

GUÍA PARA EL TRATAMIENTO
E INTEGRACIÓN SOCIAL
EN MATERIA DE ADICCIONES

Adolescentes con
**Consumo
de Sustancias
Psicoactivas**

*Dra. Silvia Morales Chainé
Lic. Tania Gordillo Moreno
Lic. Melina Chávez Alcántar*



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO

Adolescentes con Consumo de Sustancias Psicoactivas

AUTORAS

Dra. Silvia Morales Chainé
Lic. Tania Gordillo Moreno
Lic. Melina Chávez Alcántar

REVISORES

Dra. Kalina Martínez Martínez
Mtra. Guadalupe Vital Cedillo
Dr. Gustavo Castillo Ramírez
IAPA
Mtro. Oscar Flores Cuellar
IAPA



Adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas

Guía para el Tratamiento e Integración Social en Materia de Adicciones

Autoras

Dra. Silvia Morales Chainé

Lic. Tania Gordillo Moreno

Lic. Melina Chávez Alcántar

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México

<http://www.iapa.df.gob.mx/>

2013, México, D.F.

Revisoras de contenidos

Dra. Kalina Martínez Martínez

Mtra. Guadalupe Vital Cedillo

Dr. Gustavo Castillo Ramírez

IAPA

Mtro. Oscar Flores Cuellar

IAPA

Distribución gratuita

Prohibida su venta

Impreso y hecho en México

PRESENTACIÓN

Las adicciones como problema de salud pública es un tema de alta complejidad desde su origen, desarrollo, mantenimiento y control; en él intervienen y se combinan diferentes factores, desde biológicos e individuales hasta familiares, comunitarios y sociales. En contraparte, las alternativas de solución deben de tener un carácter igual de complejo que el fenómeno adictivo e ir en dirección de sumar esfuerzos para contrarrestar sus efectos en el individuo, en su entorno inmediato y en el contexto social más amplio.

La atención a la problemática de las adicciones se encuentra en un nivel prioritario de la agenda nacional y local, la demanda de drogas ilícitas sigue en aumento, hay un inicio de consumo a edades más tempranas, las mujeres se ven afectadas cada vez más, el tiempo que transcurre entre la identificación del problema y la asistencia a tratamiento sigue siendo amplio.

Con base a lo anterior se busca, con enfoque de género, evitar que las personas inicien su consumo sobre todo a edades tempranas, también es importante procurar que busquen ayuda cada vez más pronto y se desarrollen acciones de tratamiento integral, con calidad y equidad para quienes presentan problemas por su consumo y con ello evitar o aminorar las consecuencias derivadas del mismo.

Es así que el IAPA ha decidido lanzar una serie de publicaciones con la finalidad de contribuir con propuestas desarrolladas por expertos en la materia, para la sistematización y fortalecimiento del quehacer de profesionales y personal involucrado en acciones dirigidas al tratamiento de personas afectadas por el consumo de cualquier droga; estas propuestas incluyen procedimientos para la evaluación y aplicación de diferentes instrumentos de diagnóstico, el tratamiento y las consideraciones particulares para elevar la efectividad y eficacia del mismo, así como principios para lograr la reintegración social de las personas, parte fundamental de la atención integral.

Esta serie incluye a poblaciones que por sus características poseen condiciones de vulnerabilidad y alto riesgo, como las y los adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas, personas en reclusión; se consideran también modalidades de atención como la Casa de Medio Camino y la Comunidad Terapéutica.

Para el lector y personal involucrado en el tratamiento, este material tiene utilidad como herramienta de consulta, pone a su disposición alternativas de actuación en los escenarios en los cuales las poblaciones buscan y requieren de intervención; estas propuestas adquieren valor en la medida que sean incorporadas en la atención, formen parte de las prácticas cotidianas y coadyuven al mejoramiento de las condiciones de salud y del bienestar social de la población, entendiendo estos últimos como principios rectores de los servicios de atención, mismos que no son estáticos, sino que se encuentran en constante evolución y son factibles de ser modificados de acuerdo a las mejores prácticas generadas de ellos •

OBJETIVO Y META DE LA GUÍA

El **objetivo** de esta guía es facilitar la comprensión del problema de consumo de sustancias en adolescentes, así como presentar las prácticas basadas en la evidencia clínica más efectivas para la orientación e intervención con esta población.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA

La guía está dirigida a profesionales de la salud que laboran en los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

PREGUNTAS QUE BUSCA RESPONDER LA GUÍA

- *¿Cuál es la incidencia del consumo de sustancias en los adolescentes?*
- *¿A qué edad inician el consumo los adolescentes?*
- *¿Cuál es la droga de preferencia durante la adolescencia?*
- *¿Qué son los factores de riesgo y protección y por qué es importante considerarlos en las intervenciones con los adolescentes?*
- *¿Cuáles son las razones principales para diferenciar el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes y adultos?*
- *¿Qué tipo de intervenciones son las más efectivas para la reducción del consumo de sustancias en los adolescentes de acuerdo con la evidencia clínica?*
- *¿Qué estructura y componentes principales deben tener las intervenciones en adolescentes para reducir su consumo de sustancias?*
- *¿Cómo generar adherencia hacia el tratamiento en el adolescente?*
- *¿Qué prácticas pueden favorecer un cambio en el consumo?*
- *¿Qué prácticas pueden disminuir los factores de riesgo y el consumo de sustancias y promover la abstinencia en el adolescente?*
- *¿Cómo prevenir recaídas en el consumo de los adolescentes?*
- *¿Qué hacer en caso de no cumplimiento de la meta de consumo o la recaída?*
- *¿Por qué es importante la reintegración social en la intervención y cómo llevarla a cabo con adolescentes?*

CONTENIDO

CAPÍTULO 1

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| Panorama epidemiológico | 9 |
| Características de los adolescentes | 12 |

CAPÍTULO 2

| | |
|--|----|
| DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA | 15 |
| Lineamientos para la detección. | 15 |
| Factores de riesgo y protección. | 16 |
| Instrumentos para la detección. | 19 |
| Evaluación diagnóstica. | 21 |

CAPÍTULO 3

| | |
|---|----|
| REFERENCIA Y NIVELES DE TRATAMIENTO | 23 |
|---|----|

CAPÍTULO 4

| | |
|---|----|
| INTERVENCIONES CON ADOLESCENTES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 27 |
| Intensidad de la intervención. | 27 |
| • <i>Tratamiento ambulatorio</i> | 28 |
| • <i>Tratamiento residencial</i> | 29 |
| • <i>Comunidad terapéutica</i> | 30 |

| | |
|--|----|
| ◦ Desintoxicación | 32 |
| Diferencias entre las intervenciones de adultos y adolescentes | 32 |
| Procedimientos efectivos en las intervenciones | 34 |
| Tipos de intervenciones terapéuticas | 36 |
| • Intervención basada en la familia | 36 |
| • Intervenciones motivacionales | 37 |
| • Intervenciones cognitivo-conductuales | 42 |
| • Intervenciones basadas en el Modelo de los 12 Pasos | 43 |
| • Intervenciones farmacológicas | 44 |
| Comorbilidad | 45 |
| Prácticas para reducir los factores de riesgo del consumo de sustancias | 46 |

CAPÍTULO 5

| | |
|--|----|
| SEGUIMIENTO, PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y REINSERCIÓN SOCIAL | 47 |
| ¿Cómo hacer un seguimiento con los adolescentes? | 47 |
| ¿Qué hacer en caso de no cumplir con la meta de consumo, caída o recaída? | 48 |
| ¿Por qué es importante la reinserción social en la intervención y cómo llevarla a cabo con adolescentes | 49 |
| • Habilidades de autocontrol y solución de problemas | 51 |
| • Habilidades sociales y de comunicación | 54 |
| • Habilidades para el rechazo de consumo y manejo de la información. | 57 |

CAPÍTULO 6

| | |
|--|----|
| EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO | 59 |
| REFERENCIAS | 61 |
| ANEXOS | 69 |

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Panorama epidemiológico

En los últimos años, el incremento en el consumo de sustancias psicoactivas en las y los adolescentes ha sido un tema de alerta e interés mundial por parte de las instancias relacionadas con la salud pública y el bienestar social. Muchas de estas instituciones han puesto en marcha sistemas de vigilancia epidemiológica para conocer la trayectoria de dicho comportamiento y poder predecir así su impacto social en el futuro. Se ha argumentado que el interés por conocer el patrón de consumo actual en los adolescentes radica en que constituyen un amplio porcentaje de la población mundial, además de que su acceso a las sustancias es cada vez mayor, por la disponibilidad de las mismas.

Según datos del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el 2010, México contaba con 108 millones de habitantes, 11.8% de estos eran adolescentes y más de 6 millones (56.8%) vivían en situación de pobreza extrema, sin disponer de recursos suficientes para satisfacer necesidades de alimentación, salud, vestido, vivienda, educación y transporte. De acuerdo con la UNICEF determinantes sociales como la pobreza, el hacinamiento y el tiempo perdido en la calle, propician que cada vez más adolescentes mexicanos consuman alcohol, tabaco y otras drogas, lo que constituye ya un grave problema en el país.

Tan sólo en el Distrito Federal, según el último censo de población (INEGI, 2010), de 8 851 080 habitantes, 9.27% son jóvenes entre los 12 y los 17 años (821 159, de los cuales 414 328 son hombres y 406 831 son mujeres), concentrándose la mayoría de éstos en tres de las 16 delegaciones del Distrito Federal: Iztapalapa con 186 642 jóvenes; Gustavo A. Madero con 109 999 jóvenes y Tlalpan con 62 446 jóvenes.

En México, son varias las instituciones que desde hace tiempo, se han dado a la tarea de monitorear el comportamiento adictivo, tanto en jóvenes como en adultos,

en distintas zonas del país. El producto de este esfuerzo se concentra en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones (SISVEA) y el Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID), entre otros.

Los resultados de los estudios epidemiológicos indican que los adolescentes de entre 12 y 17 años, están más expuestos al consumo de sustancias psicoactivas, que generaciones anteriores, lo que genera una tendencia a que progresen, en mayor proporción, hacia la dependencia (NIDA, 2010). En la ENA (2011) se reportó que 2.2% de los adolescentes varones y 1.1% de las adolescentes mujeres, consumieron activamente drogas durante el último año. Particularmente, en el 2008, el Distrito Federal ocupó el segundo lugar entre los Estados con mayor índice de consumo de drogas en adolescentes.

En la ENA (2011) se menciona también que la mayor parte de los usuarios se inician antes de los 20 años, se encontró que la marihuana, las sustancias inhalables y los sedantes son las drogas de uso más temprano, pues el primer contacto ocurre con frecuencia antes de los 17 años.

TABLA 1
EDAD DE INICIO DE CONSUMO, ENA (2008)

| <i>Consumo inicial en adolescentes de 17 años o menos según tipo de droga</i> | |
|---|---------------------|
| Droga | 17 años o menos (%) |
| Inhalables | 63.3 |
| Marihuana | 55.7 |
| Sedantes | 50.9 |
| Estimulantes tipo anfetaminas | 46.5 |
| Crack | 42.2 |
| Heroína | 40.3 |
| Otras drogas | 37.4 |
| Opiáceos | 37.2 |
| Cocaína | 36.4 |
| Tranquilizantes | 35.7 |
| Alucinógenos | 32.3 |
| Anfetaminas o estimulantes | 27.1 |

Además de ser una droga de inicio temprano, la mariguana representa la droga de mayor uso ilegal no sólo en México (ENA, 2011), sino a nivel mundial. De acuerdo con el NIDA, a la mariguana le siguen, en proporción de consumo por los adolescentes, los medicamentos con o sin prescripción médica. Otros estudios muestran que particularmente en el Distrito Federal, al consumo de la mariguana le sigue el consumo de sustancias inhalables, los tranquilizantes en tercer lugar y la cocaína en cuarto lugar (Villatoro *et al.*, 2006).

A través de la ENA (2011), se comprobó que el inicio en el consumo de sustancias como alcohol y tabaco durante la adolescencia está relacionado con una mayor probabilidad de consumo de otro tipo de drogas como mariguana, cocaína, sustancias inhalables, etcétera en la misma etapa de desarrollo.

En cuanto al consumo de tabaco, se ha reportado que 12.3% de las y los adolescentes son fumadores activos (ENA, 2011) y 20% de los estudiantes de secundaria también lo son; además de que la relación del consumo por género es ahora prácticamente de uno a uno. El inicio en este consumo ocurre alrededor de los 14 años, (ENA, 2011) pero de acuerdo con el SISVEA (2009), 45% inicia el consumo entre los 11 y 14 años. No obstante, el SRID (2010) señala que los usuarios entre los 12 y 19 años iniciaron su consumo de tabaco antes de los 11 años y que el grupo más afectado fue el de los 15 a 19 años (56.7%). 44% de los adolescentes en México vive en un hogar donde hay fumadores (SISVEA, 2009).

Estas cifras son similares a las reportadas para el consumo de bebidas alcohólicas. De acuerdo con la ENA (2011), en México, el consumo de alcohol muestra un aumento en la población adolescente; 11.7% de las mujeres adolescentes reportaron consumir altas cantidades de alcohol (cuatro o más copas por ocasión), mientras que 17.3% de los jóvenes varones reportaron consumir cinco o más copas por ocasión.

De forma más severa, en el Distrito Federal, y según el reporte del SISVEA (2009), 16.8% de los casos atendidos por adicciones fueron adolescentes entre los 15 y 19 años, y representaron el mayor grupo entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto los inhalables (40.5%), seguido por la mariguana (35.1%). De acuerdo con el SRID (2010), del total de usuarios de inhalables, 71.5% tenía entre 12 y 19 años y se inició en este consumo antes de los 11 años de edad (4.4%). Este es un porcentaje mayor al reportado en evaluaciones previas, por lo que se observa una tendencia al uso de inhalables a edades cada vez más tempranas (ENA, 2011). El grupo con mayores problemas asociados al consumo, se encuentra entre los 12 a 14 años (45.5% de la muestra total). Como era de esperarse, al consumo de los inhalables, en población de 12 a 19 años, le siguió el consumo de mariguana con 41.4% (SRID, 2010).

Recientemente se ha puesto especial atención a los casos referentes a las mujeres, puesto que en los últimos años se ha observado un creciente impacto de las adicciones en las adolescentes (SISVEA, 2009; NIDA, 2010; ENA, 2011). De acuerdo con el SISVEA, durante el 2009 se recibieron en los centros de atención mujeres de hasta 11 años dentro de los solicitantes; y hubo quienes iniciaron su consumo a los 9 años y la mayoría de ellas comenzaron con alcohol (54.6%). Esta droga, además de ser la sustancia con la que inician la mayoría de las mujeres, también se repite como la droga de mayor impacto entre ellas (alcohol: 46.5%, 3 529 casos), seguida de la cocaína con 819 casos (10.8%) y las metanfetaminas con 717 casos (9.4%). La mayoría de estas mujeres acudieron a buscar ayuda a los centros de atención de forma voluntaria (53.4%).

Otro dato reportado por el SISVEA (2009) es el de 5 284 menores que infringieron la ley, de los cuales 90.7% tenían entre 15 y 18 años, y 3 597 (68.1%) refirieron el consumo habitual de drogas, siendo la marihuana la sustancia más consumida (35%), seguida del alcohol (29.8%) y el tabaco (27.3%). El Distrito Federal fue el estado que reportó más casos de diversos delitos cometidos por adolescentes, de los cuales 24.3% cometió el acto delictivo bajo el efecto de alguna sustancia.

En la ENA (2011) se observó un incremento importante en el consumo de inhalables y marihuana en los adolescentes varones, pero se indicó un incremento en el consumo de cocaína para las mujeres de esta etapa.

Características de las y los adolescentes

Un adolescente es definido, comúnmente, como un individuo de sexo masculino o femenino, cuya edad oscila entre los 12 y 17 años. La etapa de la adolescencia se encuentra periodo de transición, que incluye: cambio de escuela, físicos, apertura del grupo de amigos, accesibilidad a las drogas, violencia, entre otros.

