuo, creando un riesgo de consumo de otras drogas, a pesar de no serlo durante un estado de sobriedad. Por lo que se concluye que el asertividad es una habilidad que se puede desarrollar, pero también entorpecer por factores externos (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003).

La toma de decisiones surge a partir de que se define un problema y se realiza una búsqueda de soluciones para resolverlo, en base a un conjunto de ideas del individuo que dependen de su entorno social y del sentido común. La terapia familiar breve ha estudiado este constructo y se le ha visto como un modelo. Dentro del área de adicciones, la toma de decisiones aparece implícita desde el momento de decidir si se consumirá una sustancia psicoactiva, cuales drogas se comenzarían a probar en primera instancia y cuales después, así como la decisión acerca del momento en que es necesario dejar de consumir. Según Moscovici, estas decisiones no se realizan de manera arbitraria, sino que son razonadas a través del sentido común (Nuño Gutiérrez y Flores Palacios, 2004).

Las decisiones que se toman pueden ser sin el previo conocimiento de las consecuencias que ocurrirán, por lo que se definen como decisiones ambiguas. Por el otro lado existen las decisiones riesgosas, las cuales ocurren cuando las consecuencias que se prevén son inciertas, sin embargo, se cuenta con alguna noción de lo que pudiera ocurrir, pero aun así se realiza determinada acción. Debido a ello, la asertividad en la toma de decisiones es de suma relevancia, principalmente durante la adolescencia ya que es la etapa más crítica con referente a este aspecto (Caña, Michelini, Acuña y Godoy, 2014). La comunicación desempeña un papel fundamental, si se usa asertivamente puede convertirse en un factor protector para el consumo de sustancias. Si se lleva a cabo un proceso de comunicación satisfactorio, se evita el aislamiento del individuo, facilita el desarrollo individual y la expresión emocional (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

Manejo del estrés.

Según algunos autores, el estrés es un factor que se encuentra relacionado con la conducta adictiva. En el caso de la adolescencia, está inmersa dentro de un contexto con

diversos factores estresantes, puesto que se requiere hacer frente a nuevas situaciones como parte del crecimiento biológico y psicológico que se va teniendo, dentro de una sociedad y sus normas. Aspectos como las presiones académicas, el aspecto físico que va cambiando y se va volviendo más importante, la búsqueda de autonomía y desapego de la familia, prefiriendo la aceptación del grupo de iguales, constituyen potenciales fuentes de estrés. Esto ha llevado a sugerir que el consumo de sustancias psicoactivas es debido a posibles intentos de manejar estos factores estresantes (Calvete y Estévez, 2009). Después de que Lazarus y Folkman iniciaran con su planteamiento de la existencia de estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a situaciones estresantes, han surgido diversos modelos con el mismo fin. Lazarus sugiere utilizar un estilo narrativo con las emociones para descubrir que es realmente estresante para el individuo (Castaño León Del Barco, 2010).

Se cuenta con una gran variedad de técnicas de relajación para manejar el estrés, partiendo desde la respiración diafragmática hasta el entrenamiento autógeno, imaginería y meditación. Es así, como el uso de determinadas estrategias de afrontamiento en conjunto con técnicas de relajación, permiten un mejor manejo del estrés (Amutio Kareaga, 2002).

Autocuidado y manejo de la salud mental.

El autocuidado puede definirse como cualquier acción que se realiza para mantener o restablecer la salud, ya sea previniendo enfermedades o tratándolas. La OMS ha realizado diversas recomendaciones preventivas para las adicciones, dentro de las cuales se encuentra el promover actitudes de autocuidado en cada persona que reciba intervención primaria. Orem menciona que el autocuidado se realiza a través de hábitos para cuidar de sí, previniendo situaciones como la soledad y favoreciendo la integración social y el descanso.

Adicionalmente, Tobón menciona que el autocuidado abarca más aspectos que solo el individual, atendiendo cuestiones dentro del área familiar, comunitaria y social (Velázquez Altamirano, Córdova Alcaráz, Rodríguez Kuri y Fernández Cáceres, 2019).

Fundamentos y aportes de la psicología cognitivo conductual.

El modelo de intervención cognitivo-conductual está compuesto por la teoría conductista y la teoría cognitiva. Iván Pavlón fue de los primeros exponentes en contribuir a lo que hoy conocemos como conductismo, al observar las reacciones que tenían algunos perros con referente a su saliva, de ahí surgió lo que se conoce como condicionamiento clásico, basándose en estímulo-respuesta. Edward Thorndike elaboró una teoría llamada “Ley del efecto”, en dónde corroboraba lo que Skinner planteaba en el condicionamiento operante; Una conducta que le sigue inmediatamente después una gratificación tiene más probabilidad de repetirse que la que no (Suárez de Puga, 2013).

J.B. Watson se considera como uno de los fundadores del conductismo, debido a que en 1913 publicó un artículo relacionado al conductismo que serviría de base de algunos contemporáneos. Buscaba que su sistema fuera fundamentado por las ciencias naturales, el método experimental y el estudio objetivo de la conducta (Ardilla, 2013). B.F. Skinner es precursor de la teoría de condicionamiento operante y sus aportaciones siguen influyendo hoy en día. Dentro de su aportación, se encuentra la identificación de reforzadores positivos y negativos con el fin de aumentar, disminuir o extinguir determinada conducta (Rutherford, 2009).

Para la teoría cognitiva, la dependencia a drogas resulta de una interacción compleja entre cogniciones y comportamientos, pero, a su vez, se integra con los sistemas emocionales, ambientales y fisiológicos. Esta teoría tiene como una de sus premisas básicas que la

cognición se sobrepone a la emoción y al comportamiento, es decir, el afecto y comportamiento de un individuo son determinados, en gran parte, por el modo en que se estructura su mundo. Básicamente, el propósito de la terapia cognitiva es reestructurar las cogniciones disfuncionales y darles un nuevo sentido, por lo que se basa en cambiar esquemas, creencias básicas y pensamientos automáticos, llegando a una concientización cognitiva (Jerónimo Da Silva y Serra, 2004).

Dentro del campo de adicciones, se pueden aplicar diversos instrumentos conductuales de evaluación para medir el consumo de drogas. Algunos de ellos son los autoinformes, autorregistros, registros e informes de allegados. La intervención por utilizar varía, dependiendo si se basa en cuestiones de psicología clínica o de la salud. En el caso de la primera, va mayormente relacionada a tratar la adicción presente, mientras que en la psicología de la salud se busca prevenir que se caiga o recaiga en la adicción, y promover la salud, para evitar un consumo desde el inicio (Santacreu y Froján, 1994).

Un aspecto para resaltar es que, según estudios realizados sobre los resultados de diversas intervenciones, se sugiere que la mayor parte de los tratamientos eficaces de la psicología surgen del modelo cognitivo-conductual. Con esto, la American Psychological Association (APA) no demerita los resultados o eficacia de otros modelos, sino, los invita a presentar sus resultados a través de mediciones objetivas sobre sus intervenciones. Específicamente para el abuso del alcohol, abuso de cocaína y dependencia de opiáceos; se encontró que la terapia de exposición a señales, terapia marital conductual, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitivo-conductual y prevención de recaídas, son de los más utilizados y se consideran como probablemente eficaces. Esto quiere decir que requieren de mayor evidencia empírica para determinar que están bien establecidos (Ybarra Sagarduy, Orozco Ramírez y Valencia Ortiz, 2015). Adicionalmente, los programas de tratamiento

cognitivo-conductual incluyen el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento que incrementan la autoeficacia, lo que se considera como mayores beneficios a corto plazo, favoreciendo la eficiencia de estos programas (Chicharro Romero et al., 2007).

Modelos de prevención de recaídas.

Modelo motivacional.

Es de los más utilizados en la psicología de la salud y fue desarrollado por James Prochaska, y colaboradores (1979), analizando a más de 29 teorías y modelos de los principales enfoques terapéuticos. Incluyó las teorías de cognitivo-conductual, psicoanálisis y humanismo, obteniendo como resultados que todas las teorías tenían limitaciones por lo que optó por desarrollar este modelo transteórico. Según este modelo, el cambio del comportamiento se podría dividir en cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Se argumenta que además de estas cinco etapas existe una sexta; la recaída. Esto, debido a que se le considera como una etapa normal dentro del proceso, por la que se pasa en determinado momento (Del Rio Szupszynski y da Silva Oliveira, 2008). Algunas de las críticas que se le realizan a este modelo es que su efectividad se ha comprobado, principalmente, en el consumo de tabaco. No obstante, para el consumo de alcohol y drogas ilegales es necesario realizar estudios subsecuentes, dado que en la actualidad existe incertidumbre acerca de su eficacia para estos casos. Otra crítica realizada, es que este modelo propone que para pasar de un estadio debe de pasar cierto tiempo, el cual es seleccionado de una manera arbitraria (Becoña Iglesias, 2002).

De manera específica, la primera fase de este modelo es la precontemplación, en donde es usual que el individuo no detecte ni quiera la situación problemática que existe dentro de sus patrones de conducta. Posteriormente se avanza a la etapa de contemplación,

en la que ya se pone a consideración y reflexión si realmente se tiene un problema, así como si es necesario modificar alguna conducta. La tercera etapa se llama determinación, y se presenta cuando la persona está decidida de que requiere hacer cambios en su conducta, usualmente la motivación se incrementa en esta tercera fase. La cuarta etapa es la de acción, en la que se pone en práctica la decisión tomada. La quinta etapa es la de mantenimiento, es decir, se continúa haciendo las nuevas conductas y omitiendo las que se desearon cambiar en un inicio. En el caso del consumo de sustancias, esta etapa incluye todo el periodo de abstinencia. Sin embargo, se agregó una sexta fase dentro de este modelo motivacional; la recaída, en donde se vuelve a la conducta anterior que se deseaba modificar y, en algunos casos, también se vuelve a etapas anteriores como la precontemplación o la contemplación (Lizarraga y Ayarra, 2001).

El modelo transteórico ha sido utilizado por diversas organizaciones a lo largo del tiempo, tal es el caso del Centro para el control de enfermedades y prevención en Atlanta, con el fin de que un grupo de alto riesgo de transmisión con SIDA utilizara condones, el Instituto nacional del cáncer lo utiliza para las personas que intentaban dejar de fumar, por el Servicio nacional de salud en gran Bretaña para las personas que deseaban dejar de consumir drogas, entre otras instituciones de diversos países. De igual manera se han realizado diversos estudios para comparar los resultados de este modelo con respecto a los de otros modelos. Uno de ellos se realizó en la Sociedad Americana del Cáncer y la American Lung Association, en donde se encontraron resultados positivos. En otro estudio realizado en la Universidad de católica de Colombia se comprobó de igual manera la validez y confiabilidad de este modelo en la clasificación de los participantes en las etapas motivacionales. Otros estudios han

encontrado que se tienen mejores resultados para originar un cambio en la conducta, cuando se aplica el programa de manera grupal (Rivera Cisneros, 2017).

Modelo de Marlatt y Gordon.

Según G. Alan Marlatt, la prevención de recaídas (PR) es un programa de automanejo que permite mejorar el estadio de mantenimiento del proceso de cambio de hábitos. A diferencia de otros enfoques, considera que la dependencia se relaciona a malos hábitos que se pueden cambiar y en los cuales el paciente juega un papel activo. Este modelo menciona que ante una situación de alto riesgo puede suceder que se afronte la situación o que no se tenga ninguna respuesta de afrontamiento. Cada vez que se realice una respuesta de afrontamiento que colabore a no recaer al consumo de dicha droga, la autoeficacia se elevará. En cambio, cuándo no se realiza ninguna respuesta de afrontamiento o no es suficiente, disminuye la autoeficacia, se favorece una cognición distorsionada sobre el contexto de la droga y se aumenta el riesgo de tener recaídas. Las principales cogniciones distorsionadas que influyen en las recaídas son: Expectativas de mayores efectos positivos, en comparación con efectos negativos, al consumir. Y el efecto ocasionado por violar la abstinencia, el cual se desarrolla tras haber recaído, junto con la creencia de que no importa si se vuelve a recaer. Además de las cogniciones anteriormente mencionadas, gracias a diversos estudios empíricos se han encontrado diversas situaciones de riesgo para la recaída, algunos son: estados emocionales positivos y negativos, estados físicos negativos, deseo de consumir o craving, conflictos interpersonales y la presión social (Jerónimo Da Silva y Serra, 2004).

Tiende a ser usual que gran parte de las recaídas en drogadicciones se deban a un mal manejo de emociones negativas. En un proyecto se les preguntó a 168 personas de 14 grupos de tratamiento ambulatorio y residencial, cuál era el principal reto para mantener la abstinencia, a lo cual la respuesta más común fue el manejar las emociones. Las emociones principalmente expresadas fueron: sentimientos dolorosos, aburrimiento, ansiedad, miedo, depresión, culpa y vergüenza, ira, desesperanza, vacío y soledad (Daley y Douaihy, 2015). La prevención de recaídas es uno de los modelos más utilizados para el mantenimiento de la abstinencia, incorpora psico-educación sobre el proceso de recaídas, identifica situaciones de alto riesgo y enseña habilidades de afrontamiento para dichas situaciones, por lo que ha mantenido resultados significativos en adolescentes y adultos (Ramo, Myers y Brown, 2007).