La evidencia empírica en el ámbito de las neurociencias, indica que en la adolescencia, la capacidad de juicio y toma de decisiones está en desarrollo, por lo que la habilidad de las y los adolescentes para evaluar los riesgos, por ejemplo, del consumo de sustancias adictivas puede estar muy limitada (NIDA, 2008). Otros factores de riesgo importantes y presentes en la adolescencia son la accesibilidad a las drogas, la influencia de los pares, la permisividad familiar, la carencia de habilidades en la toma de decisiones, la impulsividad, la hiperactividad y el bajo interés escolar. Se ha encontrado, además, que el abuso de sustancias psicoactivas puede interrumpir la función cerebral en áreas críticas de la motivación, la memoria, el aprendizaje y el control del comportamiento (NIDA, 2011).

Las y los adolescentes que abusan de las drogas, tienen con frecuencia mayores problemas y comportamientos de tipo antisocial, bajo rendimiento académico, deserción escolar, exposición a situaciones de riesgo como: accidentes, contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, problemas legales, entre muchos otros, que hacen de este grupo una población en riesgo, o “grupo vulnerable” (OMS, 2009).

Si bien se ha demostrado que la escuela es un factor protector, dado que se han encontrado prevalencias de consumo menores en la población escolar en comparación con adolescentes que no estudian (ENA, 2008), en los últimos años, el interés por estudiar ha ido descendiendo cada vez más entre los adolescentes. Datos de la Organización Internacional del Trabajo revelan que en América Latina poco más de 20 millones de jóvenes no estudian ni trabajan. Las cifras en México, para el 2010, oscilaban entre siete y nueve millones de adolescentes en esta situación de inactividad laboral o académica. De acuerdo con la Secretaría de Educación Pública (SEP), en el país había en ese mismo año, cerca de 2.4 millones de jóvenes en edad escolar que debieran estar cursando el bachillerato pero no lo hacían. Estudios del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, advirtieron que en la ciudad de México habitaban en el 2010, un millón y medio de jóvenes, de los cuales la mitad no estudiaban ni trabajaban. El Instituto Nacional de Educación para los Adultos informó que en los últimos años, aproximadamente 17 millones de personas abandonaron sus estudios en el nivel básico, la mayoría por necesidades económicas. En la Subsecretaría de Educación Superior de Académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se señaló que los problemas de los jóvenes tienen origen tanto en crisis familiares como a partir de la ausencia de políticas públicas, puesto que la escuela ya no representa una oportunidad de ascenso social (Avilés, 2010).

Por todo esto, los adolescentes son un grupo importante de la población que requiere de atención especializada y efectiva para prevenir costos humanos y sociales importantes para este país. Esta atención requiere de la aplicación de prácticas efectivas en el tratamiento de las adicciones, pero también de prácticas que atenúen los factores de riesgo que puedan presentar las y los jóvenes •

CAPÍTULO 2

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Lineamientos para la detección

La detección temprana de casos de consumo es crucial y determina el éxito en el tratamiento y rehabilitación ello puede representar, en algunos casos de adolescentes, un cese en el consumo de sustancias.

Para poder detectar efectivamente el consumo de drogas en adolescentes es importante no sólo analizar si consume alcohol u otras drogas, sino analizar sus relaciones y su desempeño en contextos como el familiar, el escolar, el social; así como en su salud, sus cambios conductuales y sus situaciones de riesgo y protección que pudieran iniciar o mantener una adicción.

Se ha documentado que las adicciones son un fenómeno multifactorial, que ocurre por la interacción de diversos factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de su incidencia. Estos factores se han dividido en dos tipos: de riesgo y de protección. Los factores no son considerados causales de un proceso de adicción ni ocurren de manera aislada o se interpone uno sobre otro, sino que representan, en conjunto, cierta probabilidad de que se presente la conducta de consumo.

¿QUÉ SON LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN Y POR QUÉ ES IMPORTANTE CONSIDERARLOS EN LAS INTERVENCIONES CON LOS ADOLESCENTES?

Factores de riesgo y protección

Los factores de riesgo son aquellas situaciones personales que aumentan la probabilidad de ocurrencia de consecuencias adversas. En un estudio que se realizó en seis ciudades de México, incluido el Distrito Federal, con estudiantes de secundaria, se encontró que algunos factores de riesgo que predecían el consumo de sustancias fueron: la impulsividad, la agresividad, la vinculación con compañeros con problemas de conducta y la exposición con frecuencia a situaciones familiares de conflicto y violencia (Díaz y García-Aurrecochea, 2008). Los factores de riesgo no responden sólo a un nivel individual (como la impulsividad o la agresión), sino que involucran ámbitos sociales como los amigos o la familia.

Además de detectar los factores de riesgo para una adicción en los jóvenes, también se deben detectar atributos positivos o de protección que puedan ayudarlo a resistir o transformar conductas de consumo. Estos factores se pueden identificar a través de su relación con el desarrollo de un estilo de vida saludable, generalmente son comportamientos socialmente aceptados o situaciones sociales que aminoran el impacto de la exposición a algún riesgo (Prospéro, 2011).

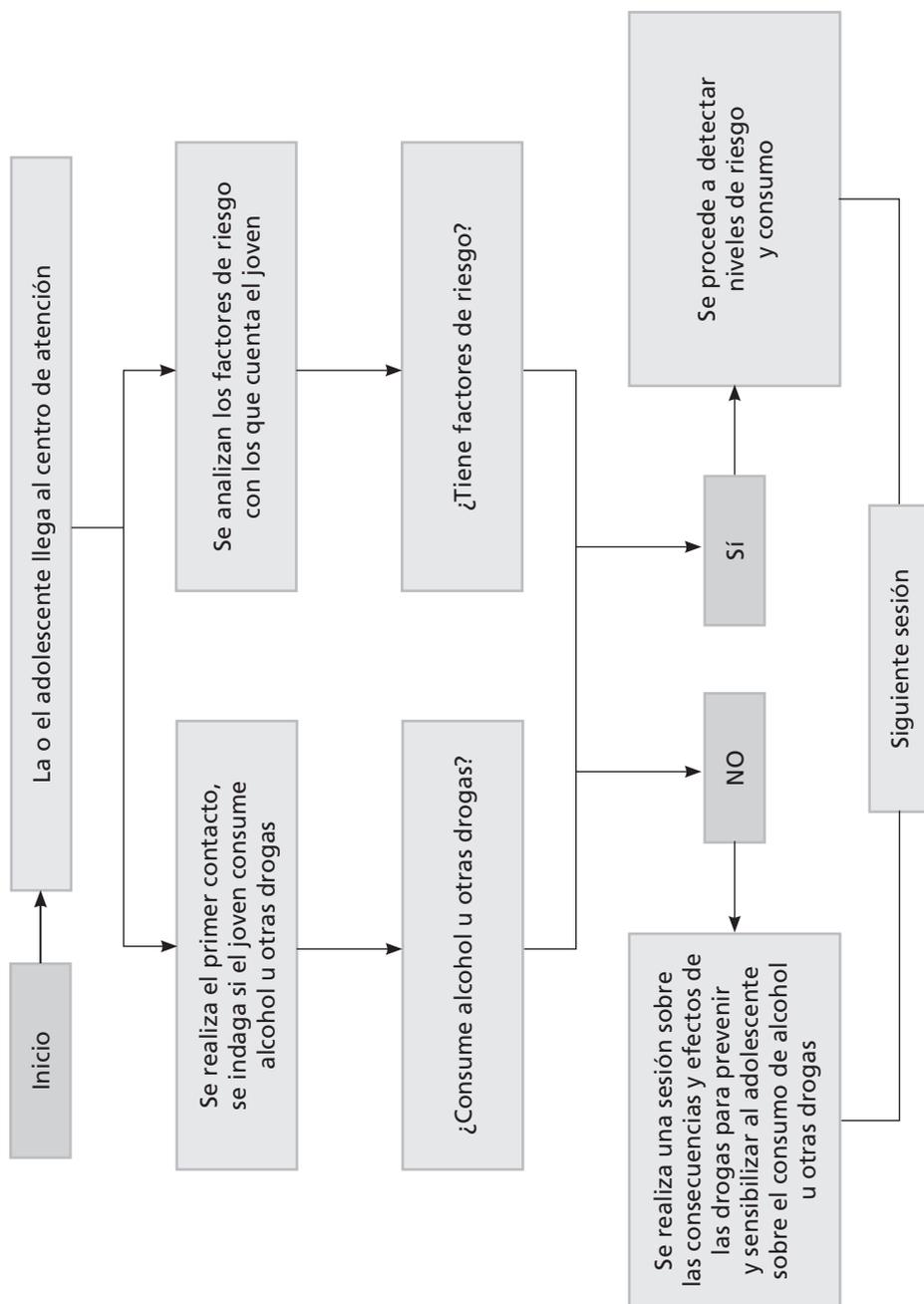
La identificación y análisis de los factores de riesgo y protección, tiene importantes implicaciones para la efectividad y metas de intervención en adicciones, ya que pueden guiar una intervención escolar a nivel grupal o considerar una intervención individual para casos particulares de riesgo. Los factores de riesgo y protección se pueden detectar de acuerdo al contexto donde éstos se presentan y/o si son parte de un nivel individual (comportamiento, predisposición genética, actitudes, entre otras), familiar (violencia, establecimiento de reglas, interacción, valores, etcétera), o social/ambiental (la comunidad, la escuela y/o el trabajo y la red social donde se desarrolla).

TABLA 2
FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

| <i>Algunos aspectos que deben detectarse en los adolescentes para prevenir o detener una adicción</i> | |
|---|---|
| Nivel | Factores de riesgo |
| Individual | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor repentinos • Falta de interés en actividades que comúnmente le agradaban • Conductas agresivas hacia otros o hacia él mismo • Cambios en sus hábitos de comer y dormir • Cambios bruscos en su aspecto físico (baja de peso, cambio en el tono de piel, ojos rojos, desaliño, falta de higiene, manchas o marcas en la piel, etcétera) • Se muestra aislado y/o retraído • Tiene episodios donde muestra mucha actividad y pareciera incontrolable • Sale a horas poco habituales • Se torna agresivo y/o titubea ante preguntas como: dónde fuiste o con quién estuviste • Tiene problemas para controlar sus impulsos • Le cuesta trabajo hallar soluciones a problemas cotidianos • Presenta algún trastorno psicológico como: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno opositorista-desafiante, depresión, ansiedad, entre otros |
| Familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Existen situaciones de violencia y/o agresión verbal y física en casa • Algún familiar cercano, por ejemplo: padres, hermanos, abuelos consumen alcohol u otras drogas • En casa es permitido consumir alcohol y/u otras drogas • Las reglas de comportamiento impuestas por la familia son poco claras y/o poco consistentes • Baja supervisión de las actividades que realiza el adolescente • En la familia del adolescente existen problemas para comunicar lo que cada uno piensa o siente |
| Social | <ul style="list-style-type: none"> • El adolescente no estudia • Cerca de donde habita o estudia venden drogas • Los amigos del adolescente consumen alcohol y/u otras drogas • El adolescente se encuentra frecuentemente expuesto a publicidad atractiva que incita al consumo de alcohol y/u otras drogas |

Además de detectar los factores de riesgo existentes en la vida del adolescente, es importante corroborar dicho análisis con pruebas psicométricas válidas; la figura 1 muestra la primera parte del proceso de atención a un adolescente.

FIGURA 1
PRIMER CONTACTO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN CON EL ADOLESCENTE



Instrumentos para la detección

Existen diversos instrumentos de detección para adolescentes los cuales se resumen en la tabla 3.

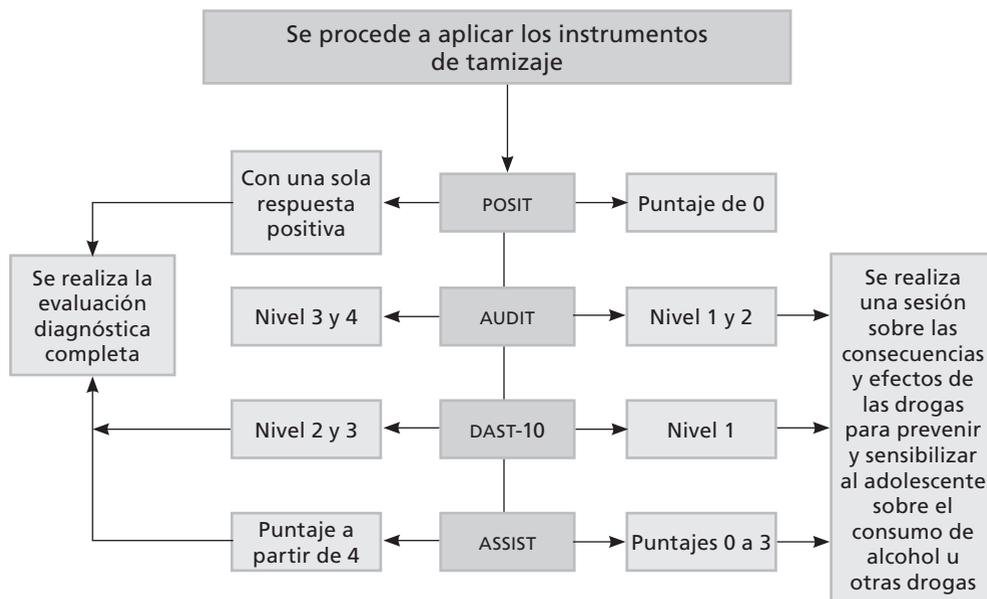
TABLA 3
INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS

| <i>Nombre del cuestionario</i> | <i>Evidencia empírica de validez</i> | <i>Opciones de respuesta</i> | <i>Características del instrumento</i> | <i>Especificidades</i> | <i>Ubicación en la guía</i> |
|---|---|---|---|---|-----------------------------|
| Cuestionario de Tamizaje para Adolescentes, POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) | Elaborado por el NIDA y validado en México por Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora (1998) | 81 reactivos con respuesta dicotómica (sí/no) | Evalúan siete áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes, dichas áreas son: 1) uso/abuso de sustancias; 2) salud mental; 3) relaciones familiares; 4) relaciones con amigos; 5) nivel educativo; 6) interés laboral; y 7) conducta agresiva/delinuencia | El área de uso/abuso de sustancias, se encuentra conformada por 17 reactivos y la sola presencia de alguno de los reactivos (haber contestado "sí" a alguno de ellos) implica riesgo en la vida del adolescente | Anexo 2 |
| Test de Tamizaje de Alcohol, Tabaco y uso de Drogas, ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) | Diseñado por la OMS y validado en México por Linage y Lucio (en prensa) | 8 reactivos con escala tipo likert de 3 o de 5 opciones de respuesta que va de nunca a diario | Valora el nivel de problemática con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, proporcionando diferentes rangos para ubicar la intervención más efectiva para cada usuario | Identifica el tipo de intervención desde ninguna, pasando por breve y hasta el tratamiento más intensivo | Anexo 5 |
| AUDIT (Use Disorders Identifications Test) | Validado por la OMS, validado en México por Gómez-Maqueo, Gómez-Hernández, Morales, Pérez-Ramos, (2009) | Cada opción de respuesta tiene un valor numérico que va de cero a cuatro | Identificación de problemas por consumo de alcohol en dos áreas: frecuencia del consumo y trastornos causados por el alcohol | Los resultados del AUDIT sugieren un tipo de tratamiento que va desde un nivel educativo sobre el uso del alcohol hasta la derivación a un servicio especializado | Anexo 3 |
| Detección del abuso de drogas distintas al alcohol DAST (Drug Abuse Screening Test) | Validado en México por Gómez-Maqueo y colaboradores (2009). | Opción de respuesta dicotómica (sí/no). | En su versión breve está constituido por diez preguntas y ha sido nombrado DAST-10. Con la suma de las respuestas al cuestionario se puede ubicar al adolescente en un nivel de riesgo (de 1 a 3). | Es un cuestionario que evalúa trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo de sustancias. Se clasifica en: "riesgo por consumo de sustancias", "no riesgo por consumo de sustancias" | Anexo 4 |

El *POSIT*, el *ASSIST*, el *AUDIT*, el *DAST-10* y todos aquellos cuestionarios de tamizaje, no diagnostican una dependencia, sino que los resultados que arrojan permiten revelar casos de jóvenes con algún problema relacionado al uso o abuso de alcohol y/u otras drogas, cuyas situaciones de riesgo podrían favorecer el desarrollo de una dependencia. Como un complemento de las pruebas psicométricas se pueden aplicar medidores biológicos como son los antidoping, siempre y cuando se cumplan los lineamientos éticos necesarios, como: el respetar la decisión del adolescente, mantener en confidencialidad los datos, que los padres o cuidadores consientan por escrito la aplicación de la prueba y que no haya consecuencias negativas por el resultado.