En base a este modelo, se encuentran diversas técnicas para la prevención de recaídas. La primera, consiste en identificar el estado de la motivación, según las cinco etapas vistas anteriormente (precontemplación, contemplación, etc.). Segundo, identificar las situaciones de riesgo del paciente para posteriormente cambiar el estilo de vida, es decir, alejarse de las personas, lugares y eventos que se hayan detectado como factores de riesgo para la recaída. La técnica 4 consiste en identificar el proceso de la recaída, las cogniciones y conductas que se tienen antes de haber recaído. Consecuentemente, se identifican decisiones aparentemente irrelevantes pero que incluyen gran relevancia inconsciente en el paciente. De alguna manera, estas decisiones le conllevan a estar dentro de los factores de riesgo, facilitando una recaída. La sexta técnica de este modelo es referente al análisis de los factores cognitivos asociados a la recaída y, por último, la séptima técnica tiene como objetivo mapear y tener identificadas las situaciones de riesgo en las que puede tener recaídas, con el fin de evitarlas en lo posible. Estas técnicas pueden agruparse en dos fases; la primera busca evaluar las situaciones de alto

riesgo, mientras que la segunda fase se enfoca en monitorear las habilidades de afrontamiento, autoeficacia y estilo de vida, que aumenta la posibilidad de estar en las situaciones evaluadas en la primera fase (Pacheco León, 2011).

Modelo de Terence Gorsky.

El enfoque de Terence Gorsky de la prevención de recaídas (Programa CMRTP), es un modelo que integra conceptos de alcohólicos anónimos, junto con aspectos de consejería y psicoterapia para tratar el tema de adicciones. Está basado en un modelo biopsicosocial y considera a la adicción como una enfermedad que causa daños al cerebro, afectando la personalidad, aspecto funcional y social. Los síntomas generados se expresan a través de dificultades en el pensamiento, manejo de sentimientos, emociones, estrés, memoria, coordinación psicomotora, entre otros, y se puede identificar con anticipación antes de que aparezcan. Este modelo cuenta con seis etapas; Transición, en dónde la persona reconoce que está pasando por una dependencia del consumo de drogas y necesita entrar en abstinencia. Estabilización, etapa dónde se recupera de la abstinencia aguda y subaguda. Recuperación temprana, sucede cuando adquieren pensamientos, conductas y sentimientos enfocados a la abstinencia. La recuperación intermedia ocurre cuando la persona logra adquirir un estilo y calidad de vida similar o mejor al que tenía antes de la adicción y, la recuperación tardía, cuándo resuelven problemas familiares que pudieran influir para tener alguna recaída. El mantenimiento es la última etapa de este modelo, sucede cuándo el individuo es capaz de mantener las conductas saludables de las etapas anteriores para evitar futuras recaídas. Algo importante a mencionar, es que los síntomas más severos de la abstinencia ocurren en los primeros 6 a 18 meses (Pacheco León, 2011).

Evidencia sobre el modelo prevención de recaídas.

En Estados Unidos se han realizado diversas intervenciones para tratar a usuarios dependientes de drogas. Uno de ellos fue el realizado por O'Malley y colaboradores en 1992, donde obtuvieron una muestra de 104 participantes que cumplían con los criterios para dependencia al alcohol. La muestra fue aleatorizada y se basó en un modelo médico psiquiátrico apoyado con psicoterapia. Se utilizaron principalmente dos factores en el proceso de rehabilitación: el uso del fármaco "naltrexona" y de la terapia de habilidades de afrontamiento, basada en el modelo cognitivo conductual de abusos de sustancias de Marlatt y Gordon. Se llevó a cabo en 12 semanas, utilizando un método cuasi experimental. Se comparó el modelo de Marlatt y Gordon con una terapia de apoyo, y se encontró que solamente al haber iniciado con el consumo de la bebida, los participantes que recibieron naltrexona y terapia de habilidades de afrontamiento mostraron menor probabilidad de recaída al consumo excesivo (O'Malley, Jaffe, Chang, Schottenfeld, Meyer y Rounsaville, 1992).

En base a un metaanálisis, realizado en Estados Unidos por Irvin y colaboradores (1999), se corroboró la eficacia del programa de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon. Lo realizaron en base a 26 estudios, realizados entre 1978 y 1995, con una muestra total de 9,504 participantes. Como estándares de inclusión, los estudios debían tener como modelo de intervención a la prevención de recaídas y usarla como variable independiente o, bien, ser consistentes con lo abordado por Marlatt y Gordon. Los resultados denotan que el modelo de prevención de recaídas es, generalmente, eficiente. Particularmente cuando se usa para adicciones de alcohol o en varias sustancias consumidas a la vez, combinada con el

tratamiento farmacológico pertinente y una evaluación inmediatamente después del tratamiento mediante pre-post test (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999).

Otra intervención en Estados Unidos fue la realizada por Chung y colaboradores (2001), en dónde buscaban evaluar el impacto de intervenir en las estrategias de afrontamiento de consumidores de alcohol. De una población de 332 personas, se basaron en 133 participantes quienes completaron la intervención de un año. La edad promedio de los participantes fue de 36 años, el 80% constituido por varones y el 91% cumplían con los criterios del DSM IV para el diagnóstico por dependencia de alcohol. Se identificaron 15 variables catalogadas como situaciones de riesgo y en base a ellos se dividieron dos subtipos de alcoholismo; tipo “A” y tipo “B”. Como resultado se encontró que después de los 12 meses de intervención, los participantes disminuyeron la evaluación cognitiva de amenaza para las situaciones de riesgo y las observaron como un reto, disminuyeron respuestas de afrontamiento como la evitación cognitiva y conductual, y aumentaron las respuestas cognitivas y conductuales para afrontar las situaciones de riesgo. Por lo que llegaron a la conclusión que, al disminuir las respuestas cognitivas de evitación, se predicen menores problemas con el alcohol, interpersonales y psicológicos. Por el otro lado, al aumentar las conductas de afrontamiento como el tomar acciones, predicen menor gravedad en los problemas con alcohol (Chung, Langenbucher, Labouvie, Pandina y Moss, 2001).

En México Barragán y colaboradores (2005), realizaron una adaptación del modelo Community Reinforcement Approach (CRA), a través de un modelo cognitivo-conductual en nueve usuarios crónicos de alcohol u otra droga. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones, con una duración de 1 ½ hora y frecuencia de 2 veces por semana. Los componentes en los que se intervino fueron: análisis funcional, metas de vida cotidiana,

comunicación, solución de problemas, consejo marital, búsqueda de empleo, habilidades sociales y prevención de recaídas. Como resultados se encontraron reducciones mayores a 85% en el patrón de consumo, durante el tratamiento y un año de seguimiento, y un incremento en la autoeficacia de casi un 50%. A manera de recomendaciones, se sugiere incluir un entrenamiento en el control de emociones negativas, evaluar el funcionamiento cognitivo para predecir recaídas e incluir a los participantes egresados a diversas actividades recreativas, a manera de seguimiento en el mantenimiento de la abstinencia (Barragán Torres, González Vázquez, Medina-Mora y Ayala Velázquez, 2005).

Martínez y colaboradores (2008) realizaron en México un análisis sobre la implementación del Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. La muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios que cumplieran con los criterios de ser adolescentes consumidores de alcohol o drogas, reportar problemas derivados del consumo, pero sin presentar los síntomas fisiológicos de la abstinencia, tener entre 14 y 18 años de edad, y ser estudiantes. Participaron 25 voluntarios que cumplieron con los criterios de inclusión y la etapa de tratamiento constó de cuatro sesiones semanales de forma individual. Las principales técnicas utilizadas fueron de auto-control y prevención de recaídas. Después de dar un seguimiento de 180 días, se concluyó que 24 de los participantes mostraron una disminución en el patrón de consumo, aumentó el nivel de autoeficacia y reportaron menor cantidad de problemas relacionados al consumo (Martínez Martínez, Salazar Garza, Pedroza Cabrera, Ruiz Torres y Ayala Velázquez, 2008).

Gaspar y Martínez (2008) realizaron un estudio en México en dónde describen la aplicación del modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon. Los principios del modelo fueron la identificación de situaciones de riesgo del consumo, las estrategias de

afrontamiento y la autoeficacia. En el estudio participaron 4 adolescentes de manera voluntaria, la edad media del grupo fue de 14.75 años. Los resultados mostraron que las principales situaciones de consumo involucraban las emociones agradables y el autocontrol. Después de la intervención y seguimiento con duración total de 6 meses, se redujo la cantidad de consumo de los usuarios y en dos de ellos no se presentaron recaídas. Con respecto al nivel de autoeficacia, llegó a aumentar en algunos casos de un 50% hasta un 100%. Un dato importante para los fines de la investigación es que los participantes utilizaban algunas estrategias de afrontamiento, tales como la evitación, búsqueda de apoyo social, modificación del ambiente, actividades alternativas y autocontrol. Sin embargo, durante el seguimiento disminuyó considerablemente el número de estrategias utilizadas, siendo las principales el autocontrol y búsqueda de apoyo social. Lo que sugiere que la efectividad de las estrategias de afrontamiento no se refleja en la cantidad de las que se utilicen, sino en que se utilice la indicada (Gaspar Solís y Martínez Martínez, 2008).

En el 2011 Torrens y colaboradores realizaron en España un análisis sobre la efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento dirigido a dependientes de sustancias, en los que se trabajó el control de impulsos, resolución de problemas, control de la ira, control de pensamientos negativos, control de las críticas y comunicación asertiva. La muestra incluyó a 38 pacientes hospitalizados que participaron en el programa de 12 sesiones con terapia de apoyo. Dicha intervención se fundamentó en el modelo cognitivo conductual, especialmente de las aportaciones de Bandura con respecto a la autoeficacia y el modelo de afrontamiento al estrés. Los resultados mostraron que después de las 12 sesiones aplicadas, una por semana, los pacientes reportaron un menor deseo de consumo (craving) y una mayor

percepción del grado de control que repercute en la continuidad de la abstinencia (Torrents, Mora, Massana, Robert y Tejero, 2011).

Martínez y colaboradores (2012) realizaron un estudio entre el 2007 y el 2011 en México, en donde participaron 70 adolescentes, quienes se seleccionaron mediante un proceso de aleatorización de una población de 180 adolescentes y recibieron dos diferentes programas de intervención; Programa de Intervención Breve y Consejo Breve, los cuales han demostrado ser efectivos para reducir el patrón de consumo y los problemas relacionados a ello. La edad promedio de los participantes fue de 16.2 años, 31 hombres y 39 mujeres. Durante los 2 años de seguimiento, cada 6 meses se revisaba la frecuencia y cantidad de consumo de los participantes, las estrategias utilizadas para afrontar las situaciones de riesgo y el cumplimiento de las metas planteadas. Como resultados, se identificaron las principales situaciones de riesgo que presentaron los participantes durante el seguimiento, estando en los primeros lugares las reuniones con amigos y fiestas de cumpleaños. Además, se encontraron tres principales estrategias que fueron utilizadas para evitar el consumo; recordar las metas propuestas, tener presente las consecuencias negativas de consumir y ser consciente del estado anímico (Martínez Martínez, Bárcenas Meléndez y Pacheco Trejo, 2012).

Por su parte Pérez (2012), realizó un estudio para analizar si existían diferencias entre habilidades evaluadas en siete escalas de habilidades para la vida. La muestra estuvo compuesta por 4254 adolescentes con un diseño exploratorio, utilizando el instrumento de Encuesta Nacional de Adicciones. Como resultados se tuvieron que es necesario desarrollar programas de intervención que intervengan en habilidades de empatía, planeación del futuro y resistencia a la presión (Pérez de la Barrera, 2012). Durante el 2014 Gázquez y colaboradores realizaron otro estudio en España en dónde se midió la efectividad de tres

diferentes programas de prevención para reducir el consumo de cannabis, durante un periodo de seguimiento de 24 meses. Los investigadores partieron de la evidencia de que los programas de intervención mayormente efectivos para la reducción del consumo de cannabis son los que incluyen entrenamiento de habilidades y componentes informativos. Dicho estudio tuvo una muestra de 280 alumnos del primer grado de secundaria con un diseño cuasi-experimental, comparando tres diferentes programas. El programa CS se mostró eficaz para reducir el consumo de alcohol, tabaco y cannabis cuándo es aplicado por profesionales de la salud. Por su parte, el programa de Saluda (SLD) de Espada y Méndez fue eficaz para prevenir el consumo de alcohol y otras sustancias durante el fin de semana. Mientras que el programa Barbacana (BRC), fue eficaz para aumentarel nivel de información sobre el uso de drogas, retrasar la edad de inicio en su consumo y disminuir la incidencia con referente al tabaco y alcohol (Gázquez Pertusa, García del Castillo Rodríguez, García del Castillo López y López Sánchez, 2016).

Otro estudio similar realizado en México incluyó una muestra de 61 adolescentes con edades entre los 14 y 18 años. Se seleccionaron de manera aleatoria y todos recibieron la intervención o el consejo breves. Como resultado se encontró que el 78% de los participantes cumplieron con su meta de consumo de alcohol después de 6 meses de seguimiento. Para conocer la relación entre las estrategias de enfrentamiento y recaídas, se hicieron dos grupos, separando a los participantes que cumplieron con su meta de consumo, llamado Grupo A, y el Grupo B conformado por quienes no cumplieron la meta. Se encontró que quienes cumplieron con su meta de consumo usaron estrategias de enfrentamiento como la evitación y el apoyo social, seguido de realizar actividades alternativas de distracción. Mientras que quienes no cumplieron con su meta de consumo solo utilizaron la estrategia de evitación, y

algunos otros no usaron ninguna (Martínez Martínez, Pedroza Cabrera, Salazar Garza y Vacio Muro, 2014).

Capítulo II. Método

Enfoque y Diseño

El enfoque de investigación que se utiliza es cuantitativo, bajo los fundamentos epistemológicos de que una parte de la realidad puede ser medida y comprobada. Se busca medir, validar y comprobar los fenómenos de manera matemática (Munch y Ángeles, 2009). Además, se responde a preguntas de investigación, se comprobarán las hipótesis planteadas, así como la recolección y análisis de datos. A través de un diseño cuasi-experimental de un solo grupo se pretende comprobar la hipótesis planteada y brindar las pautas para responder a la pregunta de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2004). Las variables dependientes que se pretenden medir son: el nivel de dependencia a la sustancia psicoactiva y las situaciones de riesgo que presenta. Mientras que las variables independientes que se miden son: las habilidades de afrontamiento con las que cuenta y la autoeficacia que tiene para afrontar esas situaciones.

En el campo de la salud mental, la psicoeducación se puede definir como la información presentada de manera estructurada, sistemática y didáctica para el tratamiento de alguna enfermedad e incluye la integración de aspectos emocionales. Usualmente se pone en práctica a nivel grupal, separando a los pacientes y familias en dos grupos, y tiene una planeación predefinida de número de sesiones (Rummel-Kluge y Kissling, 2008). Diversas intervenciones que se realizan con impacto en la comunidad, atendiendo determinada situación específica, se basan en los modelos psicoeducativos en los que se cubren diversas

áreas como: información acerca de la dolencia, organización de cuidados, asesoría en la práctica, entrenamiento en habilidades para problemas conductuales del paciente, toma de decisiones, repercusiones emocionales en el cuidador y asesoría con respecto al autocuidado (Martín-Carrasco, Franco Martín, Pelegrín Valero, Millán, Iglesias García, Montalbán, Gobartt Vázquez, Pons Pirris, Balañá Vilanova, 2009). Se seleccionó este tipo de estudio, debido a que las sesiones de la intervención tienen como objetivo el compartir información acerca de las consecuencias del uso de drogas ilegales, capacitar a los participantes en la detección de situaciones que representen alto riesgo para ellos y el entrenamiento en habilidades para que logren afrontar dichas situaciones.

El diseño de intervención a utilizar es el cuasi experimental, puesto que se tiene un proceso similar al experimento puro, con la principal diferencia que no es posible tener la misma confiabilidad en la equivalencia inicial de los grupos y manipulación de todas las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2004). Se pretende medir la eficacia de la intervención a través de los resultados prueba - posprueba con un solo grupo y manipulando al menos una variable del grupo experimental.

Participantes

La presente intervención está integrada de los adolescentes que participan en un programa de internamiento para la rehabilitación del consumo de drogas en edades comprendidas de 14 a 18 años, quienes se encuentran internados en un centro de rehabilitación ubicado en el suroeste de Ciudad Juárez. El tipo de muestreo es no probabilístico y el método de muestreo es por conveniencia.

Se realizaron dos intervenciones, con muestras diferentes y, con un intervalo de tiempo de diferencia de 4 meses. Originalmente se había realizado una detección de necesidades teórica, en base a las referencias consultadas, a partir de lo que se desarrolló e implementó el programa de intervención piloto. Posteriormente, en base a la detección de necesidades en campo que se realizó a través del pilotaje, se determinó la necesidad de disminuir el número de sesiones. El tiempo de internamiento de los participantes era de 12 semanas, sin embargo, participaban por dos semanas en actividades espirituales del centro de rehabilitación y debido al reglamento de la institución no podían asistir a terapia psicológica o actividades complementarias; incluyendo este programa de intervención. Considerando que la primera semana de internamiento era destinada para la desintoxicación fisiológica de los participantes, y restando las dos semanas en las que participaban exclusivamente en actividades espirituales, arrojaron como resultado un total de 9 sesiones para implementar el programa de intervención. Adicionalmente, otra necesidad que se detectó después de estar en campo fue el invertir mayor tiempo para la reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados de los participantes. Estos fueron los dos principales motivos por los que se modificó el programa de intervención después del pilotaje.

En el programa de intervención piloto participaron 7 jóvenes, repartidos inicialmente en 4 hombres y 3 mujeres. El promedio de edad entre ambos grupos fue de 16.43 años, todos los participantes truncaron sus estudios; 5 de ellos la educación secundaria, 1 participante la educación de bachillerato y 1 participante la educación universitaria, tal como se observa en la tabla 2. Sin embargo, durante la intervención desertaron 3 participantes, quedando la muestra conformada por dos mujeres y un hombre.

Tabla 2

Características de participantes de pilotaje

Género	Edad	Escolaridad	Tipo de usuario	Tratamiento
Femenino	14	Secundaria	Poliusuario	Interrumpido
Femenino	15	Secundaria	Poliusuario	Finalizado
Femenino	17	Preparatoria	Poliusuario	Interrumpido
Masculino	17	Secundaria	Poliusuario	Interrumpido
Masculino	17	Secundaria	Poliusuario	Interrumpido
Masculino	17	Secundaria	Poliusuario	Finalizado
Masculino	18	Universidad	Poliusuario	Finalizado

Por el otro lado, en la segunda intervención participaron inicialmente 4 jóvenes de género masculino, sin embargo, solamente 2 terminaron el proceso completamente. El promedio de edad fue de 16 años, todos los participantes truncaron sus estudios en nivel secundaria y preparatoria. Todos reportaron haber consumido más de una sustancia psicoactiva en más de una ocasión, como se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3

Características de participantes de segunda intervención

Género	Edad	Escolaridad	Tipo de usuario	Tratamiento
Masculino	16	Secundaria	Poliusuario	Interrumpido
Masculino	17	Secundaria	Poliusuario	Interrumpido
Masculino	17	Preparatoria	Poliusuario	Finalizado

Como criterios de inclusión se establece el tener un rango de edad entre 12 y 18 años, haber consumido drogas psicoactivas, estar dentro de un centro de rehabilitación, y recibir tratamiento médico y/o farmacológico en caso de requerirse por el tipo de droga de adicción. Por el otro lado, como criterios de exclusión se incluye el no haber firmado el consentimiento informado, un desacuerdo del participante o tutores legales por iniciar con la intervención y estar por finalizar el proceso de rehabilitación al momento de iniciar con esta intervención.

Consideraciones éticas

La ley de salud mental del estado de Chihuahua es una iniciativa formalizada a mediados del 2018, con el fin de proteger el derecho a la protección de la salud mental y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales o de comportamiento, garantizando su debido diagnóstico, tratamiento e inclusión social por parte de los profesionales de la salud correspondientes. Principalmente los artículos 1, 3, 6 plantean argumentos y estipulaciones que apelan a respetar los derechos de todas las personas que presenten algún trastorno o problema de conducta, ya sea por cuestiones orgánicas, psicológicas o por abuso de sustancias. Adicionalmente, plantean que es un derecho de toda la población del estado, el recibir atención médica y psicológica de ser necesaria, de manera ambulatoria o por medio de internados en una unidad hospitalaria. A su vez, los artículos 1, 10 y 11, mencionan que para el internamiento de manera involuntaria se debe tener un diagnóstico por un profesional competente que argumente que la persona no cuenta con las facultades de tomar la propia decisión, puede dañarse a sí mismo o a otras personas, y un familiar o institución correspondiente avala dicha decisión de internamiento. Al cumplirse las condiciones mencionadas, la Ley del estado permite realizar esta acción. Este punto es de relevancia al tratarse de individuos que son internados a un centro de rehabilitación por abuso

de sustancias psicoactivas, en contra de su voluntad. Se expresa en los artículos 1, 2 y 6, la importancia de inclusión social de estos individuos y del apoyo que deben brindar sus familiares para lograr una intervención eficaz. Algunos grupos vulnerables, como los niños, adolescentes y adulto mayores, requieren de una atención mayormente específica. Por ello, del artículo 15 al 29 de la Ley del estado de Chihuahua abarcan especialmente a estos grupos de la población (Gobierno del Estado libre y soberano de Chihuahua, 2018).

A nivel federal, se cuenta con la norma oficial mexicana NOM-028SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Anteriormente se contaba con una versión de 1999, pero con el apoyo de diversos organismos se realizó esta actualización de la norma. El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) fue la entidad responsable de la coordinación para la actualización de esta norma, en la que se incluyen una serie de lineamientos para las actividades preventivas, de urgencias, tratamiento, rehabilitación, inclusión social, reducción de riesgos, enseñanza e investigación acerca del tema de drogadicciones. Otras normas que interactúan con la anterior, son: NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, la NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos para la infraestructura que se debe tener en los hospitales y clínicas de atención médica especializada, NOM-046-SSA2-2005 para los casos que estén contextualizados en cualquier tipo de violencia en adultos y la NOM-047-SSA2-2005 para cuando se trata de hechos que atenten contra la salud de individuos de 10 a 19 años de edad (CONADIC, 2009).

Procedimiento

Se seleccionó una muestra no probabilística, con un tipo de muestreo por conveniencia. Cada sesión tuvo una duración de 60 a 90 minutos y se realizó una vez por semana, de manera individual. Se solicitó un oficio en la coordinación de la Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez para realizar el acuerdo de manera institucional con el Centro de rehabilitación seleccionado. Posteriormente se explicaron los compromisos y beneficios que se tendrían con la presente intervención, así como los criterios de inclusión y exclusión. Una vez que se concretó el acuerdo con el representante del centro de rehabilitación, se llevó a cabo una sesión informativa con cada participante que cumplía con los criterios de inclusión, en donde se les explicó los lineamientos y características del programa de intervención, aspectos de confidencialidad y voluntarismo, finalizando la sesión informativa con la firma del consentimiento informado y programación de las primeras sesiones del programa. La evaluación inicial requirió de dos sesiones, en la primera se realizó una entrevista clínica y en la segunda se procedió a la aplicación de cuatro instrumentos validados para población mexicana; el cuestionario de abuso de drogas, el inventario de situaciones de consumo de drogas, el cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas y el inventario de estrategias de afrontamiento.

Materiales.

1. Cuestionario de abuso de drogas.

Es un instrumento de autoinforme que fue adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001. Está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas de “sí” o “no”, y proporciona un índice del rango de problemas ocasionados por el consumo de drogas, así como el nivel de consumo, el cual puede ser: no reportó, nivel bajo, nivel moderado, nivel sustancial y nivel severo. El análisis estadístico inicial fue llevado con 256 individuos y los

índices de confiabilidad han variado entre .95 y .86. (Barragán Torres, Flores Mares, Ramírez García y Ramírez Mendoza, 2014).

2. Inventario de situaciones de consumo de drogas.

Es un instrumento de 60 reactivos y evalúa el porcentaje en que una situación precipita el consumo de drogas. Se sustenta en el marco teórico de Marlatt y Gordon, considerando 8 situaciones de riesgo: Emociones desagradables, con los reactivos: 5, 10, 15, 25, 29, 35, 40, 45, 51 y 55. Malestar físico, con los reactivos: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50. Emociones agradables, con los reactivos: 1, 11, 21, 31 y 41. Probando autocontrol, con los reactivos: 2, 12, 22, 32 y 42. Necesidad o tentación de consumo, con los reactivos: 4, 14, 24, 34, 44 y 54. Conflicto con otros, con los reactivos: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60. Presión social, con los reactivos: 8, 18, 28, 38 y 48. Y por último, momentos agradables con otros, con los reactivos: 6, 16, 26, 36 y 46. Este instrumento es de escala tipo Likert, con opciones de respuesta: “Nunca”; “Rara vez”, “Frecuentemente” y “Casi siempre”. se adaptó para población mexicana por De León y Pérez en el 2001, con una confiabilidad de .98. (Barragán Torres, Flores Mares, Ramírez García y Ramírez Mendoza, 2014).

3. Cuestionario breve de confianza situacional.

El instrumento original fue elaborado por Annis y Graham en 1987, estuvo compuesto por 100 ítems y fue diseñado para evaluar la autoeficacia en ocho situaciones que los clientes reportaron como desencadenantes de recaídas: a) emociones agradables, b) malestar físico, c) probar autocontrol, d) necesidad de consumo, e) momentos agradables con otros, f) conflicto con otros, g) emociones agradables y, h) presión social. Posteriormente se elaboraron versiones más cortas hasta llegar a la versión de 8 ítems en la que se observaban

niveles de fiabilidad similares a la versión original. En esta versión se asigna un porcentaje del 0 al 100, en base al nivel de autoeficacia que se tenga para mantener la abstinencia ante cada situación (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawal, 2000). En el caso de México, la versión breve de 8 ítems fue adaptada en 1977 por Echeverría, con una consistencia interna de .97 de alfa de Cronbach (Echeverría y Ayala, 1977)

4. Inventario de estrategias de afrontamiento.

Fue hecho por Cano y colaboradores en el 2007. Consta de un apartado donde se anota una situación estresante que se vivió y posteriormente se responden 40 reactivos con escala tipo Likert, con cinco categorías de respuesta: “Nada”, “Un poco”, “Bastante”, “Mucho” y “Totalmente”. A partir de este inventario se pueden obtener puntuaciones acerca de 8 escalas: resolución de problemas ($\alpha=.86$), con los reactivos: 1, 9, 17, 25 y 33. Reestructuración cognitiva ($\alpha=.80$), con los reactivos: 6, 14, 22, 30 y 38. Apoyo social ($\alpha=.80$), con los reactivos: 5, 13, 21, 29 y 37. Expresión emocional ($\alpha=.84$), con los reactivos: 3, 11, 19, 27 y 35. Evitación de problemas ($\alpha=.63$), con los reactivos: 7, 15, 23, 31 y 39. Pensamiento desiderativo ($\alpha=.78$), con los reactivos: 4, 12, 20, 28 y 36. Retirada social ($\alpha=.65$), con los reactivos: 8, 16, 24, 32 y 40. Y autocrítica ($\alpha=.89$), con los reactivos: 2, 10, 18, 26 y 34 (Nava Quiroz, Ollua Méndez, Vega Valero y Soria Trujano, 2010).

Proceso de intervención.

Cada sesión tuvo una duración de 60 a 90 minutos y se realizó una vez por semana, de manera individual, la tabla 4 muestra detalles específicos de la intervención que se realizó en el pilotaje, mientras que la tabla 5 describe las sesiones y modificaciones que tuvo la segunda intervención. En la primera sesión se realizó la entrevista inicial. En la segunda sesión se

aplicaron los instrumentos: Cuestionario de abuso de drogas, inventario de situaciones de consumo de drogas, cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas y el inventario de estrategias de afrontamiento. En el caso del pilotaje, durante la tercera sesión se realizó un análisis funcional de la conducta de consumo del participante, para continuar en la cuarta sesión con la identificación de situaciones de riesgo en las que puede volver a consumir e idear estrategias de cómo evitarlas. De la quinta a la onceava sesión, se desarrollan estrategias de afrontamiento para diversas situaciones como: experimentación de emociones negativas y agradables, necesidad de consumo, conflictos interpersonales, presión social, recaídas y el efecto de la violación de la abstinencia. Posteriormente, en la doceava sesión se trabaja con un proyecto de vida y, finalmente, en la treceava sesión se evalúan los resultados.