Para determinar el riesgo de los y las adolescentes a desarrollar una dependencia, además del antidoping se requiere considerar aspectos muy específicos como: su historia de consumo, contextos relacionados a su consumo, consecuencias agradables que mantienen su ocurrencia y consecuencias desagradables del consumo que el adolescente pudiera estar devaluando, etc. Situaciones que serán analizadas en una evaluación diagnóstica que favorezca la comprensión de la naturaleza específica del problema en cada adolescente.

FIGURA 2
DETECCIÓN DE CASOS CON RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS



Evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica del consumo de drogas en un adolescente resulta vital para poder determinar una intervención efectiva que modifique su comportamiento y le permita adquirir un estilo de vida más saludable.

Una evaluación en adolescentes que consumen sustancias debe considerar diversos aspectos éticos y clínicos debido a las características particulares de este grupo de la población, entre las que resaltan:

- La adolescencia es, principalmente, la edad de inicio en el consumo experimental de drogas.
- La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se establece el patrón de uso de alcohol y/u otras drogas.
- Las y los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos.
- El uso de sustancias en los adolescentes se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente padres) y sus pares.
- Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden tener una rápida progresión a la dependencia.
- El síndrome de dependencia de sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos.
- Los cuadros diagnósticos estandarizados han sido elaborados para su aplicación a la población de adolescentes.

Algunos de los cuestionamientos radican en que el síndrome de abstinencia de alcohol en los adolescentes es poco frecuente, que la tolerancia producida por el consumo de alcohol y drogas tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia, que los problemas de salud físicos asociados al consumo de alcohol no son tan frecuentes como entre la población adulta y que el abandono de las actividades regulares puede no estar presente en adolescentes que consumen alcohol (Ministerio de Salud, 2007).

El perfil del consumo de alcohol y/u otras drogas en los adolescentes ha llevado, por largo tiempo, a tener una baja percepción del problema y del tratamiento del mismo. Es por esto que se ha considerado tan importante poder hacer una detección temprana y evaluación adecuada de cada caso y diseñar las mejores estrategias para intervenir con cualquier adolescente que consuma sustancias.

La evaluación debe ser integral; debe considerar la etapa de desarrollo en que se encuentra el adolescente, su integridad física y mental, sus dinámicas sociales y familiares y el patrón de consumo. Podemos englobar la evaluación a adolescentes con consumo en tres aspectos:

TABLA 4
ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

| | <i>Individual</i> | <i>Patrón de consumo</i> | <i>Familiar</i> |
|--------------------|-------------------|---|---|
| ASPECTOS A EVALUAR | Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Historia de consumo • Edad de inicio • Droga de inicio y droga de impacto | <ul style="list-style-type: none"> • Relación con los padres, hermanos y/o familiares cercanos • Disciplina ejercida por parte de los padres y/o cuidadores |
| | Nivel académico | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia, intensidad y duración del consumo • Situaciones asociadas al consumo | <ul style="list-style-type: none"> • Efecto en el ambiente social próximo |
| | Proyecto de Vida | <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias por el consumo | |

Respecto a la salud, se recomienda evaluar si existe comorbilidad con algún trastorno psiquiátrico como ansiedad, depresión, hiperactividad, déficit de atención, conducta oposicionista-desafiante, conducta disocial, bipolaridad, esquizofrenia, entre otros. Indagar si consume algún tipo de medicamento bajo prescripción médica y realizar una historia clínica sobre cualquier padecimiento que reporte. Es importante investigar cuál ha sido su desempeño escolar, si ha presentado dificultades de aprendizaje, si tiene motivación por el estudio y cuál es su plan de vida a corto, mediano y largo plazo.

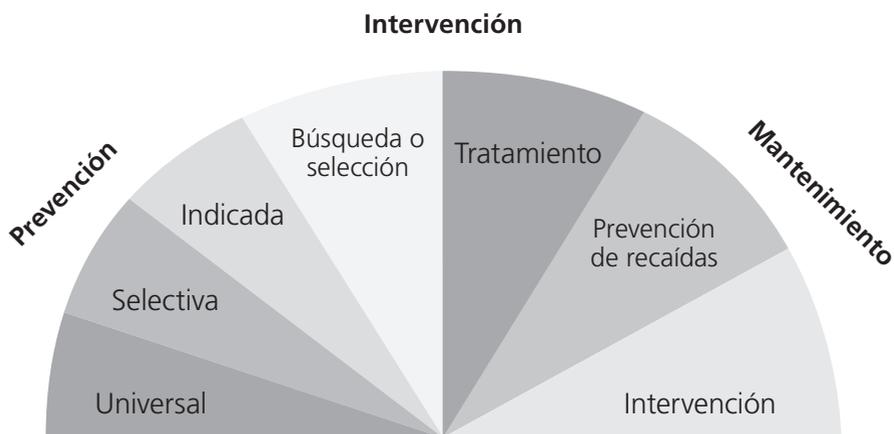
Siguiendo la concepción de una evaluación integral se debe remitir a la configuración familiar e indagar, objetivamente, respecto a los roles e interacciones que surgen en su núcleo social más cercano. Así como las conductas específicas y medios que utilizan sus padres, cuidadores o adultos cercanos para establecer límites y reglas de comportamiento o de vida al adolescente. Todo esto con la finalidad de intervenir en aquellos aspectos que se consideren faltos de estrategias eficaces para interactuar positivamente con el adolescente y poder implementar una adecuada disciplina en el ambiente familiar y social (Ayala *et al.*, 2001) •

CAPÍTULO 3

REFERENCIA Y NIVELES DE TRATAMIENTO

Para conocer el nivel de intervención requerida por el adolescente es muy importante tener en claro los niveles en que se pueden aplicar. En la figura 3 se describen a manera de “abanico” los programas que se pueden emplear en las distintas etapas de las intervenciones (Mrazek y Haggerty, 1994).

FIGURA 3
NIVELES DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES



De acuerdo a este esquema el primer nivel son los **programas de prevención universal**, definidos como el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de una población, sin contemplar si presentan mayor o menor número de factores de riesgo. Incluyen a sujetos que no han sido identificados en alguna situación de riesgo o con propensión a presentar alguna adicción.

Los **programas de prevención selectiva**, representan un conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de drogas (grupos vulnerables), por lo que generalmente son utilizados y recomendados para la población de adolescentes. Estos programas de prevención selectiva requieren de la colaboración directa de los participantes en actividades preventivas adecuadas a su situación. El objetivo principal es evitar el inicio del uso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección, de forma que estos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo.

Frecuentemente, los factores de riesgo que son evaluados y considerados en los programas de prevención selectiva, representan tanto las características individuales como las del grupo y las influencias ambientales; por ejemplo, la búsqueda de sensaciones placenteras, asociación con personas que han cometido actos delictivos, abuso de sustancias por parte de miembros de la familia, desempleo, altos índices de criminalidad, etcétera.

Para aquellos individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias, existen los **programas de prevención indicada**, mismos que son implementados en grupos específicos después de que se ha diagnosticado un desorden. Los esfuerzos de los programas de prevención indicada son semejantes a los de un tratamiento, pero estos se centran, principalmente, en prevenir la progresión de un desorden. Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva y solamente se conducen con personas identificadas como consumidores o abusadores de drogas.

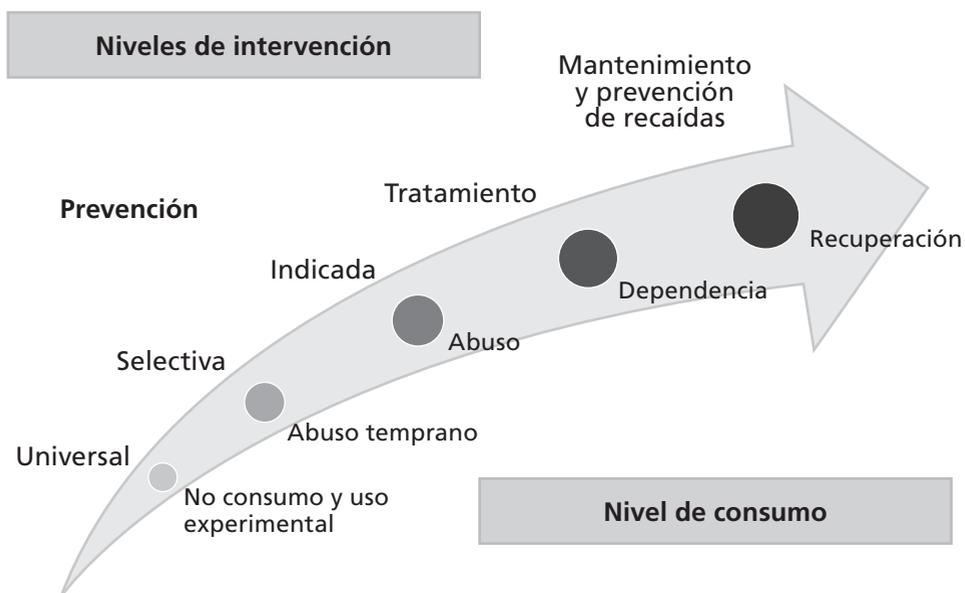
Las actividades de trabajo en los programas de prevención indicada, se enfocan a los factores de riesgo asociados con el adolescente (p. ej., baja autoestima, problemas de conducta), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales. En estos programas de prevención indicada, es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos, así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas con el consumo de drogas.

Es importante que cualquier tipo de programa preventivo, sea universal, selectivo o indicado, tenga metas estructuradas, objetivas y factibles. El primer paso en la planifi-

cación de un programa para la prevención del uso o abuso de drogas es una evaluación dentro de la comunidad y una determinación del nivel de los factores de riesgo que causan el problema. Se pueden utilizar los resultados de esta evaluación para aumentar el conocimiento de la naturaleza y la severidad del problema en la comunidad y guiar la selección de los mejores programas de prevención para modificar la conducta en los adolescentes.

Las prácticas basadas en la evidencia para tratar el consumo de sustancias en los adolescentes son diversas y dependen en su mayoría de las características y necesidades del usuario. El éxito de las prácticas también depende de la selección de estrategias adecuadas para resolver la problemática del adolescente. Se pueden observar las siguientes vertientes de atención, de acuerdo a su problemática por el consumo de sustancias:

FIGURA 4
NIVELES DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES DE ACUERDO AL NIVEL DE CONSUMO



Una vez revisados los procesos de prevención, se procede a dar pauta al análisis de prácticas basadas en evidencia que han demostrado ser efectivas para la intervención breve de adolescentes con consumo de sustancias •

CAPÍTULO 4

INTERVENCIONES CON ADOLESCENTES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El consumo de alcohol y otras drogas entre adolescentes o la aparición de otras conductas problemáticas asociadas al consumo de sustancias, no siempre son la expresión de una patología o de un trastorno de personalidad, sino que muestran el proceso de desarrollo neurocognitivo y psicosocial por el que pasa la o el adolescente durante el cual ocurre un cambio en la maduración, en el que sus conductas pasan de ser impulsivas a ser más razonadas y meditadas (NIDA, 2008).

Dada la etapa de desarrollo y los continuos cambios que surgen en ella, es evidente que no todos los y las adolescentes que consumen drogas, incluso los que consumen con regularidad, son dependientes o desarrollarán una dependencia. Con base en las diferentes formas de consumo de los adolescentes es importante considerar que:

Cualquier intervención con adolescentes que utiliza sustancias debe ser consistente con la severidad de las consecuencias del consumo y con el nivel de motivación para el cambio de comportamiento (NIAAA, 2011).

Esta consideración debe ser tomada en cuenta dentro de la amplia gama de intervenciones que existen y que **están basadas en la evidencia** para el tratamiento, que van desde las estrategias de prevención e intervención breve a las intervenciones a largo plazo de tratamiento residencial o ambulatorio.

Intensidad de la intervención

Existe poca evidencia que sugiera que el tratamiento residencial para adolescentes sea más eficaz que la intervención ambulatoria en el tratamiento de la dependencia a

sustancias. Sin embargo, hay argumentos válidos a favor de la utilización de las instalaciones residenciales para los adolescentes en situación de calle, cuyo entorno habitual lo induce al consumo de drogas; con ellos una modalidad ambulatoria no sería adecuada (Spooner *et al.*, 1996).

La atención de adolescentes con consumo, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas debe organizarse sobre la base de planes de tratamiento, incluyendo en ellos acciones individuales, grupales, familiares y comunitarias, elaboradas a con las características técnicas y la intensidad adecuada para responder a las necesidades de distintas poblaciones de adolescentes. El criterio para establecer la intensidad de las intervenciones corresponde a la permanencia diaria en el programa de tratamiento, en el cual el adolescente tiene acceso a las diferentes intervenciones (Minsal, 2007).

Tratamiento ambulatorio

Se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo problemático de riesgo moderado, sin una enfermedad mental severa, que desempeñan una actividad educacional parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar (CONACE, 2004).

La atención ambulatoria o en consulta externa, tiene la ventaja de que la o el adolescente acude a tratamiento en un horario específico, generalmente en un centro cercano a su hogar y sus actividades, lo que no altera su vida cotidiana. En este tipo de tratamiento los adolescentes asisten a varias modalidades terapéuticas sin que deban quedarse hospitalizados, lo que les ayuda a retomar las actividades que dejaron de realizar por el abuso de las drogas. El objetivo principal de este tratamiento es implementar una modalidad ambulatoria de moderada complejidad e intensidad para el abordaje terapéutico de los problemas de consumo de drogas y sus consecuencias en la salud.

La intensidad de la intervención ambulatoria es variable, según cada caso en particular, y puede ir desde lo menos intensivo, con citas espaciadas a los diferentes servicios, hasta la modalidad de hospital de día (ver tabla 5).

TABLA 5
TIPOS DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

| <i>Tipo de tratamiento</i> | <i>Objetivo</i> |
|----------------------------|---|
| Intensivo | Se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo de riesgo moderado con o sin enfermedad mental severa simultánea |
| Comunitario | Se encuentra indicado para adolescentes que presentan consumo de riesgo moderado que expresan dificultades importantes en el ámbito educacional y/u ocupacional, no presentan una enfermedad mental severa y viven en un ambiente familiar problemático que tiene dificultades para apoyar el tratamiento del adolescente |

Tratamiento residencial

En esta modalidad se ubican, en un ambiente terapéutico altamente estructurado, los programas destinados al individuo con consumo problemático de sustancias.

Su objetivo principal es ofrecer una asistencia terapéutica residencial de alta complejidad e intensidad, a adolescentes que presentan consumo problemático de drogas para quienes es considerado como la mejor opción, o bien, como la estrategia indicada si acaban de finalizar un proceso de desintoxicación residencial (CONACE, 2004).

Hay programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo (ver tabla 6).

TABLA 6
TIPOS DE TRATAMIENTOS RESIDENCIALES

| <i>Tipo de tratamiento</i> | <i>Objetivos</i> |
|----------------------------|--|
| Corto Plazo | Suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días. Proveen tratamientos residenciales intensivos, pero relativamente cortos basados en un enfoque modificado de los 12 pasos |
| Largo Plazo | Duran de seis meses a un año. Proporciona cuidados las 24 horas del día, generalmente en ambientes que no son hospitales. El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica (CT), pero los tratamientos residenciales también pueden emplear otros modelos, como el de terapia de comportamiento y aspectos cognitivos |

Los servicios de rehabilitación residencial de ambos tipos tienen características en común: vida comunitaria con otros dependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación; y apoyo al postratamiento o seguimiento.

Los objetivos principales de este tipo de tratamiento son:

- Diagnosticar y tratar la comorbilidad psiquiátrica existente.
- Ofrecer al adolescente un centro acogedor en el que se pueda sentir seguro y protegido.
- Hacer partícipe al adolescente y su familia de la organización y gestión del centro.
- Fomentar la faceta social y relacional del adolescente.
- Estructurar el día de vida del adolescente a través de hábitos de sueño, alimentarios, horarios, rutinas, etcétera y favorecer la posterior integración a la vida diaria.
- Desarrollar autonomía y responsabilidad para su futura separación e independencia.
- Desarrollar el respeto hacia el entorno (enseres, muebles, etcétera) y medioambiente.
- Potenciar el desarrollo de las habilidades psicológicas y sociales necesarias para su integración a una modalidad de atención ambulatoria, junto a la compensación de los déficits encontrados en las distintas áreas de su desarrollo.
- Colaborar con el desarrollo de instancias de formación y capacitación conjuntamente con los equipos psicosociales, con el fin de mejorar la coordinación y el aprendizaje mutuo en las distintas modalidades de tratamiento.
- Apoyar y colaborar en acciones de reintegración social, en salidas educativas, culturales, recreativas.
- Articular y formar parte de redes con otros programas de tratamiento y rehabilitación de menor o mayor complejidad e intensidad de la red sanitaria pública y privada y con otros organismos de las redes sociales, comunitarias, educativas, psicosociales, etcétera que trabajan con esta población.

Comunidad Terapéutica

El modelo de comunidad terapéutica conserva elementos de la atención clínica hospitalaria tradicional, pero se extiende con la libre participación de los residentes; favorece el mayor involucramiento con el equipo de trabajo dentro de una relación de respeto, lo que permite que rápidamente asuman su rol social, primero al interior de la unidad y después en su propia comunidad (Riquelme y Romero, 2003).

Una de las ventajas de esta modalidad es que el tratamiento procede de un marco de seguridad, protegido contra influencias y estresantes externos que propician el abuso de sustancias. La comunidad terapéutica garantiza la calidad de sus servicios, y se demuestra cuando los adolescentes alcanzan la etapa de permisos terapéuticos, donde pueden salir de la unidad durante el fin de semana para visitar a sus familiares. En esta etapa los residentes se exponen de nuevo a situaciones de alto riesgo de abuso de sustancias; a su regreso, cuentan con el apoyo de la Asamblea Comunitaria para expresar sus emociones, riesgos y dificultades que les produce la posibilidad de contacto con circunstancias que amenazan los logros terapéuticos obtenidos.

Algunas comunidades disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semiindependientes, situados, generalmente, cerca del lugar donde se administra el programa residencial principal. En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita.

Además de las actividades psicoeducativas, característica de la comunidad terapéutica, este tratamiento residencial ofrece una diversidad de servicios, entre los que se encuentran (Riquelme y Romero, 2003):

- **Cuidados médicos de desintoxicación.** Tratamiento de síndromes de abstinencia y atención general a la salud.
- **Servicio psiquiátrico.** Proporciona diagnóstico y tratamiento a los síndromes y trastornos subyacentes. Asimismo, se lleva a cabo la farmacoterapia necesaria.
- **Atención psicológica.** Ofrece diversas técnicas de psicoterapia: individual, familiar y de grupo. En la individual, se da especial énfasis a las estrategias del modelo cognitivo-conductual. Dentro del plano familiar, el enfoque que predomina es el sistémico, que aborda a la drogadicción como un síntoma de disfunción familiar y se aboca a la solución de problemas.
- **Atención psicosocial.** Brinda orientación a la familia y coordina los diversos apoyos de la comunidad a través de una red de atención social, que será útil al paciente y a su familia en el proceso adaptativo de reinserción social y reintegración a estilos de vida sanos.
- **Cuidados de enfermería.** Incluyen actividades como vigilancia de signos vitales en adolescentes con síndromes de intoxicación o abstinencia, administración de medicamentos y apoyo a las actividades psicoeducativas del modelo de comunidad terapéutica.

En este entorno se pueden analizar e investigar a profundidad los factores que se relacionan con la causa, mantenimiento, daños a la salud física debidos al abuso de

drogas y trastornos psiquiátricos; también se puede ayudar al adolescente a identificar recursos cognitivos, afectivos y conductuales, y a desarrollar nuevas habilidades que no se lograron por el trastorno adictivo (Martínez, 2003).

Desintoxicación

Esta modalidad de servicios, persigue aliviar los síntomas de abstinencia y de retiro de sustancias, reducir el deseo urgente del uso de éstas, normalizar el balance bioquímico del cuerpo y las funciones fisiológicas, normalizar paulatinamente las funciones cognitivas, emocionales y sociales (Riquelme y Romero, 2003). Los servicios son prestados por un equipo clínico adecuadamente entrenado en los procesos de desintoxicación asistida, con el uso de fármacos. En el caso de los adolescentes, ésta debe estar enmarcada en el contexto institucional de protección, contención y facilitación de su desarrollo integral.

El objetivo principal es ofrecer asistencia terapéutica de alta complejidad e intensidad a los adolescentes que presentan síntomas de dependencia y/o síndrome de abstinencia, por lo que requieren de un proceso de desintoxicación, el cual no ha sido posible llevar a cabo o no se ha logrado una eficacia suficiente en espacios ambulatorios de moderada intensidad (CAI) o de alta intensidad (centro de día o residencial) de cuidados.

¿CUÁLES SON LAS RAZONES PRINCIPALES POR LAS QUE LAS INTERVENCIONES ENTRE JÓVENES Y ADULTOS DEBEN SER DIFERENTES?

Diferencias entre las intervenciones de adultos y adolescentes

Los estudios han demostrado que a menudo se deben modificar los tratamientos diseñados y probados en poblaciones de adultos para que sean efectivas en los adolescentes (NIDA, 2010).

Las razones principales por las que el tratamiento entre jóvenes y adultos debe ser diferente son (Florenzano, Pérez y Carrasco, 1999; McWhirter, Florenzano y Soubllette, 2002):

- **La necesidad de centrar el tratamiento en temas de desarrollo.** El consumo adolescente de sustancias y su abuso, presenta características propias durante esta etapa del ciclo vital.

- **Las diversas perspectivas y motivaciones que tienen los adultos y los adolescentes de la vida y sus necesidades.** Es necesario considerar las consecuencias “positivas” que tiene la conducta adictiva para el adolescente, analizando beneficios y costos, ya que cuando la conducta de riesgo sirve al joven a un propósito (por ejemplo, pertenecer al grupo), éste no la percibe como un problema, sino como una solución.
- **La participación de los adolescentes en el tratamiento no es necesariamente voluntaria.** Existen aspectos clínicos relacionados con el tratamiento de quiénes acuden voluntariamente a tratamiento y quiénes no.
- **El criterio para determinar si un adolescente está abusando de alguna sustancia es generalmente determinado por los adultos que están a su alrededor.** No existe un criterio específico al respecto, hay mayor heterogeneidad en el tipo, frecuencia y uso de sustancias entre los adolescentes sometidos a tratamiento.

Con base en las razones señaladas se han desarrollado diversas intervenciones dirigidas a la reducción del consumo específicamente en los adolescentes.

¿QUÉ ESTRUCTURA Y COMPONENTES PRINCIPALES DEBEN TENER LAS INTERVENCIONES CON ADOLESCENTES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

Características y estructura de las intervenciones con adolescentes

Existen líneas generales que deben seguir las intervenciones con adolescentes para reducir el consumo de sustancias como son (McWhirter *et al.*, 2002):

- La adscripción a un enfoque biopsicosocial.
- El desarrollo de un equipo de trabajo interdisciplinario.
- La inserción del adolescente en la comunidad.
- La participación de la familia en el tratamiento.

Asimismo, para tener éxito en la intervención contra el consumo de sustancias en adolescentes, es importante considerar la implementación de un plan de intervención clínica multimodal que tome en cuenta las siguientes prácticas:

- Incrementar la motivación y compromiso del adolescente.
- Promover la participación de la familia para mejorar la supervisión, monitoreo y comunicación.

- Mejorar la resolución de problemas, habilidades sociales y prevención de recaídas.
- Combatir la comorbilidad psiquiátrica con tratamiento psicosocial o farmacoterapia.
- Considerar la ecología social en términos de aumentar comportamientos prosociales, relaciones con iguales, y funcionamiento académico.
- Tener una duración adecuada de tratamiento y seguimiento.

¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SEÑALA LA EVIDENCIA QUE PUEDEN AYUDAR A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES?

Procedimientos efectivos en las intervenciones

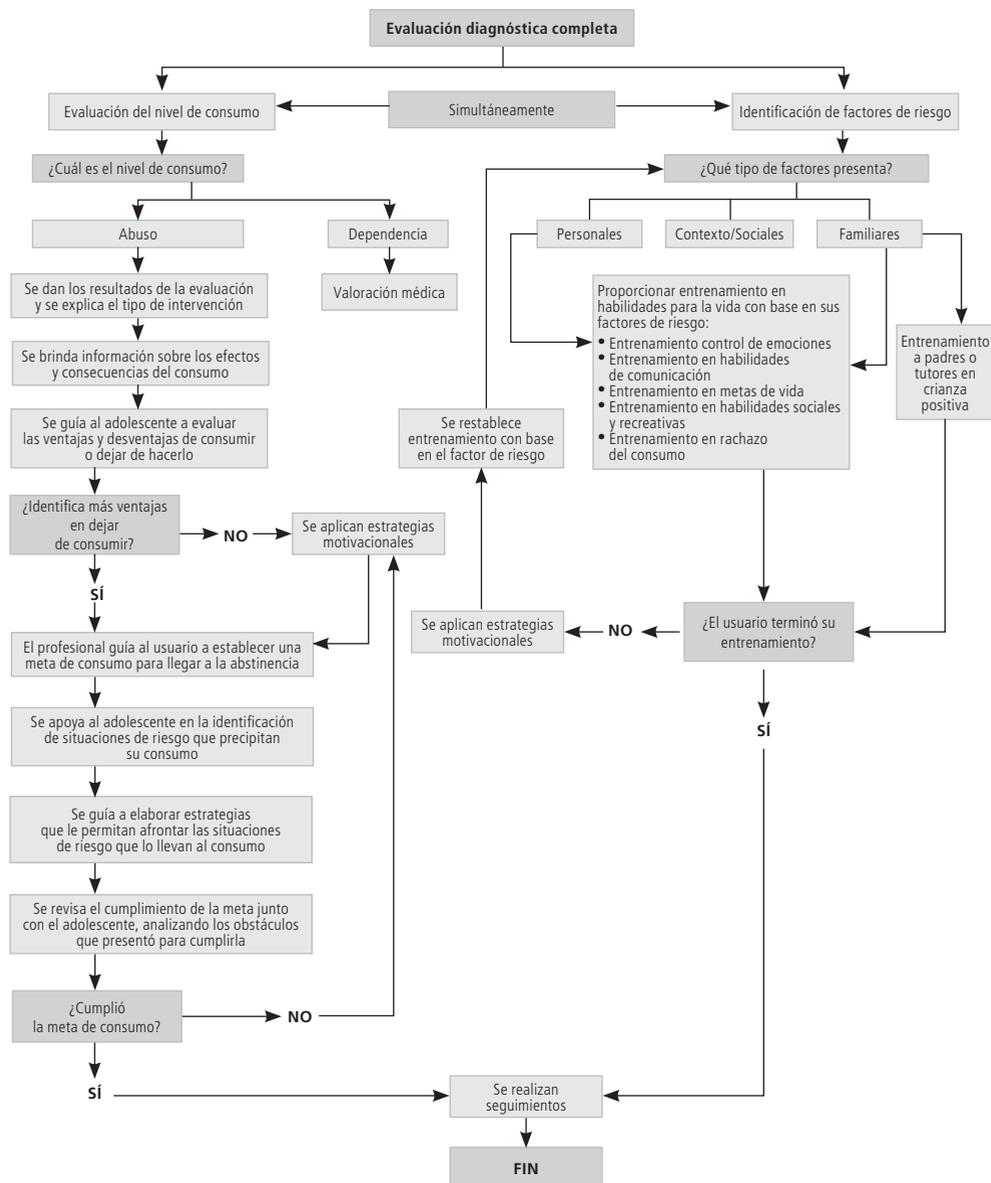
A continuación se describe un flujograma (figura 5) que sugiere la toma de decisiones que el profesional de la salud puede realizar al momento de intervenir con la o el adolescente. En este se sugiere que una vez que se realizó la evaluación diagnóstica, es importante trabajar paralelamente en dos aspectos fundamentales: el patrón de consumo y los factores de riesgo asociados (Botvin y Wolfgany, 2000; NIDA, 2004; González, Fernández y Secades, 2004).

Para trabajar en estos aspectos, antes de iniciar el trabajo con el adolescente, se debe identificar el nivel de consumo. Si el adolescente presenta dependencia es preciso derivarlo a una valoración médica, en caso de que el adolescente se presente únicamente con consumo es necesario enviarlo a un servicio de desintoxicación.

Una vez concluida la evaluación se entregan y explican los resultados al adolescente, posteriormente se debe proporcionar información sobre los efectos y consecuencias de la sustancia que consume. Asimismo, la evidencia señala que es importante sugerirle y explicarle al adolescente el tipo de intervención señalando las ventajas que puede obtener de iniciarla (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2009).

Es importante motivar al usuario a realizar un cambio, por lo que se propone guiar al adolescente en la evaluación las ventajas y desventajas de dejar de consumir, para establecer una meta de tratamiento. La evidencia señala que trabajar con identificación de situaciones de riesgo de consumo y establecer planes de acción para enfrentarlo, así como dar seguimiento, son prácticas que resultan eficaces para la reducción y abstinencia del consumo en los adolescentes. Asimismo, es importante que en el plan de tratamiento se trabajen paralelamente con el entrenamiento y fortalecimiento de habilidades para la vida, y así obtener mejores resultados en la intervención (Botvin, Griffin y Díaz, 2001).

FIGURA 5
PROCEDIMIENTOS Y PRÁCTICAS SUGERIDAS PARA LA INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES
QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIONES SEÑALA LA EVIDENCIA COMO LAS MÁS EFECTIVAS PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES?

Tipos de intervenciones terapéuticas

Se ha desarrollado una amplia variedad de programas de intervención en abuso y dependencia de sustancias en los adolescentes, la literatura describe que la mayoría de estos utilizan aproximaciones psicosociales, las cuales pueden ser clasificadas dentro de cinco categorías: intervenciones basadas en la familia; enfoque motivacional; cognitivo-conductual; basada en el modelo de los 12 pasos y el tratamiento farmacológico (Deas y Clark, 2009).

Intervenciones basadas en la familia

A pesar de que existen otros contextos que influyen en el comportamiento de los adolescentes, tales como el entorno social (es decir, grupos de iguales) y la comunidad, este tipo de intervenciones señala que la principal influencia en las acciones de los adolescentes es la familia (González *et al.*, 2004; Deas y Clark, 2009).

Estas intervenciones toman en consideración el funcionamiento del adolescente dentro de la familia, así como sus interacciones con los miembros que la conforman. Las prácticas que han mostrado ser efectivas se caracterizan por brindar estrategias para mejorar la interacción entre los integrantes de la familia y entrenar al adolescente y a sus hermanas o hermanos en rehusarse al consumo ante la presión de sus iguales (Deas y Clark, 2009).

La evidencia señala que el profesional de la salud debe llevar a reflexionar a los padres acerca de que el consumo del adolescente no es un problema sólo de él, sino de la familia con la finalidad de lograr eliminar la resistencia y promover que los padres también acudan a tratamiento (Stantan y Shadish, 1999; González *et al.*, 2004; Liddle *et al.*, 2008; Copello *et al.*, 2005; Deas y Clark, 2009).