Programa de intervención

Tabla 4

Descripción del programa piloto

Sesión	Objetivo	Actividades	Estrategias	Herramientas y/o estrategias de registro
1	1) Desarrollar la entrevista inicial.	1) Informar características de la intervención y describir el contenido de la carta de consentimiento informado.	1) Entrevista	1) Entrevista estructurada.
	2) Establecer rapport con el participante.	2) Pedir firmar carta de compromiso.	2) Psicoeducación	2) Carta de consentimiento informado.
	3) Establecer objetivo general de la intervención.	3) Realizar entrevista inicial clínica.		3) Carta de compromiso.
	4) Entregar al participante consentimiento informado y carta de compromiso.			
	5) Psicoeducar al participante en el tema de drogadicciones: prevalencia de consumo y sus consecuencias, tasa de recaídas, factores de riesgo y protección, etc.			

2	1) Evaluar las situaciones de riesgo del paciente.		1) Inventarios	1) Cuestionario de abuso de drogas (CAD)
	2) Evaluar patrón de consumo.	1) Evaluación de los tres aspectos del modelo de prevención de recaídas: situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoeficacia.	2) Cuestionarios	2) Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)
	3) Evaluar autoconfianza para resistirse al consumo.		3) Escalas	3) Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS)
3	1) Análisis funcional de la conducta de consumo del participante.	1) Analizar la triple contingencia de la conducta adictiva.	1) Análisis funcional.	1) Matriz de decisiones.
	2) Desarrollar matriz de decisiones.	2) Encargar de tarea realizar un matriz de decisiones y realizar una historia breve acerca de cómo inició y fue desarrollándose su consumo de cannabis.		
4	1) Brindar estrategias de evitación de evitación de situaciones de riesgo.	1) Hacer mapeo de situaciones de alto riesgo.	1) Role-playing.	
	2) Identificar los estímulos que se pueden controlar.	2) Realizar el Situational Competency Test (SCT), en donde se presentan una serie de escenarios que representan situaciones de alto riesgo, seguidos de la pregunta: "Qué es lo que harías o dirías?"		
	3) Identificar los estímulos del entorno que no puedan controlarse y realizar estrategias de escape y afrontamiento.			
5	1) Entrenamiento en: Afrontamiento de las decisiones aparentemente irrelevantes.	1) Describir el significado de la variable y ejemplos para clarificar el mensaje. 2) En base al análisis funcional del participante, detectar situaciones antecedentes a una caída en donde haya ocurrido una decisión aparentemente irrelevante (DAI) y modelar como enfrentarla.	1) Psicoeducación. 2) Role-playing.	1) Folleto informativo.

6	1) Entrenamiento en: Afrontamiento de estados de emociones negativas.	1) Identificar y saber nombrar emociones negativas. 2) Realizar análisis de las ocasiones en que haya consumido debido a experimentar alguna emoción negativa. 3) Iniciar con la reestructuración cognitiva para reencuadrar pensamientos irracionales.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.
7	1) Entrenamiento en: Afrontamiento de conflictos interpersonales.	1) Preguntar al participante acerca de situaciones en las que haya consumido después de una discusión o pelea con un familiar, amigo o de relación similar. 2) Iniciar con la reestructuración cognitiva para reencuadrar pensamientos irracionales. 3) Capacitar sobre resolución de problemas, comunicación asertiva, manejo de estrés y control de impulsos.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.
8	Entrenamiento en: Afrontamiento de estados físicos y fisiológicos negativos.	1) Realizar análisis de las ocasiones en que haya consumido debido a experimentar algún malestar físico. 2) Iniciar con la reestructuración cognitiva para reencuadrar pensamientos irracionales. 3) Imaginar 3 posibles escenarios en donde pueda surgir una nueva caída, detectar posibles pensamientos negativos y cambiarlos.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.
9	1) Entrenamiento en: Afrontamiento de la presión social.	1) Informar acerca de que es y en qué consiste la presión social. 2) Preguntar al participante acerca de situaciones en las que ha consumido después de haber sido presionado por algún familiar, amigo, vecino o miembro de un grupo.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva.

		3) Imaginar posibles escenarios en donde se puede presentar esta situación y actuar en cómo se enfrentaría.	3) Modelamiento y ensayos conductuales.	
10	Entrenamiento en: Afrontamiento de craving (deseo por consumir drogas).	1) Definir y conceptualizar "craving". 2) Realizar análisis de las ocasiones en que haya consumido debido a experimentar esta situación. 3) Iniciar con la reestructuración cognitiva para reencuadrar pensamientos irracionales. 4) Imaginar posibles escenarios en donde se puede presentar esta situación y modelar cómo se enfrentaría.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.	
11	Entrenamiento en: Afrontamiento de caídas y el efecto de la violación de abstinencia.	1) Definir y diferenciar caída de recaída. 2) Definir y conceptualizar el efecto de la violación de abstinencia (EVA). Realizar análisis de las ocasiones en que haya consumido debido a experimentar EVA. 4) Iniciar con la reestructuración cognitiva para reencuadrar pensamientos irracionales. 5) Imaginar posibles escenarios en donde se puede presentar esta situación y actuar en cómo se enfrentaría.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.	
12	1) Balance de vida	1) Definir y ejemplificar balance de vida. 2) Identificar y jerarquizar las áreas más y menos importantes del participante. 3) Realizar análisis de las ocasiones en que haya consumido debido a descuidos en diversas áreas de su vida.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.	1) Autorregistros.

		4) Planificar un horario que permita balancear las actividades diarias, fomentando las saludables.		
		5) Pedir hacer un registro diario del cumplimiento de dichas actividades.		
13	1) Evaluación post-tratamiento	1) Evaluar si existe consumo de drogas y de ser así, el nivel de consumo. Evaluar los niveles de autoeficacia y satisfacción con la vida.	1) Inventarios. 2) Cuestionarios. 3) Escalas.	1) Cuestionario de abuso de drogas (CAD) 2) Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD) 3) Cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas (CACD).

En la primera sesión del programa de la segunda intervención, se inicia por explicar las características de la intervención, entregar el consentimiento informado, realizar la entrevista inicial en un formato de elaboración propia basado en la entrevista inicial realizada por Saucedo y Salazar en el 2004, consultada del manual: Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez Martínez, Salazar Garza, Ruíz Torres, Barrientos Casarrubias y Ayala Velázquez, 2004). Adicionalmente, se encarga como primera tarea identificar las consecuencias positivas y negativas del consumo de sustancias, principalmente de su droga de impacto. Para esta tarea se utiliza una técnica de resolución de problemas, utilizando una matriz de decisiones, basándose principalmente en una guía clínica para implementar la terapia de prevención de recaídas (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). En la segunda sesión se aplican los instrumentos: Cuestionario de abuso de drogas, inventario de situaciones de consumo de

drogas, cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas y el inventario de estrategias de afrontamiento. Posteriormente se revisa la tarea encargada durante la sesión anterior. En la tercera sesión se utiliza el Situational Competency Test, una técnica que se incluye en el manual de prevención de recaídas de Marlatt y colaboradores, anteriormente citado. Utilizando imaginación, se le pide al participante que se sitúe mentalmente en una serie de escenarios que representan un riesgo de volver a consumir, y se le pregunta qué es lo que haría o diría ante tal situación. A través de esta técnica se exploran las estrategias de afrontamiento del individuo y, a su vez, se modelan estrategias de afrontamiento asertivas. Posteriormente, se brinda información al participante sobre los pensamientos automáticos y la manera en que pueden influir en las emociones experimentadas. Se le entrega un listado de distorsiones cognitivas y de tarea se encarga el llevar un autorregistro de situaciones que le hayan generado estrés o malestar emocional, los pensamientos que tuvo y las emociones experimentadas. Lo anterior basándose en el registro diario de pensamientos distorsionados (DTR por sus siglas en inglés), propuesto inicialmente por Beck, Rush, Shaw y Emery en 1979, consultado en el Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales (Ruíz Fernández, Díaz García y Paz González, 2012).

En la cuarta sesión se comienza con la reestructuración cognitiva de las distorsiones identificadas en el autorregistro encargado de tarea. Se utiliza la técnica de las tres columnas y se encarga de tarea continuar con el autorregistro agregando dos columnas adicionales, incluyendo el pensamiento alternativo al distorsionado y la nueva emoción experimentada. Durante la quinta sesión se desarrollan estrategias para afrontar las dos situaciones que representaron un mayor riesgo para volver a consumir sustancias, esto realizado de manera personalizada en cada participante. Lo anterior se basó principalmente de lo consultado en el

Manual de terapia cognitivo conductual para desarrollo de estrategias de afrontamiento (Kadden, Carroll, Donovan, Cooney, Monti, Abrams, Litt & Hester, 1992).

En la sexta y séptima sesión, se aborda el balance y proyecto de vida. Los formatos utilizados son de elaboración propia, sin embargo, estuvo sustentado en el marco teórico de la terapia de prevención de recaídas. Al igual que en la octava sesión, en la que se abordaron estrategias para el afrontamiento de caídas (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). En la novena sesión se realizó la evaluación postratamiento, utilizando el Cuestionario de confianza situacional y el Inventario de estrategias de afrontamiento.

Tabla 5

Descripción del programa de intervención

Sesión	Objetivo	Actividades	Estrategias	Herramientas y/o estrategias de registro
1	1) Desarrollar la entrevista inicial.	1) Informar características de la intervención y describir el contenido de la carta de consentimiento informado.	1) Entrevista	1) Entrevista estructurada.
	2) Establecer rapport con el participante.	3) Realizar entrevista inicial clínica.	2) Técnica de resolución de problemas	2) Carta de consentimiento informado.
	3) Entregar al participante consentimiento informado y carta de compromiso.	3) Encargar de tarea realizar un matriz de decisiones con respecto al consumo de la sustancia de impacto.		3) Matriz de decisiones.
	4) Identificar consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas.			
	5) Psicoeducar al participante en el tema de drogadicciones: prevalencia de consumo y sus consecuencias, tasa de recaídas, factores de riesgo y protección, etc.			

2	1) Evaluar las situaciones de riesgo del paciente.		1) Inventarios	1) Cuestionario de abuso de drogas (CAD)
	2) Evaluar estrategias de afrontamiento usadas.	1) Evaluación de los tres aspectos del modelo de prevención de recaídas: situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoeficacia.	2) Cuestionarios	2) Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)
	3) Evaluar autoconfianza para resistirse al consumo.		3) Escalas	3) Cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas (CADC).
	4) Revisar matriz de decisiones.			
3	1) Brindar estrategias de evitación de situaciones de riesgo.	1) Hacer mapeo de situaciones de alto riesgo.	1) Imaginería	1) Autorregistro de pensamientos automáticos.
	2) Identificar los estímulos que se pueden controlar y los que no es posible controlar.	2) Realizar el Situational Competency Test (SCT), en donde se presentan una serie de escenarios que representan situaciones de alto riesgo, seguidos de la pregunta: "Qué es lo que harías o dirías?"	2) Psicoeducación.	
	3) Psicoeducar sobre los tipos de distorsiones cognitivas.	3) A través de imaginería y psicoeducación, explorar las características de los pensamientos automáticos.	3) Técnica de las 3 columnas,	
	4) Identificar los pensamientos automáticos y su influencia en las emociones.	4) Entregar y explicar el listado de distorsiones cognitivas, con el fin de analizar cuales ha experimentado y podría experimentar. 5) Encargar de tarea registrar dos situaciones que hayan sido problemáticas, los pensamientos que pudo haber tenido y las emociones experimentadas.	4) Role playing.	
4	1) Reestructuración de pensamientos automáticos distorsionados.	1) Utilizar la reestructuración cognitiva y la técnica de las 3 columnas para modificar pensamientos distorsionados.	1) Técnica de las 3 columnas.	1) Formato: Listado de distorsiones cognitivas.
	2) Modelamiento de la técnica de 3 columnas para la modificación de pensamientos.	2) Identificar creencias intermedias y, de ser posible, creencias centrales.	2) Reestructuración cognitiva.	2) Formato: Identificación de distorsiones cognitivas.

		3) Explicar al participante el origen de los pensamientos automáticos y la importancia de modificar creencias centrales distorsionadas. 4) Encargar de tarea registrar 2 situaciones problemáticas que le sucedan durante la semana. Describir los pensamientos automáticos, revisar si concuerdan con alguna distorsión del listado, y, en caso de ser así, hacer la reestructuración.	3) Modelamiento.	3) Formato: Reestructuración de pensamientos distorsionados.
5	1) Entrenamiento en: Afrontamiento de la situación que representa mayor riesgo de recaídas.	1) Identificar 2 ocasiones en que se haya consumido debido a la situación de mayor riesgo identificada. 2) Identificar los pensamientos y creencias de las situaciones identificadas a través de la imaginación. 3) Modelar como reestructurar las distorsiones cognitivas con una situación. 4) Pedir al participante que realice la reestructuración por su cuenta sobre los temores y preocupaciones que le genere el encontrarse en dicha situación de riesgo.	1) Psicoeducación. 2) Role-playing.	1) Folleto informativo.
6	1) Proyecto de vida	1) Definir y ejemplificar proyecto de vida. 2) Identificar y jerarquizar las áreas más importantes del participante, así como establecer metas con respecto a dichas áreas. 3) Planificar un horario que permita balancear las actividades diarias, fomentando las saludables. 4) Pedir hacer un calendario que permita registrar dichas actividades.	1) Psicoeducación. 2) Imaginería	1) Formato de registro de metas para cumplimiento proyecto de vida. 2) Formato de calendario de actividades.