Es importante señalar que todas las prácticas utilizadas durante este tipo de intervención siempre deben ir enfocadas a impactar tanto al adolescente como a cada uno de los miembros de la familia.

Intervenciones motivacionales

La terapia motivacional es una intervención diseñada para mejorar la motivación del adolescente para realizar un cambio en su conducta. La evidencia señala que el enfoque motivacional es especialmente funcional para el tratamiento de los adolescentes que abusan de sustancias, ya que estos a menudo no buscan tratamiento y necesitan ser motivados para cambiar sus comportamientos e iniciar el tratamiento (NIAAA, 2011; Huang *et al.*, 2011; Marsden *et al.*, 2006).

Uno de los métodos para mejorar la motivación al cambio es la entrevista motivacional que se apoya en la propia capacidad o **autoeficacia** del adolescente para llevar a cabo un cambio. Las principales prácticas que se requieren para que el profesional de la salud pueda incrementar la motivación al cambio en la o el adolescente son las siguientes (ver Tabla 7):

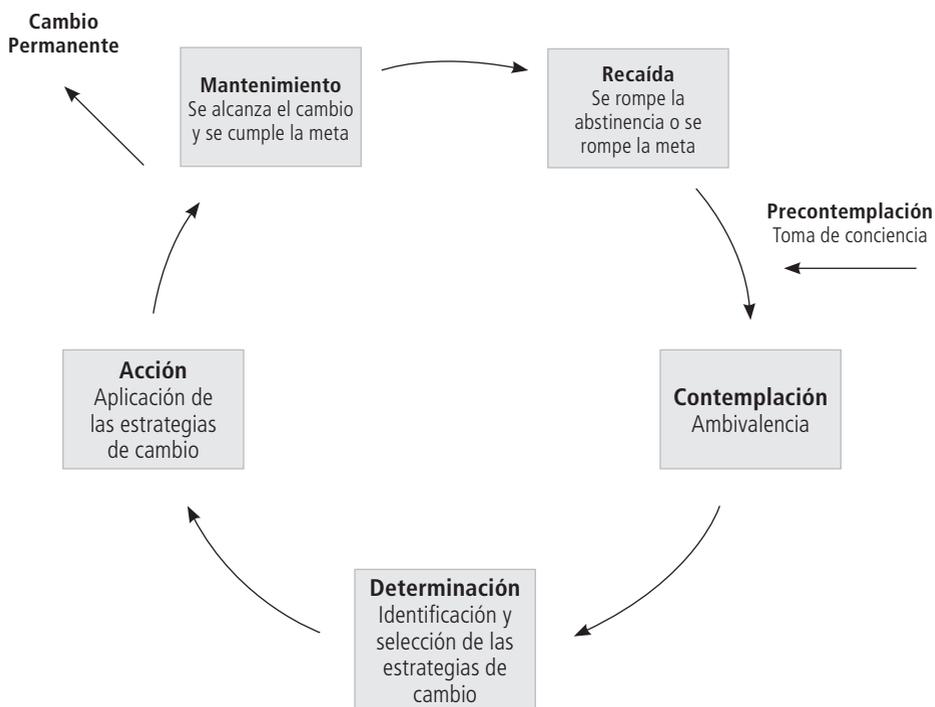
TABLA 7
SE DESCRIBEN Y EJEMPLIFICAN LAS PRINCIPALES PRÁCTICAS QUE EL PROFESIONAL PUEDE REALIZAR PARA INCREMENTAR LA MOTIVACIÓN AL CAMBIO

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| Empatía | <ul style="list-style-type: none"> • Es aceptar y respetar al usuario, implicando un cierto grado de soliradidad emocional para intentar comprender sus pensamientos y emociones • La empatía es la espina dorsal en el tratamiento con los adolescentes porque el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil para el cambio | <i>Entiendo que no fue fácil que tus papás se enteraran y que te regañaran delante de tu novia, imagino que es una situación incomoda</i> |
| Escucha reflexiva | Se trata de averiguar lo que intenta decir el usuario y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final | <i>Por lo tanto, si te entiendo correctamente, crees que has estado bebiendo demasiado, pero aún no estas seguro de querer cambiar</i> |
| Crear una discrepancia | <ul style="list-style-type: none"> • Se guía al usuario a que reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar • Se puede provocar a partir de una concientización de los costos de la conducta actual | <i>En este sentido quiero que piensas en los beneficios de seguir consumiendo... Ahora reflexiona sobre las consecuencias que te ha generado el consumo</i> |
| Evitar discusiones | <ul style="list-style-type: none"> • Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias o propuestas para el cambio • Es importante no precipitarse con un cúmulo de información para el adolescente. Es más útil informar poco a poco e ir preguntando | <i>En ocasiones se piensa que con la marihuana la gente se puede relajar, ¿tú que piensas al respecto?</i> |
| Autoeficacia | <ul style="list-style-type: none"> • Se refuerza la creencia del usuario en su capacidad para conseguir el cambio y poder enfrentar situaciones de riesgo | <i>Me dices que no crees poder dejar de fumar, sin embargo, llevas dos meses sin hacerlo, has logrado estar sin consumo</i> |

La aproximación se enfoca en reconocer claramente si la o el adolescente está dispuesto a cambiar y en qué etapa de este cambio se encuentra. El concepto de etapa de cambio se basa en el modelo propuesto por Prochaska y DiClemente (1986), que consiste en

seis etapas que representan el proceso por el que pasa la gente cuando piensa cambiar una conducta, como la forma de consumo (ver figura 6). Estas etapas han sido útiles en la predicción e intervención de consumidores de diferentes sustancias y ha sido sugerida por la Organización Mundial de la Salud (2009).

FIGURA 6
MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE (1986)



El profesional de la salud tiene en cuenta que la mayoría de los adolescentes no han tomado la decisión de hacer un cambio en su conducta de consumo; por ello resulta fundamental que, antes de intentar instrumentar algún programa de intervención, incremente la disposición al cambio en el adolescente (Martínez *et al.*, 2009).

En este sentido, es importante tener en cuenta que los adolescentes pueden tener disposición para cambiar su conducta de consumo, pero no estar dispuestos a iniciar un tratamiento, principalmente por su percepción negativa del mismo (Martínez *et al.*, 2009).

Una práctica efectiva consiste en describir el tratamiento y las opciones de intervención con base en la evaluación inicial para incrementar la motivación al cambio así como la aceptación y disposición al tratamiento a través de la aplicación de estrategias motivacionales y de la aclaración de las expectativas que los adolescentes y los profesionales de la salud tienen de la intervención (Martínez *et al.*, 2005; Orner y Werner, 1968; Zweben y Li, 1981).

Las principales prácticas que se llevan a cabo con el adolescente para generar la disposición a iniciar la intervención (Martínez *et al.*, 2009) son:

TABLA 8
PRÁCTICAS PARA GENERAR LA DISPOSICIÓN EN EL ADOLESCENTE HACIA LA INTERVENCIÓN

| | |
|-------------------------------------|---|
| Rapport | El profesional favorece un ambiente de relajación y disminuye la tensión del adolescente. Aplica estrategias para "romper el hielo" |
| Retroalimentación | El profesional retroalimenta al adolescente sobre su patrón de consumo, sus situaciones de riesgo, consecuencias negativas a corto y largo plazo, así como los factores de riesgo y de protección |
| Identificar el problema | El profesional ayuda a identificar al adolescente su consumo como un problema, con base en el análisis de las consecuencias de su consumo |
| Elaboración de alternativas | El profesional guía al adolescente a identificar cuáles son las cosas que le preocupan de su consumo y trabaja con él para que desarrolle por lo menos dos alternativas posibles que puedan dar solución al conflicto identificado por él mismo |
| Presentación del tratamiento | El profesional explicará las características de la intervención (sus objetivos, duración, principios de confidencialidad, tipo de estrategias, etc.) |

Si la o el adolescente concluye que puede hacer un cambio para prevenir problemas en el futuro o reducir las consecuencias que ya se presentan, el profesional debe proponerle una intervención en reducción y abstinencia de sustancias como una manera de lograr el cambio. Asimismo, es importante que el profesional de la salud defina las características de la intervención (Salazar, Martínez y Barrientos, 2009).

En caso de que la o el adolescente concluya que no está interesado en hacer algún cambio o ingresar en un tratamiento, es importante que el profesional de la salud utilice las prácticas motivacionales. En caso de no lograr el cambio es importante dejarle las puertas abiertas y reducir al máximo la posibilidad de que el adolescente se vaya sin información básica sobre los efectos y consecuencias del consumo de la sustancia (Salazar *et al.*, 2009).

Para generar un cambio en el o la adolescente, también se ha recomendado que los profesionales le ayuden a analizar la ambivalencia que el consumo genera, entre “seguir consumiendo o dejar de consumir”. Por lo que es importante ayudar al adolescente a disminuir esta dualidad y guiarlo a generar nuevas ideas (o modificar las antiguas) respecto a su forma de consumo (Martínez *et al.*, 2005).

La motivación para el cambio ocurre cuando un individuo se percata de que los costos de su forma de consumo son más altos que los beneficios recibidos. Finalmente se analizan las respuestas junto con el adolescente para identificar hacia dónde se está inclinando la balanza de cambio.

Por otra parte, para ayudar al adolescente a aumentar su compromiso para el cambio, es importante establecer una meta de consumo, para ello el profesional puede darle la posibilidad de elaborar sus propias elecciones. De esta manera, el adolescente puede elegir dentro de un rango de posibles alternativas y mostrar una mayor aceptación al tratamiento y así obtener resultados más favorables.

Es importante que la o el profesional de la salud apoye al adolescente para que identifique las situaciones que lo llevan al abuso de la sustancia y que analice las decisiones que toma y las consecuencias que éstas tendrán para, posteriormente, guiar al adolescente a establecer una meta para eliminar su consumo (Martínez *et al.*, 2005).

En el caso del alcohol también es fundamental hacer énfasis que debido a las características biológicas propias de los adolescentes, la OMS (2009) señala que cualquier consumo de alcohol es perjudicial y se considera como abuso.

Para lograr el cumplimiento de la meta, la o el profesional de la salud, en primera instancia, puede ayudar al adolescente a identificar los precipitadores del consumo, así como las situaciones que lo ponen en riesgo de no cumplir la meta (Martínez *et al.*, 2009).

La importancia de identificar las situaciones de riesgo radica en conocer cómo es su consumo, qué pasa cuando lo inicia, qué tan rápido consume, cuánto tiempo permanece consumiendo, qué cantidad consume, así como poder evitar el exponerse a algunas de estas situaciones y estar preparado por si ocurren, sabiendo de antemano qué hacer para no consumir. De igual manera, sentirse más seguro y convencerse de las ventajas de no consumir al detectar todos los daños, pérdidas, problemas y alteraciones que el consumo le ha ocasionado y tener claridad sobre otro tipo de conductas y actividades que le serán de utilidad para lograrlo.

Una práctica adicional, consiste en explicarle al adolescente que ante una situación de consumo es importante que tenga opciones que le permitan alejarse y tener éxito en mantener la abstinencia. Estas opciones deben ser planeadas y con alta probabilidad de poder realizarlas; se le explica que tal vez experimentará algo de incomodidad en un corto plazo, pero que esto le permitirá obtener una mayor recompensa a largo plazo.

Intervenciones cognitivo-conductuales

Las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual tienen como objetivo guiar al o a la adolescente a realizar un análisis funcional de la conducta de consumo para que pueda identificar y entender los factores y situaciones que preceden al consumo así como las consecuencias que le genera éste. En consecuencia, en este tipo de intervenciones:

El profesional de la salud se enfoca en la identificación de situaciones de alto riesgo y ayuda a los adolescentes a adquirir las habilidades necesarias para prevenir o tratar adecuadamente las situaciones (Deas y Clark, 2009).

Las principales prácticas que se llevan a cabo en este tipo de intervenciones son:

TABLA 9
PRÁCTICAS PARA REDUCIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL ADOLESCENTE
DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

| | |
|--|---|
| Registro y monitoreo del consumo | El adolescente llena diariamente la cantidad y eventos de consumo |
| Identificación y prevención de situaciones de riesgo y protección | El adolescente identifica sus precipitadores de consumo y los factores que le previenen y ayudan a no consumir |
| Implementación de estrategias para prevenir situaciones de riesgo y evitar el consumo | El adolescente ensaya a través del modelamiento del profesional, las conductas y estrategias que realizará ante las situaciones de riesgo |
| Control de estímulos que anteceden al consumo | El adolescente identifica los estímulos internos (pensamientos, deseos, sensaciones, etcétera) que lo precipitan al consumo. El profesional promueve estrategias para controlarlos a través de la reestructuración cognitiva (cambio de pensamientos) |
| Entrenamiento en habilidades para la vida | El adolescente adquiere habilidades que le permitan generar factores protectores que promuevan su salud y evitar situaciones de riesgo que lo lleven al consumo |

Intervención basada en el Modelo de 12 Pasos

El modelo de doce pasos, utilizado como base del tratamiento para los grupos de autoayuda de AA, está relacionado con resultados positivos en varios estudios de tratamiento para adolescentes (Alford *et al.*, 1991; Williams y Chang, 2000; Winters *et al.*, 2000).

Varios otros estudios han encontrado que la asistencia a los grupos de autoapoyo o atención posterior se asocia con mayores tasas de abstinencia y otras medidas de mejora de resultados, en comparación con los que no participan en estos grupos después del tratamiento (Brown *et al.*, 1994).

En el programa de 12 pasos los adolescentes trabajan sobre las medidas concretas hacia la recuperación, a través de la asistencia a grupos de autoayuda, y del apoyo y guía de un “padrino” que es otra persona en recuperación de los problemas de uso de sustancias.

El programa de 12 pasos y los grupos de autoayuda ofrecen varios beneficios, incluyendo un grupo de compañeros en recuperación (es decir, que no utilizan sustancias), los “padrinos” o guías disponibles, y otros tipos de apoyo (Jaffe, 1990, 2001). Aunque el programa de 12 pasos puede ser eficaz para muchos adolescentes, no han sido objeto de ensayos clínicos controlados.

Intervención farmacológica

Los medicamentos utilizados para controlar el deseo del consumo de alcohol (por ejemplo, naltrexona, acamprosato, ondansetrón) que se utilizan cada vez más entre los adultos han sido eficaces en reportes de casos en adolescentes (Solhkhah y Wilens, 1998). Sin embargo esta eficacia en adolescentes aún no se ha probado en ensayos controlados.

Estos medicamentos y algunos agentes aversivos como el disulfiram podrían considerarse para su uso en adolescentes resistentes al tratamiento.

Del mismo modo, el uso de medicamentos para tratar el consumo de alcohol, como las benzodiazepinas, o la abstinencia de opiáceos como la clonidina y la buprenorfina, no se basa en la investigación empírica en los adolescentes, sino más bien sobre la investigación y la experiencia con los adultos. Los médicos deben tener precaución al considerar el tratamiento farmacológico para los adolescentes con abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos comórbidos.

El consumo de sustancias puede aumentar el potencial para la sobredosis intencional o no intencional con algunos medicamentos psicotrópicos, especialmente en combinación con algunas sustancias de abuso (Bukstein *et al.*, 2005).

Comorbilidad

Existen tasas significativas de adolescentes que consumen sustancias que presentan trastornos psiquiátricos (trastornos del comportamiento disruptivo, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (Armstrong y Costello, 2002; Grella *et al.*, 2001; Lewinsohn *et al.*, 1993; Simkin, 2004).

Algunos trastornos psiquiátricos, como los depresivos, pueden aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias.

Aunque los investigadores y los clínicos han propuesto que los adolescentes consumen sustancias ilícitas como una forma de automedicación para disforia u otros síntomas psiquiátricos, no hay estudios definitivos al respecto (Bukstein *et al.*, 2005).