7	1) Seguimiento proyecto de vida.	1) Revisar el calendario encargado de tarea en la sesión anterior. 2) Pasar en limpio y pedir inmiscuir a familia para auditar el cumplimiento.		1) Formato de calendario de actividades.
8	Entrenamiento en: Afrontamiento de caídas y el efecto de la violación de abstinencia.	1) Definir y diferenciar caída de recaída. 2) Definir y conceptualizar el efecto de la violación de abstinencia (EVA). Realizar análisis de las ocasiones en que haya consumido debido a experimentar EVA. 4) Iniciar con la reestructuración cognitiva para reencuadrar pensamientos irracionales. 5) Imaginar posibles escenarios en donde se puede presentar esta situación y actuar en cómo se enfrentaría.	1) Psicoeducación. 2) Reestructuración cognitiva. 3) Modelamiento y ensayos conductuales.	
9	1) Evaluación post-tratamiento.	1) Evaluar cambios en el nivel de autoeficacia de no volver a consumir. 2) Evaluar cambios en las estrategias de afrontamiento desarrolladas.	1) Inventarios. 2) Cuestionarios.	1) Cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas (CCS). 2) Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA).

Capítulo III. Resultados

Análisis estadísticos.

Se emplearon diversas herramientas de evaluación para realizar la evaluación inicial, con el fin de obtener información general acerca del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los participantes como el nivel de consumo, egresos destinados a la compra de sustancias psicoactivas y número de recaídas previas. Se aplicaron instrumentos estandarizados, los cuales se especificaron en el apartado de método.

Entrevista Inicial Clínica y Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)

La media de consumo de los 3 participantes del pilotaje los sitúa en el cuarto nivel de cinco que implica un consumo sustancial. En promedio comenzaron a consumir a los 14 años, han experimentado 9 recaídas hasta la fecha de la recolección de datos, y durante el año previo a la evaluación gastaron en promedio \$1,185.71 por semana en comprar sustancias psicoactivas. Por el otro lado, los 2 participantes de la muestra de intervención puntuaron dentro de la categoría “consumo sustancial”. En promedio comenzaron a consumir a los 12 años, han experimentado 3 recaídas hasta la fecha de la recolección de datos, y durante el último año gastaron en promedio \$950 por semana en comprar sustancias psicoactivas.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

En la muestra del pilotaje, las estrategias más utilizadas fueron: Pensamiento desiderativo (75% del tiempo), resolución de problemas (51.67%) y expresión emocional (50% del tiempo). Mientras que las menos utilizadas fueron: Autocrítica y reestructuración cognitiva (30% del tiempo). En comparación con la muestra de la segunda intervención, la estrategia más utilizada también fue el pensamiento desiderativo, pero con menor porcentaje de uso (57.5%). La retirada social fue la segunda estrategia más utilizada (45% del tiempo). Mientras que la estrategia de reestructuración cognitiva también fue la menormente utilizada por esta muestra, junto con la expresión emocional (20% del tiempo), véase la tabla 6 para mayor detalle.

En base a estos resultados se puede concluir que la muestra del pilotaje presentó, en general, mayor uso de estrategias de afrontamiento asertivas en comparación con la muestra de la intervención, así como mejor percepción de la capacidad para afrontar situaciones estresantes.

Tabla 6

Evaluación inicial del porcentaje de uso de estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Pilotaje (%)	Segunda intervención (%)
Pensamiento desiderativo	75	57.5
Autocrítica	30	22.5
Reestructuración cognitiva	30	20
Expresión emocional	50	20
Apoyo social	46.7	30
Evitación de problemas	56.7	25
Reitrada social	35	45
Resolución de problemas	51.7	35
Afrontamiento general	83.3	37.5

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas

Con respecto a los motivos o situaciones por los que los participantes han consumido sustancias de manera usual, se puede concluir que se han motivado por experimentar emociones agradables y desear pasar momentos agradables con los demás. A pesar de que existen diferencias en el porcentaje de riesgo entre ambas muestras, estas dos situaciones ocupan los primeros lugares en el nivel de riesgo. Por el otro lado, existen situaciones en las que es poco probable que los participantes consuman sustancias psicoactivas al terminar el tratamiento de rehabilitación. En el caso de la muestra del pilotaje, es poco probable que vayan a consumir sustancias al experimentar malestar físico y tener conflictos con los demás. Mientras que la muestra de la intervención tiene poca probabilidad de consumir al ser

presionados por los demás, y al querer probar si tienen autocontrol en el consumo, lo cual se puede observar en la tabla 7.

Tabla 7

Evaluación inicial del porcentaje de riesgo situacional para volver a consumir

Situaciones de riesgo	Pilotaje (%)	Segunda intervención (%)
Emociones desagradables	51.1	33.5
Malestar físico	31.1	28.5
Emociones agradables	77.8	50
Autocontrol	46.7	23.5
Necesidad de consumo	59.2	33
Conflicto con otros	38.1	31
Presión social	44.4	13.5
Momentos agradables con otros	62.2	40

Cuestionario de Confianza Situacional

Existen diferencias notorias entre ambas muestras con respecto al nivel de autoconfianza que se tienen para no volver a consumir sustancias psicoactivas en determinadas situaciones de riesgo. Los participantes de la muestra del pilotaje reportaron sentir preocupación con respecto a si podrían ser capaces de no consumir al: Querer probar el autocontrol (3.33% de autoconfianza), y al experimentar una necesidad por consumir (15 % de autoconfianza). Mientras que expresaron sentir mayor confianza de mantener su abstinencia a pesar de tener conflictos con los demás (61.6% de autoconfianza), véase tabla 8. Por el otro lado, se observó que los participantes de la muestra de la intervención reportaron sentir mayor autoconfianza en todas las áreas y escenarios, en comparación con la muestra del pilotaje. Principalmente, en el supuesto de recibir presión social o desear pasar momentos agradables con los demás, se sintieron mayormente confiados de no consumir sustancias

(80% de autoconfianza). En ambas muestras, la principal preocupación y duda de poder mantener la abstinencia es al querer comprobar si tienen autocontrol en el consumo de sustancias.

Tabla 8

Evaluación inicial del porcentaje de autoconfianza para no consumir ante situaciones de riesgo

Autoconfianza de no consumir	Pilotaje	Segunda intervención
Emociones desagradables	46.66	65
Malestar físico	28.33	75
Emociones agradables	35.33	55
Autocontrol	3.33	50
Necesidad de consumo	15	60
Conflicto con otros	61.66	70
Presión social	37.33	80
Momentos agradables con otros	22.66	80

Evaluación de la intervención Pilotaje

Las variables que se evaluaron para medir la eficacia de la intervención fueron: estrategias de afrontamiento y autoeficacia. Con respecto a la primera variable a considerar, se observó un aumento en las estrategias de afrontamiento asertivas de la muestra del pilotaje, principalmente en la reestructuración cognitiva, en donde el porcentaje de uso antes de la intervención era de 30, en un rango del 0 al 100, y después de la intervención fue de 73.33. Lo que representa un aumento de 43.33 puntos. Otro de los objetivos consistía en disminuir el porcentaje de uso de estrategias de afrontamiento no asertivas, tales como: a) Pensamiento

desiderativo, en donde ocurrió una disminución de 35 puntos; y b) Autocrítica, tuvo una disminución de 13.33 puntos. Lo cual se puede ver con mayor detalle en la tabla 9.

Tabla 9

Estadísticas de muestras emparejadas de Estrategias de Afrontamiento. Muestra del pilotaje, n = 3.

Estrategias	M	DS
Pensamiento desiderativo		
Pre	75.00	21.794
Post	40.00	36.056
Autocrítica		
Pre	30.00	8.660
Post	16.67	7.638
Reestructuración cognitiva		
Pre	30.00	18.028
Post	73.33	22.546
Expresión emocional		
Pre	50.00	13.229
Post	56.67	40.415
Apoyo social		
Pre	46.67	23.629
Post	60.00	30.414
Evitación de problemas		
Pre	46.67	20.817
Post	60.00	17.321
Retirada social		
Pre	35.00	18.028
Post	28.33	15.275
Resolución de problemas		
Pre	51.67	16.073
Post	63.33	24.664
Afrontamiento en general		
Pre	83.33	28.868
Post	83.33	28.868

Sin embargo, ninguna estrategia obtuvo cambios estadísticamente significativos; véase la tabla 10.

Tabla 10

Prueba de muestras emparejadas Estrategias de Afrontamiento. Muestra del pilotaje n = 3

Estrategias de afrontamiento	M	DS	t	gl	p
Pensamiento desiderativo	35.000	27.839	2.178	2	.161
Autocrítica	13.333	12.583	1.835	2	.208
Reestructuración cognitiva	-43.333	36.856	-2.036	2	.179
Expresión emocional	-6.667	52.042	-.222	2	.845
Apoyo social	-13.333	53.929	-.428	2	.710
Evitación de problemas	-13.333	35.119	-.658	2	.578
Retirada social	6.667	16.073	.718	2	.547
Resolución de problemas	-11.667	20.817	-.971	2	.434
Afrontamiento en general	.000	50.000	.000	2	1.000

Con respecto a la autoconfianza de no consumir en las ocho situaciones de riesgo expuestas por Marlatt y Gordon en su modelo de prevención de recaídas, hubo un incremento en todas las áreas y/o situaciones, lo cual se detalla en la tabla 11.

Tabla 11

Estadísticas de muestras emparejadas. Autoconfianza de no consumo ante situaciones de riesgo. Muestra del pilotaje

Autoconfianza de no consumir en situaciones de riesgo	M	DS
--	---	----

Emociones desagradables

Pre	46.66	27.284
Post	91.66	8.333

Malestar físico

Pre	28.33	20.883
Post	96.66	3.333

Emociones agradables

Pre	35.33	32.353
Post	86.66	8.819

Probar autocontrol

Pre	3.33	3.333
Post	86.66	6.666

Necesidad de consumo

Pre	15.00	5.773
Post	98.66	.666

Conflicto con otros

Pre	61.66	28.915
Post	100.00	.000

Presión social

Pre	37.33	31.418
Post	96.00	3.055

Momentos agradables con otros

Pre	22.66	14.098
Post	93.33	6.666

Sin embargo, solo hubo un cambio estadísticamente significativo en el nivel de autoconfianza de no consumir sustancias al: querer probar el autocontrol, sentir necesidad por consumir y querer pasar momentos agradables con los demás, véase tabla 12.

Tabla 12

Prueba de muestras emparejadas Autoconfianza de no consumo ante situaciones de riesgo. Muestra del pilotaje

Autoconfianza de no consumir en situaciones de riesgo	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Emociones desagradables	-45.000	39.051	-1.996	2	.184
Malestar físico	-68.333	33.291	-3.555	2	.071
Emociones agradables	-51.333	54.683	-1.626	2	.245
Probar autocontrol	-83.333	5.773	-25.000	2	.002
Necesidad de consumo	-83.666	9.018	-16.069	2	.004
Conflicto con otros	-38.333	50.083	-1.326	2	.316
Presión social	-58.666	51.432	-1.976	2	.187
Momentos agradables con otros	-70.666	24.006	-5.098	2	.036

Evaluación de la 2da intervención

En el caso de los participantes de la segunda muestra, se aumentó el uso de cuatro estrategias asertivas: a) Reestructuración cognitiva, en donde el porcentaje de uso antes de la intervención era de 20, en un rango del 0 al 100, y después de la intervención fue de 72.50. Lo que representa un aumento de 52.50 puntos; b) Expresión emocional tuvo un aumento de 47.50 puntos, c) Evitación de problemas tuvo un aumento de 30 puntos, d) Resolución de

problemas quedó en un aumento de 60 puntos; y e) Afrontamiento en general, en donde se registró un aumento de 62.50 puntos. Sin embargo, el apoyo social es una estrategia de afrontamiento que se considera asertiva y, contrariamente al aumento buscado, ocurrió una disminución de 17.50 puntos al terminar la intervención. Por el otro lado, uno de los objetivos consistía en disminuir el porcentaje de uso de estrategias de afrontamiento no asertivas, tales como: a) Pensamiento desiderativo, en donde ocurrió una disminución de 22.50 puntos; b) Autocrítica tuvo una disminución de 5 puntos, y c) Retirada social, en donde hubo una disminución de 37.5 puntos, lo cual se puede observar con mayor detalle en la tabla 13.

Tabla 13

Estadísticas de muestras emparejadas de Estrategias de Afrontamiento. Muestra de la segunda intervención n = 2

Estrategias de afrontamiento	M	DS
Pensamiento desiderativo		
Pre	57.50	45.962
Post	35.00	35.355
Autocrítica		
Pre	22.50	3.536
Post	17.50	24.749
Reestructuración cognitiva		
Pre	20.00	21.213
Post	72.50	3.536
Expresión emocional		
Pre	20.00	7.071
Post	67.50	3.536
Apoyo social		
Pre	30.00	7.071
Post	12.50	3.536
Evitación de problemas		

Pre	25.00	28.284
Post	55.00	21.213
Retirada social		
Pre	45.00	42.426
Post	7.50	10.607
Resolución de problemas		
Pre	35.00	7.071
Post	95.00	0.000
Afrontamiento en general		
Pre	37.50	17.678
Post	100.00	0.000

Sin embargo, solamente una estrategia de afrontamiento obtuvo cambios estadísticamente significativos; la expresión emocional (sig .033), véase la tabla 14.

Tabla 14

Prueba de muestras emparejadas Estrategias de Afrontamiento. Muestra de la segunda intervención

Estrategias de afrontamiento	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Pensamiento desiderativo	22.500	10.607	3.000	1	0.20
Autocrítica	5.000	21.213	0.333	1	0.79
Reestructuración cognitiva	-52.500	24.749	-3.000	1	0.20
Expresión emocional	-47.500	3.536	-19.000	1	0.03
Apoyo social	17.500	3.536	7.000	1	0.09
Evitación de problemas	-30.000	7.071	-6.000	1	0.10
Retirada social	37.500	31.82	1.667	1	0.34
Resolución de problemas	-60.000	7.071	-12.000	1	0.05
Afrontamiento en general	-62.500	17.678	-5.000	1	0.12

Con respecto a la autoconfianza de no consumir en las ocho situaciones de riesgo expuestas por Marlatt y Gordon en su modelo de prevención de recaídas, hubo un incremento en la autoconfianza de no consumir ante seis situaciones de riesgo: a) emociones desagradables con un aumento de 25 puntos, b) malestar físico con un aumento de 20 puntos, c) emociones agradables con un aumento de 30 puntos, d) probar el autocontrol con un aumento de 40 puntos, e) probar el autocontrol con un aumento de 30 puntos, y f) conflictos con otros con un aumento de 27.50. El nivel de autoconfianza de no consumir al desear pasar momentos agradables con otros permaneció igual después de la intervención. Mientras que la autoconfianza de no consumir al experimentar presión social disminuyó 10 puntos (véase tabla 15).

Tabla 15

Estadísticas de muestras emparejadas. Autoconfianza de no consumo ante situaciones de riesgo. Muestra de la segunda intervención n = 2

Autoconfianza de no consumir en situaciones de riesgo	<i>M</i>	<i>DS</i>
Emociones desagradables		
Pre	65.00	7.071
Post	90.00	14.142
Malestar físico		
Pre	75.00	21.213
Post	95.00	7.071
Emociones agradables		
Pre	55.00	21.213

Post	85.00	7.071
Probar autocontrol		
Pre	30.00	28.284
Post	70.00	42.426
Necesidad de consumo		
Pre	60.00	14.142
Post	90.00	14.142
Conflicto con otros		
Pre	70.00	0.000
Post	97.50	3.536
Presión social		
Pre	80.00	14.142
Post	70.00	42.426
Momentos agradables con otros		
Pre	80.00	0.000
Post	80.00	28.284

Sin embargo, ningún incremento fue estadísticamente significativo, lo cual se detalla en la tabla 16.

Tabla 16

Prueba de muestras emparejadas Autoconfianza de no consumo ante situaciones de riesgo. Muestra de la segunda intervención

Autoconfianza de no consumir en situaciones de riesgo	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Emociones desagradables	-25.000	7.071	-5.000	1	0.12

Malestar físico	-20.000	14.142	-2.000	1	0.29
Emociones agradables	-30.000	14.142	-3.000	1	0.20
Probar autocontrol	-40.000	70.711	-0.800	1	0.57
Necesidad de consumo	-30.000	28.284	-1.500	1	0.37
Conflicto con otros	-27.500	3.536	-11.000	1	0.05
Presión social	10.000	28.284	0.500	1	0.70
Momentos agradables con otros	0.000	28.284	0.000	1	1.00

Capítulo IV. Discusión y Conclusiones

El consumo de sustancias psicoactivas es catalogado como un problema de salud debido a las afectaciones que desencadena y el creciente aumento de consumidores, principalmente población joven dentro de la etapa de adolescencia (UNODC, 2018). El cannabis y cocaína son las drogas ilegales más consumidas en México, a pesar de que las metanfetaminas

representan uno de los menores porcentajes de consumo, su uso ha incrementado considerablemente durante los últimos años (ENCODAT, 2017). Algo similar se observó dentro del centro de rehabilitación en donde se brindaron las intervenciones. Todos los participantes habían consumido más de una sustancia, sin embargo, usualmente era común el consumo repetitivo de: cannabis, cocaína y metanfetaminas (cristal). Lo cual se corrobora con lo encontrado en diversos estudios, donde se ha concluido que los pacientes que ingresan a un centro de rehabilitación, es debido principalmente al consumo de estas tres sustancias (CIJ, 2018). Adicionalmente, dentro de las entrevistas realizadas a los participantes, se observó una tendencia de que el cannabis fungiera como la droga ilegal de inicio, para posteriormente continuar con el consumo de otras sustancias. Diversos estudios han encontrado hallazgos similares, por lo que determinan que el cannabis puede representar una “puerta de entrada” para el consumo de otras sustancias ilegales (del Bosque, Fernández, Sánchez Huesca, Díaz, Gutiérrez López, Fuentes Mairena, Espínola, González García, Loredó Abdalá, Medina-Mora, Nanni Alvarado, Natera, Real, Sansores, Próspero-García, Zinser, Suárez y Beltrán, 2013).

En la primera intervención que se realizó, solamente el 42% de los participantes finalizaron el tratamiento. Mientras que, en la segunda intervención, el 50% de los participantes finalizaron dicho proceso. A pesar de haber tenido deserción en ambas intervenciones, al compararlo con la media nacional en donde solamente el 25% finaliza el tratamiento (ENCODAT, 2017), se concluye que el índice de deserción fue considerablemente menor en este estudio. A manera de anotaciones cualitativas, se observaron diversos factores que influyeron para la deserción de los participantes: a) Al ser menores de edad, los familiares expresaron mayor preocupación de que estuvieran anexados

por los tres meses. En donde, a diferencia de los internos mayores de edad, los familiares abogaron por sacarlos antes de finalizar el tratamiento; y b) en varias ocasiones se presentaron casos en donde los internos se escapaban de las instalaciones de la institución. Debido a ello, se recomienda incluir sesiones psicoeducativas para los familiares responsables de los participantes, con el fin de facilitar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de éste.

Dos de las principales problemáticas que dificultan el proceso de rehabilitación en el consumo de sustancias son: a) bajo porcentaje de quienes consumen sustancias psicoactivas y acuden a un tratamiento de rehabilitación, y b) índice de recaídas que oscila en promedio entre un 40% y 60%, considerando solamente a quienes finalizan el tratamiento (NIDA, 2010).

Debido a lo anterior, ha existido especial interés en modelos y programas de intervención para la prevención del consumo de sustancias en edades tempranas, así como programas de intervención para prevenir recaídas y contribuir en el mantenimiento de la abstinencia de quienes finalizan un tratamiento (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Con base en los objetivos planteados en un inicio, se puede concluir que se cumplieron con ellos. Se intervino en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, así como en el aumento de la autoconfianza de no volver a consumir sustancias psicoactivas. Con respecto a las tres hipótesis planteadas en este estudio se concluye en lo siguiente:

H1: “Al implementar el programa de prevención de recaídas aumentará el nivel de autoconfianza de los participantes para dejar de consumir”. De manera general, se observó un aumento en la autoconfianza de todas las áreas evaluadas en ambos grupos de intervención. Algo similar a lo que se ha encontrado en diversos estudios que se han basado en el modelo

de prevención de recaídas (Barragán Torres, González Vázquez, Medina-Mora y Ayala Velázquez, 2005; Gaspar Solís y Martínez Martínez, 2008; López Torrecillas, Torres Cobo, Delgado y Ramírez Ucles, 2015; Martínez Martínez, Salazar Garza, Pedroza Cabrera, Ruiz Torres y Ayala Velázquez, 2008).

Sin embargo, los resultados obtenidos en el grupo de la segunda intervención fueron menores en comparación con el grupo del pilotaje. El nivel de autoconfianza de no volver a consumir al desear pasar momentos agradables con los demás, permaneció igual. Mientras que el nivel de autoconfianza de no consumir al recibir presión social disminuyó un 10%. Una posible explicación es qué en la evaluación inicial, los participantes de la segunda intervención presentaron niveles de autoconfianza considerablemente mayores que los participantes del pilotaje. Sin embargo, el uso de estrategias de afrontamiento asertivas era considerablemente menor en comparación con el grupo del pilotaje. Esto pudiera sugerir la presencia de un sesgo en la percepción que tenían los participantes de la segunda intervención con respecto a su nivel de autoconfianza, lo cual se reestableció conforme avanzaban las sesiones. Otro factor que pudo haber influido es que los participantes del pilotaje tuvieron cuatro sesiones más, lo que les permitió contar con mayor tiempo para seguir poniendo en práctica lo modelado en las sesiones, brindándoles mayor autoconfianza de continuar con ello al terminar su tratamiento. Un tercer aspecto que pudo haber ejercido influencia es que los participantes no se encontraban en la misma etapa del cambio, lo que repercutió directamente en el nivel de autoconfianza.

H1: “Al terminar el programa de prevención de recaídas aumentará en el participante la puntuación en las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas y reestructuración cognitiva”. De manera general, se presentó un aumento en todas las estrategias de

afrontamiento asertivas en ambas intervenciones. Algunos estudios han reportado aumento en las estrategias de afrontamiento asertivas (Martínez Martínez, Bárcenas Meléndez y Pacheco Trejo, 2012), otros han encontrado una relación entre estrategias de afrontamiento específicas que favorecen la abstinencia, como la evitación de problemas y el apoyo social (Gaspar Solís y Martínez Martínez, 2008; Martínez Martínez, Pedroza Cabrera, Salazar Garza y Vacio Muro, 2014), o la expresión emocional (Martínez Martínez, Bárcenas Meléndez y Pacheco Trejo, 2012).

En el caso de la muestra del pilotaje, la estrategia que más se desarrolló fue la reestructuración cognitiva con un 43.3% de aumento. Por el otro lado, los participantes de la segunda intervención presentaron un incremento mayor en las estrategias asertivas como: resolución de problemas con un 60% de aumento, reestructuración cognitiva con un 52.2% de aumento y expresión emocional con 47.5% de aumento. Comparando a ambos grupos, se puede concluir que los participantes de la segunda intervención obtuvieron mayores puntuaciones en el uso de estrategias de afrontamiento asertivas. Un aspecto para considerar es que diversas investigaciones han concluido en que, al desarrollar la estrategia de reestructuración cognitiva, aumentarán proporcionalmente las estrategias de resolución de problemas y expresión emocional, lo cual sucedió en esta intervención.

H1: “Al terminar el programa de prevención de recaídas disminuirá en el participante la puntuación en las estrategias de afrontamiento: retirada social, pensamiento desiderativo y autocrítica”. En ambas intervenciones disminuyeron las estrategias de afrontamiento no asertivas: pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. A pesar de que se obtuvieron puntuaciones similares en ambos grupos, los participantes de la segunda

intervención presentaron una disminución considerablemente mayor en la estrategia: retirada social, en comparación con la muestra del pilotaje.

A manera de conclusión; se cumplieron los objetivos planteados en este estudio y las hipótesis planteadas fueron aceptadas. A pesar de que en ambos grupos se obtuvieron resultados favorables, surgen algunas preguntas con respecto al contraste en las comparaciones hechas entre ambas intervenciones, principalmente: ¿Cuáles fueron los motivos y variables que influyeron para que la muestra del pilotaje tuviera mejores resultados en el nivel de autoconfianza al terminar la intervención?

A partir de las conclusiones sobre las áreas de oportunidad y dificultades que se presentaron se concluye: a) Es importante contar con un instrumento validado para medir las etapas del cambio propuestas por Prochaska y DiClemente, específicamente referente al consumo de sustancias psicoactivas (Del Rio Szupszynski y da Silva Oliveira, 2008); b) Convenientemente, desarrollar un protocolo para detectar la probabilidad de riesgo de que los pacientes planeen escaparse de la institución. A su vez, es importante que las instituciones que brinden el servicio de tratamiento residencial refuercen sus medidas de seguridad para evitar fugas por parte de los pacientes; c) Es importante contar con mayores recursos para la implementación de este programa y contemplar a la población adulto, puesto que representan el mayor porcentaje de los pacientes internos en centros de rehabilitación; d) Existe una necesidad por desarrollar estudios posteriores para comprobar la hipótesis de que ciertas estrategias de afrontamiento previene directamente el tener una recaída; e) Contar con apoyo de la institución para desarrollar sesiones de seguimiento después de terminar con el proceso de rehabilitación es de suma importancia. Esto se ve afectado debido a que diversas instituciones tienen como regla cancelar estas sesiones a los participantes que han consumido después de terminar el tratamiento.

En base a la evaluación de resultados, a pesar de que la mayoría no fue estadísticamente significativo, considerando el tamaño de la muestra se puede concluir en que la intervención fue efectiva. Sin embargo, es necesario continuar con futuras replicas atendiendo las observaciones mencionadas en este apartado, con muestras representativas, contemplando a adolescentes y adultos, y realizar un seguimiento para la monitorización de recaídas en lapsos de tres, seis, nueve y doce meses.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp.253-319). Alington, VA, American Psychiatric Publishing.