Por otra parte, la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos, particularmente el trastorno de conducta y, en menor medida, el trastorno depresivo mayor, puede tener un efecto sobre el consumo de sustancias y los problemas relacionados con él, y puede afectar la capacidad del adolescente para participar de manera efectiva en el tratamiento (Riggs y Whitmore, 1999).

Cabe señalar que las patologías que más se han asociado al consumo de sustancias en adolescentes son los llamados trastornos externalizantes (trastorno de conducta, trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno disocial) en comparación con los trastornos internalizantes (trastornos de ansiedad y afectivos). Ambos tipos de trastornos aparecen con una prevalencia dos o tres veces mayor que en la población no consumidora. En algunas revisiones se ha encontrado una prevalencia de comorbilidad que oscila entre 61 y 88% (CONACE, 2004; Armstrong y Costello, 2002).

Hay que tener en cuenta que en los adolescentes es frecuente la presencia de alteraciones en diversas áreas de la regulación emocional y del control de impulsos que también pueden tener un papel importante en la génesis de un problema por uso de sustancias y que no llegan a conformar una patología.

¿QUÉ PRÁCTICAS PUEDEN DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PROMOVER LA ABSTINENCIA EN EL ADOLESCENTE?

Prácticas para reducir los factores de riesgo del consumo de sustancias

Una de las formas de disminuir los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que se presente el consumo en el adolescente es que el profesional:

Incremente las competencias personales y sociales de las o los adolescentes para ayudar a mantener la abstinencia y promueva factores protectores a nivel personal para prevenir el abuso y dependencia de las sustancias. (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Para que el profesional pueda promover factores protectores, se debe llevar a cabo el entrenamiento de habilidades en adolescentes que le permitan el desarrollo de una identidad positiva y una mejor autoestima. Los expertos señalan el entrenamiento de habilidades de la siguiente manera (Health Canada, 2001; Martínez, 2003):

- Comprende cierto número de elementos que incluyen: incrementar la autoestima, analizar el significado de un estilo de vida saludable y su implementación, y aprender habilidades de control de enojo así como de manejo del estrés.
- Se enseña en una variedad de lugares y escenarios utilizando ejercicios creativos, terapia artística, psicodrama, asesoramiento personal, trabajo en grupo y terapia familiar.
- Se imparten enseñanzas culturales que incluyan habilidades y prácticas tradicionales, orientadas a soluciones divertidas, creativas y basadas en la experiencia (como artes, artesanías, juegos) y otras oportunidades recreativas.

Algunas de estas habilidades se describen en el capítulo 5, en el cual se aborda el tema de la reinserción social, ya que el entrenamiento en habilidades para la vida en el adolescente además de reducir los factores de riesgo también facilitan su proceso de reinserción social •

CAPÍTULO 5

SEGUIMIENTO, PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y REINSERCIÓN SOCIAL

¿Cómo hacer un seguimiento con los adolescentes?

Para realizar el seguimiento el profesional se centra en comentar los avances logrados por el adolescente respecto a su consumo y las metas de vida que haya logrado.

En este paso, el profesional de la salud debe realizar un resumen de las sesiones previas con el propósito de monitorear la meta de la intervención (Martínez *et al.*, 2009).

Una vez terminada la intervención se sugieren contactos sistemáticos (al mes, a los tres, seis y 12 meses), donde se debe evaluar los aspectos del tratamiento que son especialmente efectivos; se fortalece el proceso de tratamiento (prevenir una recaída inminente o si ya sucedió analizarla); se revisan también los beneficios obtenidos y se hacen los ajustes necesarios para que el adolescente alcance las metas planteadas durante la intervención.

La tabla 10 describe las conductas que el usuario realizará, con base en cada una de las estrategias que debe aplicar el profesional de la salud.

Con los seguimientos el profesional de la salud promueve que el usuario identifique qué estrategias y planes le funcionaron para cumplir su meta, analice las ventajas de haber cumplido con ella, elabore estrategias y planes para prevenir recaídas y se comprometa a mantener su nueva forma de consumo, hasta el siguiente contacto con él. Es importante señalar que si el adolescente no demuestra avances, se le puede pasar al siguiente nivel de intervención y derivarlo a un tratamiento de mayor complejidad acorde a las características de su consumo y las consecuencias derivadas del mismo.

caso de que se presente una caída o recaída, es necesario evaluar la estrategia o plan que utilizó el adolescente para enfrentar las situaciones de riesgo que se le presentaron, motivándolo a que analice por qué se dio el consumo, cuáles fueron las desventajas de ese plan, para finalmente motivarlo a que considere otras alternativas más efectivas. Asimismo, el profesional debe motivar al adolescente a restablecer su meta inicial. Las técnicas a implementar para prevenir el proceso de recaídas deben adecuarse a las características particulares de cada adolescente, siempre buscando que los métodos de trabajo sean accesibles y entretenidos y que al mismo tiempo permitan trabajar en la detección de señales de riesgo de recaídas, la identificación de pautas de pensamiento y sentimientos que pueden ser disparadores del proceso de recaída y la elaboración de estrategias de enfrentamiento para evitar dicho proceso. Las dramatizaciones de situaciones vividas o que pudieran presentarse, también llamadas *role playing*, constituyen una práctica efectiva que permite ubicar al joven *in situ*, y hacerle notar los evidentes riesgos, las dificultades y las posibilidades de acción frente a una situación de riesgo de consumo, reforzando así las estrategias de la intervención y desarmando las razones y justificaciones para consumir (CONACE, 2004).

Como parte de la prevención del proceso de recaídas, se busca también favorecer en el adolescente un estilo de vida saludable que le permita un funcionamiento interpersonal y social óptimo.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA REINSERCIÓN SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN Y CÓMO LLEVARLA A CABO CON ADOLESCENTES?

La reinserción social es un proceso complejo que debe completarse desde diversos ámbitos: sociedad, gobierno, familia, entre otros. Como parte del proceso los profesionales de la salud deben abocarse a que existan posibilidades efectivas para la rehabilitación y pueda hacerse efectiva la reinserción social.

El proceso de reinserción social conlleva la capacitación para diversas actividades productivas durante la intervención. Generalmente, este proceso se da durante rehabilitaciones con estancia de internamiento, pero dada su efectividad para mantener un estilo de vida saludable, su inserción durante las intervenciones ambulatorias se vuelve imprescindible.

La reinserción social se entiende como una acción educativa compleja e integral, que busca ejecutar acciones de responsabilización, reparación e integración social del adolescente (SENAME, 2005). Esto se logra a partir de tener recursos personales y las habilidades sociales necesarias, en lo que respecta al nivel de salud, el tipo de convi-

vencia que establece con su familia, el grado de formación educativa y laboral que ha alcanzado, los diferentes modos de utilización del tiempo libre, es decir, el grado de participación que como persona está desarrollando en la sociedad.

Las prácticas más efectivas de reinserción social, durante las intervenciones, son:

- Habilidades específicas que mejoren la autoestima y el proceso de toma de decisiones.
- Establecimiento de metas educativas y/o laborales, acorde con la realidad de cada adolescente. El profesional deberá brindar orientación vocacional y acompañar al adolescente hasta la consecución de las metas.
- La intervención deberá favorecer la inclusión del adolescente a actividades culturales y deportivas.
- El proceso terapéutico debe involucrar a la familia como parte de la recuperación, desde el inicio hasta los seguimientos de la intervención.

En el trabajo con los adolescentes será muy importante mantener una actitud positiva y no confrontativa hacia los deseos e inquietudes que manifiesten. El planteamiento de las metas para que el adolescente se adapte óptimamente a la sociedad deberá ser acorde a los gustos e intereses de cada joven. El profesional será una guía y compañía en la reinserción, pero no podrá imponer las metas que considere más adecuadas (SENAME, 2005).

Cualquier resultado del proceso de reinserción social deberá evaluarse y documentarse como parte de la efectividad de la intervención. Para que el profesional pueda dotar a los adolescentes de habilidades que les permitan enfrentar de una manera eficaz las situaciones de riesgo y reinsertarse a la vida social, puede enseñar al adolescente tres tipos de habilidades (ver figura 7).

FIGURA 7
COMPETENCIAS PERSONALES Y SOCIALES QUE AYUDAN A LOGRAR LA REINSERCIÓN SOCIAL



Cada una de las habilidades señaladas en la figura 7 han mostrado su efectividad en la reinserción de los adolescentes (Botvin *et al.*, 2001; Marttínez *et al.*, 2009) que padecían el consumo de sustancias. Asimismo, cada tipo de habilidad genera en los adolescentes estrategias diferentes que le permiten provocar un cambio en su conducta de riesgo.

Habilidades para el autocontrol y solución de problemas

Estas habilidades están diseñadas para impactar en el desarrollo de la toma de decisiones, el autocontrol en el adolescente y están compuestas por tres estrategias principales que el profesional debe enseñar: solución de problemas, control de emociones y proyectos de vida.

Estrategia de solución de problemas

El profesional enseña al adolescente conductas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su ambiente y vida cotidiana que le permitan resolverlas sin regresar al uso de sustancias (Botvin y Wolfgany, 2000; Barragán *et al.*, 2005).

Es importante hacer énfasis en que aprender a solucionar los problemas de una forma adecuada facilita la reducción o eliminación de comportamientos impulsivos.

¿Cómo solucionar un problema?

TABLA 11
DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

| | |
|---|--|
| Seguimiento | Definición del problema |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el problema y describirlo lo más específicamente posible. • Separar cualquier problema secundario. |
| | ↓ |
| | Generación de alternativas |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar lluvia de ideas para generar soluciones. • Buscar el mayor número de alternativas posibles. • Escuchar sugerencias y evitar hacer críticas. |
| | ↓ |
| | Análisis de las ventajas y desventajas de cada opción |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los pro y contras de cada una de las soluciones propuestas. |
| | ↓ |
| | Elección de la solución |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar soluciones con las que pudiera no sentirse bien al llevarlas a cabo. • Agregar la opción que brinde mayores ventajas. |
| | ↓ |
| Aplicación de la opción elegida | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Describir cómo se llevaría a cabo. • Considerar posibles obstáculos para llevar a cabo la solución. • Comprometerse a llevar a cabo la solución seleccionada. | |

El procedimiento de solución de problemas se aplica a cualquier tipo de problema y no sólo para aquellos relacionados con el uso de sustancias. El entrenamiento tiene la ventaja de preparar al adolescente para ser autosuficiente al momento en que el programa formal de intervención termina (ver tabla 11).

Estrategia sobre control de emociones

El profesional de la salud puede brindarle al adolescente estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo, tristeza y ansiedad para favorecer la abstinencia y mejorar su calidad de vida (Botvin *et al.*, 2001; Barragán *et al.*, 2005).

El poder brindar al adolescente estrategias para controlar sus emociones funciona como un factor protector para evitar o reducir la probabilidad de ocurrencia del consumo (Cummings *et al.*, 1980).

Estrategia metas de vida

Un estilo de vida satisfactorio durante la abstinencia favorece su mantenimiento y robustece al adolescente permitiéndole evitar recaídas (Welsh *et al.*, 1993; Brunswick *et al.*, 1990; Barragán *et al.*, 2005); esta satisfacción la obtiene al dedicar tiempo a cada una de sus actividades, lo que le permite alcanzar logros.

Es posible que los adolescentes puedan creer que el consumo de drogas les ayuda a alcanzar algunas metas, como el ser popular dentro de su grupo de amigos. Sin embargo, el profesional de la salud debe guiar a los usuarios a reconocer que el uso de alcohol y otras drogas frena su capacidad para alcanzar sus metas en algún grado.

El profesional puede explicar al adolescente que el alcanzar logros permite obtener consecuencias positivas. Asimismo, es importante explicarle que en ocasiones tiene un costo lograr las metas (Botvin y Wolfgany, 2000; Correia *et al.*, 2002; Barragán *et al.*, 2005; Martínez *et al.*, 2009).

Las conductas que realizará para la obtención de las metas mantienen al adolescente ocupado y motivado, sustituyen a la de consumo al tenerlas como prioritarias (Correia *et al.*, 2002).

El profesional de la salud puede evaluar el número de metas alcanzadas por el adolescente durante la intervención, reconociendo positivamente los logros y motivándolo a conseguir las siguientes metas a largo plazo.

Habilidades sociales y de comunicación

El trabajar con las habilidades sociales puede ayudar al adolescente a mejorar en general las habilidades interpersonales, como la manera de superar la timidez, la forma de intercambiar experiencias, iniciar conversaciones, etcétera. El profesional de la salud puede utilizar las siguientes estrategias para dotar a los adolescentes de elementos que mejoren sus habilidades sociales: estrategias de actividades sociales y recreativas; habilidades sociales y de comunicación etcétera.

Estrategias sociales y recreativas

El adolescente debe adquirir estrategias que le permitan establecer actividades que compitan con el consumo y que apoyen la abstinencia, así como promover un estilo de vida más saludable (Botvin *et al.*, 2001; Griffin *et al.*, 2001; Barragán *et al.*, 2005).

Se debe detectar si existen obstáculos para la realización de la actividad planeada, al obtener esta información el profesional deberá, junto con el adolescente, tratar de resolver estos obstáculos para poder llevar a cabo las actividades.

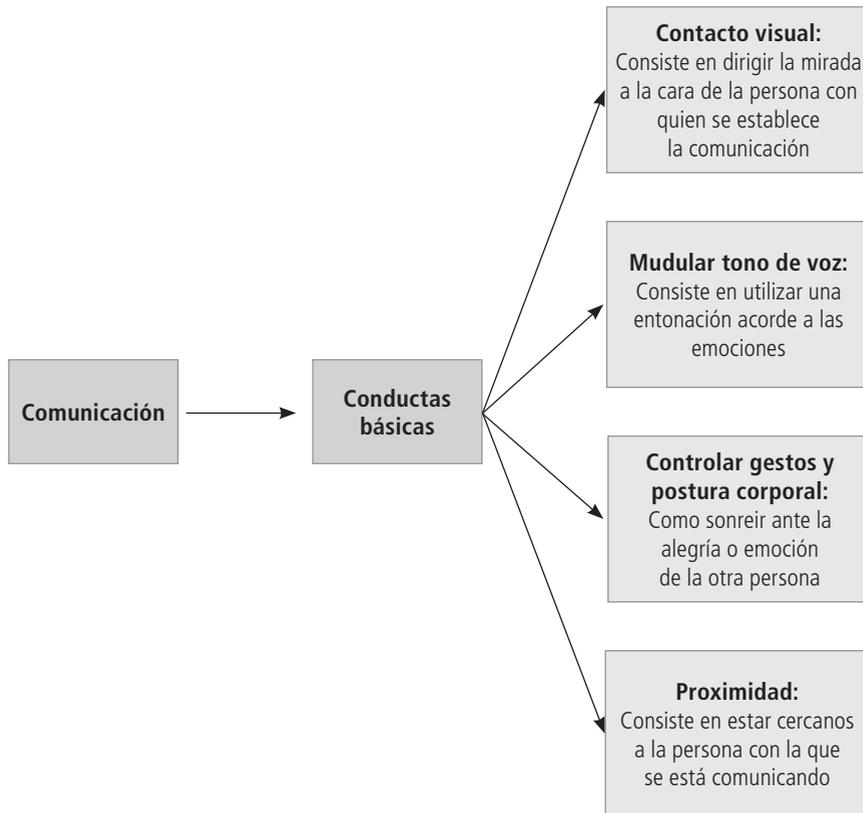
Estrategias de comunicación

El profesional de la salud puede entrenar a los adolescentes para ampliar su repertorio conductual y favorecer ésta efectiva y así promover conductas de interacción positiva tanto con sus iguales como con su familia (Botvin *et al.*, 2001, NIDA, 2004; Barragán *et al.*, 2005).

El profesional puede explicar al adolescente que para mejorar la comunicación y tener interacciones positivas la comunicación debe estar acompañada de conductas básicas

como contacto visual, modular el tono de voz, controlar la expresión corporal y mantener la proximidad (ver figura 8).

FIGURA 8
CONDUCTAS BÁSICAS DE INTERACCIÓN QUE FAVORECEN UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA



Por otra parte existen habilidades de comunicación las cuales se recomienda explicar y practicar con el adolescente, para retroalimentar su ejecución (ver tabla 12).

TABLA 12
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

| <i>Estrategia</i> | <i>Descripción</i> | <i>Sugerencias</i> |
|------------------------|---|--|
| Iniciar conversaciones | Consiste en empezar pláticas respecto a un tema y/o cambiar la conversación respecto a uno nuevo o diferente | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con temas sencillos • Hablar acerca de sí mismo • Escuchar y observar • Hablar lo suficientemente alto • Hacer preguntas abiertas. |
| Escuchar | Consiste en mostrar interés y entendimiento a la plática o conversación de otra persona | <ul style="list-style-type: none"> • Poner atención al tono de voz y a la expresión facial de la otra persona • Hacer preguntas acerca de sus sentimientos, parafrasear lo que se dice, o añadir comentarios • Compartir experiencias o sentimientos similares |
| Ofrecer entendimiento | Consiste en iniciar la comunicación y demostrar que está atento a los pensamientos y sentimientos del otro con respecto al problema | <ul style="list-style-type: none"> • Considerar el punto de vista de la otra persona con respecto al problema • Expresar comprensión ante el sentimiento de otra persona respecto a alguna situación |
| Ofrecer ayuda | Se usa para mostrar que se está dispuesto a negociar u ofrecer apoyo para llegar a una solución | <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer abierto para escuchar y considerar las ideas de la otra persona • Ofrecer una o varias soluciones alternativas |
| Recibir reconocimiento | Consiste en aceptar la expresión que otra persona hace de sus cualidades o conductas | <ul style="list-style-type: none"> • Aceptar los cumplidos que otros hagan • No negarlos • No minimizarlos |
| Hacer críticas | Consiste en solicitar y negociar con otra persona algún cambio | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar y finalizar en términos positivos. • Emplear un tono de voz firme y claro, no enojado. • Establecer la crítica en términos de lo que se piensa. • Solicitar el cambio y comentar con que podría sustituirlo. • Negociar un compromiso. |
| Compartir sentimientos | Consiste en expresar sentimientos con respecto a alguna situación | <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la situación que ocasionó ese sentimiento. • Hablar con la gente con la que se tenga una relación cercana |
| Solicitar apoyo | Consiste en hacer una petición de ayuda | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar conversación con la persona a quien se le solicita el apoyo • Explicar cuál es la situación que se me está presentando y por qué necesito el apoyo • Hacer la petición directa y amable del tipo de ayuda específico que se necesita • En algunos casos se debe de establecer un compromiso de pago o retribución a quien se le solicita la ayuda |
| Expresar desacuerdo | Consiste en expresar la opinión o no coincidencia con la otra persona respecto a algo | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el pronombre personal: "Yo", por ejemplo: "Yo no estoy de acuerdo con la calificación que me asignó" |

Habilidades para el rechazo de consumo y manejo de la información

Rehusarse al consumo es una estrategia que permite al adolescente, de manera efectiva, tener éxito en situaciones de riesgo como la presión social y la necesidad interna. Los individuos con problemática más severa por consumo y con déficit en sus habilidades de enfrentamiento, son quienes más beneficio obtienen del entrenamiento en habilidades de rehusarse al consumo; al tener un nivel de dependencia elevado, el entrenamiento le permite adquirir una percepción de éxito y seguridad para enfrentar eficientemente situaciones de alto riesgo al consumo (Litman, 1986).

Para facilitar el aprendizaje de las diversas habilidades de rehusarse al consumo, el profesional puede practicar junto con el adolescente cada una de ellas. La importancia es retroalimentar al usuario sobre su desempeño para que logre incorporar sus habilidades en las situaciones de riesgo (ver tabla 13) •

TABLA 13
PRÁCTICAS QUE PROMUEVE EL REHUSARSE AL CONSUMO EN LOS ADOLESCENTES

| | |
|--------------------------------------|---|
| Negarse | <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en negarse al consumo sin necesidad de dar alguna explicación del porqué no se quiere consumir. Por ejemplo: “no, gracias” o “no, así estoy bien”. |
| Sugerir alternativas | <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sugerir otras alternativas de consumo, por ejemplo: “no gracias, pero me gustaría mejor echarnos una cascarita, necesito ejercicio”. Es necesario sugerir alternativas que realmente les agraden y que sea probable que las hagan. |
| Cambiar el tema de la plática | <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en dirigir la atención del otro hacia algún tema que sea de su interés para lograr distraerlo y evitar que siga ofreciendo. Por ejemplo: “no gracias, pero pláticame cómo te fue en tu visita con tu familia”. Se debe estar preparado por si le vuelven a ofrecer el consumo. |
| Ofrecer justificación | <ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces es necesario dar algún pretexto por ejemplo: “no gracias, escuché que me harían un examen de orina”. Tienen como desventaja que cuando se vuelven a encontrar en una situación similar, les van a volver a ofrecer el consumo: y deben de estar preparados para enfrentar la insistencia. |
| Interrumpir interacción | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando no se ha obtenido éxito porque le siguen insistiendo, es importante alejarse de la persona o del lugar en caso de ser necesario. Por ejemplo: “mira tengo cosas que hacer en el taller de carpintería, luego te veo”. |
| Confrontar al otro | <ul style="list-style-type: none"> • Se debe confrontar al otro preguntándole por qué es tan importante para él que se consuma, si ya se decidió dejar de consumir. Por lo que se puede contestar de la siguiente manera: “no me insistas ya de favor, ya te dije que no quiero drogarme”. |

CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Son diversos los indicadores que pueden dar cuenta de que un tratamiento ha sido efectivo, la reducción del consumo de drogas es, hasta ahora, el indicador clave del éxito de cualquier programa; sin embargo, se considera que el éxito debe considerarse desde una perspectiva más compleja y multidimensional, contemplando diversas variables de evaluación, como:

- Asistencia al tratamiento y cumplimiento de las metas establecidas durante el mismo.
- La satisfacción del adolescente con el programa de tratamiento.
- Mejoras de la calidad de vida del adolescente (por ejemplo: el estado de salud).
- Mejora en el campo de conocimiento del adolescente acerca de las drogas.
- Menor implicación del adolescente en situaciones antisociales: como violencia, delitos, etcétera.
- Adherencia a un centro educativo y desempeño escolar satisfactorio.
- Manifestación de un funcionamiento saludable en áreas de vida familiar y de pares (CONACE, 2004).

Estos indicadores no son únicos y deben definirse de acuerdo a cada caso y deben ser planteados en conjunto con el adolescente. Se debe buscar además tener registro de estos indicadores y reportes de terceros que constaten la información.

La intención de esta guía es poder integrar información que permita comprender el problema de las adicciones en los adolescentes y tener la posibilidad de actuar frente a este fenómeno de forma sistemática. Lo que se presenta y se puede ejercitar son prácticas avaladas por estudios clínicos y en la medida que se ejerzan con profesionalismo y ética se podrán cimentar las mejores y más efectivas prácticas para el tratamiento de adicciones en los y las adolescentes •

REFERENCIAS

- Armstrong, T., Costello, E. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70:1224-1239.
- Alford, G. S., Koehler, R. A., Leonard, J. (1991). Alcoholics anonymous-narcotics anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: a 2-year outcome study. *J Stud Alcohol* 52:118-126.
- Avilés, K. (2010, 12 de enero). Suicidio y narco, opciones de jóvenes por el fracaso educativo. *La Jornada* [en línea]. Recuperado el 22 de octubre de 2011 de: <http://es.scribd.com/doc/26849171/La-generacion-nini-dos-articulos-en-La-Jornada-enero-2010>.
- Ayala, H., Chaparro, C. L., Fulgencio, J., Pedroza, C., Morales, C., Pacheco, T., Mendoza, G., Ortiz, A., Vargas, S. y Barragán, T. N. (2001). Tratamiento de agresión infantil: desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multiagente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27, 1-118.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, E. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población Mexicana: Un estudio Piloto. *Salud Mental*, 28 (1): 61-71.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3(3), 333-356.
- Botvin, G. J. y Wolfgany, L. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use through life skills training. Theory, methods and empirical findings. *Alcohol Research & Health*, 24(4), 250-257.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Díaz, T. y Ifill-Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: One-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention Science*, 2, 1-13.

- Brunswick, A., Aidala, A. y Howard, J. (1990). Cocaine use and quality of life: gender racial and ethnic differences. Research report. Department Socio-medical Sciences Columbia University, Nueva York.
- Bukstein, O., Bernet, W., Arnold V., Beitchman J., Shaw J., Benson R. S. *et al.* (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44(6), 609-621.
- Censo de Población (2010). Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Recuperado el viernes 28 de octubre de 2011, de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2004). Drogas. Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Santiago: CONACE.
- Copello, A., Velleman, R. Y Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol*, 24, 369-385.
- Correia, C., Simons, J., Carey, K., y Borsari, B. (2002). Measuring substance-free and substance related reinforcement in the natural environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16: 28-34.
- Cummings, C., Gordon, J. R. y Marlatt, G. A. (1980). Relapse: strategies of Prevention and prediction. En W.R. Miller (Ed.) *The Addictive Behaviors: Treatment of alcoholism, Drug, Abuse, Smoking and Obesity*. Oxford UK. Pergamon Press.
- Deas, D. y Clark (2009). Current state of treatment for alcohol and other drug use disorders in adolescents. *Alcohol Research & Health*, 32 (1), 77-82.
- Díaz, N. B. y García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. [Versión electrónica], *Rev Panam Salud Publica*. 24(4): 223-232.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D. y Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- Encuesta en Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior. Ciudad de México, (2009). Recuperado el viernes 28 de octubre de 2011, de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/estudiantes_df/2009/estadistico.pdf.
- Encuesta Nacional de Adicciones, (2008). Consejo Estatal contra las Adicciones, CONADIC. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf.
- Florenzano, R., Pérez V. y Carrasco E. (1999). Alcoholismo y farmacodependencias juveniles en Chile. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia México (2010). Del discurso a la acción: construyendo ciudadanía en México a través del desarrollo positivo adolescente.

- México, D. F.: UNICEF-México. Recuperado el 6 de Julio de 2012 de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesBAJA.pdf>.
- Gómez-Maqueo, E. L., Gómez-Hernández, H. L., Morales, R. B., Pérez-Ramos, M., (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18 (1): 9-17 [versión electrónica]. Recuperado el 15 de noviembre de 2011, de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80412413002.pdf>.
- González, A., Fernández, J. y Secades, R. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Grella, C., Hser, Y., Joshi, V., Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 189:384-392.
- Griffin, K. W., Epstein, J. A., Botvin, G. J., y Spoth, R. L. (2001). Social competence and substance use among rural youth: Mediating role of social benefit expectancies of use. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 485-498.
- Hawkins, J., Catalano, R. y Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Health Canada. Prácticas óptimas. (2001). Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Ministerio de Salud.
- Huang, Y., Tang, T., Lin, C. y Yen, C. (2011). Effects of motivational enhancement therapy on readiness to change MDMA and methamphetamine use behaviors in taiwanese adolescents. *Substance Use & Misuse*, 46, 411-416.
- Hunt, G. y Azrin, N. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior, Research Therapy*, 1:91-104.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Medina-Mora, M. E., Villatoro-Velázquez, J. A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J. P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila M., Tena-Tamayo C., Alvear-Sevilla C., y Guisa-Cruz V. México, D. F., México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez, J. A. Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.

- M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J. P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. México, D. F., México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Reynales-Schigematsu, L. M., Guerrero-López, C. M., Lazcano Ponce, E., Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes J. P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. México, D. F.: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Jaffe, S. L., Solhkhah, R. (2004). Substance abuse disorders. In: *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*, Wiener, J. M., Dulcan, M. K. (eds.). Washington, DC: *American Psychiatric Press* pp. 795-812.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSMIII-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102:133-144.
- Liddle, H., Dakof, G., Turner, R., Henderson, C. y Greenbaum, P. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*. 103,1660-1670.
- Linage, L. y Lucio, E. (en prensa). Validez y confiabilidad del ASSIST en una muestra de estudiantes mexicanos. Manuscrito presentado para publicación.
- Litman, G. K., (1986). Alcoholism survival: The prevention of relapse. En Miller, W. y Heather, N. (eds.). *Treating Addictive Behaviors*. New Cork: Plenum.
- Mariño, M., C., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M. E., (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21 (1):27-36.
- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N. *et al.* (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, 101, 1014-1026.
- Martínez, M. K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. México: UNAM.
- Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, A. y Salazar, M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34 (2), 245-262.

- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M., Barrientos, C. V. y Ayala, V. H. (2009). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. [versión electrónica]. Recuperado el 2 de noviembre de 2011, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/intervencion_breve.pdf
- McWhirter, P., Florenzano, R. y Soublette, M. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolescencia Latinoamericana*. Recuperado el 2 de noviembre de 2011, de: http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002_0002_00006&lng=es&nrm=iso
- Menéndez, G. A., Fernández, H. J. R. y Secades, V. R. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Recuperado el día miércoles 2 de noviembre de 2011, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf>
- Ministerio de Salud. (2007). Guía clínica consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. Santiago, Chile: Minsal.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: prepare people for change* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Moral-Jiménez, M., Ovejero-Bernal, A., Castro, A., Rodríguez-Díaz, F. y Sirvent-Ruiz, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias inter-género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 297-311.
- Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (eds.) (1994). *Reducing risks of mental disorder: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Naar-King, S. y Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guildford Press.
- National Institute on Drug Abuse. (2004). *Como prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Segunda Edición.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Departamento de salud y servicios Humanos de los estados Unidos, Institutos nacionales de la salud.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2011). *Alcohol screening and brief intervention for youth*. A practitioner's guide.
- Olivares, A. E. (2010, 13 de enero). Adolescentes, olvidados por la sociedad. *La Jornada* [en línea]. Recuperado el 22 de octubre de 2011 de: <http://es.scribd.com/doc/26849171/La-generacion-nini-dos-articulos-en-La-Jornada-enero-2010>.

- Organización Mundial de la Salud (2009). Documento de trabajo para la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Recuperado diciembre 20, 2009, de Organización Mundial de la Salud, sitio web: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbwdsp.pdf.
- Orner, M. T. y Wender, P. H. (1968). Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1202-1212.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller y S. Rollnick (1991). *Entrevista Motivacional: Preparando a la persona para el cambio de las conductas adictivas*. Revisado el 24 de octubre de 2012 en <http://www.motivationalinterview.org/Documents/TIP35.pdf>
- Programa Nacional Escuela Segura. Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica. Manual para profesores de Secundaria, (2008). Secretaría de Educación Pública.
- Prospero, O. G., Mendez, D. M., Ruiz, C. A. E., Alvarado, C. I. y Rosenthal, L. (2010). Insomnio, estrés y cannabinoides. *Salud Mental* 34 (3), 211-218.
- Riggs, P y Whitmore, A. (1999). *Substance use disorders and disruptive behavior disorders*. In: *Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents. Review of Psychiatry Series*. En Hendren, R. L. (ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 133-173.
- Riquelme, E. y Romero, R. (2003). Enfoques de Tratamiento en Adicciones. México: Centro de Integración Juvenil A.C.
- Salazar, M., Martínez, K. y Barrientos, V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud Mental*, 32, 469-477.
- Se presentan resultados de pruebas en escolares para la detección de adicciones. Comunicado de prensa no. 294, (2010, 14 de julio). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Recuperado el día martes 1 de noviembre de 2011, de: <http://www.spps.gob.mx/noticias/27-se-presentan-resultados-de-pruebas-en-escolares-para-la-deteccion-de-adicciones.html>. 1 de Noviembre de 2011, de: <http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/manualorientaciones.pdf>
- Sistema de Reporte de Información en Drogas, (SRID, 2010). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INP. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep_49_pdf.pdf
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (SISVEA, 2009). Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2009.pdf.