- Acosta, L.D., Fernández, A.R. & Pillon, S.C. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 19, 771-781. doi: 10.1590
- Aguilar, F. (17 de Septiembre del 2017). Lidera Juárez en consumo de drogas... legales e ilegales. *El Diario de Juárez*. Recuperado de: http://diario.mx/Local/2017-09-16_18079ce2/lidera-juarez-en-consumo-de-drogas-legales-e-ilegales/
- Aguilar, F. (8 de Abril del 2018). Aumenta 10 veces consumo de drogas. *El Diario de Juárez*. Recuperado de: http://diario.mx/Local/2018-04-07_7a1db9a2/aumenta-10-veces-consumo-de-drogas/
- Amutio Kareaga, A (2002). Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 62(63), 19-31. Recuperado de <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=117>
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de psicología*, 45(2), 315-319. ISSN: 0120-0534. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80528401013.pdf>
- Bárcenas Meléndez, A., Martínez Martínez, K.I. & Pedroza Cabrera, F.J. (2009). Estrategias de enfrentamiento y recaídas de adolescentes participantes en programas de intervención breve. *Universidad Autónoma de Aguascalientes*. Recuperado de <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/AIA/article/download/4758/4471>
- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Ramírez García, A.N. & Ramírez Mendoza, C. (2014). Manual del programa de prevención de recaídas. Secretaría de salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Barragán Torres, L., González Vázquez, J., Medina Mora, M.E. & Ayala Velázquez, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71. Recuperado de: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1036/1034
- Barrionuevo, J. (2017). Adicciones: drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. *Universidad de Buenos Aires, facultad de psicología*. Recuperado de:

- http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/adicciones.pdf
- Becoña Iglesias (2002). Adicciones. Modelo transteórico de cambio. En M.A. Vallejo Pareja & M.I. Comeche Moreno, *Psicología Clínica y de la Salud: Avances 2001* (pp. 101-117). España: Minerva Ediciones.
- Borland, R. (2014). Conceptual influences on change. En R. Borland, *Understanding hard to maintain behaviour change, a dual process approach* (pp. 117-139). Reino Unido: Wiley Blackwell.
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 38(12), 1211-1220. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00152-7
- Brooks, F. & McHenry, B. (2015). A contemporary approach to substance use disorders and addiction counseling. En F. Brooks & B. McHenry, *A Contemporary Approach to Substance Use Disorders and Addiction Counseling* (pp.13-79). Estados Unidos: American Counseling Association.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela M. & Tovar Pontificia, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56. doi: 10.20882/adicciones.251
- Caña, M.L., Michelini, Y., Acuña, I. & Godoy, J.C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Salud y Drogas*, 15(1), 55-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758006.pdf>
- Castaño, E.F. & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>

- Centro de Integración Juvenil, A.C. (2019). *Chihuahua*. Recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Chihuahua.pdf>
- Cheatle, M.D. (2013). Pain and addiction. En P. Miller, et.al. *Interventions for addiction, comprehensive addictive behaviors and disorders*(pp. 503-513). Estados Unidos: Elsevier.
- Chicharro Romero, J., Predrero Pérez, E.J. & Pérez López, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 140-151. doi: 10.20882/adicciones.312
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R.J. & Moos, R.H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.92
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2011). *Lineamientos para la prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano*. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/lineamientos.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2009). *Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de adicciones*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Contreras, M., Ceric, F. & Torrealba, F. (2008). El lado negativo de las emociones: la adicción a drogas de abuso. *Revista de neurología*, 47(9), 471-476. doi: 10.33588/rn.4709.2008259
- Pacheco León, M. (2011). *Prevención de recaídas en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Primera parte: Marco teórico. Documento de trabajo*. Recuperado de: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20Recaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20\(CONACE%202011\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20Recaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20(CONACE%202011).pdf)
- Daley, D.C. & Douaihy, A. (2015). Counseling strategies to promote recovery and reduce relapse risk. En D. Daley & A. Douaihy, *Relapse prevention counseling: Clinical*

- strategies to guide addiction recovery and reduce relapse* (pp. 25-50). Estados Unidos: PESI.
- Del bosque, J., Fernández, C., Sánchez Huesca, R., Díaz, D.B., Gutiérrez López, A.D., Fuentes Mairena, A., Espínola, M., González García, N., Loredó Abdalá, A., Medina-Mora, M.E., Nanni Alvarado, R., Natera, G., Real, T., Sansores, R., Prospéro-García, O., Zinser, J., Suárez, C. & Beltrán, A. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del sector salud. *Salud Mental*, 36(2), 149-158. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2013.018
- Del Río Szupszynski, & Da Silva Oliveira, K. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependencia química. *Psicología: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012
- Echeverría, L., & Ayala, H. (1977). Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- ENCODAT Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (Noviembre de 2017). Gob.MX. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- 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. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/778/77808402/>
- Espinosa Morett, A. & Anzures López, B. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista médica del hospital general de México*, 62(3), 183-190. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993f.pdf>
- Fernández Gómez, C. (2003). Características de los consumidores de drogas recreativas en España y otros países europeos. *Adicciones*, 15(5), 233-260. doi: 10.20882.
- Fernández, A. (24 de Febrero del 2017). “Pega” cristal en secundarias. *El Diario de Juárez*. Recuperado de: <http://hemeroteca.uacj.mx/>
- Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de neurología*, 34(7), 659-664. doi: 10.33588/rn.3407.2001437

- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. doi: 10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Garmendia, M.L., Alvarado, M.E., Montenegro, M. & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178. doi: 10.4067/S0034-988720080002000005
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo Rodríguez, J.A., García del Castillo López, A. & López Sánchez, C. (2016). Comparación de tres programas de prevención escolar para reducir el consumo de cannabis, en función del tipo de aplicador. *Universitas psychologica*, 15(4), 35-49. doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-4.cppe
- Gobierno del Estado libre y soberano de Chihuahua. (Junio de 2018). *Ley de Salud Mental del estado de Chihuahua. Decreto No. LXV/EXLEY/0756/2018 II P.O.* Recuperado de: http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/anexo/anexo_47-2017_ley_de_salud_mental_del_estado.pdf
- Godínez, V., Ominami, C., Burns, R., Ahumada, A. y Vidal, C. (2013). Políticas de drogas en México y Chile: Estimación de costos económicos y sociales y de escenarios alternativos. *Sistema de Información Regional de México Fundación Chile* 21. Recuperado de: http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/estudio_de_costos_mexico-chile_es.pdf
- González Llana, F.M. (2007). Desarrollo histórico y los fundamentos teóricos y metodológicos que dan origen a la aparición de los test. En F.M. González Llana, *Instrumentos de evaluación psicológica* (pp. 3-20). Cuba: Ciencias médicas.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Sánchez-Garnica, D.E. & Pérez Álvarez, M.T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. doi: 10.5093/in2009v18n3a2
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004). El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: Hacia un modelo integral. . En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & P. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación* (pp. 6-26). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual. En N. Hernández, & J. Sánchez, *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp. 12-42). Libros en red.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía INEGI. (2015). *Indicadores de bienestar subjetivo de la población adulta de México*. Aguascalientes. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_10_7.pdf
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. & Wang M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563-570. doi: 10.1037/0022-006x.67.4.563.
- Jerónimo, C. & Serra, A.M. (2004). Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependencia química. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(1), 33-39. doi: 10.1590/S1516-44462004000500009.
- Kandel, D.B. & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the addictions*, 22(4), 319-342. doi: 10.3109
- Kadden, R.P., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M. & Hester, R. (1992). *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Project MATCH. Monograph Series, Vol. 3:
- Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24(2), 43-53. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5896/4752?>
- López-Torrecillas, F., del Mar Salvador, A.V. & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 33-51. Recuperado de <http://masterforense.es/pdf/2002/2002art3.pdf>
- López-Torrecillas, F., Torres Cobo, M.A., Delgado, P. & Ramírez Ucles, I. (2015). Predictive capacity of self-efficacy in drug dependence and substance abuse treatment. *Journal of psychology and clinical psychiatry*, 2(3), 1-7. doi: 10.15406 /jpcpy.2015.02.00073
- Madoz Gúrpide, A. & Ochoa Mangado, E. (2011). Manejo del consumo de cannabis en población joven en atención primaria. *Atención Primaria*, 43(6), 319-324. doi: 10.1016/j.aprim.2010.10.002.

- Marlatt, G.A., Parks, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy. Seattle: University of Washington.
- Martín-Carrasco, M., Franco Martín, M., Pelegrín Valero, C., Millán, P.R., Iglesias García, C., Montalbán, S.R., Gobartt Vázquez, A.L., Pons Piris, S. & Balañá Vilanova, M. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 489-499. doi: 10.1002/gps.2142
- Martínez-Lorca, M. & Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158. doi: 10.20882/adicciones.438.
- Martínez Martínez, K.I., Salazar Garza, M.L., Ruíz Torres, G.M., Barrientos Casarrubias, V. y Ayala Velázquez, H.E. (2004). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas: Manual del terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez Martínez, K.I., Salazar Garza, M.L., Pedroza Cabrera, F.J., Ruiz Torres, G.M. & Ayala Velázquez, E.A. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam082f.pdf>
- Martínez Martínez, K.I., Bárcenas Meléndez, A. & Pacheco Trejo, A.Y. (2012). En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en el consumo de alcohol. *Salud mental*, 35(6), 502-512. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600008
- Martínez Martínez, K.I., Pedroza Cabrera, F.J., Salazar Garza, M.L. & Vacio Muro, M. (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan de alcohol. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 40(3), 11-31. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/593/59335812002/>
- Mitcheson, L., Maslin, J., Meynen, T., Morrison, T., Hill, R. & Wanigaratne, S. (2010). Working with emotions. En L. Mitcheson, J. Maslin, T. Meynen, T. Morrison, R. Hill

- & S. Wanigaratne, *Applied cognitive and behavioural approaches to the treatment of addiction: A practical treatment guide* (pp. 177-191). Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F.J. & Sirvent Ruíz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3175>
- Munch, L. & Ángeles, E. (2009). El proceso de investigación científica. En L. Munich & E. Ángeles, *Métodos y técnicas de investigación* (pp. 23-35). México: Trillas.
- Muñoz-Rivas, M.J. & Graña López, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psychotema*, 13(1), 87-94. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Najt, P., Fusar-Poli, P. & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 159-164. doi: 10.1016
- Naranjo Pereira, M.L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Actualidades investigativas en educación*, 8(1), 1-27. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>
- Nava Quiroz, C., Ollua Méndez, P., Vega Valero, C.Z. & Soria Trujano, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>
- Nazar-Beutelspacher, A., Tapia-Conyer, R., Villa-Romero, A., León-Álvarez, G., Medina-Mora, M.E. & Salvatierra Izaba, B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud pública de México*, 36 (6), 646-654. Recuperado de: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/5802/6463>
- NIDA National Institute on Drug Abuse. (Julio 2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/es-eficaz-el-tratamiento-para-la-drogadicc>

- NIDA National Institute on Drug Abuse. (Octubre de 2019). *La marihuana*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>
- NIDA National Institute on Drug Abuse. (Julio de 2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-dro-10>
- NIDA National Institute on Drug Abuse. (Marzo de 2010). *Cocaína: Abuso y adicción*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/cuales-son-los-efectos-largo-plazo-del-uso-de-la-cocaina>
- NIDA National Institute on Drug Abuse. (Marzo de 2018). *La heroína*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/la-heroina/cuales-son-los-efectos-largo-plazo-del-consumo-de-heroina>
- NIDA National Institute on Drug Abuse. (Septiembre, 2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Nuño Gutiérrez, B.L. & Flores Palacios, F. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud mental*, 27(4), 26-34. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=16487>
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E. & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Archives of general psychiatry*, 49(11), 881-887. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820110045007.
- Oliva Delgado, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 25(3), 239-254. Recuperado de: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/12803/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS Organización Mundial de la Salud (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva, Switzerland.

- OPS Organización Panamericana de la Salud (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Páramo, M., Leo, M., Cortés, M., & Morresi, G. (2015). Influencia del bienestar psicológico en la vulnerabilidad a conductas adictivas en adolescentes escolarizados de 15 a 18 años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 167-178. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946783009.pdf>
- Peñafiel Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160. doi: 10.20882/adicciones.108
- Piqueras Rodríguez, J.A., Ramos Linares, V., Martínez González, A.E. & Oblitas Guadalupe, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Ramo, D.E., Myers, M. & Brown, S.A. (2007). Relapse prevention for adolescent substance abuse: Overview and case examples. En K. Witkiewitz y G.A. Marlatt, *Therapist's guide to evidence-based: Relapse prevention* (pp. 293-313). Estados Unidos: Elsevier Science and Technology.
- Rivera Cisneros, A. (2017). Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska. *Revista Oratores*, 1(1). Recuperado de <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/oratores/article/view/67>
- Ruíz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. & Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12(3), 223-230. Recuperado de: http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf55consumo_tabaco_alcohol_en_adolescentes.pdf

- Ruíz Fernández, M.A., Díaz García, M.I. y Paz González, M. (2012). Terapia cognitiva. En M.A. Ruíz Fernández, M.I. Díaz García y A. Villalobos Crespo. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 364-404). España: Desclée De Brouwer.
- Rummel-Kluge, C. & Kissling, W. (2008). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(7), 1067-1077. doi:10.1586/14737175.8.7.1067
- Rutherford, A. (2009). Introduction: Beyond the box. En A. Rutherford, *B.F. Skinner's technology of behavior from laboratory to life, 1950-1970* (pp. 3-7). Canadá: University of Toronto Press.
- Sánchez-Hervás, E. y Llorente Del Pozo, J.M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-280. doi: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.98>
- Santacreu, J. & Froján, M.X. (1994). Evaluación del consumo de drogas. En R. Fernández Ballesteros, *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*(pp. 571-592). España: Ediciones Pirámide
- SIECD Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. (Septiembre 2018). *Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en centros de integración juvenil del primer semestre de 2008 al primer semestre de 2018 (Nivel nacional y entidades federativas)*. Recuperado de: <http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/18-06g.pdf>
- Statistics Canada. (Octubre 2018). *National Cannabis Survey, third quarter 2018*. Recuperado de: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/181011/dq181011b-eng.htm>
- Suárez de Puga, R.P. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo. *Revista Colombiana de psicología*, 22(2). Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41317/44918>
- Torrents, O., Mora, A., Massana, L., Robert, A. & Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*, 13(4), 135-143. doi: 10.1016/S1575-0973(11)70029-0.
- UNODC United Nations Office on Drugs and Crime.(Junio, 2018). *Resumen, Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas 2018*.

- Recuperado de:
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- UNODC United Nations Office on Drugs and Crime. (Junio, 2018). *Global overview of drug demand and supply. World drug report 2018*. Recuperado de:
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf
- Velázquez Altamirano, M., Córdova Alcaráz, A.J., Rodríguez Kuri, S.E. & Fernández Cáceres, C. (2019). Prácticas de autocuidado en adolescentes en tratamiento por el consumo de drogas. *Alternativas en psicología*, 41, 8-21. Recuperado de:
<http://www.alternativas.me/attachments/article/189/1.%20Pr%C3%A1cticas%20de%20autocuidado%20en%20adolescentes.pdf>
- Velázquez Altamirano, M., Arellanez Hernández, J.L. & Martínez García, A.L. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta colombiana de psicología*, 15(1), 131-141. Recuperado de:
http://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/omexdat/articulos/asertividad_consumo_drogas_estudiantesmex.pdf
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, This is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.
- Ybarra Sagarduy, J.L., Orozco Ramírez, L.A. & Valencia Ortiz, A.I. (2015). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. En J.L. Ybarra Sagarduy, L.A. Orozco Ramírez & A.I. Valencia Ortiz, *Intervenciones con apoyo empírico: Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud* (pp. 1-26). México: Manual Moderno.

Anexo 1 Formatos de consideraciones éticas

Consentimiento Informado

Cd. Juárez, Chihuahua, México

_____/_____/_____

Yo _____, estoy de acuerdo en participar como usuario en un programa de intervención para la prevención de recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas, como parte de un trabajo estudiantil de la Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Es de mi conocimiento que este programa consta de 13 sesiones con duración de 90 minutos cada una, así como que el encargo y realización de tareas es esencial para el desarrollo eficaz de este programa.

Se me hizo saber que toda la información que proporcione será usada de manera confidencial. De igual manera, se me informó que estoy en mi derecho de interrumpir mi participación durante el proceso de intervención, en caso de así decidirlo. Adicionalmente, autorizo que los resultados recabados durante mi evaluación e intervención puedan ser presentados de manera oral o escrita, siempre y cuando no violen con la privacidad de datos personales como el nombre, domicilio y datos de contacto.

Nombre y firma del participante

Anexo 2 Instrumentos de registro

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD-20)

Nombre del paciente:

Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas con alcohol ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO. Entonces, marque la respuesta apropiada que está al lado derecho del reactivo.

Abuso de drogas: Con “abuso de droga” nos referimos al uso excesivo de drogas médicas prescritas o cualquier uso de drogas no médicas, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, relacionadas con el consumo de estas sustancias, pero no tan graves que emplee la mayor parte de su tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

CAD-20	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir 1 semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiera?		
6. ¿Ha tenido lagunas mentales o alucinaciones como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente de su uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela, debidos al uso de drogas?		

13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado del uso de las drogas (pérdida de memoria, Hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Nombre del paciente:

Fecha:

Instrucciones:

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

1. Si usted **“nunca”** consumió drogas en esa situación, marque 0
2. Si usted **“rara vez”** consumió drogas en esa situación, marque 1
3. Si usted **“frecuentemente”** consumió drogas en esa situación, marque 2
4. Si usted **“casi siempre”** consumió drogas en esa situación, marque 3

Por favor anote la droga que usted consume con mayor frecuencia

Yo consumo _____

ISCD	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando estaba feliz.	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podría usar esa droga con moderación.	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso.	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compré la droga.	0	1	2	3
5. Cuando estaba deprimido por todo en general.	0	1	2	3
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato.	0	1	2	3
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien.	0	1	2	3
8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga.	0	1	2	3
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor.	0	1	2	3
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo.	0	1	2	3
11. Cuando me sentí seguro y relajado.	0	1	2	3

12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí.	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo.	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré.	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir.	0	1	2	3
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aún más unidos.	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás.	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga.	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho.	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física.	0	1	2	3
21. Cuando me sentí emocionado.	0	1	2	3
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto.	0	1	2	3
23. Cuando sentí náuseas.	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga.	0	1	2	3
25. Cuando sentí que me dejé fracasar.	0	1	2	3
26. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más.	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron.	0	1	2	3
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera.	0	1	2	3
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar.	0	1	2	3
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí.	0	1	2	3
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida.	0	1	2	3

32. Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas.	0	1	2	3
33. Cuando tuve problemas para dormir.	0	1	2	3
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla.	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido.	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con un amigo.	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás.	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar.	0	1	2	3
39. Cuando tenía dolor de cabeza.	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas.	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado.	0	1	2	3
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo.	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor.	0	1	2	3
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga.	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario.	0	1	2	3
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual.	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trató injustamente.	0	1	2	3
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga.	0	1	2	3
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo.	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico.	0	1	2	3

51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer.	0	1	2	3
52. Cuando había pleitos en mi casa.	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor.	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí.	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo.	0	1	2	3
56. Cuando necesité coraje para enfrentar a otra persona.	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes.	0	1	2	3
58. Cuando alguien trató de controlar mi vida y quise sentirme más independiente.	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo.	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela.	0	1	2	3

Cuestionario Breve de Confianza Situacional CCS

Fecha:

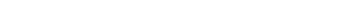
A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas con su forma de beber o consumir drogas. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber o consumir drogas, marcando con una “X” a lo largo de la línea 0% si está “INSEGURO” ante esa situación o 100% si está “TOTALMENTE SEGURO” de poderse resistir a beber o consumir drogas, como en el ejemplo.

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de consumir drogas en aquellas situaciones que involucran...

Me siento... 0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

Me siento... 0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

Me siento... 0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

Me siento... 0 %  100%
Inseguro Seguro

5. NECESIDAD FÍSICA (por ejemplo: si tuviera urgencia de beber una copa o consumir; si pensara que mi cuerpo me pide la sustancia).

Me siento... 0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

6. CONFLICTO CON OTROS (por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento... 0 % _____ 100%
Inseguro Seguro

7. PRESION SOCIAL (por ejemplo: si alguien me presionara a beber o consumir; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera drogas).

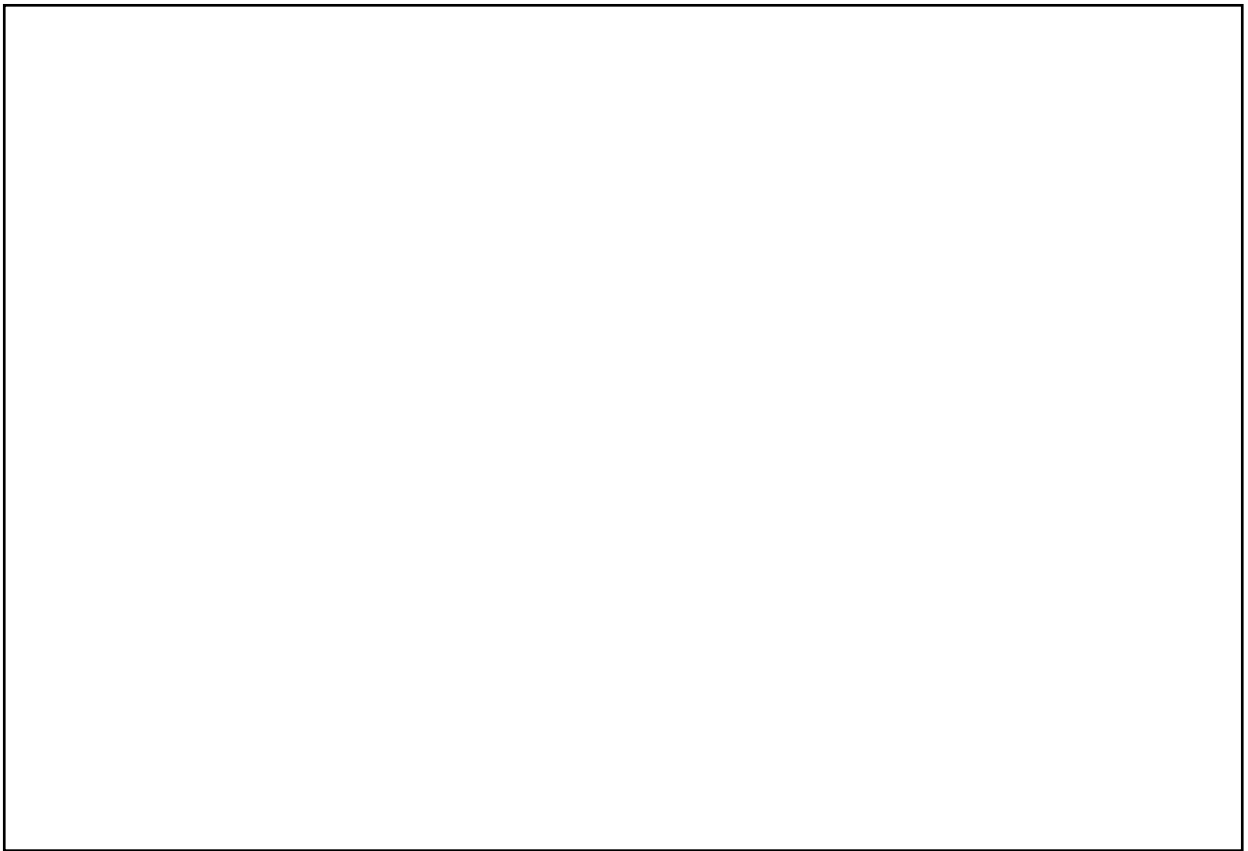
Me siento... 0 % 100%
Inseguro Seguro

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo; si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor).

Me siento... 0 % 100%
Inseguro Seguro

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, la escuela, el trabajo, los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o pudo haber sucedido antes. No se preocupe por si está bien escrito u organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en esta situación que ha elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada una indica, marcando el número que corresponda: **0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente**. Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1. Luché para resolver el problema.	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo.	0	1	2	3	4
3. Dejé salir los sentimientos para reducir el estrés.	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado.	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema.	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo.	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación.	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía.	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza.	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto.	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente.	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema.	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido.	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir.	0	1	2	3	4

20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano.	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía.	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera.	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones.	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido.	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos.	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado.	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía.	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada.	0	1	2	3	4

40. Traté de ocultar mis sentimientos.	0	1	2	3	4
41. Me consideré capaz de afrontar la situación.	0	1	2	3	4

Entrevista Inicial

Datos Generales

Nombre: _____ Género: (1) Hombre (2) Mujer

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Nombre de la institución: _____

Último año escolar cursado:

1.- ¿Con quién vives?

Padre Madre Hermanos ¿Cuántos?

Otros familiares ¿Tipo de parentesco? Amigos Otros

Observaciones (edades de las personas con quienes vive, último grado académico cursado de cada integrante de su hogar, roles de cada uno, entre otras cuestiones relevantes):

Área escolar y laboral

2.- Ocupación principal: (1) Estudiante (2) Trabajador (3) Estudiante y trabajador
(4) Sin ocupación.

3.- La mayor parte del año pasado, ¿fuiste estudiante? (1) Sí (2) No

4.- ¿Cuál fue tu último promedio escolar? 10 9 8 7 6 5

5.- ¿Cómo consideras tu desempeño escolar? (1) Muy bueno (2) Bueno (3) Regular
(4) Malo (5) Muy malo

6.- ¿Has dejado de estudiar durante 6 meses o más? (1) Sí (2) No

7.- En caso de responder sí anteriormente, ¿por qué?

8.- ¿Trabajas? (1) Sí ¿En qué? _____ ¿Cuántas horas diarias?
(2) No

Consumo de sustancias

9.- ¿Cuál es tu principal sustancia de consumo? (1) Alcohol (2) Tabaco (3) Cocaína
(4) Heroína (5) Marihuana (6) Pastillas
(7) Otro

10.- ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste alguna de las drogas anteriores?

11.- ¿Cuántas veces consumiste esta droga en el último mes?

1-2 veces 3-5 veces 6 - 10 veces 11-49 veces 50 o más veces

12.- ¿En qué rango de problema consideras que era tu consumo de drogas durante el año pasado?

___ (1) Sin problema.

___ (2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).

___ (3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerar seria).

___ (4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerar seria).

___ (5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerar serias).

13.- En el último año, ¿cuánto dinero utilizas a la semana en drogas?

14.- ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de drogas?

Sí No

15.- Tipo de tratamiento o ayuda

___ Centro de desintoxicación ___ Tratamiento C. Externa ___ Tratamiento de C. Interna

___ Asesoría médica ___ Asesoría psiquiátrica ___ Grupos de auto-ayuda

Fecha: mes_____ año_____

16.- Desde que el consumo de drogas se ha convertido en un problema, ¿Cuál es el mayor tiempo consecutivo en que no has consumido?

días _____ meses _____ años _____

17.- ¿Cuándo ocurrió? _____/_____/_____

18.- ¿Por qué te abstuviste en esa ocasión?

19.- ¿En el último año has intentado dejar de consumir drogas?

(1) Sí ¿Cuántas veces?____ (No)

20.- ¿Cuántas veces has vuelto a consumir en el último año después de haberte propuesto no hacerlo?

21.- ¿Qué tan peligroso crees que es consumir drogas como las que tú pruebas?

(1) No es peligroso (2) Es peligroso (3) Es muy peligroso

22.- ¿Por qué crees eso?

Área familiar

23.- ¿Algunas de estas personas han usado algún tipo de drogas ilegales?

a) Tu papá	SI	NO
b) Tu mamá	SI	NO
c) Alguno de tus hermanos (as)	SI	NO
d) Tu mejor amigo	SI	NO
e) Algún familiar que viva contigo	SI	NO

24.- ¿En los últimos 12 meses has tenido algún conflicto familiar grave? ¿Cómo fue?

25.- ¿Es común que se peleen tus papás y/u otros adultos que viven en tu casa? ¿Quiénes?
¿Con qué frecuencia?

26.- ¿Cómo describes tu relación con tus padres?

___ Muy buena ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala

27.- ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?

___ Muy buena ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala

28.- ¿Tus padres saben que consumes drogas? ¿Cómo te sientes con ello?

29.- ¿Tus padres te han puesto reglas claras sobre el consumo de drogas? ¿Cuáles son?
¿Qué consecuencias hay?

30.- ¿Es importante para ti cumplir las normas que tienen tus padres acerca de tomar alcohol o probar drogas?

Metas y aspiraciones de vida

31.- ¿Cuáles son tus metas para el futuro?

32.- Si tuvieras la oportunidad de pedir 3 deseos, los que fueran, ¿Qué pedirías?