- Simkin, D. (2004). Adolescent substance abuse. In: Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock BJ, Sadock VA, eds. Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins, pp. 3470-3491.
- Spooner, C., Howard, J. y Mattick, R. (1996). *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Stanton, M. y Shadish, W. (1999). Outcome, attrition and family couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull.* 122,170-191.
- Tendencias entre los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes (2011). National Institute on Drug Abuse. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: <http://www.nida.nih.gov/infofacts/Tendencias-Sp.html>.
- Tevyaw, T. O. y Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction*, (Supplement 2), 63-75.
- Villatoro, V. J. A., Gutiérrez, L. M. L., Quiroz, N., Moreno, L. M., Gaytán, L. L., Gaytán, F. I. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32 (4), 287-297.
- Wachtel, T., y Staniford, M. (2010). The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (5-6), 605-20.
- Welsh, J., Buchsbaum, D., Kaplan, C. (1993). Quality of life of alcoholics and non alcoholics: Does excessive drinking make a difference in the urban setting. *Quality of life research: An international of quality of life aspects*, 2 (5), 335-340.
- Williams, R. J., Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse and treatment outcome. *Clin Psychol Sci Pract*, 7:138-66.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction* 65:601-612.
- Zweben, A. y Li, S. (1981). The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. *American Journal on Drug Alcohol Abuse*, 8, 183-191 •

ANEXOS

ANEXO 1

GLOSARIO

Abuso de sustancias, consiste en un patrón desadaptivo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de drogas.

Adicción, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y para evitar el malestar producido por la privación.

Adolescente, son aquellas personas que tienen entre 12 y 17 años de edad.

Alcoholismo, es el síndrome de dependencia de alcohol etílico.

Autoeficacia, se refiere al juicio de un individuo acerca de su competencia personal en una situación específica. En la prevención y el tratamiento del consumo de drogas, el término se utiliza para referirse a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad de hacer frente a una situación de riesgo de consumo.

Caída, es un acontecimiento puntual donde se incumple la meta de consumo del tratamiento.

Consumo de sustancias psicoactivas, es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.

Consumo perjudicial, es el uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, el patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de alguna o varias sustancias.

Dependiente o adicto, es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

Droga, se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad, o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.

Entrenamiento en habilidades para la vida, constituye uno de los componentes principales en programas efectivos de prevención, especialmente, aumentan la autoeficacia y capacitan a las personas para enfrentarse a situaciones de riesgo.

Entrenamiento en habilidades parentales y familiares, es una estrategia preventiva a través de la cual los padres o tutores son entrenados en el desarrollo de nuevos estilos de educación y gestión familiar y los hijos son entrenados en el desarrollo de habilidades prosociales.

Estilo de vida, es el conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, los iguales, las autoridades y la comunidad e influida por los medios de comunicación.

Factores protectores, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

Factores de riesgo, pueden definirse como la presencia de una característica que aumenta la probabilidad de ocurrencia de consecuencias adversas. Cabe resaltar que se trata de una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento; por lo general, no deseado. Por lo tanto, no es un factor causal.

Grupo de alto riesgo, es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.

Patrón de consumo, es la descripción detallada de la manera en la que una persona o población mantiene el consumo de una o más sustancias. Esta descripción incluye: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Prácticas sexuales de riesgo, representan actividades, en las que, sin el correcto uso de algún medio que evite el intercambio de secreciones o sangre, exista penetración: pene-ano, pene-vagina, pene-boca o boca-genitales externos.

Prevención, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.

Prevención indicada, estrategia implementada en grupos específicos después de que se ha diagnosticado un desorden. Los esfuerzos de los programas de prevención indicada son semejantes a los de un tratamiento, pero estos se centran principalmente en la prevención de la progresión de un desorden. Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva, y solamente se conducen con personas identificadas como consumidores o abusadores de drogas.

Prevención selectiva, representan un conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de drogas (grupos vulnerables). Estos programas de prevención selectiva requieren de la participación directa de los grupos vulnerables en actividades preventivas adecuadas a su situación. El objetivo principal es evitar el inicio del uso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección, de forma que estos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo.

Prevención universal, ha sido definida como el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de una población, sin contemplar si presentan mayor o menor número de factores de riesgo; lo cual abarca a sujetos que no han sido identificados con problemas por el consumo de alguna sustancia. El objetivo principal de los programas preventivos universales en adicciones es evitar o retrasar la presentación de consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Estos programas generalmente son cortos y menos intensivos que los programas selectivos e indicados. Las estrategias que utilizan van desde la diseminación de conferencias o congresos acerca de los efectos de las drogas, hasta la enseñanza de ciertas habilidades de comunicación, recreativas o de rechazo a las drogas, entre otras.

Rehabilitación, es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Reinserción social, es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable en quien ha usado, abusado o fue dependiente de sustancias psicoactivas, con la finalidad de incrementar su funcionamiento interpersonal y social.

Síndrome de abstinencia, es el grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente o del consumo de altas dosis de la misma.

Sustancia psicoactiva, es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotró-

picos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.

Tabaquismo, es la dependencia o adicción de tabaco.

Tratamiento, es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Usuario, es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Usuario, se entenderá como sujetos tanto de sexo masculino como femenino •

ANEXO 2

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

ANEXO 3

| TEST AUDIT | | | | | | |
|------------|--|-------|--------------------------|--|-------------------------|---------------------------|
| | Preguntas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimientos por haber bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 2. | ¿Qué tan frecuentemente te tomas seis o más copas en la misma ocasión? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 3. | ¿Con qué frecuencia durante el año pasado no hiciste lo que normalmente se espera de ti a causa de la bebida? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 4. | ¿Cuántas bebidas/copas que contienen alcohol ingieres el día que bebes? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | 7 a 9 | 10 o más |
| 5. | ¿Con qué frecuencia durante el año pasado te diste cuenta de que no podías dejar de beber una vez que empezabas? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 6. | ¿Qué tan frecuentemente ingieres bebidas alcohólicas? | Nunca | una o menos veces al mes | 2 o 4 veces al mes | 2 o 3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 7. | ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional de la salud ha expresado preocupación por la forma en que bebes o te ha sugerido que reduzcas tu consumo? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, en el último año |
| 8. | ¿Con qué frecuencia durante el año pasado no pudiste recordar lo que pasó la noche anterior porque estuviste bebiendo? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 9. | ¿Te has lastimado/lesionado o alguien ha resultado lastimado/lesionado como consecuencia de tu ingestión de alcohol? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, en el último año |
| 10. | ¿Qué tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |

| NIVELES DE RIESGO IDENTIFICADOS POR CONSUMO DE ALCOHOL PARA EL AUDIT | |
|--|--|
| <i>Niveles de riesgo</i> | <i>Rango de puntos que determinan el nivel</i> |
| Nivel 1. Educación sobre el alcohol | 0 a 7 |
| Nivel 2. Consejo simple | 8 a 15 |
| Nivel 3. Terapia breve y monitoreo | 16 a 19 |
| Nivel 4. Referencia a tratamiento especializado | 20 a 32 |

ANEXO 4

| DAST-10 | | | |
|---------|---|-----------|-----------|
| | <i>Preguntas</i> | <i>SÍ</i> | <i>NO</i> |
| 1. | ¿Alguna vez has experimentado síntomas de abstinencia por dejar de usar drogas? | | |
| 2. | ¿Te has involucrado en actividades ilícitas para así conseguir drogas? | | |
| 3. | ¿Alguna vez el uso o abuso de drogas te ha creado problemas con tu familia o pareja? | | |
| 4. | ¿Alguna vez tu pareja o tus padres se han quejado por tu uso de drogas? | | |
| 5. | ¿Has tenido problemas médicos como consecuencia de tu uso de drogas? (p. ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado, etc.) | | |
| 6. | ¿Alguna vez te has sentido mal por utilizar o abusar de las drogas? | | |
| 7. | ¿Has tenido desmayos, pérdida del conocimiento, lagunas mentales, "ausencias" o "flashbacks" como resultado de usar drogas? | | |
| 8. | ¿Puedes dejar de utilizar drogas o medicamentos cuando tú así lo deseas? | | |
| 9. | ¿Has abusado de más de una droga o medicamento a la vez? | | |
| 10. | ¿Alguna vez has utilizado drogas o medicamentos por razones que no sean médicas? | | |

| NIVELES DE RIESGO IDENTIFICADOS POR CONSUMO DE DROGAS PARA EL DAST-10 | |
|---|--|
| <i>Niveles de riesgo</i> | <i>Rango de puntos que determinan el nivel</i> |
| Nivel 1. No reporta consumo | 0 |
| Nivel 2. Algún consumo o dificultad | 1 a 3 |
| Nivel 3. Reporta consumo o dificultades | 4 a 10 |

ANEXO 5

| ASSIST-OMS | | | |
|------------|---|---|---|
| 1. | ¿Alguna vez en su vida ha consumido...? | 0 | 3 |
| a. | Tabaco | 0 | 3 |
| b. | Bebidas alcoholicas | 0 | 3 |
| c. | Mariguana | 0 | 3 |
| d. | Cocaína | 0 | 3 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 3 |
| f. | Inhalantes | 0 | 3 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 3 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 3 |
| i. | Opiáceos | 0 | 3 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 3 |

Si todas las respuestas son negativas, pregunte: ¿Tampoco cuando era estudiante?, si después de esa pregunta todas las respuestas son negativas, termine la entrevista.
Si alguna respuesta es positiva, continúe con la pregunta 2 para cada sustancia consumida

| 2. | ¿Con qué frecuencia ha consumido... (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) en los últimos tres meses? | Nunca | 1 o 2 veces | Mensualmente | Semanalmente | Diario o casi diario |
|----|---|-------|-------------|--------------|--------------|----------------------|
| a. | Tabaco | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. | Bebidas alcoholicas | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. | Mariguana | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. | Cocaína | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. | Inhalantes | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. | Opiáceos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

Si todas las respuestas son nunca pase a la pregunta 6.

Si ha consumido alguna sustancia en los últimos meses responda las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

| 3. | En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir... (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2)? | <i>Nunca</i> | <i>1 o 2 veces</i> | <i>Mensualmente</i> | <i>Semanalmente</i> | <i>Diario o casi diario</i> |
|----|---|--------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| a. | Tabaco | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. | Bebidas alcoholicas | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. | Mariguana | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. | Cocaína | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. | Inhalantes | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. | Opiáceos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| 4. | En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos? | <i>Nunca</i> | <i>1 o 2 veces</i> | <i>Mensualmente</i> | <i>Semanalmente</i> | <i>Diario o casi diario</i> |
|----|--|--------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| a. | Tabaco | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. | Bebidas alcoholicas | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. | Mariguana | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. | Cocaína | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. | Inhalantes | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. | Opiáceos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| 5. | En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho debido a su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2)? | No, nunca | 1 o 2 veces | Mensualmente | Semanalmente | Diario o casi diario |
|----|--|-----------|-------------|--------------|--------------|----------------------|
| a. | Tabaco | X | X | X | X | X |
| b. | Bebidas alcohólicas | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. | Mariguana | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. | Cocaína | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. | Inhalantes | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. | Opiáceos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Haga las preguntas 6 y 7 par todas las sustancias que ha consumido (pregunta 1)

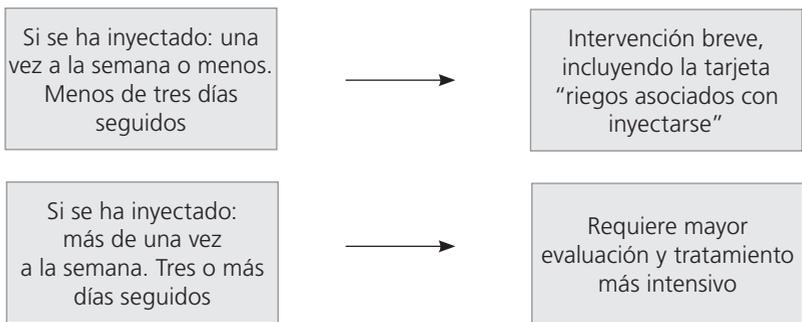
| 6. | ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1)? | <i>No, nunca</i> | <i>Sí, en los últimos tres meses</i> | <i>Sí, pero no en los últimos tres meses</i> |
|----|---|------------------|--------------------------------------|--|
| a. | Tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. | Bebidas alcohólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. | Marihuana | 0 | 6 | 3 |
| d. | Cocaína | 0 | 6 | 3 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 6 | 3 |
| f. | Inhalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 6 | 3 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. | Opiáceos | 0 | 6 | 3 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 2 | 3 |

| 7. | ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) y no lo ha logrado? | No, nunca | Sí, en los últimos tres meses | Sí, pero no en los últimos tres meses |
|----|---|-----------|-------------------------------|---------------------------------------|
| a. | Tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. | Bebidas alcohólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. | Mariguana | 0 | 6 | 3 |
| d. | Cocaína | 0 | 6 | 3 |
| e. | Anfetaminas | 0 | 6 | 3 |
| f. | Inhalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. | Tranquilizantes o pastillas para dormir | 0 | 6 | 3 |
| h. | Alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. | Opiáceos | 0 | 6 | 3 |
| j. | Otros, especifique | 0 | 6 | 3 |

Nota: Si se ha inyectado drogas en los últimos tres meses se le debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención

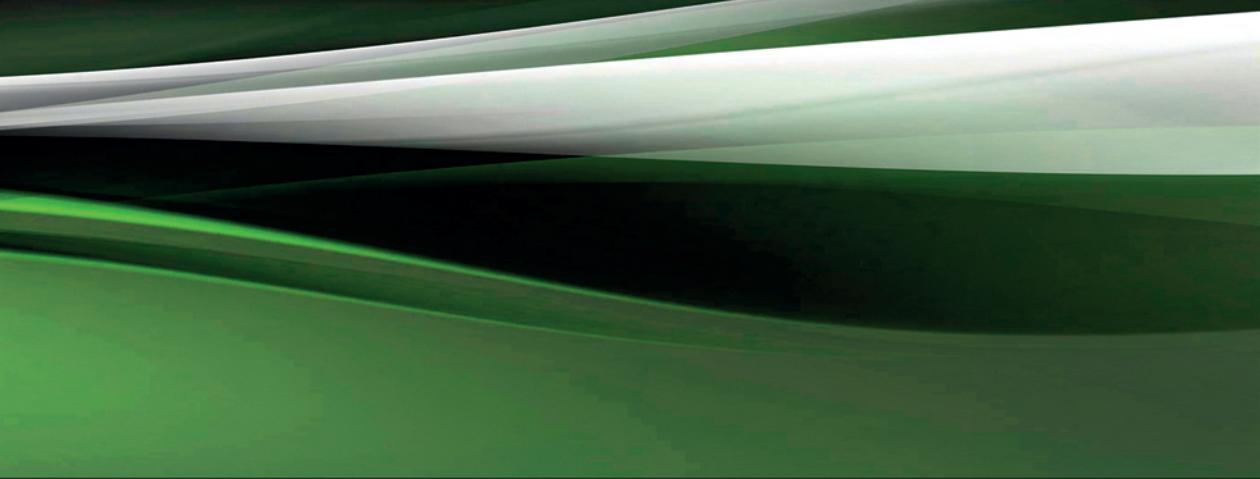
8. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) y no lo ha logrado?

| | | |
|------------------|--------------------------------------|--|
| <i>No, nunca</i> | <i>Sí, en los últimos tres meses</i> | <i>Sí, pero no en los últimos tres meses</i> |
|------------------|--------------------------------------|--|



Recuerde: para obtener los puntajes por sustancias no incluya las respuestas de las preguntas 1 y 8

| TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL USUARIO PARA CADA SUSTANCIA | | | | |
|--|--|-------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | <i>Registre la puntuación para la sustancia específica</i> | <i>Sin intervención</i> | <i>Intervención breve</i> | <i>Tratamiento más intensivo</i> |
| Tabaco | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Alcohol | | 0-10 | 11-26 | 27 o más |
| Mariguana | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Cocaína | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Anfetamina | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Inhalables | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Tranquilizantes o pastillas para dormir | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Alucinógenos | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |
| Opiáceos | | 0-3 | 4-26 | 27 o más |



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO