



**CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**Programa de intervención grupal para adolescentes que
consumen alcohol y drogas:
*manual de aplicación, eficacia y análisis de barreras***

**TESIS QUE PRESENTA MARÍA EUGENIA CONTRERAS PÉREZ
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA**

Tutora: Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Co tutor: Dr. Eric F. Wagner

Lector interno: Hugo Eduardo Reyes Huerta

Lectora externa: Ana Lucía Jiménez Pérez

Aguascalientes, Ags. 03 de agosto de 2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CARTA DE VOTO APROBATORIO

MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA

DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

P R E S E N T E

Por medio del presente como **TUTORA** designado del estudiante **MARÍA EUGENIA CONTRERAS PÉREZ** con ID 137848 quien realizó la tesis titulada: **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA ADOLESCENTES QUE CONSUMEN ALCOHOL Y DROGAS: MANUAL DE APLICACIÓN, EFICACIA Y ANÁLISIS DE BARRERAS**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirlo así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 07 de agosto de 2020.

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Tutora de tesis

Dr. Eric F. Wagner
Co-tutor de tesis

Dr. Hugo Eduardo Reyes Huerta
Lector interno de tesis

Dra. Ana Lucía Jiménez Pérez
Lectora externa de tesis

c.c.p.- Interesado

c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO



Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 11/09/2020

NOMBRE: María Eugenia Contreras Pérez ID 137848

PROGRAMA: Maestría en Investigación en Psicología LGAC (del posgrado): Comportamientos saludables y adictivos

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo Práctico

TITULO: Programa de intervención grupal para adolescentes que consumen alcohol y drogas: manual de aplicación, eficacia y análisis de barreras.

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): Realizar una adaptación del PIBA a formato grupal y evaluar la eficacia y las principales barreras de su aplicación en escuelas preparatorias del estado de Aguascalientes.

INDICAR	SI	NO	N.A. (NO APLICA)	SEGÚN CORRESPONDA:
<i>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</i>				
SI				El trabajo es congruente con las LGAC del programa de posgrado
SI				La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI				Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI				Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI				Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI				El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI				Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
SI				Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI				Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
<i>El egresado cumple con lo siguiente:</i>				
SI				Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI				Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, predoctoral, etc)
SI				Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
N.A.				Cuenta con la carta de satisfacción del Usuario
SI				Coincide con el título y objetivo registrado
SI				Tiene congruencia con cuerpos académicos
SI				Tiene el CVU del Conacyt actualizado
SI				Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales (en caso que proceda)
<i>En caso de Tesis por artículos científicos publicados</i>				
N.A.				Aceptación o Publicación de los artículos según el nivel del programa
N.A.				El estudiante es el primer autor
N.A.				El autor de correspondencia es el Tutor del Núcleo Académico Básico
N.A.				En los artículos se ven reflejados los objetivos de la tesis, ya que son producto de este trabajo de investigación.
N.A.				Los artículos integran los capítulos de la tesis y se presentan en el idioma en que fueron publicados
N.A.				La aceptación o publicación de los artículos en revistas indexadas de alto impacto

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado: Sí X
No

FIRMAS

Elaboró:
Dra. Cecilia Méndez Sánchez
NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADESCRIPCION:

Dr. Pedro Palacios Salas
FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO:

* En caso de conflicto de intereses, firmará un revisor miembro del NAB de la LGAC correspondiente distinto al tutor o miembro del comité tutorial, asignado por el Decano

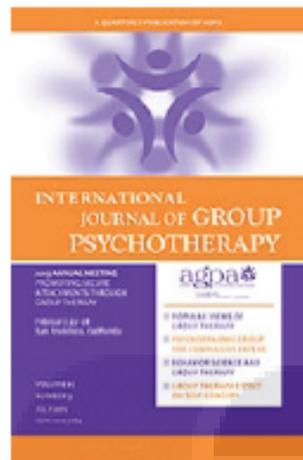
Revisó:
Dr. En H. Alfredo López Ferreira
NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Autorizó:
Mtra. C.S. y H. María Zapopan Tejeda Caldera
NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado
En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

Elaborado por: D. Apoyo al Posg.
Revisado por: D. Control Escolar/D. Gestión de Calidad.
Aprobado por: D. Control Escolar/D. Apoyo al Posg.

Código: DO-SEE-FO-15
Actualización: 01
Emisión: 28/04/20



Efficacy of a group intervention for substance using adolescents in Mexico

Journal:	<i>International Journal of Group Psychotherapy</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Regular Article
Keywords:	Addictions < Specific populations/types of group, Child/adolescent < Specific populations/types of group, Research < Special Topics/aspects/adaptation, Evidence based treatment < Special Topics/aspects/adaptation
Abstract:	El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y drogas [PIBA] is a brief intervention program designed to decrease substance use problems among Mexican adolescents. While studies have supported the efficacy of PIBA when implemented one-on-one, the feasibility and efficacy of PIBA when implemented in groups have not been examined. Group implementation holds potential for increasing the reach and cost effectiveness of PIBA. Therefore, the objective of this paper is to provide a preliminary evaluation of group format PIBA. Two groups of adolescents received the intervention. Efficacy was evaluated across outcomes including substance use patterns, self-efficacy for controlling substance, and consequences associated with substance use. The paper concludes with a discussion of strengths and limitations of group format PIBA.

*“Usted ha prestado un verdadero servicio al permitir que hablen
los que ya están silenciosos y casi olvidados”*

-Albert Einstein



Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma de Aguascalientes, institución en la que me formé desde preparatoria, donde estudié la licenciatura en Psicología y en la que ahora, orgullosamente, concluyo mis estudios de maestría; con convicción expreso que no podría haber elegido una mejor casa de estudios para mi formación.

Un agradecimiento especial al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por financiar este proyecto y por confiar en que la calidad de mi trabajo puede contribuir positivamente a la sociedad mexicana.

Mi agradecimiento y mi más profunda admiración a mi tutora, la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez, por creer en mí desde que iba en quinto semestre de la licenciatura, por ser mi mentora tanto en lo profesional como en lo personal y, sobre todo, por permitirme dar continuidad al hermoso trabajo que hace para mejorar la vida de los adolescentes mexicanos.

Mi profundo agradecimiento a mi cotutor, el Dr. Eric F. Wagner y a la Florida International University; por abrirme las puertas, por ayudarme a enriquecer mi trabajo de tesis, por enseñarme sobre otras formas de hacer investigación y sobre mi propia capacidad como alumna; por hacerme sentir que tengo un segundo hogar en Miami. Citando al autor Wendell Berry: *“nobody can discover the world for somebody else. Only when we discover it for ourselves does it become common ground and a common bond, and we cease to be alone”*.

Agradezco a los lectores de mi trabajo de tesis, el Dr. Hugo Eduardo Reyes Huerta y la Dra. Ana Lucía Jiménez Pérez; gracias por entablar conmigo una relación que me permitió hablar con libertad sobre mi proyecto. Cada una de sus aportaciones enriqueció este trabajo de forma que, sin su ayuda, sé que no lo hubiera logrado.

A Denise Acevedo, mi confidente y mi gurú social, estoy totalmente segura de que no habría sobrevivido estos dos años sin su amistad. Gracias por enseñarme que las amigas de verdad están ahí con un café, un abrazo o un buen golpe, según se necesite.

Muchas gracias a todos los que contribuyeron de una forma u otra a este proyecto de tesis, a Brenda Sánchez por ayudarme a aplicar el PIBA grupal y por evitar que perdiera la cabeza, los viajes en carro eran más terapéuticos que necesarios; a Itzel Romo por siempre darme su opinión de frente, porque buena o mala, me ayudó a crecer como profesionista y como persona; a Raúl García por ayudarme con el diseño gráfico del manual y soportar mis dos mil correcciones, por darle estilo, color y vida a este trabajo; a Jafet Hernández por dedicarse a leer este documento y por todas sus reflexiones al respecto, sin su ayuda, quién sabe cuántos errores de dedo tendría este documento; por último, pero no menos importante, a Fernanda Ávalos y a Sairi Merino, gracias a las dos por sus aportaciones a este proyecto, son personas muy especiales que recordaré con cariño en el futuro.

Por último, un agradecimiento especial a los adolescentes que participaron en este estudio, por prestarme su tiempo y por confiar en mí y en mi proyecto. Aprendí de ellos mucho más de lo que se puede aprender en un libro.

Dedicatoria

A mi madre, porque no recuerdo un solo día de mi vida que no haya sido protegida, apoyada y amada por ti. Te dedico mi trabajo, te dedico mis logros y también mis futuras metas; lo que me trajo aquí el día de hoy es el hecho de que tú peleaste por mí desde antes de que naciera.

A mi padre, no por el café de las mañanas, sino por el amor con el que lo endulzabas. Por haberme enseñado sobre respeto, honestidad y responsabilidad; pero, ante todo, porque me enseñaste a ser una mujer fuerte, que no tiene miedo a perseguir sus sueños.

A Jorge, mi amor, por intentarlo hasta lograrlo, incluso cuando a veces te lo puse muy difícil. Por haberme amado desde que teníamos diez años y te sentabas en la escalera de la primaria a contarme tus secretos; por acompañarme a cada paso de esta caótica aventura que es la vida.

Por último, dedico este trabajo a mi familia, en especial a mis dos hermanos. Por muchos años sentí que éramos una ventana rota, ahora, luego de crecer y madurar, puedo ver que estaba equivocada: en realidad, somos un vitral.

Índice

Índice de tablas 3

Índice de figuras 3

Índice de acrónimos..... 4

Resumen 5

Abstract..... 6

Introducción..... 7

I. Consumo de sustancias: epidemiología, efectos y factores de riesgo..... 8

 I.I. Las drogas y su consumo en México 8

 I.II. Los adolescentes y el consumo de sustancias..... 13

II. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (PIBA). 16

 II.I. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura. 16

 II.II. Antecedentes y creación del programa..... 18

 II.III. Componentes del PIBA..... 21

 II.IV. Programas basados en evidencia y transferencia del conocimiento 27

III. Programas de intervención para el consumo de sustancias en formato grupal. 31

 III.I. La terapia grupal: generalidades..... 31

 III.II. La eficacia colectiva..... 33

 III.III. Lineamientos para la práctica clínica de la psicoterapia grupal 34

 III.III.I. Factores y mecanismos terapéuticos 35

 III.III.II. Creación del grupo terapéutico: selección de los participantes y entrenamiento pre - grupal. 36

 III.IV. Eficacia de las intervenciones grupales para el consumo de sustancias 39

III.IV.I. Efectos iatrogénicos en la terapia grupal.....	43
III.V. Ventajas de la terapia grupal.....	46
Planteamiento del problema.....	48
Objetivos.....	49
Método.....	50
Resultados.....	55
Discusión.....	86
Conclusión general.....	96
Referencias.....	97
ANEXOS.....	108



Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de las drogas más consumidas.....10

Tabla 2: Preguntas de la herramienta The Group Therapy Questionnaire.....37

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión para la terapia grupal.....38

Tabla 4: Elementos modificados a la introducción.....54

Tabla 5: Elementos modificados en los criterios de inclusión y exclusión.....55

Tabla 6: Elementos modificados a la evaluación56

Tabla 7: Elementos modificados a las actividades e instrumentos de cada sesión.....57

Tabla 8: Información general, patrón de consumo, consecuencias asociadas al consumo y nivel de autoeficacia de los adolescentes.....66

Tabla 9: Resultados de la prueba t de student para una muestra, comparando la disminución en el consumo de los adolescentes.....74

Tabla 10: Resultados de la prueba t de student para una muestra, comparando la cantidad de consecuencias asociadas al consumo de los adolescentes, antes y después del tratamiento.76

Tabla 11: Categorías de las barreras identificadas durante la aplicación grupal.....77

Índice de figuras

Figura 1: Modelo de relación entre composición del grupo, reforzamiento del comportamiento disruptivo y comportamientos de líder para predecir la respuesta al tratamiento grupal para adolescentes que abusan del consumo de sustancias.....49

Gráfica 1: Promedios de consumo de los adolescentes que tomaron la intervención por alcohol.....73

Gráfica 2: Consumos totales de la adolescente que tomó la intervención por consumo de tabaco.....73

Gráfica 3: Promedios de consumo de los adolescentes que tomaron la intervención por marihuana.....74

Gráfica 4: Nivel de autoeficacia para el control del consumo reportada por los adolescentes.....75

Gráfica 5: Número de consecuencias asociadas al consumo reportadas por los adolescentes.....75

Índice de acrónimos

AGPA: American Group Psychotherapy Association

APA: American Psychological Association

CB: Consejo Breve.

CBCS: Cuestionario Breve de Confianza Situacional

CIJ: Centros de Integración Juvenil

ENCODAT: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

LIBARE: Línea Base Retrospectiva.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIBA: Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas.

POSIT: Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes.

TAS: Teoría del Aprendizaje Social

TC: Transferencia de Conocimiento.

UNEME-CAPA: Unidades de Especialidades Médicas, Centros de Atención Primaria en Adicciones.

Resumen

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y drogas [PIBA], es una intervención diseñada para adolescentes que consumen alcohol o drogas que ha demostrado su eficacia científica, pero en ciertos contextos específicos han surgido barreras que impiden su aplicación como el manual lo señala, lo que implica el riesgo de que se reduzca la eficacia de la intervención; por lo anterior, el objetivo de este proyecto de tesis es presentar las modificaciones que se hicieron a PIBA para su aplicación en formato grupal y los resultados principales que arrojó la primera aplicación de este formato. El método está dividido en cinco fases, la primera consiste en la adaptación del manual, la segunda en la capacitación de los terapeutas y las últimas tres corresponden a la aplicación de la intervención; los resultados señalan que el PIBA grupal es eficaz para reducir el patrón de consumo de los adolescentes, aumentar su nivel de autoeficacia para el control del consumo y disminuir las consecuencias asociadas a su consumo. Por último, se discute la eficacia clínica que tiene el PIBA en formato grupal, los casos atípicos que surgieron durante la intervención, las principales barreras de aplicación y las preguntas sin respuesta que marcan los pasos siguientes para esta línea de investigación.

Palabras clave: intervención grupal, adolescentes, adicciones.

Abstract

The brief intervention program for adolescents with substance use [PIBA, in Spanish], it's an intervention designed for adolescents who initiate substance use, this intervention has scientific efficacy, but in certain specific contexts, specific barriers prevent the application as the manual indicates, which implies the risk of reducing the efficacy of the intervention; therefore, the objective of this article is to present the modifications that were made to PIBA for its application in group format and the main results that the first application of this format yielded. The method is divided into five phases, the first consists in adapting the manual, the second in the training of therapists and the last three correspond to the application of the intervention; the results indicate that the group version of PIBA is effective in reducing the substance use in adolescents, and it's also effective for increasing their level of self-efficacy for the control of substance use and the reduction of the consequences associated with their substance use. Last, the clinical efficacy of the PIBA in group format, the atypical cases that arose during the intervention, the main application barriers and the unanswered questions that mark the next steps for this line of research are discussed.

Key words: group intervention, adolescents, substance use.

Introducción

El consumo abusivo de alcohol y drogas es una problemática que ha ido en aumento en la población mexicana en los últimos años. Este tipo de consumos comienza con la experimentación, pero poco a poco van aumentando en intensidad y frecuencia, lo que lleva a la persona a enfrentar consecuencias negativas en las distintas esferas en las que se desenvuelve.

Una de las medidas que se ha tomado para disminuir el consumo de sustancias dentro de la población es la prevención primaria, que permite atender a los pacientes que inician el consumo abusivo antes de que desarrollen alguna adicción.

Los adolescentes son una población particularmente vulnerable al consumo por distintos factores que van desde lo biológico hasta lo social, es por eso que atender el consumo abusivo en estas edades es crucial.

En el primer capítulo de este documento se hablará precisamente del consumo de sustancias y qué es lo que vuelve a los adolescentes una población particularmente vulnerable al consumo abusivo; en el segundo capítulo se hablará sobre el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y drogas [PIBA], un programa que fue diseñado para atender a los adolescentes que consumen alcohol o drogas en exceso; por último, en el tercer capítulo, se hablará sobre cómo las intervenciones grupales pueden servir como una herramienta eficaz y costo-eficiente para atender distintas problemáticas, siendo una de ellas el consumo de sustancias.

En los apartados posteriores se planteará el objetivo, el método, los resultados de este estudio y finalmente la discusión de estos. Se busca que este trabajo sirva tanto a investigadores como a terapeutas a adentrarse en la teoría que hay detrás de los programas de intervención para el consumo de sustancias y de cómo realizar su aplicación en formato grupal, y al final aporte una herramienta para la intervención grupal que sea una alternativa efectiva del tratamiento individual.

I. Consumo de sustancias: epidemiología, efectos y factores de riesgo.

I.I. Las drogas y su consumo en México

El consumo de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas, es una problemática de salud que crece en intensidad cada año, generando que cada vez más personas se vuelvan adictas. La Organización Mundial de la Salud [OMS], define la adicción como una *enfermedad* física y psicoemocional que ocasiona en la persona una necesidad profunda hacia una sustancia, actividad o relación (OMS, 1999).

La OMS estipula que la adicción se caracteriza por un conjunto específico de signos y síntomas que van desde lo biológico y genético, hasta lo psicológico y lo social. Es una enfermedad progresiva y fatal que normalmente ocasiona en la persona episodios de descontrol, distorsiones de pensamiento y sobre todo, negación ante la enfermedad misma (OMS, 1999).

La adicción se entiende como un proceso que va desde la experimentación hasta el punto en que la persona siente que la sustancia es una parte necesaria de su vida debido a la dependencia fisiológica que se genera a la misma. Previamente, se comprendía la adicción como un proceso de cuatro fases: experimentación, uso, abuso y adicción. En la fase de experimentación la persona es guiada normalmente por la curiosidad, prueba por primera vez una droga, presentándose la posibilidad de continuar con el consumo o interrumpirlo. Si la persona decide continuar con el consumo de la sustancia pasa a la segunda fase, el uso; en esta fase la persona tiene un compromiso bajo con la droga, la consume de manera ocasional y no presenta deterioro laboral, social o familiar como consecuencia de esta. El problema comienza cuando la droga, que progresivamente genera dependencia física o psíquica, se consume en más cantidades o con mayor frecuencia (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

Si se continúa el consumo se puede experimentar la fase de abuso, donde el consumo se vuelve mucho más regular y comienzan a experimentarse episodios de intoxicación. El consumir la droga dirige la vida de la persona y la forma en que toma decisiones, por lo que comienzan a experimentarse problemas en distintas áreas.

Finalmente, la persona pasa a la última fase, la adicción, donde la búsqueda de droga es compulsiva, la persona presenta problemáticas laborales, académicas, familiares y hay un compromiso orgánico o dependencia física. En esta fase se presenta el síndrome de abstinencia cuando la persona intenta dejar la sustancia y aumentan las conductas de riesgo como promiscuidad sexual, accidentes automovilísticos, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008; Lowe, 2019).

Para hablar de que la persona es adicta a una droga, es decir, que se encuentra en la cuarta fase desde esta lógica, tiene que haber presentado tres o más de los siguientes cuadros en un periodo de 12 meses: a) fuerte deseo de consumir la sustancia, b) dificultad para controlar el consumo, c) síndrome de abstinencia, d) tolerancia a la sustancia, e) abandono de intereses ajenos al consumo, o, f) seguir consumiendo a pesar del conocimiento de los efectos negativos de la sustancia (OMS, 1999).

Esta categorización se usó por muchos años, pero la versión más reciente del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5] hizo algunas modificaciones a la forma en que se comprende el proceso de adicción. En esta nueva versión del manual se modificó el nombre del capítulo a “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” y la modificación más relevante es que se eliminaron las categorías de abuso y dependencia, pasando a una única dimensión del trastorno. Para establecer el diagnóstico el paciente debe presentar dos de los 11 síntomas propuestos y se estableció una medición en términos de la gravedad del trastorno que lo clasifica como leve (dos síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas), o grave (seis o más síntomas) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Sin importar cuál de las categorizaciones se esté empleando, es importante tomar en cuenta que cuando se habla del proceso de adicción, se debe analizar que existe una gran variedad de drogas con efectos distintos, que producen adicción a velocidades diferentes porque no impactan de la misma manera, ni al funcionamiento del organismo, ni a las relaciones sociales del individuo. En la mayor parte del mundo, el alcohol y el tabaco son drogas legales, por lo que es mucho más sencillo adquirirlas y, por ende, generar cuadros de abuso y adicción, es por eso que resulta conveniente describir los distintos tipos de drogas, sus principales efectos y su incidencia dentro de la población mexicana.

La OMS define una droga como toda sustancia con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada (OMS, 1999). De acuerdo con datos de la OMS, cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo a causa del consumo de alcohol y siete millones a causa del consumo de tabaco, de las cuales, más de seis millones son por el consumo directo y el resto es de personas expuestas al humo de tabaco ajeno (OMS, 2011, 2013).

Es por eso importante que, al momento de generar tratamientos para el consumo de drogas, se tome en cuenta cuales son las drogas existentes y cómo impactan en la vida de las personas, que tan frecuente es que se consuman y cuáles son las drogas principales que consume la población para la cual el tratamiento va dirigido.

Las drogas pueden dividirse en tres tipos: estimulantes, depresores y alucinógenos, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Clasificación de las drogas más consumidas

Estimulantes	Depresores	Alucinógenos
Tabaco	Alcohol	Marihuana
Cocaína	Inhalables	Peyote
Éxtasis	Tranquilizantes	Hongos
Anfetaminas y metanfetaminas	Derivados del opio (morfina, heroína, codeína)	Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)

(Cruz, 2007)

Cada una de estas drogas tiene efectos particulares tanto a corto como a largo plazo. A continuación, se exponen los principales efectos de las cuatro sustancias más consumidas en México, que de acuerdo con los datos reportados en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (Villatoro, et al., 2017a, Villatoro, et al., 2017b, y Villatoro, et al., 2017c) son el alcohol, el tabaco, la marihuana y la cocaína.

El alcohol es la droga legal de más alto consumo y que presenta el mayor número de adictos. Es un depresor del sistema nervioso que tiene efectos en cinco etapas que dependen

de: la cantidad que el individuo esté consumiendo, el tipo de bebida, el volumen de alimentos que hay en el estómago, el sexo y el peso corporal de la persona. En la primera etapa el sujeto se presenta relajado y sociable, en la segunda la conducta se vuelve más emocional y comienzan los problemas de juicio y coordinación muscular; en la tercera etapa hay confusión mental y reacciones variables de comportamiento, siendo las más comunes pánico, agresividad y llanto. En una cuarta etapa la persona normalmente no puede mantenerse en pie y puede haber vómito e incontinencia de orina, culminando con la quinta etapa, en la que la persona queda inconsciente y hay una inhibición de reflejos, lo que puede llevarlo a entrar en estado de coma y comúnmente, generar la muerte por parálisis respiratoria (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

A largo plazo, el consumo de alcohol causa deterioro gradual en estómago, hígado, riñones, corazón y sistema nervioso, además, el alcohol tiene repercusiones sociales fuertes como accidentes de tránsito, peleas, ausentismo laboral y escolar, violencia, maltrato intrafamiliar, disolución del núcleo familiar, entre muchas otras (Cruz, 2007).

La ENCODAT reporta que el 33.6% de los mexicanos ha tenido consumo excesivo de alcohol en el último año y, actualmente, 15.2% de los adolescentes de entre 12 y 17 años reportan haber tenido consumo excesivo en el último año y 4.1% tiene consumos consuetudinarios (Villatoro, et al., 2017a).

El tabaco es la segunda droga más consumida. El componente activo es la nicotina, que es un estimulante que causa una descarga de dopamina en las áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación; estimula la producción de adrenalina, provocando un incremento en presión sanguínea, respiración y ritmo cardíaco (Cruz, 2007). El consumo frecuente de esta sustancia puede producir cáncer de pulmón, boca, faringe, esófago, entre otros; enfermedades del sistema respiratorio, del corazón, padecimientos cerebrovasculares, resequedad en la piel, arrugas, pérdida de dientes y disfunción eréctil principalmente (Cruz, 2007). La ENCODAT realizada en el 2017 reporta que, en México, 14.9 millones de mexicanos son fumadores actuales, de los cuales 5.4 millones fuman diariamente. 4.9% de la población de entre 12 y 17 años fuma tabaco (Villatoro, et al., 2017b).

En cuanto a las drogas ilegales en general, la ENCODAT reporta que el 9.9% de la población ha probado alguna de ellas, al menos en una ocasión, un aumento significativo

comparando datos del 2011, donde solo el 7.2% las había probado. En cuanto a los adolescentes de entre 12 y 17 años, el 6.2% ha probado al menos en una ocasión alguna droga ilegal y el 2.9% la consume de manera regular; ambas cifras presentaron aumentos significativos con respecto a la encuesta del 2011 (Villatoro, et al., 2017c).

La marihuana es un alucinógeno que produce una sensación de que el tiempo transcurre lentamente, exaltación de la fantasía, risa incontrolable y habla exagerada, además de enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardiaca, sueño y hambre. Con un consumo continuo, esta droga puede generar trastornos de la memoria, apatía y desinterés (Cruz, 2007). Actualmente es la droga ilegal más consumida ya que 2.1% de la población la usan actualmente. El 5.3% de los adolescentes entre 12 y 17 años la ha probado al menos una vez, lo cual es un incremento significativo comparado con encuestas del año 2011, donde solo el 2.4% de los adolescentes la había consumido anteriormente (Villatoro, et al., 2017c).

La cocaína, es un estimulante que produce en el organismo euforia, excitación, ansiedad, dilatación pupilar, aumento de la presión sanguínea y frecuentemente delirios de persecución. Su consumo produce en la persona pérdida de peso, debilidad, convulsiones, alucinaciones, trastornos circulatorios y problemas en el tabique nasal. También es común que produzca la muerte por insuficiencia cardiaca (Cruz, 2007). La ENCODAT señala que en México 3.5% de la población ha consumido esta droga al menos una vez y 0.6% de los jóvenes de entre 12 y 17 años la ha consumido en el último año, un aumento importante tomando en cuenta que en el año 2011 era tan solo el 0.4% (Villatoro, et al., 2017c).

Cada una de estas drogas tiene distintos efectos en la persona y al decir esto, no hablamos específicamente de efectos orgánicos, sino que hay que tener en cuenta que el consumo afecta otras áreas también, en especial la psicológica y la social. Estos efectos se potencializan cuando la persona es menor, en especial si se encuentra todavía en desarrollo, como es el caso de los adolescentes.

I.II. Los adolescentes y el consumo de sustancias.

De acuerdo con diversos autores, los adolescentes están expuestos a varios factores de riesgo que los vuelven particularmente vulnerables al consumo de alcohol y drogas (Becoña, 2000; Maturana, 2011; Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

Becoña (2000) puntualiza que la adolescencia es una etapa crítica en la formación de la persona pues tiene que desarrollarse en distintas áreas mientras lleva a cabo una búsqueda de autonomía e identidad. Tomando en cuenta que el consumo de alcohol y drogas está tan presente en la sociedad moderna, los adolescentes se encuentran expuestos de manera habitual a la experimentación con sustancias y tienen que lidiar con decisiones respecto a su consumo de manera cotidiana.

Por eso la etapa adolescente es relevante cuando se estudia el consumo de drogas, porque es la etapa de la experimentación y de la toma de decisiones que posteriormente impactarán en la vida adulta de la persona. Las drogas son un elemento cotidiano en la vida de los jóvenes y lo más probable es que tengan contacto con ellas, lo que vuelve a la adolescencia una etapa particularmente vulnerable, de tal forma que, si no se tienen los conocimientos sobre los efectos negativos del consumo, la persona pueda desarrollar una adicción (Becoña, 2000).

Por otra parte, Maturana (2011) sostiene que en la adolescencia la persona está experimentando una serie de modificaciones fisiológicas que evidentemente tienen repercusiones psicológicas y sociales. El cerebro está sometido a muchos cambios y la corteza prefrontal, que es la estructura íntimamente involucrada con los procesos de juicio, planificación y toma de decisiones, es la última en desarrollarse.

El hecho de que esta importante estructura no se encuentra totalmente desarrollada en la adolescencia, puede ayudar a explicar por qué los adolescentes son vulnerables al consumo de drogas, tomando en cuenta que los procesos cognitivos carecen de la objetividad y el nivel de análisis que podría presentar un adulto y no se analizan a profundidad las consecuencias de los actos. El proceso de desarrollo en el que se encuentra el cerebro del adolescente, lo convierte en una estructura altamente sensible a la

experimentación y, por lo tanto, altamente vulnerable a los consumos de sustancias (Maturana, 2011).

Además, Maturana (2011) hace énfasis en que el cerebro adolescente no solo es vulnerable a presentar consumo, sino que es particularmente susceptible a que el efecto de las drogas dañe los circuitos neurobiológicos del sistema dopaminérgico, promoviendo cambios en la estructura cerebral que posteriormente pueden ocasionar distintos trastornos en la adultez.

Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003) llegaron a la misma conclusión sobre la vulnerabilidad del adolescente al consumo de sustancias a partir del análisis de la etiología del consumo de alcohol y drogas. Los autores crearon con esta información un modelo integrador de influencias en el consumo.

Dividieron los factores que pueden llevar al adolescente a consumir en macrosociales, microsociales y personales. Los factores macrosociales son aspectos relacionados con el contexto social en general en el que el adolescente se desenvuelve y los dividen en cuatro tipos: 1) Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia, que tiene que ver con que sea legal o ilegal, los horarios de venta y el precio asequible; 2) institucionalización y aprobación social de las drogas legales, aspecto que se centra en el alcohol como una droga aceptada socialmente que incluso se ve íntimamente ligado con el prestigio social; 3) publicidad, una fuente importante de presión social que asocian la bebida con estímulos atractivos para el adolescente como amistad, carácter, personalidad, madurez, sexo, aventura, etc; 4) asociación del alcohol y drogas con el ocio, aspecto relacionado a que el consumo juvenil normalmente se lleva a cabo en el tiempo libre, en fines de semana y en lugares específicos como discotecas o bares en la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.

Los factores microsociales tienen que ver con aspectos íntimamente ligados al entorno particular que rodea al adolescente y los autores los dividen también en cuatro tipos (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003): 1) Estilos educativos inadecuados, que tiene que ver con la ambigüedad de normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento o una organización familiar rígida; 2) falta de comunicación y clima familiar conflictivo, este tipo tiene que ver con que la incomunicación y el ambiente familiar conflictivo pueden generar carencias personales que el adolescente intente compensar con el consumo; 3)

consumo familiar de alcohol, respaldado en diversos estudios que revelan que el consumo de alcohol de padres o hermanos aumenta el riesgo de consumo del adolescente; 4) influencia del grupo de amigos, siendo el grupo de pares el marco referencial que le ayuda a generar una identidad frente al mundo, la posibilidad de consumo aumenta si hay una influencia directa o modelado por parte de los compañeros.

Por último, los factores personales, tienen que ver con características del adolescente en sí mismo. Este factor de riesgo lo dividen en tres tipos: 1) Desinformación y prejuicios, que tiene que ver con la falta de conocimiento o la información errónea que el adolescente puede tener del consumo y que le impide hacer una evaluación adecuada del riesgo. 2) Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas, actitudes que se van formando a lo largo de toda una vida de exposición a los aspectos macro y micro sociales y que generan una predisposición al consumo. 3) Déficits y problemas del adolescente, que son aspectos relacionados estrechamente al consumo. Algunos de los principales ejemplos son los problemas de autoestima, locus de control externo, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

Con el interjuego de estos tres factores de riesgo, que a su vez se dividen en varios tipos, los autores generaron el modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas, que considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y el mantenimiento de conductas de consumo de alcohol y drogas. Es importante señalar que no todos los adolescentes se ven influidos de la misma manera por los mismos factores, sino que se ha encontrado, por ejemplo, que las influencias sociales tienen mayor impacto sobre los adolescentes psicológicamente vulnerables que cuentan con habilidades sociales y académicas muy básicas o que presentaban desde antes del primer consumo problemas como baja autoestima, ansiedad o estrés (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

Con estas investigaciones podemos ir dando cuenta de la importancia que tiene el estudio del consumo durante la adolescencia, siendo esta una etapa donde la persona tiene una vulnerabilidad a presentar problemáticas de este tipo debido a factores muy diversos como el nivel de exposición que se tiene al consumo debido a la normalización social del mismo (Becoña, 2000), el proceso de desarrollo en el que se encuentra su corteza prefrontal, zona encargada de la toma de decisiones y el juicio (Maturana, 2011) y los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

factores de riesgo macrosociales, microsociales y personales de cada adolescente (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

II. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (PIBA).

II.I. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura.

En la década de los 60's comenzó a hacerse notar en México por primera vez una problemática debido al consumo abusivo de sustancias, lo que obligó al gobierno a establecer estrategias para control de la producción y distribución de las drogas y, posteriormente, a la creación de programas de salud encargados de atender a los consumidores (Hernández, 2012).

Los primeros intentos por combatir la problemática de consumo llevaron a la creación de los “Centros de Trabajo Juveniles” en el año 1969, que pretendían basar sus estrategias de intervención en el conocimiento científico (Manero, García, Campuzano, Margolis, y Valadez, 2013), de esta forma, la búsqueda de nuevos enfoques para intervenir en la problemática llevó a la aplicación de la *Teoría del Aprendizaje Social* [TAS], desarrollada por Albert Bandura (Bandura, 1986).

Dentro del marco conceptual de la TAS, se tiene que analizar en qué medida la conducta se debe a: a) características personales del sujeto, b) al contexto, y c) la interacción de ambos. Esto se conoce de mejor manera como “determinismo recíproco”, refiriendo a que los factores personales y ambientales interactúan entre sí, afectando y siendo afectados por la conducta (Bandura, 1986).

De manera aplicada, las teorías que han tratado de incorporar los determinantes personales y los ambientales suelen describir la conducta como un resultado de la acción conjunta de esos dos factores; desde este paradigma, sin embargo, las respuestas de los individuos se miden en varias situaciones, luego se analizan los datos para identificar hasta qué punto se deben las variaciones en la conducta a las características personales, hasta qué punto se deben a las condiciones situacionales y en qué grado a los efectos conjuntos de

ambos, esto sin que exista predominio en alguno de los factores, sino que el comportamiento es el resultado de la interacción de los tres elementos (Bandura, 1986).

Esta teoría parte de una visión *agencial* de la personalidad donde las personas tienen la capacidad de influir sobre sus propias reacciones para producir resultados, pero es importante recordar que el organismo no responde de forma autónoma, sino que reflexiona y responde de forma significativa. Es por esto que puede entenderse que las experiencias nuevas son evaluadas mediante el análisis de sus experiencias pasadas con los mismos factores y el aprendizaje será entonces el resultado de la suma de la experiencia actual con experiencias pasadas (Bandura, 1986).

La visión agencial de la personalidad que plantea la teoría refiere a una personalidad que tiene la capacidad de influir de una manera muy específica por medio de cuatro características principales: 1) es auto-organizada, es decir tiene un parámetro propio de orden; 2) es proactiva, lo que indica que cuenta con una participación voluntaria; 3) es auto-reflexiva, por lo que permite analizar las consecuencias de las acciones antes de realizarlas y por último, 4) puede ser auto-regulada, característica que refiere a un monitoreo del comportamiento que permite llevar a cabo aquellos comportamientos que el individuo predice, van a traerle mayores ganancias (Bandura, 1986).

Otro concepto central es el de *autoeficacia*. Se enfatiza el mecanismo de autoeficacia para explicar cómo el pensamiento afecta a la acción. La autoeficacia es la creencia de la capacidad para realizar determinado comportamiento, la expectativa que tiene el individuo de poder enfrentar una situación específica (Bandura, 1991).

Albert Bandura (1999) hace un análisis sobre el abuso en el consumo de sustancias con la teoría del aprendizaje social y señala que la auto-eficacia percibida es la base para la agentividad humana, por lo tanto, si la persona no cree que tiene la capacidad de producir los efectos deseados con sus acciones, tienen poca motivación para actuar. Se cree que la auto-eficacia promueve los cambios deseados a través de procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de toma de decisiones, por lo que la percepción de la eficacia personal ejerce sus efectos al momento de realizar cambios, en este caso, afectará a) los esfuerzos que se hacen para superar el abuso de sustancias, b) el logro del cambio en el consumo, c) cómo la persona se recupera de una recaída, y d) el mantenimiento a largo plazo de una vida sin consumo.

Desde esta teoría se recalcaría la influencia negativa de los compañeros y los adultos significativos que pueden actuar como modelos del comportamiento adictivo, volviéndolo algo socialmente aceptable o incluso, que da cierto estatus. Cuando una persona está expuesta en su contexto habitual a otros, significativos para él, que consumen y que además experimentan consecuencias positivas relacionadas al consumo, es mucho más probable que comience a regular este comportamiento desde filtros poco objetivos, lo que puede llevarlo a generar barreras para controlarlo. Es por eso que para dar solución a esta problemática se generan tratamientos que pueden ayudar a la persona a presentar un auto-control y una auto-regulación adecuados, lo que le permite desarrollar comportamientos alternativos que le traerán menos consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo.

Cerrando este capítulo es importante rescatar que los esfuerzos que se están haciendo para mantener a raya la problemática del abuso en el consumo de sustancias son muchos y diversas instituciones mantienen líneas de investigación que buscan contribuir en el diseño de intervenciones eficaces que permitan brindarle a la población que lo necesita, una atención de calidad. Ahora, el siguiente paso lógico es hacer una revisión sobre los programas de intervención que han sido diseñados específicamente para adolescentes que consumen, revisar su eficacia y comprobar si hay algún aspecto que aún necesite ser trabajado.

II.II. Antecedentes y creación del programa

Como se abordó en el apartado anterior, aproximadamente desde la década de los 60's el aumento en el consumo de sustancias en la población mexicana se convirtió en un importante problema de salud. Investigadores y terapeutas buscaron durante mucho tiempo modelos de intervención que sirvieran para combatir dicha problemática.

Atendiendo a esta búsqueda se exploró el modelo de auto-cambio dirigido, con enfoque teórico cognitivo-conductual, que fue diseñado en Canadá y sirve para realizar intervenciones con bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. Esta es una intervención motivacional que lleva al paciente a generar un compromiso para cambiar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

su conducta y usar de la mejor manera sus recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. Estos modelos surgen de la idea de que hay personas que son capaces de modificar su consumo, a veces sin acudir con un especialista, y resaltan el papel del autocontrol (Sobell y Sobell, 1993).

Este modelo se adaptó para población mexicana y con él se generó un programa de intervención breve de cuatro sesiones que atendía aspectos específicos del consumo desde el modelo de *entrevista motivacional*, siendo sus objetivos terapéuticos: 1) llevar al paciente a establecer metas; 2) encontrar razones para disminuir su consumo; 3) incrementar su motivación para alcanzar su meta; 4) identificar las situaciones donde es posible que beba en exceso; y 5) desarrollar estrategias para cada situación específica (Ayala, Echeverría, Sobell, y Sobell, 1998). Como resultado obtuvieron una reducción significativa en el consumo de los participantes que tomaron la intervención y a partir de ese momento se contó con una estrategia que lograba cambios en el aumento de días de abstinencia, la disminución del patrón de consumo y el número de copas por ocasión de los pacientes atendidos. Además, el programa ayudó a aumentar variables cognitivas como autoeficacia y satisfacción con el estilo de vida (Ayala, et al., 1998).

Tras los buenos resultados obtenidos con la adaptación del modelo de *auto-cambio dirigido* (Ayala, et al., 1998), los esfuerzos de algunos investigadores se centraron en la creación de programas de intervención breves, basados en este mismo modelo. Así, en el año 2005 se imprimió el primer manual del PIBA, presentado inicialmente como tesis doctoral (Martínez, 2003), el cual se basaba en la Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura (1977, 1986, 1991) y en el modelo del *auto-cambio dirigido* adaptado a población mexicana (Ayala, et al., 1998).

El PIBA contaba con cuatro sesiones *individuales* que en conjunto tenían el objetivo general de establecer junto con el adolescente metas de reducción de consumo, identificar las situaciones de consumo más comunes, elaborar planes de acción para dichas situaciones y analizar el impacto que el consumo tiene en la vida del usuario, tanto a corto como a largo plazo (Martínez, 2003).

El PIBA comenzó aplicándose en escuelas secundarias y preparatorias de la Ciudad de México, de manera que la atención de esta problemática llegara a los adolescentes, que son un sector que en general no tiene acceso fácil a opciones adecuadas de atención. Se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aplicó esta primera versión del programa a 27 sujetos usuarios tanto de alcohol como de drogas, los cuales, al momento de comparar los resultados de línea base, tratamiento y seguimiento, mostraron una reducción significativa en la cantidad y frecuencia de su consumo; asimismo, observó cambios significativos en el nivel de autoeficacia, que en este caso se consideró como la percepción de los sujetos de la propia capacidad para controlar su consumo en determinadas situaciones; en todos los pacientes, hubo un aumento significativo en la percepción de esta variable (Martínez, 2003).

El PIBA se generó entonces como una estrategia costo efectiva que podía aplicarse cuando el adolescente está iniciando el consumo, de manera que se desarrollen estrategias para evitar problemas de consumo más graves tanto a corto como a largo plazo, así como evitar que se llegue a desarrollar una adicción. A partir de entonces, el PIBA fue aplicado en diversos contextos clínicos, uno de ellos son las Unidades de Especialidades Médicas, Centros de Atención Primaria en Adicciones [UNEME-CAPA]

Los centros UNEME-CAPA fueron concebidos como parte del *programa nacional de salud 2006-2012: por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, el cual tiene como objetivo que en el año 2030, México sea un país con un sistema de salud integrado y universal en el que se garantice que los mexicanos tengan acceso a servicios esenciales de salud (Secretaría de Salud, 2007).

Los centros UNEME-CAPA tienen como objetivo general: “ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve, ambulatorio, accesible y de calidad” (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2008).

El programa que se aplica en los UNEME-CAPA a los adolescentes menores de 18 años es el Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas [PIBA] (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012), que se centra en la atención a adolescentes que inician con el consumo abusivo de alcohol o drogas, pero que aún no presentan niveles de dependencia a la sustancia.

II.III. Componentes del PIBA

El PIBA es un programa de intervención breve diseñado originalmente para su implementación en escuelas de nivel medio y medio superior, pero que también puede aplicarse en instituciones de salud dedicadas a la atención y prevención de problemáticas de consumo de sustancias (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012).

El manual señala que la aplicación del programa tiene cinco etapas (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz y Ayala, 2012):

1) *Detección de casos*; fase en la cual se aplica a los adolescentes el Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes [POSIT] (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997), cuestionario que se aplica de manera *grupal* y consta de 17 preguntas que exploran si el adolescente tiene problemas asociados al consumo de sustancias (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz y Ayala, 2012).

2) *Evaluación*; en esta etapa se tiene como objetivo evaluar aspectos como la severidad del consumo de drogas en términos de frecuencia, cantidad y sustancia preferida de consumo; factores de riesgo, factores cognitivos e involucramiento del usuario con un posible proceso de intervención (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz y Ayala, 2012).

Para lograr estos objetivos, se aplican cuatro pruebas, la primera es la Entrevista Inicial (Saucedo y Salazar, 2004), con la cual el terapeuta evalúa la historia de consumo del paciente y recauda datos importantes como ficha de identificación, consecuencias directas del consumo, áreas de salud, escolar, laboral, familiar, sexualidad, riesgo suicida, administración del tiempo libre y satisfacción personal.

La segunda prueba es la Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979), que es un calendario en el que se registra la cantidad y frecuencia de consumo del usuario en los seis meses anteriores a su aplicación.

La tercera prueba es la de Indicadores del DSM-IV de Dependencia a las Drogas (Martín del Campo, 2007), con la que se evalúa si el paciente presenta algún síntoma de abstinencia que pueda indicar dependencia a la sustancia que consume.

Por último, se aplica el Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS] (Annis y Martil, 1985; traducción y adaptación Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997),

con el cual el terapeuta podrá identificar la habilidad que el adolescente percibe para controlarse en determinadas situaciones de consumo y con esto se obtiene el nivel de autoeficacia.

3) *Inducción al tratamiento*; esta fase consiste en una sola sesión que tiene como objetivo promover la disposición del adolescente para realizar cambios en su consumo ingresando al PIBA (Martínez, Salazar, Jiménez, Ruiz y Ayala, 2012). En esta sesión se hace uso de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991), que está compuesta por estrategias como la retroalimentación, el consejo activo, la remoción de barreras importantes para el cambio, brindar aproximaciones alternativas al problema y analizar consecuencias y riesgos asociados a la conducta. Se emplea esta estrategia porque se ha demostrado que los componentes de la entrevista motivacional son útiles para incrementar la adherencia al tratamiento y la motivación al cambio en pacientes adictos al alcohol (Bien, Miller y Tonigan, 1993) y también de usuarios de drogas (Saunders, Wilkinson y Allsop, 1991).

4) *Tratamiento*. Esta fase consiste en seis sesiones que tienen una duración de 45 a 60 minutos cada una, una vez a la semana. Cada sesión tiene un objetivo particular, pero en estructura son muy similares, todas cuentan con *rapport*, llenado de auto-registro (cuadernillo en el que el paciente anota todos sus consumos de la semana aclarando sustancia, cantidad consumida y situaciones de consumo), ejercicios encaminados a cubrir el objetivo de la sesión y cierre (Martínez, et al., 2012). Las seis sesiones son:

Sesión uno: Aprendiendo a Comunicarme. En esta sesión el objetivo es “que el adolescente identifique habilidades que le pueden permitir interactuar de manera eficiente y positiva”. La sesión se añadió en la última edición de PIBA (aún no publicada), tomando en cuenta que los problemas de interacción son un fuerte factor de riesgo para que los adolescentes inicien el consumo de sustancias (Capaldi, Degramo, Patterson y Forgatch, 2002).

Sesión dos: Balance Decisional y Establecimiento de Meta. Tiene por objetivo que el adolescente elabore un balance decisional para analizar su consumo y establezca una meta para su reducción (Martínez, et al., 2012). Esta sesión tiene la función de que el adolescente tome decisiones e inicie a desarrollar la autorregulación de la conducta adictiva a través del análisis de su consumo, dicho análisis se hace por medio del ejercicio de

balance decisional (Jannis y Mann, 1977), en el que se evalúan los pros y contras de la conducta. Tras este análisis se invita al usuario a que establezca una primera meta a la que quiere llegar con el proceso de tratamiento.

Sesión tres: Situaciones de Riesgo. En esta sesión se debe lograr “que el adolescente identifique sus situaciones principales de riesgo de consumo” (Martínez, et al., 2012). Esta sesión se diseñó para incorporar un componente de *prevención de recaídas* (Marlatt y Gordon, 1985) siguiendo la lógica de que si el adolescente sabe en qué situaciones es más probable que se produzca un consumo, entonces podrá estar atento a dichas situaciones y puede prepararse efectivamente para ellas. El componente completo consta de tres fases: 1) identificación de situaciones de alto riesgo para una recaída, 2) entrenamiento del usuario para prevenir y/o afrontar las recaídas y, 3) explicar al usuario que las recaídas pueden ocurrir y deben tomarse como experiencias de aprendizaje, no como fallas personales. En esta sesión se cumplen los pasos uno y tres de este proceso.

Sesión cuatro: Planes de Acción. Tiene como objetivo “que el adolescente elabore planes de acción para enfrentar las principales situaciones de consumo” (Martínez, et al., 2012). Esta sesión continua con el componente de *prevención de recaídas* (Marlatt y Gordon, 1985), que consiste en que el paciente realice planes específicos para las situaciones de riesgo que identificó en la sesión pasada y los evalúe en términos de pros, contras y pertinencia.

Sesión cinco: Metas de Vida. En esta sesión se espera “que el adolescente analice el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo (escolares, familiares, económicas, de tiempo libre, entre otras) (Martínez, et al., 2012). En esta sesión se emplea la *entrevista motivacional* (Millner y Rollnick, 1991), ya que se repasan con el usuario las metas que tiene para su futuro y se evalúa dónde se encuentra en el proceso de logro de dichas metas, permitiendo que además identifique las discrepancias entre actividades que realiza en la actualidad (en este caso el consumo) y aquello que se propone lograr.

Sesión seis: Cruzando la meta. Tiene como objetivo “que el adolescente revise el progreso en cuanto a la reducción de su consumo y la realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y si es necesario, que se establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de reducción del consumo” (Martínez, et al.,

2012). Siguiendo con la lógica del componente de *prevención de recaídas* (Marlatt y Gordon, 2003), se espera que esta sesión sirva al adolescente para que revise las situaciones de riesgo con las que pueda enfrentarse en un futuro y desarrolle planes de acción para ellas, pero también, a lo largo de toda la sesión se da reforzamiento social al adolescente por los logros obtenidos a lo largo del proceso de tratamiento de manera que se refuercen las nuevas conductas que promueven la reducción del consumo y con esto, se espera, prevenir en mayor medida las recaídas.

5) *Seguimiento*. La última fase que se plantea en el manual de PIBA tiene que ver con al menos una sesión de seguimiento (se puede alterar este criterio según los resultados de cada paciente) que se aplica seis meses después de terminado el tratamiento y tiene como objetivo identificar los avances del adolescente respecto al mantenimiento del cambio en su consumo que realizó durante el tratamiento (Martínez, et al., 2012). Esta sesión se lleva a cabo siguiendo la idea de que los seguimientos ayudan a que el adolescente perciba un apoyo constante en su proceso de cambio y en caso de que esté experimentando alguna dificultad, esta sesión permite corregir y replantear estrategias que le permitan alcanzar su meta de consumo.

II.IV. Evaluación de eficacia del PIBA

La eficacia del PIBA ha sido demostrada a través de diversos estudios y actualmente se le considera como un programa que puede disminuir el consumo de sustancias de adolescentes que viven en distintos contextos y que tienen consumos diferentes en cantidad, frecuencia e incluso, que tienen distintas situaciones de consumo.

En un estudio del año 2008, se reportaron los resultados preliminares que tuvo la aplicación del PIBA (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruíz y Ayala, 2008). La muestra estaba compuesta por 25 adolescentes de entre 14 y 18 años cuya edad. Para fines de este estudio se compararon las mediciones de línea base y de seguimiento por medio de pruebas *t* para muestras dependientes y se obtuvo como resultado que los 17 usuarios que consumían alcohol tuvieron una reducción estadísticamente significativa de su consumo, excepto por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

uno de los sujetos, que incrementó el promedio de copas estándar en la fase de seguimiento. Respecto a los ocho usuarios de marihuana se evaluó el cambio en su consumo por medio de una ANOVA simple intra-sujeto, con la que se obtuvo como resultado que hubo una reducción significativa en el consumo pre-post.

Con este resultado se estableció que el PIBA podía ser responsable de la reducción del consumo de los adolescentes que consumían tanto alcohol como marihuana, pero faltaba tomar en cuenta un factor: la evidencia señala que dependiendo del nivel de riesgo y las consecuencias que el adolescente reporta relacionadas con su consumo, las estrategias de intervención deben contar con múltiples aproximaciones que se adapten a la mayoría de los casos (Medina-Mora y López, 1993).

Por otro lado, teniendo en cuenta que hay adolescentes que presentan consumos bajos pero que reportan problemas asociados al mismo, se diseñó el Consejo Breve [CB] (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez y Salazar, 2008), que consiste en un programa de una sesión en la que el terapeuta hace uso de los principios de la entrevista motivacional y promueve que el paciente aumente su auto-eficacia y auto-control, con el propósito de que en un futuro pueda mantenerse en un consumo moderado o en el mejor caso, llegue a la abstinencia.

Se planteó que la modalidad de CB se aplicaría a los adolescentes usuarios de alcohol en un nivel de bajo riesgo, es decir, que presentaran consumos mayores de cuatro y menores de siete tragos estándar, par por ocasión de consumo en más de cinco ocasiones en los últimos seis meses y consistía en una sesión *individual* de 90 minutos.

Para comprobar la eficacia de dicha modalidad, se aplicó a 23 adolescentes y se analizó el patrón de consumo; se obtuvo como resultado que los adolescentes que recibieron el CB redujeron su consumo de manera estadísticamente significativa si se comparaban los resultados de la evaluación con los de los tres seguimientos; en cambio, en el grupo control, el resultado de la prueba no fue significativo, indicando que el consumo permanecía más o menos igual al comparar la evaluación con los seguimientos (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez y Salazar, 2008).

La creación del CB permitió que el PIBA se convirtiera en un programa que tiene la capacidad de atender la problemática de consumo en adolescentes que consumen tanto en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un nivel medio como en un nivel alto y disminuir así las consecuencias relacionadas con el mismo.

Tomando en cuenta los estudios presentados hasta el momento se puede concluir que el PIBA es eficaz para la reducción del consumo con adolescentes de la Ciudad de México y con adolescentes que presentan consumos medios de entre cuatro y siete tragos por ocasión (con la modalidad de CB). Existen también estudios que comprueban que el PIBA no solo funciona para los adolescentes de la Ciudad de México, considerado un contexto urbano, sino que es igual de eficaz para adolescentes de contextos rurales.

Se aplicó el PIBA en su versión de cinco sesiones y también en su versión de consejo breve, en tres comunidades rurales de Aguascalientes, México, que fueron seleccionadas con base en las sugerencias de las autoridades de Seguridad Pública del estado (Salazar, Ruíz, Martínez y Pedroza, 2011).

En la muestra participaron 23 sujetos usuarios de alcohol, de los cuales 12 tomaron el PIBA en su versión completa y 11 tomaron CB. Como resultado se encontró que los adolescentes de ambas intervenciones disminuyeron la cantidad promedio de consumo al comparar línea base con seguimiento. Con estos resultados se llegó a la conclusión de tanto los adolescentes que toman PIBA como los que son tratados con CB pueden disminuir el promedio de tragos estándar consumidos, los problemas relacionados con su consumo y que además presentan un incremento en el nivel de autoeficacia situacional sin importar si se trata de un contexto rural o urbano (Salazar, et al., 2011).

Otro estudio importante que se realizó para la comprobación de la eficacia del PIBA buscaba comparar los resultados de la aplicación del programa con una muestra de adolescentes del Distrito Federal y del Estado de Aguascalientes (Martínez, Pedroza y Salazar, 2015).

Se dio atención a 70 adolescentes, 36 vivían en Aguascalientes (20 hombres y 16 mujeres) y 34 vivían en el Distrito Federal (14 hombres y 20 mujeres). Se comprobó que existían diferencias significativas entre los resultados de línea base y los seguimientos tanto a tres como a seis meses en ambos grupos, lo cual indica una reducción estadísticamente significativa del consumo tanto en los adolescentes de Aguascalientes como en los del Distrito Federal. Por otro lado, con las comparaciones del consumo de hombres y mujeres

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los investigadores concluyen que el programa ayudó a reducir el consumo de manera similar en ambos sexos (Martínez, et al., 2015).

Dadas estas evidencias, se pone de manifiesto la necesidad de que las tecnologías como el PIBA sean flexibles a irse modificando conforme la demanda de los usuarios cambia también, pero cada modificación tiene que hacerse pensando en que se trata de un programa de intervención breve que tiene evidencia empírica que respalda sus resultados, por lo que los cambios que se le realicen deberían cumplir también este criterio.

II.IV. Programas basados en evidencia y transferencia del conocimiento

Es importante en este punto hacer la distinción entre un programa basado en evidencia y un tratamiento con efectividad clínica comprobada. Un tratamiento con efectividad clínica comprobada ha sido validado en un escenario clínico y se puede hablar de que es eficaz para combatir la problemática, pero solo en ese contexto específico, por lo que se necesitan seguir estudiando sus efectos en distintos contextos, con distintas poblaciones, etc. (Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen y Schoenwald, 2001).

De acuerdo con la American Psychological Association [APA], un programa con validez empírica, o basado en evidencia, se caracteriza por haber demostrado su utilidad a través de distintos experimentos y por tener una gran cantidad con diseños de caso único y al menos dos con un diseño inter-grupo con los que se demuestre que es eficaz por encima de otros tratamientos o al equivalente de tratamientos con eficacia ya comprobada; se busca también que los experimentos estén realizados a partir de manuales de tratamiento, que se especifiquen las características de las muestras empleadas y por último, que los efectos sean demostrados por un mínimo de dos investigadores o equipos diferentes (Chambless y Ollendick, 2001).

Sin embargo, la validez, no es el único aspecto que se busca al momento de realizar una intervención, ya que también se espera que ese programa cuente con adecuado nivel de efectividad y de eficiencia. La efectividad de una intervención tiene que ver con el grado de satisfacción del cliente con la misma y la eficiencia es un concepto que tiene que ver con el costo-beneficio que conlleva la aplicación, tanto para el paciente, como para el sistema de

salud y la sociedad en general (Ferro y Vives, 2004). Como ya se mencionó, hay diversos estudios que apoyan el nivel de efectividad del PIBA como una estrategia de intervención adecuada para disminuir el consumo y las consecuencias asociadas al mismo, pero al momento de intentar aplicarlo en distintos contextos, algunas problemáticas han surgido en esta área.

Recientemente, el PIBA está siendo sometido a un proceso de Transferencia de Conocimiento [TC], el cual se define como el proceso que va desde la creación de la innovación tecnológica hasta su implementación o adopción, pero que no se detiene ahí; porque para hablar de un proceso de TC adecuado, se requiere de una interacción y retroalimentación constantes entre los agentes involucrados en el proceso (Véliz, 2014), que en el caso del PIBA serían principalmente los investigadores y los terapeutas que lo aplican en distintos contextos. Los estudios se han llevado a cabo con los terapeutas de los UNEME-CAPA (Martínez, Trejo, Echeverría y Medina-Mora, 2016), que es un contexto de aplicación claramente distinto al de investigación.

Un factor importante para que el proceso de TC se dé de manera eficaz, es el hecho de que se analicen las barreras que puede tener su implementación. Las barreras asociadas a las instituciones y al tiempo que se tiene para ejecutar la tecnología son algunos ejemplos y es importante que estas barreras se puntualicen y además se busque la forma de resolverlas, con el fin de que la tecnología se implemente lo más fielmente posible. En el caso del PIBA, se han analizado ya las barreras que identifican los terapeutas que lo aplican en los centros UNEME-CAPA y una barrera importante son aspectos institucionales que tienen que ver con dos factores: 1) la imposición del cumplimiento de “cuotas” de atención a cierto número de pacientes; 2) la falta de recursos económicos en los centros, lo que impide tener el material necesario para la sesión (Martínez, et al., 2016).

Es entonces importante tomar en cuenta que el PIBA es un programa con eficacia comprobada para la reducción del consumo de sustancias, pero como es común, al momento de trasladar las tecnologías a los escenarios clínicos, los terapeutas lo aplican en instituciones que tienen contextos de aplicación muy específicos e identifican barreras importantes que afectan los resultados de efectividad del programa. La meta última, entonces, sería abonar al PIBA y modificar lo pertinente, pero hacerlo siempre con el

objetivo de que el programa siga siendo una opción costo eficiente, cuya efectividad esté comprobada empíricamente.

Autores como Doheny-Farina (1992) señalan que el proceso de transferencia de una tecnología es muy amplio y refiere a todas las actividades que van desde el desarrollo de una nueva tecnología y la comprobación de su funcionamiento, hasta su adaptación a contextos específicos a través de un proceso de comercialización de la innovación tecnológica.

Debido a las adaptaciones que los terapeutas en escenarios clínicos tienen que hacer en su contexto de aplicación (Jiménez, 2010; Reyes, 2012), los mismos investigadores que trabajan con el PIBA concluyen que el trabajo de transferencia del programa está iniciando (Martínez y Medina-Mora, 2013), es decir, que la creación del manual, las capacitaciones presenciales y en línea (Vargas, Martínez, Pedroza, y Morales-Chainé, 2012), así como los experimentos que se han hecho para comprobar su eficacia, han sido esfuerzos dirigidos a la meta última de generar un programa basado en evidencias, pero todavía hay mucho trabajo por hacer. Hace falta romper con el modelo de comunicación unidireccional con los terapeutas y acercarse a los profesionales de salud para conocer de primera mano las barreras que ellos identifican para la aplicación del programa y con este conocimiento llevar a cabo reinversiones del programa que permitan realizar adaptaciones sin perder los componentes teóricos de la intervención.

Las investigaciones recientes señalan que aún hay aspectos que se pueden trabajar dentro del proceso de transferencia del PIBA para asegurar que este se convierta en un programa basado en evidencia (Martínez, et al., 2016). Al plantear esta situación, lo más lógico sería que uno de los pasos siguientes vaya encaminado a generar la tecnología que solucione las barreras de aplicación que se han identificado en contextos específicos, pareciera que tener un formato de intervención grupal es una alternativa que ayudaría a que el PIBA aumentara su cobertura en escenarios donde no se cuenta con los recursos para dar atención individualizada, además de que, con un formato grupal, se apoyaría la costo-efectividad, que es una característica esencial de los tratamientos que se aplican en instituciones. Es fundamental tener en cuenta que mantener la eficacia del PIBA a pesar de que se le hagan modificaciones y eliminar cualquier barrera que los terapeutas identifiquen

para su aplicación es muy importante, porque como lo mencionan Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora (2011):

La consolidación de un sistema de tratamiento debe de asegurar que se imparte el mejor tratamiento disponible para el problema que debe atenderse, considerando su adecuación a las condiciones socioculturales del sistema de salud y de la población que hace uso de él (p. 8).



III. Programas de intervención para el consumo de sustancias en formato grupal.

III.I. La terapia grupal: generalidades

En los capítulos anteriores se habló del PIBA como una estrategia de intervención basada en la Teoría del Aprendizaje Social que ha demostrado su efectividad para la reducción del consumo de sustancias en adolescentes. La teoría del aprendizaje social fundamenta algunas de las terapias cognitivo-conductuales, que se componen de técnicas de resolución de problemas que están enfocadas principalmente en dotar al sujeto de habilidades que le capaciten para abordar con éxito las situaciones a las que se enfrenta (Meca, Alcázar y Rodríguez, 1999). Este tipo de terapia es estructurada, pero tiene la flexibilidad para amoldarse a las necesidades y características personales de cada individuo debido a que las estrategias son globales y cada persona puede aplicarlas de manera individual. Es por eso que la terapia cognitivo conductual se adapta bastante bien a un formato de aplicación grupal (Huerta, Gaona, Hernández, Ortiz y Rivas, 2016).

La terapia grupal es una forma terapéutica en la cual se brinda atención a más de un paciente a la vez. Este tipo de terapia atraviesa una serie de etapas de evolución muy particulares, algunos autores describen cinco etapas: 1) la atención de los integrantes del grupo estará dirigida a su inclusión, los miembros pueden experimentar ansiedad, una búsqueda continua de dirección por parte del líder del grupo sobre cómo comportarse y habrá poco intercambio de opiniones; 2) una vez establecido, el grupo pasa a la segunda etapa, en la que se pueden experimentar competencias y conflictos entre los miembros, ansiedad sobre su seguridad en el grupo y sobre la autoridad del líder. Son comunes las confrontaciones; 3) la siguiente etapa se caracteriza por la confianza y la estructura y el grupo comienza a tener mucha más cohesión y apertura; 4) lo anterior da paso a una etapa en la que el grupo, ahora maduro, comienza a trabajar mucho mejor, a enfocarse en la tarea y los miembros participan en el intercambio de retroalimentación; 5) el grupo llega a una etapa de terminación en el cual de manera individual aprecian la experiencia del grupo y se preparan para un futuro independiente (Wheelan, Davidson y Tilin, 2003).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se puede pensar que, si se toman en cuenta estas cinco etapas al momento de plantear las sesiones de un programa grupal, entonces pueden incluirse componentes específicos para resolver problemáticas propias del momento de la intervención, como actividades de integración al inicio de la sesión para disminuir la ansiedad de los participantes o trabajar estrategias de comunicación para fomentar el intercambio de opiniones.

Respecto a la última etapa, la de terminación, hay poca literatura referente a cómo debe de llevarse a cabo (Bernard et al, 2008). Recientemente, Joyce, Piper, Ogrodniczuk y Klein (2007) realizaron una revisión en la que identificaron tres puntos clave para la terminación en la terapia de grupo: 1) se deben hacer una síntesis de la información y un reforzamiento del cambio individual que ha ocurrido con la terapia, 2) el terapeuta debe guiar al cliente hacia la conclusión de sus relaciones tanto con él como con los otros miembros del grupo, y 3) se lleva a cada participante a identificar cómo va a hacer frente de manera individual a las demandas futuras con las herramientas que adquirió durante la terapia.

Dar cierre al trabajo de grupo es un proceso complejo que incluye aspectos cognitivos, afectivos e interpersonales. El papel principal del terapeuta es ayudar al grupo a aprender de su proceso y a decidir qué es lo que se lleva de la experiencia terapéutica. Dar regalos o compartir alimentos son maneras sencillas en que se puede dar conclusión al proceso e incluso con estas acciones se puede fomentar que los participantes se deshagan de cualquier aspereza que pudo generarse entre ellos y se les provee de un modelo que pueden usar para futuras despedidas (Bernard, et al., 2008).

Muchos pacientes pueden decidir terminar su proceso terapéutico de manera prematura, generalmente, porque no creen que puedan beneficiarse personalmente de un grupo de terapia, a este hecho se le conoce como deserción. Es importante para el terapeuta estar preparado para las deserciones ya que entre el 30% y el 40% de los participantes dejará la terapia grupal, frecuentemente, cuando se han aplicado pocas sesiones (Yalom y Leszcz, 2005). Algunos terapeutas aceptan inicialmente varios pacientes más de lo que consideran un número ideal de participantes (número que depende en gran medida de los objetivos del grupo) en previsión a esta situación. Se puede argumentar que un grupo de terapia exitoso no ha sido realmente creado hasta que haya experimentado, abordado y

resistido con éxito uno o más abandonos iniciales (Bernard, et al., 2008), tomando esto en cuenta, los programas de intervención que se diseñen para su aplicación grupal deberían tener en cuenta que la deserción es una parte normal del proceso terapéutico.

Crear un grupo terapéutico que tenga el potencial de ser un tratamiento efectivo para los pacientes es una tarea complicada para la cual deben tenerse en cuenta muchos aspectos, no solo relacionados con actitudes del terapeuta, sino también propios de los participantes. Los aspectos centrales que hay que tomar en cuenta serán descritos a lo largo de este capítulo.

III.II. La eficacia colectiva

En el primer capítulo se abordó la Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura y se definió el concepto de autoeficacia. Es crucial comprender que, así como existe el nivel de autoeficacia, existe también la *eficacia colectiva*, entendida como la creencia compartida de un grupo de personas acerca de su capacidad de obtener una meta o realizar una tarea (Bandura, 1986).

Así como existe la eficacia colectiva, existe la *agencia colectiva*, que en este caso se define como el poder de producir efectos a través de la acción de un grupo, este concepto está íntimamente ligado con la eficacia colectiva ya que el hecho de que las personas que integran el grupo compartan la creencia de que pueden producir los efectos deseados, es un gran incentivo para sus acciones (Bandura, 2000).

Es importante tomar en cuenta que la eficacia colectiva no es simplemente la suma de la autoeficacia de los miembros del grupo, sino que es una propiedad que emerge dentro del grupo y esta creencia colectiva va a influenciar las metas que buscan alcanzar, la eficiencia en el uso de recursos, el nivel de esfuerzo que ponen en cada tarea y la vulnerabilidad que tienen a desalentarse y, por consiguiente, dejar la tarea (Bandura, 2000).

Principalmente, hay dos formas de medir la eficacia colectiva, una es identificar el nivel de autoeficacia de cada individuo para ejecutar su función particular dentro del grupo, y la otra tiene que ver con preguntar directamente cómo evalúa cada miembro la capacidad del grupo como una unidad (Bandura, 2000).

Llevado este concepto a lo práctico, Einar, Skaalvik y Sidsel (2007) realizaron un estudio con 224 profesores de primaria y secundaria en los cuales analizaron las relaciones entre las variables de autoeficacia, autoeficacia colectiva, nivel de control externo, factores estresantes y nivel de *burnout*. Se usaron escalas para medir cada una de las variables y poder identificar sus relaciones. En este estudio se encontró que a pesar de que la autoeficacia y la eficacia colectiva deben analizarse como constructos separados, están fuertemente relacionados, por lo que, si uno aumenta, puede que el otro también lo haga.

III.III. Lineamientos para la práctica clínica de la psicoterapia grupal

En el año 2005, en Estados Unidos de América, el director de la AGPA, el Dr. Robert Klein, recomendó la creación de un grupo de trabajo con la finalidad de dar apoyo a los miembros de la asociación y ayudarles a realizar prácticas grupales basadas en evidencia. Los lineamientos para la práctica clínica de la psicoterapia grupal son el resultado del trabajo de este grupo (Bernard, et al., 2008).

Los lineamientos creados por la AGPA para conducir con éxito un proceso de psicoterapia grupal tienen el objetivo de servir al terapeuta como un apoyo que le permita utilizar el grupo como un agente de cambio en el que se preste atención a las dinámicas personal, interpersonal y grupal. De esta manera, el terapeuta tendrá una guía que sustente sus decisiones durante la práctica clínica y podrá integrar los componentes propuestos de manera coherente y fluida, prestando atención a variables como el desarrollo del grupo, la fuerza de algún participante en particular, las resistencias tanto individuales como grupales, y sobre todo, podrá sustentar por qué toma cada decisión durante el desarrollo de la terapia (Bernard, et al., 2008).

Para la creación de estos lineamientos se empleó un enfoque basado en el cliente (Bernard, et al., 2008), enfoque en el que se integran prácticas basadas en evidencia con la experiencia clínica del terapeuta, de manera que la terapia se adapte al contexto, las características, la cultura y las preferencias de cada paciente (APA, 2005).

Los lineamientos de la AGPA que serán descritos en este capítulo son recomendaciones más que reglas, tienen un enfoque amplio y aspiracional y no buscan ser

reducidos u obligatorios; “la intención de estas directrices es aumentar, no suplantar, el juicio clínico de los terapeutas” (Bernard, et al., 2008, p. 3).

III.III.I. Factores y mecanismos terapéuticos

Antes de plantear una intervención en formato grupal es importante entender que el éxito de las personas que serán miembros del grupo está íntimamente vinculado a la salud general del grupo como un todo. Los *mecanismos terapéuticos* son las intervenciones o procesos que se consideran agentes causales que median la mejora del paciente. Estos mecanismos pueden tomar muchas formas, ya sea de manera experiencial, conductual, cognitiva, o incluso procesos centrales al tratamiento en sí mismo, como la relación terapéutica de los miembros (Bernard, et al., 2008).

Yalom y Leszcz (2005) mencionan algunos factores terapéuticos que se desarrollan a lo largo de la terapia grupal y que benefician a los participantes, como son: a) los miembros del grupo reconocen que otras personas tienen sentimientos, pensamientos y problemas similares; b) se gana confianza y autoestima a través de brindar ayuda a los compañeros; c) se reconoce el éxito de los demás miembros con la terapia, lo que puede ayudar para motivar un cambio propio; d) el grupo le da a los miembros la oportunidad de recrear dinámicas familiares críticas que, con la retroalimentación de los demás, puede originar cambios correctivos; e) el grupo provee a los miembros con un ambiente que permite la comunicación; f) los miembros expanden su conocimiento personal y sus habilidades a través de la observación del progreso de los otros miembros; g) los miembros del grupo desarrollan con el tiempo sentimientos de confianza, pertenencia y compañía; h) el grupo permite que los miembros compartan sentimientos fuertes sobre experiencias pasadas y presentes; i) los miembros ganan insight¹ acerca de su impacto interpersonal a través de la retroalimentación que le da a otros miembros; j) se provee un ambiente que permite la interacción de manera más adaptativa; k) el *insight* obtenido en el grupo permite la comprensión de las motivaciones personales para el comportamiento y las emociones propias.

¹ Darse cuenta de un hecho, lo que produce un cambio en la percepción.

Estos factores terapéuticos proveen de una visión bastante clara de los beneficios que pueden tener los miembros al momento de llevar un proceso de terapia grupal y es importante rescatar que los mecanismos terapéuticos cambiarán con cada grupo ya que distintos participantes involucran distintos mecanismos, pero hay un mecanismo central que es la *cohesión*; un grupo será cohesivo si los participantes tienen un sentido de pertenencia y compromiso con las metas de la terapia (Bernard, et al., 2008).

Para aumentar la cohesión grupal se tiene que trabajar en tres dimensiones principalmente: 1) estructura del grupo, que refiere a la definición de reglas y comportamientos esperados con claridad; 2) interacción verbal, que tiene que ver con realizar observaciones, guiar la retroalimentación de los participantes y mantener un moderado nivel de control que permita la afiliación de los miembros; y 3) clima emocional, donde el terapeuta debe estar pendiente de la expresión emocional de los participantes y la propia (Burlingame, Fuhriman, y Johnson, 2002).

III.III.II. Creación del grupo terapéutico: selección de los participantes y entrenamiento pre - grupal.

Crear un grupo terapéutico involucra de cierta manera la creación de dos grupos: por un lado, el grupo de terapeutas que se encargará de la evaluación y recomendación del paciente para terapia grupal y, por otro lado, el grupo de pacientes que tomarán la terapia, cada uno de estos dos grupos requiere preparación y educación por parte del terapeuta que moderará el grupo. Mientras más información tengan los pacientes sobre los objetivos y procesos del grupo, más aumentará la probabilidad de que asistan, trabajen y permanezcan en la terapia. Mientras más informados estén los colegas en relación con los objetivos y procesos de la terapia, más probable será que las referencias sean apropiadas y con esto aumentará la probabilidad de que el grupo funcione sin problemas, interferencia externa o disrupción (Bernard, et al., 2008).

Las personas tienden a tener un buen desempeño en la terapia grupal cuando sus metas personales empatan con las metas del grupo y cuando están motivados y atraídos a la participación en la intervención, por ende, una persona que quiere realizar un cambio de

comportamiento por motivaciones personales tiene mayores posibilidades de desempeñarse bien en terapia grupal. A los terapeutas que realizan terapia grupal se les advierte que consideren que existe un gran riesgo de abandono del grupo en pacientes que demuestran poca capacidad auto-reflexiva, baja motivación, que están a la defensiva, en negación o que tienden a reaccionar de manera enojada y negativa. La meta última sería que el terapeuta forme un grupo donde los pacientes que lo conforman tengan la capacidad de retarse y apoyarse al mismo tiempo, de manera que les permita desarrollar y mantener un ambiente de cohesión grupal (Bernard et al, 2008).

Burlingame, et al. (2006) desarrollaron *The Group Therapy Questionnaire*, un cuestionario de diez preguntas que ayuda al terapeuta a evaluar las variables que pueden afectar la participación del paciente en el grupo (Tabla 2). A través de estas preguntas se identifica si el paciente manifiesta ira, hostilidad, inhibición social o si tienen expectativas alejadas a los objetivos de la intervención y del grupo, los pacientes que muestran estas actitudes trabajan mejor en terapia individual, porque es muy probable que no se desempeñen bien en el grupo o que su participación resulte contraproducente.

Tabla 2

Preguntas de la herramienta The Group Therapy Questionnaire

1. De un grupo de terapia, me gustaría aprender:
 2. Espero que los otros miembros del grupo:
 3. Durante la primera sesión, espero sentirme:
 4. Si me uno a un grupo de terapia, creo que puedo ayudar a otros miembros con:
 5. Lo que más me preocupa de unirme a un grupo de terapia es:
 6. Lo que más me interesa de unirme a un grupo de terapia es:
 7. El trabajo del líder del grupo es:
 8. Me gustaría que el líder del grupo me ayude a:
 9. Espero que los miembros del grupo me ayuden a:
 10. En una escala del 1 al 10, ¿cuánto quiero unirme a un grupo de terapia?
-

Nota: Tomada de Burlingame, et al. (2006) y traducidas al español.

Es importante señalar que autores como Strauss, Burlingame, y Bormann (2008) han establecido criterios de inclusión y exclusión basados en evidencias que pueden servir como guía para establecer qué pacientes son candidatos convenientes y con cuáles sería mejor trabajar de manera individual. Los criterios que pueden resultar relevantes para los objetivos de este proyecto se enlistan en la Tabla 3.

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión para la terapia grupal

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Dificultades en la relación con padres, amigos o compañeros.	Presencia de conflictos interpersonales graves
Habilidad para discutir sentimientos.	El paciente parece agresivo, a la defensiva, agitado y hostil en sus relaciones.
Haber llevado tratamiento psicológico exitoso.	Intensamente tímido o evitativo.
Tener una o más relaciones saludables.	Sin sistema de apoyo social.
Habilidad básica para comunicarse sin ningún síntoma psicótico que interfiera.	Fuerte negación de los problemas.
Si hay pensamientos suicidas, el paciente debe ser capaz de hablar de ello y exteriorizar cómo se siente con el líder del grupo.	El paciente aborda los problemas de forma vaga o no se los toma seriamente.
Compromiso para participar en el grupo.	El paciente asegura que no se sentiría cómodo en el grupo o que no podría discutir sus problemas y sentimientos de esa manera.
La motivación del participante no se debe a que alguien lo esté forzando o coaccionando.	Muchas dudas de si el grupo puede ayudarle.
	El paciente sufre de paranoia.
	El paciente afectaría la seguridad del grupo.

Nota: Tomada de Strauss, Burlingame, y Bormann (2008)

Concluyendo en conjunto con lo anterior, se busca que los participantes que se integran a terapia grupal sean personas motivadas, activas y autorreflexivas, que aprovechan las oportunidades para expresarse dentro del grupo. Es claro que el participante ideal no existe y que muchas de las características planteadas por Straus, Burlingame, y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Bormann (2008) serán imposibles de encontrar en los participantes de un grupo, aun así, muchos participantes que no cumplen con estas características prototípicas pueden beneficiarse sustancialmente de la terapia grupal (Bernard et al, 2008). En contraparte, los pacientes deben ser excluidos del grupo de tratamiento si no pueden participar en actividades de interacción interpersonal, aprendizaje interpersonal y adquisición de información, ya sea que se deba a razones de logística, intelectuales, psicológicas (Yalom y Leszcz, 2005).

Si el participante cumple con los criterios de inclusión, lo mejor es que antes de que se integre al grupo de tratamiento el moderador del grupo establezca la alianza terapéutica de manera individual, esto puede realizarse en una sesión cuyo objetivo sea el reducir la ansiedad de los pacientes, proveer información y establecer un consenso de las metas de tratamiento. Es común que debido a la ansiedad, el paciente se encuentre distraído en las primeras sesiones y no absorba de manera adecuada la información verbal, es por eso que es necesario que se cuente con material escrito en el que se establezca el lugar, el día y hora en que se llevarán a cabo las sesiones, su duración (generalmente una hora), la cantidad de sesiones, la cantidad de miembros que estarán trabajando en el grupo (generalmente entre siete y 10), y reglas que van desde lineamientos para faltar o dejar el grupo, hasta aspectos relacionados con la ingesta de comida o bebidas (Bernard et al, 2008).

Al inicio del grupo los clientes prestan mucha atención al comportamiento del terapeuta, por lo que el comportamiento de aquella o aquellas personas a cargo del grupo debe ser coherente con las expectativas del cliente y con el tipo de terapia que se está llevando a cabo. Para las terapias grupales a corto plazo, normalmente se crea un manual para este propósito (Bernard et al, 2008).

III.IV. Eficacia de las intervenciones grupales para el consumo de sustancias

No solo es la flexibilidad del modelo cognitivo-conductual lo que permite que se apliquen programas grupales con eficacia. Distintos estudios han demostrado que las intervenciones grupales con distintos componentes son eficaces para resolver problemas de consumo de sustancias (Hoag y Burlingame, 1997; Waldron, Slesnick, Brody, Turner y Peterson, 2001;

Kaminer, Burlison y Goldberg, 2002; Sobell, Sobell, Brown, y Cleland, 1995; Panas, Caspo, Fournier y McCarty, 2003).

En un metaanálisis de Hoag y Burlingame (1997) se revisaron los resultados de 56 estudios publicados entre 1974 y 1997, analizaron específicamente el efecto que tienen los tratamientos grupales para distintas problemáticas, en niños y adolescentes; evaluaron varios programas preventivos, psicoterapia, consejería y grupos de entrenamiento. Tras este análisis observaron que la modalidad grupal ayudó a la reducción significativa de problemáticas diversas, los pacientes de esta modalidad mejoraron 73% más que aquellos en el grupo control.

Con respecto a las intervenciones grupales para el consumo de sustancias, Waldron et al. (2001) realizaron un estudio clínico aleatorio en el que contrastaron la eficacia de una terapia cognitivo conductual individual, terapia familiar, terapia cognitivo conductual y familiar combinadas y una intervención grupal; esto con 114 adolescentes que abusaban del consumo de marihuana. Cada intervención demostró cierto nivel de eficacia, pero ocurrieron diferencias en cuanto a la velocidad con la que los adolescentes realizaron el cambio, la reducción del consumo y el mantenimiento del cambio. En el caso de la intervención grupal, este fue el grupo que obtuvo mejores resultados en cuanto a la reducción de la frecuencia de consumo y en pacientes que presentaban un consumo mínimo antes de la intervención, se obtuvieron reducciones mucho más significativas.

Los resultados de este estudio muestran que el trabajo grupal puede favorecer el cambio en el consumo de los adolescentes al igual que el trabajo individual e incluso que el trabajo con la familia, sin embargo, habría que tomar en cuenta que hay distintos enfoques desde los que se puede atender la problemática de consumo de sustancias tanto de manera individual como cuando se usa el formato grupal.

Kaminer et al. (2002) hicieron un estudio con el objetivo de identificar el tipo de tratamiento más efectivo para disminuir el consumo en adolescentes que abusaban de alguna sustancia, para ello compararon el modelo psico-educativo con la terapia cognitivo-conductual, ambas en formato grupal. La muestra consistió en 88 adolescentes a los que se aplicaron pruebas de orina y el *Teen-addiction severity index* para medir los resultados. A pesar de que ambos tratamientos fueron efectivos para la reducción del consumo, los adolescentes que recibieron tratamiento cognitivo conductual demostraron consumos

significativamente menores que los que fueron atendidos con el modelo psico-educativo, cambio que se mantuvo en los seguimientos a tres y nueve meses que realizaron.

Por otro lado, Díaz-Martínez et al. (2011) compararon dos formas de intervención, la terapia cognitivo conductual individual contra la terapia motivacional en formato grupal. La muestra consistió en 158 estudiantes universitarios con diagnóstico de dependencia al alcohol. Como resultado obtuvieron que hubo una disminución de la cantidad y la frecuencia del consumo mensual, así como una reducción en la cantidad que los pacientes consumían en ambos grupos, sin embargo, hubo una mayor reducción de las ocasiones de consumo mensual durante los tres meses de seguimiento en los pacientes que llevaron el programa motivacional grupal, con esto los autores concluyen que hubo una reducción del patrón de consumo comparable en los grupos, lo que ayuda a soportar la idea de que las intervenciones grupales son intervenciones con un costo-beneficio adecuado para el tratamiento de los problemas de consumo de alcohol, que tienen una eficacia similar a las intervenciones individuales (Díaz-Martínez et al., 2011).

También hay antecedentes de programas de intervención que se aplican para la problemática de consumo de sustancias que usan específicamente el modelo cognitivo conductual, el enfoque motivacional, o una mezcla de ambos y que han probado ser eficaces. Sánchez et al. (2011), diseñaron una intervención grupal para pacientes con dependencia de cocaína en la que usaron la terapia cognitivo conductual, que ha mostrado ser eficaz para la reducción del consumo en este tipo de pacientes y la combinaron con el modelo de la entrevista motivacional de manera que eso ayudara a mejorar a adherencia de los pacientes. El tratamiento consistió en 12 sesiones independientes y por estar diseñado para su aplicación en una clínica ambulatoria, los pacientes podían incluirse en el grupo de tratamiento en cualquiera de las sesiones.

Las sesiones que planteaban eran semidirigidas y el terapeuta hacía uso de las herramientas básicas de la entrevista motivacional, especialmente en el uso de la empatía, crear discrepancias, dar un giro a la resistencia de los pacientes y fomentar, por medio de la retroalimentación, la expectativa de autoeficacia. Todos los pacientes del grupo realizaron controles de orina dos veces a la semana tanto en la etapa de tratamiento como durante el seguimiento (Sánchez, et al., 2011).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con este tratamiento, aplicado a 19 pacientes con una edad promedio de 36.58 años, lograron reducir la abstinencia de todos tanto en el periodo de tratamiento como en los seguimientos, excepto por tres que recayeron en el tercer mes de seguimiento. Los datos pueden indicarnos entonces que el tratamiento combinado de terapia cognitivo conductual con entrevista motivacional aplicado en formato grupal es eficaz para mantener la abstinencia en pacientes con consumo de drogas como la cocaína (Sánchez, et al., 2011).

En un estudio realizado en 1995 (Sobell, et al., 1995) se hicieron aplicaciones del modelo de *auto-cambio dirigido* de manera individual y en formato grupal, con el objetivo de comparar los resultados de los pacientes de acuerdo con la modalidad de intervención con la que fueran atendidos.

Se aplicó el modelo a 232 personas que consumían alcohol en exceso y 55 personas que consumían drogas, excluyendo a usuarios de drogas intravenosas o consumidores de heroína debido a los efectos particulares de este tipo de sustancias. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria, ya sea al grupo de terapia individual, atendidos en cuatro sesiones de una hora, o al grupo de terapia grupal, donde se aplicaban cuatro sesiones de 90 a 120 minutos cada una. Para los consumidores de alcohol de ambos grupos, lograron aumentar los días de abstinencia y disminuyeron significativamente su consumo; los consumidores de drogas lograron aumentar los días de abstinencia (Sobell, et al., 1995).

Sus resultados indican que no hay diferencias significativas entre las reducciones de consumo que produce una intervención individual y las que puede producir una intervención grupal, sin embargo, al momento de comparar el costo de implementación de cada uno de los tratamientos, la aplicación grupal produjo un ahorro del 41% comparado con la aplicación individual. Además, se notó que los pacientes que tomaron la modalidad grupal faltaron ocho veces menos a las sesiones que aquellos que tomaron la modalidad individual (Sobell, et al., 1995).

Un aspecto importante es que, en la investigación de Sánchez, et al. (2011), los grupos estaban compuestos por 12 participantes y en la investigación de Sobell, et al. (1995) los grupos tenían solo cuatro participantes. A pesar de la gran diferencia en el número de participantes, ambas investigaciones presentan resultados positivos en cuanto a la disminución del consumo de los sujetos.

Es importante tomar en cuenta que la eficacia de una intervención grupal se debe a muchos factores, pero tiene una sola meta general: producir un resultado positivo para los participantes. Si la terapia grupal tiene un resultado negativo, entonces se habla de un efecto iatrogénico. Este concepto será explicado a profundidad en el apartado siguiente.

III.IV.I. Efectos iatrogénicos en la terapia grupal.

La evidencia sugiere que una función secundaria del abuso de sustancias que es muy importante para el mantenimiento de la problemática es el poder del alcohol y la droga para conectar a los individuos con su grupo de pares (Dishion y Owen, 2002). Pareciera que los jóvenes en alto riesgo intensifican potencialmente sus problemas de comportamiento cuando se realizan intervenciones grupales que los exponen a un grupo de pares con las mismas problemáticas de comportamiento (Dishon, 2003).

En los últimos años se ha evidenciado que el formato de intervención grupal con adolescentes es muy útil para la problemática de consumo de sustancias, sin embargo, en muchos estudios se ha reflejado que la agregación de adolescentes que presentan comportamientos problemáticos a una intervención grupal con condiciones poco cuidadas puede producir efectos iatrogénicos en los participantes, es decir, que el tratamiento no produce un beneficio sino un daño a la salud (Kaminer, 2005; Bernard, et al., 2008).

Se ha buscado entonces generar tratamientos para reducir el consumo de sustancias que tomen en cuenta esta variable precisamente para evitar su aparición. Thomas y colaboradores (2007) observaron que algo que ayuda a reducir la incidencia de efectos iatrogénicos es el que los integrantes del grupo tengan pares que no consumen, entonces, concluyen que este efecto está altamente ligado al contexto y a las relaciones sociales de los individuos, por lo que la interacción con pares que no consumen en su vida cotidiana, puede servir como una influencia positiva y por ende, como un factor protector.

En otra investigación más minuciosa, Macgowan y Wagner (2005) analizaron las posibles causas de iatrogenia reportadas en la literatura y a través de esta información, proponen un modelo para evitar el efecto iatrogénico, el cual está compuesto por tres

variables: la composición del grupo, el reforzamiento del comportamiento disruptivo y los comportamientos de liderazgo.

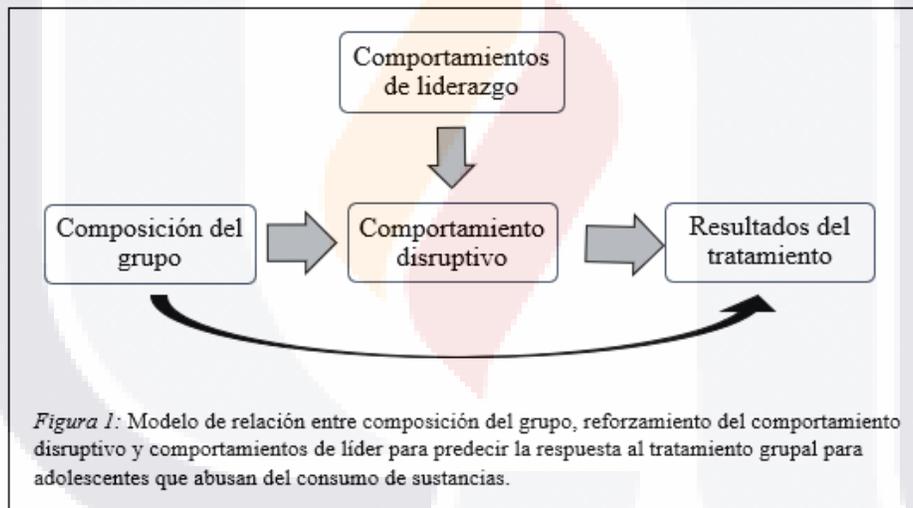
La composición del grupo juega un rol importante como ya se había rescatado anteriormente (Bernard et al, 2008; Burlingame et al, 2006). Macgowan y Wagner (2005) señalan que una variable importante dentro de la composición del grupo es la prevalencia de adolescentes que además del consumo de sustancias presenten algún desorden de conducta, ya sea la presencia de conductas antisociales o algún otro. Hicieron una revisión de 28 tratamientos grupales en los que se involucraban delincuentes juveniles dentro de los grupos y encontraron que el tratamiento no producía cambios en la conducta de consumo.

Además de este resultado, colectivamente, la bibliografía que consultaron indica que los grupos que se componen por algunos integrantes con problemas de comportamiento tienen la tendencia a que la conducta disruptiva se propague entre los miembros y, por ende, se tengan peores resultados, por lo tanto, es recomendable evitar incluir adolescentes con este tipo de comportamientos (Macgowan y Wagner, 2005).

Una segunda variable para considerar sería el reforzamiento del comportamiento disruptivo (Macgowan y Wagner, 2005), este término refiere dos posibles factores: a) la presencia de conductas antisociales, entendidas como cualquier acción encaminada a disrumpir, lastimar o molestar y que no permite que los demás miembros del grupo participen en las tareas y actividades (Feldman y Caplinger, 1977) y b) *deviancy training*, que se define como el proceso de reacciones contingentes que llevan a discusiones sobre cómo romper las reglas (Dishion, Spracklen, Andrews y Patterson, 1996), es decir, en el caso específico de las intervenciones para consumo de sustancias, el *deviancy training* tiene que ver con que dentro del grupo se hable de la conducta de consumo de manera que la conducta se normalice e incluso, se refuerce.

Por último, la tercera variable a considerar son los comportamientos de liderazgo. En su revisión de la literatura, McGowan y Wagner (2005) encontraron que los comportamientos negativos como críticas, amenazas, atención negativa o estilos de manejo de grupo muy autoritarios, son indicadores que están significativamente asociados con la presencia de comportamientos antisociales en el grupo, lo que puede llevar a tener efectos negativos en la intervención.

Finalmente, con la relación propuesta entre estas tres variables se propone un modelo explicativo (Figura 1) (Macgowan y Wagner, 2005). En este modelo se puede observar que las flechas grises indican un orden temporal y la línea negra indica una correlación que se debilita cuando la otra variable es considerada. Es decir, el comportamiento disruptivo es un mediador importante para el resultado, por otro lado, si se llega a presentar algún comportamiento disruptivo por parte de los participantes, los comportamientos del líder afectarán de qué forma se relacionan estos comportamientos disruptivos con el resultado del tratamiento (Macgowan y Wagner, 2005).



Todos estos factores deben tomarse en cuenta al momento de diseñar una intervención grupal para adolescentes con consumo de sustancias porque es imperativo optimizar la intervención de manera que se considere cómo prevenir, reducir y controlar los potenciales efectos iatrogénicos (Kaminer, 2005) y estos dos estudios (Thomas et al., 2007; Macgowan y Wagner, 2005) arrojan luz a qué variables atender para minimizar esta posible complicación del tratamiento.

III.V. Ventajas de la terapia grupal

Si los posibles efectos iatrogénicos logran minimizarse la terapia en formato grupal tiene muchas ventajas. Burlingame, Fuhriman y Johnson (2002), hicieron una revisión de lo que la terapia grupal puede aportar a los pacientes y concluyen que este formato de terapia se vincula empíricamente con la cohesión, la estructura del grupo, la interacción verbal y el clima emocional positivo.

La *Guía de Intervención Clínica para Terapia Grupal* publicada por los Centros de Integración Juvenil (Huerta, et al. 2016) identifican que las principales ventajas de una intervención grupal con adolescentes que consumen sustancias son:

- El grupo proporciona apoyo positivo para resistirse al consumo de sustancias.
- Se reduce la sensación de aislamiento.
- Los integrantes se dan cuenta de que otras personas tienen este problema.
- El grupo permite que los integrantes observen los logros de los otros miembros, lo que les sirve como un modelo positivo.
- El grupo brinda retroalimentación en relación con los valores y habilidades de otros miembros, lo que permite que se modifique su concepto de sí mismos y se incremente su percepción de autoeficacia.

Las ventajas que tiene una intervención grupal son muchas y mientras el programa de intervención esté planteado cuidando las variables relacionadas al efecto iatrogénico, pareciera que es una alternativa efectiva que brinda a los pacientes un apoyo extra para disminuir la problemática en un ambiente de retroalimentación, motivación y comprensión y que sobre todo, puede disminuir el costo de la intervención en el sentido de que permite atender a más de un paciente a la vez y el material puede diseñarse para ser menos costoso si se presenta a todos los pacientes al mismo tiempo (Sobell y Sobell, 2005).

Tomando en cuenta las ventajas que tiene una intervención en formato grupal, pareciera que es una alternativa válida para las barreras de aplicación del PIBA planteadas en el capítulo dos, esto lleva a generar la hipótesis de que una adaptación a formato grupal del programa puede ayudar a disminuir las barreras para su aplicación que se han reportado dentro de los centros UNEME-CAPA, sin disminuir su efectividad.



Planteamiento del problema

En México el consumo de sustancias en adolescentes ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en una problemática que demanda la creación de tecnologías eficaces para atenderla (Villatoro, et al., 2017a; Villatoro, et al., 2017b; Villatoro, et al., 2017c; United Nations Office on Drugs and Crime, 2018).

El PIBA (Martínez, et al., 2012). es un programa con eficacia comprobada para el tratamiento del consumo de alcohol y drogas en adolescentes, que se aplica en todos los centros UNEME-CAPA del país y como parte de su proceso de transferencia tecnológica, se han investigado las barreras que los terapeutas identifican al momento de realizar la aplicación (Martínez y Medina-Mora, 2013; Martínez, et al., 2016). Algunas de las barreras que se reportan tienen que ver con el tiempo que se dedica a atender a cada paciente, esto porque la institución les impone una cuota mínima de pacientes cada mes, y, por otro lado, existe una falta de recursos en la mayoría de los centros para proveer a los terapeutas el material que el manual señala como necesario para la aplicación de las sesiones.

El problema es, entonces, que estas barreras institucionales están impidiendo la aplicación del PIBA tal como el manual lo señala, lo que podría terminar por disminuir su eficacia (Jiménez, 2010; Véliz, 2014). Es por eso que es importante generar soluciones a las barreras reportadas, de manera que el programa se vuelva mucho más costo eficiente en los aspectos del tiempo que toma implementarlo y el material que se necesita en cada sesión.

La hipótesis de este estudio es que una adaptación del PIBA a formato grupal puede ser eficaz para la disminución del consumo de sustancias de los adolescentes y dicha modalidad de aplicación ayudará a disminuir las barreras que se han reportado en la literatura para la aplicación del PIBA en formato individual.

Objetivos

Objetivo general

Realizar una adaptación del PIBA a formato grupal y evaluar la eficacia y las principales barreras de su aplicación en escuelas preparatorias del estado de Aguascalientes.

Objetivos particulares

- Realizar adecuaciones al contenido del PIBA basadas en la literatura, que permitan su implementación en formato grupal.
- Evaluar el nivel de eficacia de la adaptación grupal de PIBA a través de los cambios en el patrón de consumo de los pacientes.
- Analizar los cambios en el nivel de auto eficacia para el control del consumo de los pacientes que tomen el programa grupal.
- Analizar los cambios en las consecuencias asociadas al consumo reportadas por los adolescentes, antes y después de la intervención.
- Identificar las barreras que se presentan durante la aplicación grupal del PIBA a través de los comentarios y vivencias de los terapeutas que lo apliquen.
- Identificar las principales causas de deserción de los pacientes que tomen el programa en formato grupal y abandonen el grupo.

Método

Participantes

Dos terapeutas capacitadas en la aplicación del PIBA individual, con experiencia mínima de dos años, graduadas de la Licenciatura en Psicología.

Adolescentes escolarizados del estado de Aguascalientes, México, con una edad promedio de 16.3 años (DE=1.15), divididos en dos grupos, uno de siete participantes y uno de ocho. No hubo ninguna diferencia metodológica en la intervención que recibieron los dos grupos, la división se hizo por conveniencia en términos del tamaño del grupo.

Criterios de inclusión. Adolescentes de entre 12 y 18 años que presentaran consecuencias asociadas a su consumo de alcohol y/o drogas en los últimos seis meses. Los criterios de inclusión asociados al consumo fueron los siguientes: a) que consumieran más de siete tragos estándar por ocasión en el caso de alcohol; b) que consumieran cualquier droga, en cualquier cantidad; c) que tuvieran consumos frecuentes de tabaco y reportaran querer dejar de fumar; o d) que consumieran más de una sustancia.

Criterios de exclusión. Se excluyó de la participación en este estudio a los adolescentes que: a) presentaran más de cuatro síntomas de dependencia a la sustancia de consumo; b) reportaran dudas constantes de si el grupo podía ayudarles; c) su meta no fuera la reducción de su consumo de alcohol y/o drogas; d) hubieran realizado más de tres conductas antisociales de las mencionadas en la entrevista inicial; o e) no quisieran participar de manera voluntaria.

Instrumentos

- Manual original de PIBA (Martínez, et al., 2012), incluyendo todos los instrumentos de evaluación, que son: 1) Cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes [POSIT] (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997) 2) Entrevista Inicial (Saucedo y Salazar, 2004); 3) Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979); 4) Indicadores del DSM-IV de Dependencia a las Drogas (Martín del Campo, 2007); 5) Cuestionario Breve de Confianza Situacional

[CBCS] (Annis y Martil, 1985; traducción y adaptación Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997)

- Diario de campo anecdótico de formato libre, con el objetivo de identificar las principales barreras para la aplicación del formato grupal. Se llenó al final de cada sesión de tratamiento con la retroalimentación de la terapeuta que colaboró en la aplicación de las sesiones.

Procedimiento

Debido a que el proyecto de tesis involucró distintos pasos sucesivos que era necesario explicar a detalle, se dividió esta sección en cinco fases: 1) adaptaciones al manual de PIBA; 2) capacitación de terapeutas; 3) evaluación de adolescentes y formación de los grupos; 4) aplicación de la intervención; 5) análisis de las barreras de aplicación de la modalidad grupal. A continuación, se encontrará una descripción detallada de cada una de las fases.

Fase 1: Adaptación del manual de PIBA. Esta fase consistió en todas las adaptaciones que se realizaron al manual de PIBA, por ende, el producto es el manual adaptado para su aplicación grupal (Anexo 1).

Las adaptaciones se realizaron tomando en cuenta los lineamientos para la práctica clínica de la psicoterapia grupal (Bernard, et al., 2008) diseñados por la AGPA y el modelo para evitar la iatrogenia en intervenciones grupales con adolescentes de Macgowan y Wagner (2005).

Fase 2: Capacitación de terapeutas. Se seleccionó a dos terapeutas, usando como criterio que fueran licenciadas en Psicología, que hubieran sido capacitadas para aplicar el PIBA individual a través de un curso presencial y que tuvieran una experiencia mínima de dos años aplicando el programa. Se seleccionó a dos terapeutas ya que una se encargó de la aplicación de la intervención con uno de los grupos y la otra se encargó de aplicar el PIBA individual a los adolescentes que presentaran consecuencias asociadas a su consumo, pero que no ingresaron al estudio debido a los criterios de inclusión y exclusión.

Primeramente se presentó a las terapeutas el proyecto y se les invitó a participar. Las terapeutas accedieron y firmaron el Consentimiento Informado del Terapeuta (Anexo 2).

Segundo, se llevó a cabo una capacitación presencial, expositiva, en dos sesiones de tres horas con las terapeutas. En la primera capacitación se presentaron los cambios más importantes realizados al manual en términos de estrategias terapéuticas y en la segunda se habló sobre los cambios a los materiales usados para exponer el contenido de las sesiones. Durante la capacitación se hizo especial énfasis en las habilidades que propone la AGPA (Burlingame, et al., 2006) para favorecer la presencia de mecanismos terapéuticos y en las variables a cuidar para evitar la iatrogenia en el grupo de tratamiento (Macgowan y Wagner, 2005).

Tercero, se realizó una evaluación de los conocimientos de las terapeutas a manera de grupo focal, centrada en dos tópicos principales: 1) ¿cuáles son las principales diferencias que encuentras entre la intervención individual y la grupal?; y 2) ¿has tenido experiencia con algún grupo terapéutico en el pasado? De ser así, ¿cómo fue tu experiencia?, y, ¿crees que podría ayudarte para la aplicación de este programa? Al final del grupo focal se entregó a las terapeutas una constancia oficial por haber completado la capacitación.

Fase 3: Evaluación de adolescentes y formación de los grupos. Una vez capacitadas las terapeutas se dio inicio a la tercera fase, que tenía como objetivo la evaluación de los adolescentes que conformaron la muestra de este estudio y su asignación aleatoria a cada grupo.

Como primer paso, se hizo el contacto con la Escuela Preparatoria Federal Licenciado Benito Juárez, donde se habló con los directivos sobre el proyecto y se obtuvo su consentimiento para participar en el estudio (Anexo 3).

Como un segundo momento, se realizó la evaluación conforme el PIBA individual: primero se aplicó un tamizaje a toda la institución mediante la prueba POSIT y posteriormente se seleccionaron todos los adolescentes que tuvieran una puntuación de uno o más para realizarles una evaluación individual. Es importante señalar que los adolescentes que presentaron consumo abusivo, pero que por los criterios de inclusión o exclusión no participaron en este estudio, fueron canalizados a con una de las terapeutas

capacitadas, la cual los atendió con el PIBA en formato individual. La selección de qué terapeuta se haría responsable de esta tarea se realizó de manera aleatoria, por eso las dos fueron capacitadas para el formato grupal.

Se aleatorizó a los 15 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión en dos grupos, uno de siete integrantes y otro de ocho, esta aleatorización se realizó haciendo uso de la herramienta para este fin del programa IBM SPSS Statistics 24.

Fase 4: Implementación de la intervención. El objetivo de esta fase fue el de aplicar la intervención a los dos grupos.

Cada uno de los adolescentes que participaron en este estudio firmaron un consentimiento informado diseñado expreso para la modalidad grupal (Anexo 4), donde se le explicó a los participantes que estaban en libertad de dejar el grupo si así lo deseaban, pero se les pidió que avisaran a la terapeuta que iban a retirarse y se les indicó que en caso de hacerlo se les invitaría a una entrevista (Anexo 5) con el objetivo de que pudieran retroalimentar su experiencia en el grupo y así identificar las principales causas de deserción.

Las dos terapeutas que participaron en este estudio tenían a su cargo uno de los grupos de intervención y participaban como observadoras en el otro, anotando cualquier barrera para la aplicación que surgiera. Todas las sesiones seguían la misma secuencia de componentes: cada sesión iniciaba con una actividad de rapport de entre cinco y 10 minutos, posteriormente se continuaba con el llenado de un auto-registro individual donde cada participante anotaba sus consumos semanales de alcohol o droga y al final de su llenado podían compartir su progreso con los demás participantes si así lo deseaban; posterior a esto se procedía a la revisión del componente central de cada sesión empleando el material correspondiente y, por último, se concluía cada sesión con una reflexión de los contenidos revisados. Para ver a detalle el contenido de cada sesión se puede consultar el Anexo 1 de este documento, que incluye el manual completo del PIBA grupal.

Un mes después de concluida la intervención se llevó a cabo un seguimiento de forma presencial y los adolescentes que no fueron localizados en la institución de manera presencial fueron localizados por vía telefónica. El seguimiento consistió en la batería de pruebas señalada en el manual, junto con una segunda aplicación de POSIT.

Fase 5: Análisis de las barreras de la aplicación grupal. Esta fase se aplicó al mismo tiempo que la fase cuatro y tenía como objetivo obtener información respecto a las barreras que los terapeutas enfrentaron al momento de aplicar la modalidad grupal. Después de cada una de las sesiones de intervención, la terapeuta encargada del grupo y la investigadora principal de este proyecto llenaban un diario de campo con todas las barreras que hubieran experimentado u observado antes, durante o después de la sesión. Por último, la terapeuta y la investigadora contrastaban sus opiniones para analizar a su vez si las barreras podían irse agrupando en categorías.

Recogida y análisis de datos.

Para los datos cuantitativos, se evaluó el patrón de consumo de alcohol mediante la prueba LIBARE, el nivel de autoeficacia con el CBCS y las consecuencias asociadas al consumo con la prueba POSIT; las tres mediciones se realizaron antes y después de la intervención a manera de pre y post test.

Para analizar los datos cuantitativos recabados se usó el programa IBM SPSS Statistics 24. En un primer momento se analizaron los datos generales de los participantes, para esto se analizó el patrón de consumo de los adolescentes, con una t de student para comparar el promedio pre-tratamiento con el promedio post tratamiento; el nivel de autoeficacia para el control de consumo de los adolescentes se analizó a través de una gráfica donde se presentan los resultados antes y después del tratamiento para cada una de las situaciones de consumo que plantea la prueba; y, por último, las consecuencias asociadas al consumo se analizaron igual que el patrón de consumo, con una gráfica general con los resultados de todos los adolescentes y una t de student comparado las medidas pre – post. En un segundo momento se realizó un análisis intra-sujeto considerando las variables mencionadas anteriormente.

Por otra parte, en cuanto a los datos cualitativos sobre las barreras de aplicación del formato grupal, el análisis consistió en clasificar la información obtenida mediante el diario en categorías, y, finalmente, se buscó bibliografía sobre cómo pueden minimizarse o evitarse las barreras identificadas y con esta información se diseñó una guía para la disminución de dichas barreras, que se incluyó en el manual de aplicación grupal.

Resultados

Fase 1: Adaptación del manual de PIBA

Esta fase se dividirá de acuerdo con las secciones del manual que fueron modificadas, de manera que se muestren a profundidad cada una de las modificaciones. En la Tabla 4 se muestran los principales elementos que se modificaron en la introducción, en la Tabla 5 las modificaciones a criterios de inclusión y exclusión, en la Tabla 6 se encuentran las modificaciones a la evaluación y, por último, en la Tabla 7 se encuentran las modificaciones a las actividades e instrumentos de cada sesión.

Tabla 4

Elementos modificados a la introducción

Sección modificada en el manual	Modificación realizada	Base teórica con la que se realizó la modificación
Antecedentes teóricos del PIBA	Se añadió una sección al inicio del manual en donde se exponen todos los antecedentes teóricos del PIBA individual, de manera que el terapeuta contextualice la intervención dentro de un marco teórico específico.	Orford y Edwards (1977) Miller (1983) Bandura (1986) Sobell y Sobell (1993) Ayala, et al. (1998)
Particularidades de la terapia grupal	Se explicaron, de forma concisa, los lineamientos para la práctica clínica de la psicoterapia grupal.	Bernard, et al. (2008)

Efectos iatrogénicos en la terapia grupal	Se exponen los elementos que han demostrado generar efectos de iatrogenia en las intervenciones grupales con adolescentes que abusan del consumo de sustancias.	Macgowan y Wagner (2005)
---	---	--------------------------

Especificaciones generales para el trabajo en grupo	Se retoman los lineamientos de la AGPA para realizar recomendaciones en torno al acomodo de los participantes y el rol del terapeuta.	Bernard, et al. (2008)
---	---	------------------------

Tabla 5

Elementos modificados en los criterios de inclusión y exclusión

Sección modificada en el manual	Modificación realizada	Base teórica con la que se realizó la modificación
Criterios de inclusión	Se añadieron: 1. Habilidad básica para comunicarse 2. Expresar interés y compromiso para participar en el grupo terapéutico	Bernard, et al. (2008)
Criterios de exclusión	Adolescentes que: 1. Presenten conflictos interpersonales graves 2. Sean agresivos o respondan a la defensiva 3. Aborden los problemas de manera vaga o sin seriedad	Macgowan y Wagner (2005) Bernard, et al. (2008)

-
- 4. Reporten muchas dudas de si el grupo puede ayudarles
 - 5. Su expectativa de consumo esté muy alejada del objetivo del grupo
-

Tabla 6

Elementos modificados a la evaluación

Sección modificada en el manual	Modificación realizada	Base teórica con la que se realizó la modificación
Entrevista Inicial	<p>Se añadieron tres preguntas al final de la entrevista:</p> <p>120. Si entraras a un grupo que te ayude a disminuir tu consumo de sustancias en donde también participaran otros adolescentes de tu edad: ¿Te interesaría participar? ¿Por qué? ¿Te preocuparía participar? ¿Por qué?</p> <p>121. ¿Alguna vez has participado en un grupo o taller con el objetivo de disminuir tu consumo de sustancias o con algún otro objetivo?</p> <p>121. Si la respuesta es sí: ¿Cómo fue tu experiencia?</p>	Burlingame, et al. (2006)

Prueba Indicadores del DSM-IV de Dependencia a las Drogas (Martín del Campo, 2007)	Dicha prueba se modificó por la versión actualizada, que es el cuestionario de Indicadores de Dependencia del DSM-V
--	---

Tabla 7

Elementos modificados a las actividades e instrumentos de cada sesión

Sesión modificada	Actividad PIBA individual	Actividad adaptada para PIBA grupal
Sesión 1	Rapport – temas neutros.	Rapport – actividad de integración. Presentación del folleto “el grupo terapéutico”.
	Autoregistro – el terapeuta llena el formato con el adolescente enfatizando los días de no consumo.	Autoregistro – se entrega el formato a cada uno de los adolescentes y lo llenan de manera individual. En esta sesión no comparten sus resultados.
	Revisión del folleto – el terapeuta presenta al adolescente los contenidos teóricos de la sesión.	Objetivo e información – uno de los miembros del grupo lee el objetivo y lo explica; el terapeuta principal expone el contenido teórico.
	Ejercicio 1 – el adolescente identifica con el terapeuta un conflicto de interacción que tenga comúnmente y contesta a qué hizo, cómo se sintió y las consecuencias.	Ejercicio 1 – cada adolescente identifica un conflicto de interacción que haya tenido recientemente y responde preguntas en torno al mismo en su hoja. Posteriormente,

	<p>Entre los dos, identifican que habilidades pueden hacer más efectiva su comunicación.</p>	<p>comenta su situación y el compañero de su derecha le da retroalimentación.</p>
	<p>Ejercicio 2 – se propone un juego de roles opcional, donde el adolescente se representa a sí mismo y el terapeuta es la otra persona implicada en el conflicto.</p>	<p>Ejercicio 2 – se realiza un juego de roles en el que un adolescente es el hijo y otro actúa como el padre en la situación de “pedir permiso para salir con amigos”.</p>
	<p>Cierre – el adolescente analiza cómo tener mejores estrategias de comunicación afecta su consumo.</p>	<p>Cierre – los adolescentes analizan cómo tener mejores estrategias de comunicación afecta su consumo y anotan su meta semanal de consumo.</p>
<p>Sesión 2</p>	<p>Rapport – temas neutros.</p>	<p>Rapport – actividad a criterio del terapeuta que ayude a generar un ambiente de confianza entre los miembros. Duración 5 minutos.</p>
	<p>Autoregistro – el terapeuta llena el formato con el adolescente enfatizando los días de no consumo.</p>	<p>Autoregistro – se entrega el formato a cada uno de los adolescentes y lo llenan de manera individual. Los adolescentes que quieran compartir si lograron su meta, pueden hacerlo.</p>
	<p>Revisión del folleto – el terapeuta explica al adolescente los contenidos teóricos de la sesión.</p>	<p>Objetivo e información – uno de los miembros del grupo lee el objetivo y lo explica; el terapeuta principal expone el contenido teórico.</p>
	<p>Ejercicio 1 – se realiza una balanza decisional con el adolescente donde identifica las ventajas y</p>	<p>Ejercicio 1 – los adolescentes realizan en su hoja dos balanzas decisionales, una en la que</p>

desventajas de cambiar y de no cambiar su consumo de sustancias.

identifican las consecuencias asociadas a su consumo y en otra donde analizan qué pasaría si cambian su forma de consumir.

Ejercicio 2 – los adolescentes establecen una meta personal de consumo en términos de abstinencia o moderación.

Ejercicio 2 – los adolescentes establecen una meta personal de consumo en términos de abstinencia o moderación y la comparten con sus compañeros.

Cierre – el terapeuta hace un resumen de la sesión considerando las razones por las cuales el adolescente quiere cambiar.

Cierre – los adolescentes reflexionan sobre qué tan importante es para ellos su meta, qué tanta confianza tienen en lograrla y cómo creen que el grupo puede ayudarles a lograr su meta. Posteriormente, anotan su meta semanal de consumo.

Rapport – temas neutros.

Rapport – actividad a criterio del terapeuta que ayude a generar un ambiente de confianza entre los miembros. Duración 5 minutos.

Sesión 3

Autoregistro – el terapeuta llena el formato con el adolescente enfatizando los días de no consumo.

Autoregistro – se entrega el formato a cada uno de los adolescentes y lo llenan de manera individual. Todos los adolescentes tienen que compartir si cumplieron su meta de consumo, a los que no la logren, se les motivará a que entiendan la recaída como un aprendizaje desafortunado.

	<p>Revisión del folleto – el terapeuta explica al adolescente los contenidos teóricos de la sesión.</p>	<p>Objetivo e información – uno de los miembros del grupo lee el objetivo y lo explica; el terapeuta principal expone el contenido teórico.</p>
	<p>Ejercicio 1 – el terapeuta explica al adolescente la importancia de identificar las situaciones en las que consume y las diferentes situaciones de consumo que le pueden suceder.</p>	<p>Ejercicio 1 – el terapeuta explica las posibles situaciones de consumo y le pide a los adolescentes un ejemplo al azar de una situación propia, de manera que los demás deberán ubicar el ejemplo en uno de los cuatro tipos.</p>
	<p>Ejercicio 2 – el terapeuta ayuda al adolescente a escribir tres situaciones de riesgo para el consumo abusivo, donde identifica las consecuencias positivas y negativas de cada situación.</p>	<p>Ejercicio 2 – el adolescente escribe tres situaciones de riesgo para consumo abusivo en su hoja e identifica consecuencias positivas y negativas, después, comparte con sus compañeros estas situaciones y el terapeuta debe hacer énfasis en las coincidencias.</p>
	<p>Cierre – el terapeuta hace un resumen de la sesión enfatizando las principales situaciones de consumo del adolescente.</p>	<p>Cierre – los adolescentes reflexionan en torno a cuáles son las situaciones en las que es más probable que consuman y de qué tipo de situación de consumo se trata. Posteriormente, anotan su meta semanal de consumo.</p>
Sesión 4	Rapport – temas neutros.	<p>Rapport – actividad a criterio del terapeuta que ayude a generar un ambiente de confianza entre los miembros. Duración 5 minutos.</p>

Autoregistro – el terapeuta llena el formato con el adolescente enfatizando los días de no consumo.

Autoregistro – se entrega el formato a cada uno de los adolescentes y lo llenan de manera individual. Todos los adolescentes tienen que compartir si cumplieron su meta de consumo, a los que no la logren, se les motivará a que en esta sesión identifiquen estrategias para lograrla la siguiente semana.

Revisión del folleto – el terapeuta explica al adolescente los contenidos teóricos de la sesión.

Objetivo e información – uno de los miembros del grupo lee el objetivo y lo explica; el terapeuta principal expone el contenido teórico.

Ejercicio 1 – se le pide al adolescente que recuerde las tres situaciones de riesgo que identificó en la sesión anterior y que genere para cada una de ellas un plan A y un plan B, incluyendo consecuencias positivas y negativas de cada uno.

Ejercicio 1 – se le pide a los adolescentes que, de acuerdo con la situación de mayor riesgo para su consumo, generen dos planes de acción, identificando consecuencias positivas y negativas. Una vez que lo identificaron, se divide el grupo en dos subgrupos para que los adolescentes comenten si las estrategias usadas por sus compañeros pueden ayudarles y por qué. Posteriormente lo que comentaron se habla con el resto del grupo.

Cierre – el terapeuta hace un resumen de la sesión, resaltando la

Cierre – los adolescentes reflexionan en torno a cuáles son las tres

<p>importancia de llevar a cabo estos planes en su vida cotidiana.</p>	<p>estrategias que más van a usar para cumplir con su meta de consumo y cómo creen que les ayuda el haberlas elaborado. Posteriormente, anotan su meta semanal de consumo.</p>
<p>Rapport – temas neutros.</p>	<p>Rapport – actividad a criterio del terapeuta que ayude a generar un ambiente de confianza entre los miembros. Duración 5 minutos.</p>
<p>Autoregistro – el terapeuta llena el formato con el adolescente enfatizando los días de no consumo.</p>	<p>Autoregistro – se entrega el formato a cada uno de los adolescentes y lo llenan de manera individual. Todos los adolescentes tienen que compartir si cumplieron su meta de consumo, a los que no la logren, se les pedirá que analicen por qué no lo hicieron con el contenido de las dos sesiones anteriores, se retroalimentará su análisis y se les pedirá que sigan trabajando en sus planes de acción.</p>
<p>Revisión del folleto – el terapeuta explica al adolescente los contenidos teóricos de la sesión.</p>	<p>Objetivo e información – uno de los miembros del grupo lee el objetivo y lo explica; el terapeuta principal expone el contenido teórico.</p>
<p>Ejercicio 1 – el adolescente identifica cuáles son sus metas a corto, mediano y largo plazo y</p>	<p>Ejercicio 1 – los adolescentes anotan las vidas que tengan (corto, mediano o largo plazo) y señalan la más importante para ellos, comparten en</p>

Sesión 5

anota cuáles son los pasos para conseguir las a uno y a seis meses.

grupo sus tres metas, así como la que consideran de mayor importancia y por qué.

Ejercicio 2 – los adolescentes formarán subgrupos de dos o tres integrantes con personas que tengan metas similares a las suyas y deberán escribir en una hoja, a un mes y a seis meses qué van a hacer para lograrlas y cuál es el resultado. Los resultados se compartirán con el resto del grupo.

Cierre – el terapeuta hace un resumen de la sesión, analizando con el adolescente qué pasará con sus metas si continúa con su consumo de sustancias.

Cierre - los adolescentes reflexionan en torno a qué pasará con sus metas si continúan consumiendo sustancias. Posteriormente, anotan su meta semanal de consumo.

Rapport – temas neutros.

Rapport – actividad a criterio del terapeuta que ayude a generar un ambiente de confianza entre los miembros. Duración 5 minutos.

Sesión 6

Autoregistro – el folleto incluye una gráfica que el terapeuta llena previamente con los resultados de los autoregistros semanales. En

Objetivo e información - uno de los miembros del grupo lee el objetivo y lo explica.

esta sesión se completa la última semana de la tabla y se retroalimenta el progreso del adolescente.

Ejercicio 1 – autoregistro y resultados. Se entrega a cada adolescente una gráfica con la información de sus autoregistros semanales, el adolescente completa con los resultados de la última semana y posteriormente todos compartirán su progreso.

Ejercicio 1 - se aplica el CBCS

No se aplica en esta etapa

Ejercicio 2 – Se retroalimenta al adolescente por su progreso y se le pide que piense en los cambios que han sucedido desde que decidió cambiar su consumo.

Ejercicio 2 – Se les pedirá a los adolescentes que reflexionen en torno a cuáles fueron sus razones para cambiar, qué cosas buenas le han pasado desde que cambió y qué es lo más importante que aprendieron en el grupo.

Cierre del tratamiento – se hace un resumen general del proceso terapéutico tomando en cuenta los logros del adolescente, se le recuerdan sus metas de vida y las estrategias que desarrolló en el tratamiento.

Cierre del tratamiento – se realiza una actividad con el objetivo de que los adolescentes tengan un espacio para despedirse, ya sea a manera de actividad, juego o convivio, mientras permita terminar la experiencia terapéutica en positivo.

Seguimiento El seguimiento está planteado a criterio del terapeuta, pero normalmente se realiza a 6, 12 y 18 meses de concluida la intervención.

El primer seguimiento debe realizarse un mes después de concluida la intervención, el resto son a criterio del terapeuta.

* Todos los cambios realizados se hicieron tomando en cuenta los lineamientos para la práctica clínica de la psicoterapia grupal (Bernard, et al., 2008) y la teoría para evitar efectos iatrogénicos en la terapia grupal (Macgowan y Wagner, 2005).

** No se modificaron los objetivos de las actividades, sino la manera de implementarlas.

Fase 2: Capacitación de terapeutas

Se invitó a participar en el proyecto a dos psicólogas, graduadas de la Licenciatura de Psicología en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, una con dos años y otra con cuatro años de experiencia aplicando el PIBA, a partir de este momento se ubicarán como Terapeuta B y Terapeuta I. Las dos terapeutas fueron capacitadas para la aplicación individual de manera presencial por terapeutas experimentados en la intervención.

Las dos terapeutas recibieron juntas la capacitación presencial para el PIBA grupal en dos días diferentes, una sesión de tres horas cada día. Al final de la capacitación se hizo un grupo focal en el que las dos participaron, donde contestaron preguntas que permitieron evaluar sus conocimientos respecto al PIBA grupal. Ambas terapeutas lograron identificar las diferencias teóricas y metodológicas entre los dos programas, incluyeron su experiencia con grupos para dar explicación a los cambios de las sesiones (desde su opinión clínica) y las dos reportaron que esa experiencia puede ayudarles durante la aplicación del programa ya que las dos han trabajado antes con grupos de adolescentes.

Tras el grupo focal se les entregó un reconocimiento por su participación y se aleatorizó su participación en el proyecto. Como resultado, a la terapeuta B le tocó la aplicación del grupo terapéutico y a la terapeuta I le tocó encargarse de los adolescentes en riesgo que presentaran criterios de exclusión, con el formato individual.

Fase 3: Evaluación de adolescentes y formación de los grupos

Se hizo contacto con la Escuela Preparatoria Federal Licenciado Benito Juárez para realizar la presente investigación y la directora del área de psicopedagogía firmó el consentimiento informado (Anexo 3), autorizando la aplicación. El primer paso de esta intervención fue la aplicación del POSIT, cuestionario que contestaron 324 alumnos en total, cubriendo casi en su totalidad a la población escolar de todos los grados y grupos.

De los alumnos encuestados, 131 de ellos reportan haber tenido al menos una consecuencia asociada a su consumo de sustancias en los últimos seis meses. Como indica el manual, se comenzó evaluando a los adolescentes que presentaban el mayor número de consecuencias en el POSIT, así que se evaluó a los 36 que reportaban haber tenido cinco o más consecuencias asociadas a su consumo en los últimos seis meses.

De los 36 alumnos evaluados, 26 de ellos reportaron consumos de sustancias que los hacían candidatos a PIBA, pero cuatro de ellos presentaban criterios de exclusión, por lo que fueron asignados a la terapeuta I para recibir el PIBA en su versión individual. Los 22 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión y que no presentaban los criterios de exclusión, recibieron la sesión de inducción, tras aplicar esta sesión, 15 adolescentes aceptaron participar en el estudio y firmaron el Consentimiento Informado del Adolescente. Se aleatorizó a los 15 adolescentes generando dos grupos, uno de siete y otro de ocho integrantes. Los resultados que se presentarán corresponden a los 12 adolescentes que completaron las seis sesiones de intervención y la sesión de seguimiento.

Fase 4: Aplicación de la intervención

Esta fase consistió en la aplicación de las seis sesiones de intervención y la sesión de seguimiento. A cada uno de los adolescentes se les asignó un código usando las iniciales de sus nombres y su sexo para presentar los datos respetando su confidencialidad. Los datos se presentarán en dos momentos, primero se presentarán los datos relevantes de cada uno de los participantes, es decir, los resultados individuales y, posteriormente, se presentarán los análisis de la información de manera global, tomando en cuenta los resultados de todos los participantes.

Para analizar de forma específica los datos, en la Tabla 8 se presentan los resultados desglosados de cada uno de los adolescentes tomando en cuenta todos los siguientes datos: información general del adolescente, sustancia de consumo, meta de consumo, patrón de consumo, nivel de autoeficacia para el control del consumo y consecuencias asociadas al consumo de sustancias.

Tabla 8

Información general, patrón de consumo, consecuencias asociadas al consumo y nivel de autoeficacia de los adolescentes.

Paciente 1		
Edad: 17 años		Sexo: Hombre
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	No	Consumir menos
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
5	6	6
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	80	50
Malestar físico	100	80
Emociones agradables	70	40
Probando autocontrol	65	60
Necesidad física	90	70
Conflicto con otros	100	80
Presión social	100	90
Momentos agradables con otros	50	40
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
6	5	
Paciente 2		
Edad: 18 años		Sexo: Mujer
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	Tabaco, marihuana, cocaína, clonazepam, éxtasis	Abstinencia
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
3.69	0	0
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	0	100
Malestar físico	100	100
Emociones agradables	50	70
Probando autocontrol	40	100
Necesidad física	80	100
Conflicto con otros	50	100
Presión social	50	100
Momentos agradables con otros	95	70

Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
7	0	
Paciente 3		
Edad: 16 años	Sexo: Mujer	
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	Tabaco	Consumir menos
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
4.61	3.43	3.67
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	20	50
Malestar físico	0	100
Emociones agradables	50	70
Probando autocontrol	20	50
Necesidad física	0	100
Conflicto con otros	10	100
Presión social	20	30
Momentos agradables con otros	100	70
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
4	5	
Paciente 4		
Edad: 15 años	Sexo: Mujer	
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	Tabaco y marihuana	Consumir menos
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
3.27	3.5	1.6
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	50	90
Malestar físico	30	100
Emociones agradables	10	80
Probando autocontrol	10	100
Necesidad física	80	90
Conflicto con otros	50	100
Presión social	50	50

Momentos agradables con otros	20	50
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
5	0	
Paciente 5		
Edad: 14 años	Sexo: Hombre	
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Marihuana	Alcohol	Abstinencia
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
3	5	0
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	80	70
Malestar físico	100	100
Emociones agradables	80	100
Probando autocontrol	100	90
Necesidad física	100	60
Conflicto con otros	80	100
Presión social	100	100
Momentos agradables con otros	100	50
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
4	0	

Paciente 6		
Edad: 17 años	Sexo: Hombre	
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	No	Abstinencia
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
14.45	5	6
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	60	100
Malestar físico	100	100
Emociones agradables	0	0
Probando autocontrol	50	100
Necesidad física	40	0
Conflicto con otros	0	100

Presión social	0	0
Momentos agradables con otros	70	0
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	5	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento
		0

Paciente 7

Edad: 17 años	Sexo: Hombre	
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	Tabaco	Consumir menos
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
7.1	2.33	3.8
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	70	100
Malestar físico	100	100
Emociones agradables	0	40
Probando autocontrol	0	100
Necesidad física	50	80
Conflicto con otros	10	100
Presión social	10	100
Momentos agradables con otros	80	50
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	4	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento
		5

Paciente 8

Edad: 17 años	Sexo: Hombre	
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Alcohol	No	Consumir menos
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
5.5	8.78	5
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	100	100
Malestar físico	100	75
Emociones agradables	50	0
Probando autocontrol	100	100
Necesidad física	100	100

Necesidad física	100	100
Conflicto con otros	95	100
Presión social	0	100
Momentos agradables con otros	100	80
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
4	4	

Paciente 11

Edad: 16 años		Sexo: Mujer
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Tabaco	Alcohol	Consumir menos
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
1	0	0
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	50	90
Malestar físico	70	95
Emociones agradables	90	91
Probando autocontrol	60	70
Necesidad física	50	70
Conflicto con otros	80	90
Presión social	70	80
Momentos agradables con otros	50	99
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento	
4	2	

Paciente 12

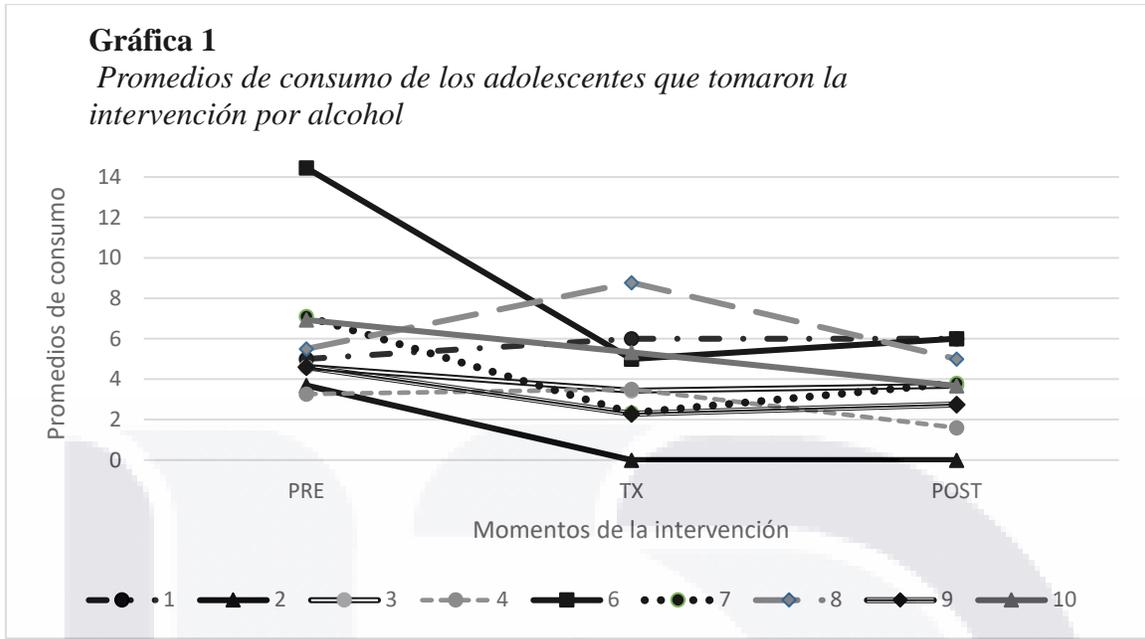
Edad: 15 años		Sexo: Mujer
Principal sustancia de consumo	¿Poliusuario?	Meta de consumo del paciente
Marihuana	Tabaco y alcohol	Abstinencia
Promedio de consumo antes del tratamiento	Promedio de consumo durante el tratamiento	Promedio de consumo después del tratamiento
2.25	1.6	0
Situación de consumo	Autoeficacia antes del tratamiento	Autoeficacia después del tratamiento
Emociones desagradables	100	100
Malestar físico	100	100
Emociones agradables	0	10
Probando autocontrol	100	80

Necesidad física	100	100
Conflicto con otros	100	100
Presión social	20	100
Momentos agradables con otros	50	30
Consecuencias asociadas al consumo antes del tratamiento	5	Consecuencias asociadas al consumo después del tratamiento
	5	1

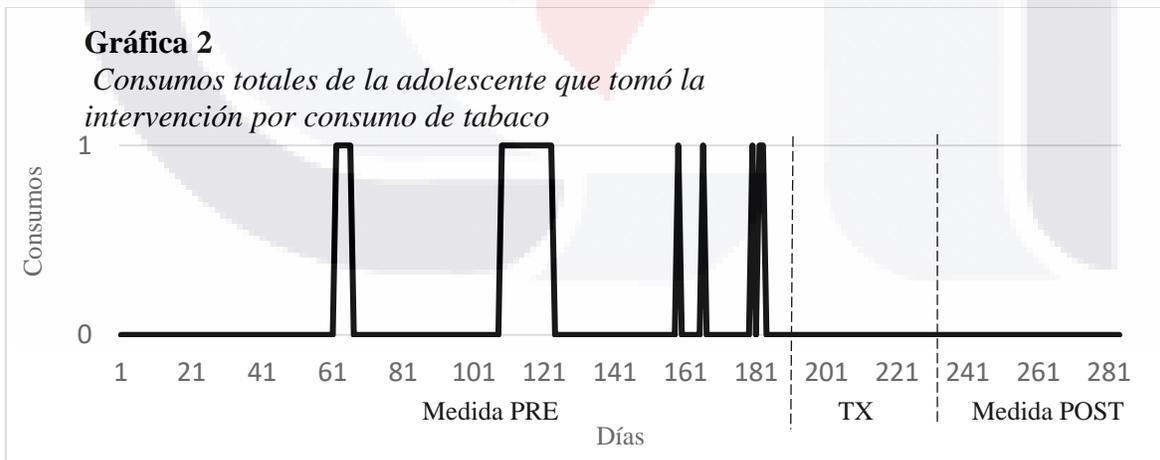
A continuación, se presentará la información tomando en cuenta a todos los adolescentes de manera que puedan correrse los análisis para identificar si los cambios en patrón de consumo, nivel de autoeficacia y consecuencias asociadas al consumo, son estadísticamente significativos.

En la gráfica 1 se muestran los promedios de consumo pretratamiento, durante el tratamiento y post tratamiento para los adolescentes que tomaron el programa por consumo de alcohol; la gráfica 2 muestra los consumos de la adolescente que tomó el programa por consumo de tabaco y la gráfica 3 señala los promedios de consumo de los adolescentes cuya intervención fue por consumo de marihuana.

Como puede verse en la gráfica 1, la mayoría de los adolescentes disminuyeron su consumo al comparar la medida pre tratamiento con la post tratamiento. Es importante señalar dos aspectos: primero, el adolescente 1 no disminuyó la cantidad de alcohol que consumía por ocasión, pero si disminuyó la frecuencia, al momento de analizar su gráfica individual de consumo puede identificarse que sus consumos pasaron de ser una vez cada diez días a una vez cada 40 días; segundo, la adolescente 2 era poliusuaria de seis sustancias distintas al momento de iniciar la intervención, por eso se incluyó en el programa. Durante las sesiones de tratamiento y en el seguimiento, la adolescente reportó no consumir alcohol y estar abstinerente también de las otras cinco sustancias que consumía.

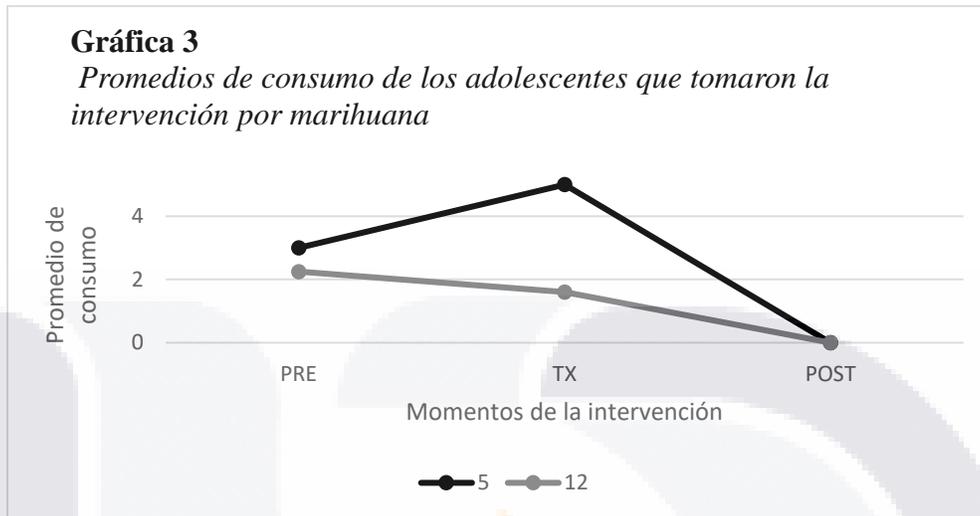


Solo una adolescente de los 12 que tomaron el programa tenía consumos altos de tabaco. Actualmente no existe en la literatura una medida de bajo riesgo de consumo de tabaco, por lo que todos los adolescentes con consumos frecuentes, que reporten tener la intención de dejar de fumar, fueron incluidos en el programa. Como puede verse en la gráfica 2, durante el tratamiento y en el seguimiento, la adolescente reportó haber dejado de consumir tabaco por completo.



Cuando se aplica el PIBA por el consumo de alguna droga ilegal, se incentiva a los adolescentes a que la meta de consumo que se propongan sea la abstinencia. La gráfica 3

señala que los dos adolescentes que tomaron la intervención por consumo de marihuana reportaron ya no consumir al momento de realizar el seguimiento.



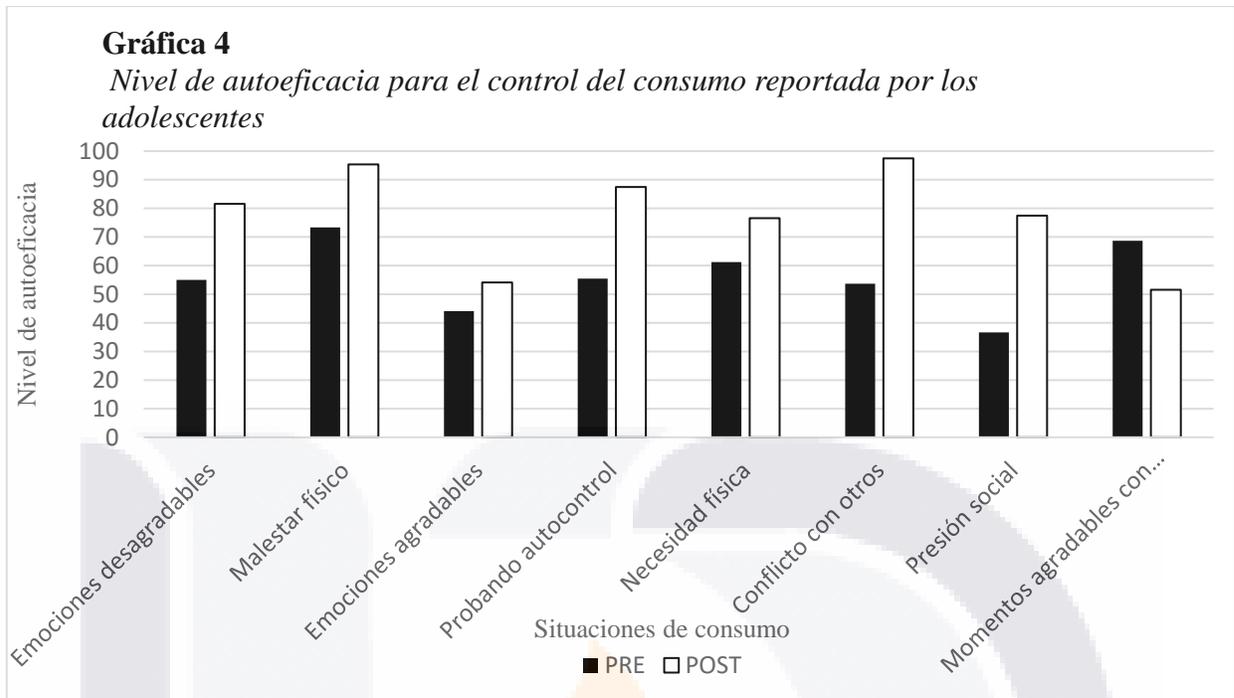
Se corrió la prueba *t* de student para una muestra para identificar si había diferencias estadísticamente significativas al comparar el consumo pretratamiento de los adolescentes con el consumo post tratamiento. Los resultados de la prueba se encuentran en la Tabla 9, se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 9

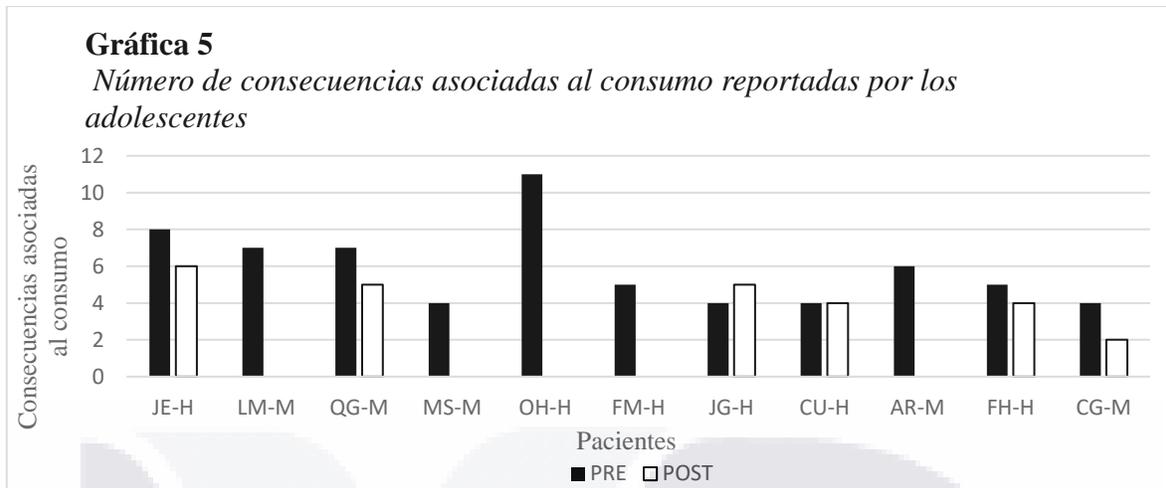
Resultados de la prueba t de student para una muestra, comparando la disminución en el consumo de los adolescentes

Consumo pretratamiento		Consumo post tratamiento		Prueba <i>t</i> de student		
Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
5.1165	3.4393	2.7069	2.3456	3.998	11	0.002

Esta investigación también tiene como objetivo identificar los cambios en el nivel de autoeficacia para el autocontrol del consumo a través de la aplicación del CBCS. La gráfica 4 muestra los resultados antes y después del tratamiento, que permiten identificar la evolución de esta variable. En casi todas las situaciones de consumo los adolescentes reportaron un aumento en nivel de autoeficacia, la única excepción es cuando se encuentran en un momento agradable con otros.



Por último, la gráfica 5 muestra los resultados obtenidos para el número de consecuencias asociadas al consumo de sustancias que reportan los adolescentes. Para analizar esta variable se aplicó la prueba POSIT antes y después del tratamiento. En la gráfica podemos ver que cinco de ellos pasaron de tener cuatro o más consecuencias a no experimentar ninguna. Por otro lado, dos resultados que no se comportaron como se esperaba son: 1) CU-H reporta tener el mismo número de consecuencias asociadas a su consumo; y 2) JG-H reporta que tiene más consecuencias después del tratamiento que antes del tratamiento.



Con el objetivo de identificar si la diferencia en la cantidad de consecuencias reportadas por los adolescentes antes y después del tratamiento era estadísticamente significativa, se realizó una prueba *t* de student. Los resultados de esta prueba se desglosan en la Tabla 10, se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 10

Resultados de la prueba t de student para una muestra, comparando la cantidad de consecuencias asociadas al consumo de los adolescentes, antes y después del tratamiento

Consecuencias asociadas al consumo, pretratamiento		Consecuencias asociadas al consumo, post tratamiento		Prueba <i>t</i> de student		
Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
5.9167	2.1087	2.2500	2.3788	3.276	11	0.007

Como parte de la última sesión de tratamiento, a los adolescentes se les aplicó una evaluación del tratamiento, en la que contestaron preguntas en torno a su experiencia en el grupo. Los resultados de esta aplicación arrojaron que el 100% de los adolescentes reportaron estar “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con las siguientes afirmaciones: 1) el programa es una herramienta útil para resolver problemas de consumo de alcohol y drogas; 2) les gustaron las explicaciones y ejercicios que se usaron en la terapia; 3) participar en el programa les ayudó a cambiar su consumo de alcohol y drogas; 4) las metas que se propusieron en la terapia fueron útiles para mejorar su vida; 5) el ejercicio de balance decisional les pareció útil para mejorar su vida; 6) los planes de acción que diseñaron en las sesiones les ayudaron a mantener su meta de consumo; 7) los ejercicios de

cada sesión ayudaron a disminuir su consumo de alcohol y drogas; 8) el terapeuta los motivó en cada sesión a cumplir su meta; y 9) el terapeuta les permitió expresarse libremente.

Fase 5: Análisis de las barreras de la aplicación grupal del programa

A lo largo de la aplicación de las sesiones grupales, se tomaron anotaciones en un diario de campo, donde se registró la ocurrencia de algún incidente o problemática dentro de las aplicaciones. Este diario de campo fue enriquecido con las opiniones de la terapeuta que fue capacitada para trabajar con uno de los grupos, de manera que se tuvieran datos para señalar coincidencias.

Las barreras se anotaron, se categorizaron y, a partir de ello, se analizaron los cambios se tenían que realizar a la intervención para generar la versión final del manual de aplicación. En la Tabla 11 se muestran las categorías en las que se dividieron las barreras y una breve definición de cada una.

Tabla 11

Categorías de las barreras identificadas durante la aplicación grupal.

Barreras del manual	Barreras de los participantes
Todas aquellas situaciones que tengan que ver con algún contenido del manual, ya sea que no esté bien explicado o no se incluya.	Cualquier elemento que impida que los participantes comprendan o recuerden el contenido de las sesiones.
Barreras del terapeuta	Barreras de la institución
Características personales de los terapeutas que impidan el desempeño adecuado de las sesiones.	Aspectos que tengan que ver con la escuela en la que se aplicó el programa y que impidan u obstaculicen la aplicación.

A continuación, se presentan todas las barreras por sesión y los cambios que se hicieron a cada una de ellas, es importante señalar que no se incluyen las sesiones de inducción ni seguimiento ya que en éstas no se reportó alguna barrera.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

No se hizo una distinción entre las barreras reportadas durante la sesión de la investigadora y las presentadas en el grupo de la terapeuta B., porque las dos estuvieron presentes durante todas las intervenciones y, en ocasiones, incluso ayudaban a resolver la barrera generada dentro de la intervención de la otra.

Evaluación. Barrera del manual. Durante la evaluación, al llegar a la pregunta 120 “*si entraras a un grupo que te ayude a disminuir tu consumo de sustancias en donde también participaran otros adolescentes de tu edad: ¿Te interesaría participar?*”, los adolescentes contestaban casi siempre que no. Al momento de preguntarles por qué, hacían comentarios como que no querían estar en alcohólicos anónimos o que eso es para gente que tiene problemas muy graves. Ante esta respuesta, se les explicó a los adolescentes el objetivo del programa, especificando que la intervención no es para personas con adicción, sino que fue diseñada para que adolescentes como ellos puedan alcanzar sus metas de reducción de consumo. Esta explicación cambió su respuesta.

El cambio realizado a causa de esta barrera fue la modificación de la pregunta a la siguiente: “*si entraras a un taller grupal que te ayude a disminuir tu consumo de sustancias en donde también participaran otros adolescentes de tu edad: ¿Te interesaría participar?*”

A cinco adolescentes se les aplicó la evaluación con la respuesta modificada, los cinco contestaron que sí desde el primer momento.

Sesión 1. Tipo de barrera: Barrera del manual y barrera de los participantes. Durante esta sesión, uno de los adolescentes salió del grupo para “ir al baño”, pero regresó con las pupilas dilatadas y con olor a marihuana. Ante esto, se hizo la reflexión entre las dos aplicadoras de que no había ninguna indicación en el manual que especificara qué hacer en estos casos. El cambio realizado debido a esta barrera fue incluir dentro del folleto “El grupo terapéutico” la regla explícita de que no se puede participar en la sesión bajo el influjo de alguna sustancia.

Tipo de barrera: Barrera del manual. También durante la sesión uno, la investigadora realizó las preguntas de cierre en su grupo tal como el manual lo indica; los adolescentes dieron respuestas cortas y algunos de ellos no participaron en el cierre. Por

otro lado, al realizar el cierre de sesión, la terapeuta B preguntó a los adolescentes de su grupo: “¿creen que los contenidos de esta sesión se pueden aplicar en su vida?” esto generó una diferencia en las respuestas obtenidas en comparación con el grupo dirigido por la investigadora, ya que en este caso los adolescentes tuvieron respuestas más amplias y dieron ejemplos específicos. El cambio generado por esta barrera fue incluir la pregunta dentro de las conclusiones del folleto, incluyendo también la pregunta “¿cómo?”.

Sesión 2. Tipo de barrera: Barrera del manual. Antes de comenzar esta sesión, la terapeuta B. comentó que ella tuvo mucha dificultad para idear actividades de rapport, lo que le causaba nerviosismo al inicio de cada sesión. Como respuesta a esta barrera se decidió añadir un anexo en el manual con posibles actividades de rapport, clasificadas según la duración de la actividad. Previendo futuras dificultades, esta barrera generó también que se anexara al final un menú con posibles actividades de cierre de grupo para la sesión número 6.

Tipo de barrera: Barrera de los participantes. Durante la sesión dos se preguntó a los adolescentes si recordaban los contenidos de la semana pasada, a lo que todos contestaron que no. Se tuvo que sacar el folleto de la semana anterior para retomar los elementos más importantes relacionados con el objetivo de sesión. La solución que puede disminuir la presencia de esta barrera fue añadir al inicio de las sesiones dos, tres, cuatro, cinco y seis, que al inicio el terapeuta pida que uno de los participantes haga un pequeño resumen de los contenidos de la sesión anterior; el manual individual indica que se haga este resumen, pero no se incluyó inicialmente en el manual de PIBA grupal por cuestiones de tiempo.

Sesión 3. Barrera del manual. Al inicio de esta sesión las terapeutas notaron que para los participantes era confuso qué meta colocar en cuál calendario del auto-registro porque el espacio en la tabla únicamente dice “la meta de la semana es...”. Esta barrera originó que se cambiara la instrucción a “la meta de la *próxima* semana es...”.

Tipo de barrera: Barrera del terapeuta. Al final de la sesión los pacientes tenían que colocar en su auto-registro la meta para la siguiente semana, pero antes, tenían que reflexionar en torno a si la semana anterior cumplieron o no su meta. Como esto está mencionado dentro del desarrollo de la sesión en el manual, pero no está explícito dentro

del folleto, la terapeuta B olvidó dar la instrucción a los adolescentes. Para intentar eliminar esta barrera, se añadió un espacio al inicio del auto-registro con la pregunta: “¿Cumplí mi meta de consumo de la semana pasada?”, asimismo se añadió una sección con las opciones de respuesta sí y no.

Sesión 4. Tipo de barrera: Barrera de la institución. Debido a que se aproximaba el final de semestre y por actividades propias de la institución, algunos de los adolescentes no podían salir a participar en el grupo por exámenes o por viajes escolares. Se decidió trabajar con los adolescentes que estaban presentes y la semana siguiente dar los contenidos centrales de la sesión a los que faltaron. Se tomó este curso de acción ya que se consideró que la sesión cuatro del programa es fundamental dentro del tratamiento. La psicóloga del centro sugirió que juntáramos a los integrantes de los dos grupos, pero basándose en la teoría, se llegó a la conclusión de no hacerlo para preservar las variables de pertenencia y cohesión.

Esta barrera institucional llevó a pensar en que hay muchos detalles teóricos que no se incluyen en el manual, pero que es importante que el terapeuta conozca para no cometer errores metodológicos que afecten el desenvolvimiento de los participantes dentro del grupo, por esto, el cambio que originó esta barrera fue el añadir dentro del manual una sección de “preguntas frecuentes” de manera que el terapeuta pueda encontrar las respuestas a dudas que seguramente surgirán dentro de la aplicación. Se decidió incluir las siguientes preguntas:

- ¿Se puede trabajar con un co-terapeuta?

Sí, únicamente es recomendable que terapeuta y co-terapeuta tengan bien clara su función dentro del grupo y su papel en cada una de las sesiones desde antes de comenzar el tratamiento.

- ¿Es necesario que el adolescente tome todas las sesiones?

No, al inicio de cada sesión del tratamiento los adolescentes harán un resumen de la sesión anterior, lo que puede ayudar a los compañeros que faltaron a conocer los contenidos.

Recomendamos que, para que los adolescentes puedan aprovechar al máximo los ejercicios del programa, las sesiones tres, cuatro y cinco si sean obligatorias.

- ¿Se pueden impartir algunas sesiones de manera individual?

Sí, si el adolescente faltó a una de las sesiones se pueden dar los contenidos de manera individual y, posteriormente, el adolescente deberá volver a integrarse al grupo.

En caso de que el adolescente no quiera continuar en la terapia grupal por alguna razón, se puede continuar aplicando el PIBA individual.

- ¿Se puede dividir al grupo?

Sí, en caso de que varios integrantes falten a una de las sesiones de tratamiento, se puede realizar la sesión nuevamente con los adolescentes que se ausentaron y juntar al grupo completo para la sesión siguiente.

- ¿Se pueden mezclar grupos que vayan en la misma sesión de tratamiento?

No, juntar dos grupos puede alterar el sentimiento de pertenencia de los participantes, lo que terminaría por afectar la cohesión que tiene el grupo. Además, los adolescentes desarrollarán confianza con sus compañeros, añadir nuevos integrantes puede generar menor apertura al realizar las actividades.

- ¿Qué tamaño debe tener el grupo?

La aplicación de esta intervención funciona de manera adecuada con grupos de entre cuatro y ocho participantes. Este tamaño de grupo permite la participación de todos los integrantes en el tiempo planteado para la sesión, pero si se cuenta con más tiempo, podrían incluirse más participantes.

- ¿Puedo añadir personas cuando la intervención va a la mitad?

Normalmente en la terapia grupal esto no suele ser un problema, pero en el caso de pacientes con consumo de sustancias, lo ideal es empezar y terminar el grupo con los mismos participantes, de manera que la confidencialidad no se ponga en riesgo.

- ¿Qué pasa si los adolescentes deciden dejar el grupo?

Lo ideal en este caso será tener una plática individual con el adolescente para saber qué es lo que lo llevó a dejar el tratamiento. Siempre hay que motivar al paciente a continuar con la terapia de manera individual.

- ¿Todas las sesiones duran lo mismo?

No, la sesión cinco por ejemplo puede durar 30 minutos si solo se trabaja una meta o 50 minutos si se trabajan las tres. La duración de cada una de las sesiones se especifica en el manual, de manera que el terapeuta puede elegir la duración de acuerdo con sus posibilidades. Se sugiere que todas las sesiones duren entre 50 y 60 minutos.

Sesión 5. Tipo de barrera: Barrera de los participantes. Los adolescentes se confundieron al momento de realizar la actividad “¿cuáles son tus metas de vida?”, en la que los adolescentes deben señalar qué metas tienen a seis meses y a un año e identificar los pasos que pueden ir realizando para acercarse a dicha meta. Los adolescentes reportaron muchas dudas como “¿elegimos solo una meta o son varias?”, “¿el resultado no es la meta?”, “¿qué cosas puedo poner en los pasos para lograrlo”. Como respuesta a esta barrera se colocó un ejemplo en el material para que comprendieran mejor el ejercicio, el terapeuta se encargará de explicar el ejemplo de manera que aquellas preguntas que tuvieron los adolescentes queden resueltas desde un inicio.

Sesión 6. Tipo de barrera: Barrera de los participantes. En el grupo de la investigadora se presentó un conflicto en el que una de las participantes hizo comentarios como que “sus papás la dejan emborracharse en navidad” y que “iba a estar borracha todas las vacaciones”, a lo que el resto de los participantes respondieron, algunos mencionando situaciones similares y otros expresando estar de acuerdo en que no querían dejar de consumir durante las fiestas decembrinas. Los adolescentes comenzaron a hablar más fuerte, haciendo exclamaciones de alegría e incluso gritando, debido a esta situación la investigadora necesitó la ayuda de la terapeuta B para controlar al grupo.

La adolescente que inició los comentarios ya había reportado en cuatro de las sesiones de tratamiento que no quería participar, que le daba flojera y que prefería estar en clase; en cada una de estas ocasiones se le sugirió que saliera del grupo y continuara en formato individual, pero no quiso debido a que una de sus amigas asistía también; por otro

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

lado, la investigadora no la forzó a abandonar el grupo debido a que esta misma adolescente también aportaba participaciones muy enriquecedoras al grupo, en más de una ocasión comentó acerca de las consecuencias negativas que le había traído el consumo abusivo y cómo esto la había llevado a la decisión de entrar al programa.

Se analizó esta situación a profundidad, sobre todo contrastándola con el modelo de iatrogenia, lo que llevó a que en la sección de preguntas frecuentes se añadiera una pregunta:

- ¿Hay situaciones que ameriten expulsar a los adolescentes del grupo?

Sí, en el caso de que algún adolescente presente comportamientos disruptivos constantemente (en al menos tres ocasiones antes, durante o después del grupo), lo mejor será sacarlo del contexto de terapia grupal y sugerirle continuar de manera individual el tratamiento. Si se mantiene al adolescente en el grupo, se pueden generar efectos iatrogénicos con el tratamiento.

Algunos ejemplos de comportamiento disruptivo pueden ser: quejas constantes relacionadas con el grupo o con su asistencia al mismo; consumo de sustancias antes o durante las sesiones de tratamiento; comentarios constantes sobre las consecuencias positivas del consumo de sustancias; etc.

Por último, uno de los objetivos particulares de este proyecto era identificar las principales causas de deserción de los adolescentes, este objetivo no pudo cubrirse debido a que ninguno de los adolescentes decidió abandonar el grupo.

Discusión

La adolescencia se ha definido como un momento clave en el cuál las personas inician el consumo de sustancias que puede llegar a convertirse en una adicción. Precisamente por esto, el estudio del consumo de sustancias en la adolescencia y el desarrollo de intervenciones que se especialicen en la reducción del uso problemático son de suma importancia para prevenir mayores problemas de salud pública en la población.

El objetivo de esta investigación tuvo tres vertientes, primero, realizar una adaptación del manual original de PIBA para su aplicación en formato grupal; segundo, evaluar la eficacia de dicha adaptación en un contexto clínico específico; y, tercero, identificar las principales barreras para la aplicación de la modalidad grupal de manera que se hicieran modificaciones pertinentes al manual adaptado. Los resultados de este estudio permiten afirmar que los tres objetivos se alcanzaron: se elaboró un manual para la aplicación grupal que integra las barreras de aplicación a manera de soluciones y se probó que esta modalidad fue eficaz para reducir el patrón de consumo de los participantes, aumentar su nivel de autoeficacia para el control del consumo y disminuir el número de consecuencias negativas que experimentaban con este; además, se usó la información obtenida de las barreras de aplicación para realizar modificaciones finales al manual de aplicación grupal.

Como ya se mencionó, el presente estudio demuestra que la modalidad grupal de PIBA puede resultar efectiva para la disminución del patrón de consumo y de las consecuencias asociadas a este, así como el incremento de la auto eficacia, lo que son resultados que coinciden con los estudios previos que demuestran la eficacia del PIBA en formato individual (Martínez, 2003; Martínez, et al., 2008; Martínez, Pedroza y Salazar, 2015); sin embargo, es necesario hacer estudios posteriores sobre la modalidad grupal en distintas poblaciones, con muestras aleatorizadas y con muestras más grandes, de manera que se pueda hablar de un programa basado en evidencia.

En cuanto a este estudio, los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes se ajustó a lo esperado en la hipótesis de este estudio, excepto dos de ellos. El adolescente 1

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es un hombre de 17 años cuya meta de consumo era de reducción de la cantidad y frecuencia hasta llegar a un consumo de bajo riesgo, es decir, máximo cuatro tragos por ocasión (Martínez, et al., 2012). Su promedio de consumo antes del tratamiento eran cinco tragos estándar, cantidad que se incrementó a seis tragos estándar durante el tratamiento y el seguimiento. Esto indica que hubo un aumento en la cantidad de alcohol que el adolescente consume por ocasión, pero al momento de analizar la frecuencia de consumo se puede notar que en la medida pretratamiento el adolescente consumía cinco tragos cada semana y, actualmente, consume seis tragos cada 40 días (en promedio). Analizando de esta manera los datos se puede concluir que el adolescente incrementó la cantidad, pero disminuyó la frecuencia de su consumo.

En la literatura se denomina a este patrón de consumo como “consumo explosivo de alcohol”, o *binge drinking* en la literatura en inglés y se caracteriza por el consumo en una cantidad alta, en un periodo de pocas horas. Este patrón de consumo es especialmente peligroso para los adolescentes ya que son mucho más vulnerables a daños cognitivos y alteraciones cerebrales debido a que su corteza prefrontal aún se encuentra en desarrollo (Esparza, Alonso, Martínez, y Rehylander, 2018; Petit, Maurage, Kornreich, y Verbank, 2014).

El aumento en la cantidad de consumo del adolescente fue un resultado que se vio reflejado en las otras dos variables analizadas en el sentido de que 1 reportó una disminución en su nivel de autoeficacia para el control del consumo en todas las situaciones analizadas, siendo las reducciones más grandes ante emociones desagradables y emociones agradables. En cuanto a las consecuencias asociadas a su consumo, antes del tratamiento el adolescente reportaba haber experimentado 6, de las cuales, actualmente sigue experimentando 5.

En general, reducir la frecuencia con la que los adolescentes consumen es un paso muy importante, pero es igual de relevante que disminuyan la cantidad de consumo ya que el consumo abusivo está íntimamente ligado a las consecuencias negativas a corto plazo. Al momento de analizar los consumos específicos del adolescente durante el seguimiento se observa que los dos consumos reportados ocurrieron en situaciones agradables con otros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(en navidad y en una fiesta), al analizar este dato en lo general, el promedio del nivel de autoeficacia para el control del consumo de todos los adolescentes disminuye precisamente en la situación “momentos agradables con otros”. Esto puede explicarse con el concepto de autoeficacia, en donde se especifica que mientras más demandante sea la tarea, los individuos tienden a tener menos autoeficacia para desempeñarla (Bandura, 1977; Bandura 1986; Bandura, 2000).

Al momento de analizar las principales situaciones de consumo de los adolescentes antes del tratamiento, se encontró que la mayoría de ellos consumían en situaciones agradables con otros, precisamente por eso, esta puede ser la situación de consumo en la que resultó más demandante el aplicar las estrategias de la intervención, lo que tiene como resultado un nivel disminuido de la autoeficacia para controlar esta situación en particular. Esto puede indicar que dentro de los contenidos del programa es necesario brindar al adolescente más estrategias para este tipo de situaciones, donde probablemente, el adolescente se encuentra expuesto a factores con los que le es más difícil lidiar y que finalmente desencadenan el consumo, además de que este es un contexto donde probablemente el adolescente obtiene más ganancias por beber o usar drogas que por abstenerse debido al reconocimiento social que se asocia al consumo.

Volviendo al caso específico de 1, no se puede dejar de lado que el hecho de que el adolescente no reduzca la cantidad que consume es una problemática que necesita atención, ya que debido a eso sigue experimentando consecuencias negativas asociadas a su consumo y, por ello, sigue estando en riesgo. Es evidente, entonces, que adolescentes como 1 necesitan desarrollar estrategias adicionales a las que se desarrollan con el programa, de manera que se logre una reducción del riesgo al que se expone con su consumo. El PIBA original (Martínez, et al., 2012) incluye al final la recomendación de que se le den al paciente sesiones adicionales en caso de que aún se encuentre en riesgo por su consumo al terminar el tratamiento, en este caso, esta podría ser una buena estrategia para este caso.

Dentro de esta posible solución hay que considerar que el nivel de autoeficacia no aumenta como efecto secundario de la intervención, sino que es necesario trabajar directamente sobre habilidades que puedan incrementarla, por ello sería relevante que las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sesiones adicionales que se apliquen con el adolescente vayan enfocadas a brindarle estrategias para controlar su consumo en las situaciones específicas donde el nivel de autoeficacia sigue siendo bajo.

Por otro lado, la adolescente 2 es una mujer de 18 años cuya principal sustancia de consumo era el alcohol, pero también consumía tabaco y marihuana de manera regular y ocasionalmente consumía cocaína, clonazepam y éxtasis. Es importante mencionar que esta paciente tuvo que ser reagendada para la evaluación ya que la primera vez que acudió a la cita se encontraba bajo la influencia de alguna droga (no especificó cuál). La meta de consumo de la paciente era la abstinencia de todas las sustancias consumidas debido a que reportaba siete consecuencias asociadas a su consumo que, en sus palabras “le habían generado problemas con sus papás que quería dejar de tener porque ella sabía que su relación con ellos ya no era la misma”.

El promedio de consumo de alcohol de la paciente era de 3.69 tragos estándar por ocasión, aun así, decidió en consenso con la terapeuta B enfocar la intervención en esta sustancia porque era la que consumía con más frecuencia, además de que todos sus consumos de droga se daban en situaciones donde la adolescente ya había consumido alcohol. A esta paciente se le dio la indicación de realizar los ejercicios de las sesiones con todas las sustancias que consumía, de manera que pudiera generalizar las estrategias. Durante la intervención la adolescente dejó de consumir todas las sustancias excepto tabaco, el cuál siguió consumiendo durante la intervención, pero al momento de realizar el seguimiento, la paciente reportó no consumir ninguna de las seis sustancias.

De manera congruente con este resultado, las consecuencias asociadas al consumo de esta adolescente pasaron de siete en la evaluación inicial a 0 en el seguimiento y aumentó su autoeficacia para el control del consumo en todas las situaciones menos en una, momentos agradables con otros, donde reportó un 70% de confianza para poder controlar su consumo.

Respecto a este resultado es importante señalar que un estudio reciente realizado por los Centros de Integración Juvenil [CIJ] (Fernández-Cáceres, 2019), analizó los resultados de las investigaciones realizadas en estos centros en los últimos 20 años y concluye que, de

hecho, la mayoría de los usuarios que solicitan la atención, son poli usuarios. Este estudio permite dimensionar la importancia que tiene el generar programas de intervención que ayuden a los usuarios a generalizar las estrategias a todas las sustancias que consumen, de manera que al final del tratamiento se logre una reducción en el consumo de todas las sustancias y no de una sola.

El objetivo del PIBA (Martínez, 2012) es que los adolescentes puedan aplicar las estrategias a distintas sustancias ya que no tendría sentido que tomen la misma intervención dos o tres veces para enfocar una sustancia en cada ocasión, esto sería repetitivo para el adolescente y se necesitarían muchos recursos para lograrlo, además de que la necesidad de repetir la intervención para cada sustancia implicaría que en realidad no hubo un aprendizaje de las estrategias. Hasta el momento no hay estudios específicos en los que se reporte el impacto del PIBA individual sobre el patrón de consumo de más de una sustancia en un mismo usuario, por lo que esta es una línea de investigación que puede aportar mucho, sobre todo tomando en cuenta que la demanda en los contextos clínicos es precisamente el contar con una estrategia que permita dar atención al paciente para dos o más sustancias al mismo tiempo (Fernández-Cáceres, 2019).

Hasta ahora se han analizado los resultados de los dos adolescentes que presentaron resultados atípicos de acuerdo con la literatura de referencia que fue consultada para este proyecto. Siguiendo con los datos cuantitativos, un aspecto a resaltar es el hecho de que para la modalidad grupal se decidió establecer un criterio diferente para la inclusión de adolescentes con consumo de tabaco. Como se reportó en los resultados, el hecho de que no exista una medida de bajo riesgo para el consumo de tabaco llevó a establecer un criterio clínico para la inclusión de los participantes en el cual se estableció que los adolescentes ingresen al programa si reportan consumos frecuentes de tabaco en la evaluación y reportan tener la intención de dejar de fumar.

En este caso, la adolescente 11, que ingresó al programa por consumo de tabaco, reportaba consumir un cigarrillo por ocasión, aproximadamente dos veces a la semana; su consumo le traía consecuencias negativas tanto con sus padres como en la escuela. Es importante señalar que la adolescente también consumía alcohol, pero sus consumos

estaban dentro del promedio de bajo riesgo (<4 tragos estándar por ocasión). Después del tratamiento la adolescente dejó de consumir tabaco por completo y sus consumos de alcohol se mantuvieron dentro del promedio de bajo riesgo.

Este resultado no puede generalizarse debido a que se trata de una sola adolescente, pero se puede generar la hipótesis de que el PIBA en formato grupal es eficaz para llevar a los adolescentes con consumos bajos de tabaco y que no presentan dependencia a la nicotina, a la abstinencia. Este resultado sería congruente con los resultados encontrados por Stead, Carroll y Lancaster (2017). Estos autores realizaron un metaanálisis donde analizaron los resultados de 66 estudios clínicos aleatorizados donde se comparaban los resultados de terapia grupal, autoayuda, consejería individual, cualquier otro tipo de intervención y grupo control, sobre el patrón de consumo de tabaco. En los resultados de este estudio encontraron que la terapia grupal es más eficaz para eliminar el consumo de tabaco que la autoayuda y las formas menos intensivas de intervención, aunque no encontraron suficiente evidencia para concluir si la modalidad grupal es más eficaz que la individual.

Ahora, dentro de los resultados individuales de la variable consecuencias asociadas al consumo, se encontraron dos adolescentes con resultados que no se ajustaron a lo esperado con base en la literatura. En el caso del adolescente y, él reportaba cuatro consecuencias antes del tratamiento, cantidad que aumentó a cinco en el seguimiento y en el caso del adolescente 8, que reportaba cuatro consecuencias antes del tratamiento, la cantidad se mantuvo en cuatro en la medida post. Al momento de aplicar las pruebas de seguimiento se preguntó a los dos adolescentes sobre este resultado y los dos reportaron que las consecuencias que siguen experimentando están relacionadas con que sus padres siguen tratándolos de la misma forma que cuando consumían en exceso. Para reducir esta situación, la literatura recomienda que los padres de adolescentes con consumo de sustancias asistan también a algún tipo de intervención o consejería breve que les ayude a involucrarse positivamente en la vida de sus hijos y de esta manera fungir como un factor protector para el consumo abusivo (Jones, Ehrlich, Lejuez y Cassidy, 2015; Piehler y Winters, 2015; Robles y Romero, 2011). Este tipo de participación por parte de los padres

podría ayudar a que los adolescentes no experimenten consecuencias como las reportadas por estos dos participantes.

A continuación, se analizarán los resultados cualitativos que resultaron del presente estudio. Es importante rescatar que este proyecto tiene como una de sus fortalezas principales el hecho de que está sustentado en una demanda metodológica que ya se había hecho explícita en investigaciones anteriores. Cuando se comenzó a investigar sobre el proceso de transferencia tecnológica del PIBA individual (Martínez y Medina-Mora, 2013; Martínez, et al., 2016), se dejó en claro la necesidad de romper con el modelo de comunicación unidireccional en el que el investigador le entrega al terapeuta un manual y espera que ese manual le sirva en su contexto clínico específico. Lo que se buscaba precisamente era que los investigadores se acercaran a los profesionales de la salud para conocer de primera mano las barreras de aplicación.

La metodología de este proyecto toma en cuenta esta necesidad y precisamente por eso se decidió analizar el nivel de eficacia de la intervención y, al mismo tiempo, analizar las barreras de aplicación de manera que al final se tuviera un manual ajustado al contexto, que combinara una tecnología basada en evidencia con la experiencia clínica del terapeuta que lo aplica. Esta metodología es congruente también con lo planteado por la AGPA (Bernard, et al., 2008), para generar una terapia que se adapte al contexto particular de cada paciente, promoviendo sobre todo que se realicen prácticas basadas en evidencia.

Cabe mencionar que no se aplicó el programa en el escenario clínico donde se identificaron las barreras, es decir, en los centros UNEME-CAPA. Aplicar el programa en el contexto escolar se decidió tomando en cuenta dos factores: primero, la supervisión de la implementación es fundamental para asegurar que el programa se aplica tal como el manual lo señala y trabajar con un terapeuta capacitado ex profeso fuera del protocolo de aplicación de un centro clínico permitiría una supervisión mucho más cercana; segundo, para tener un programa basado en evidencia el primer paso es establecer el nivel de eficacia clínica de las herramientas en un contexto específico, con el objetivo de salvaguardar la integridad del tratamiento y dar prioridad al control de variables, se optó por el contexto escolar para esta primera aproximación a la eficacia de las herramientas. En estudios posteriores se podrá

realizar la transferencia a los centros clínicos específicos, lo que seguramente llevará a la identificación de nuevas barreras de aplicación.

De momento se puede aseverar que las barreras identificadas en el PIBA individual relacionadas con factores de tiempo y económicos se resolvieron con la aplicación en formato grupal, pero lo medular de este estudio es el análisis de las barreras que surgieron con la aplicación grupal en sí misma. Rescatando dichas barreras, dentro del contexto escolar donde se aplicó, se obtuvieron tres reflexiones: a) las implicaciones del trabajo con un coterapeuta; b) las implicaciones de lenguaje y la importancia del establecimiento de reglas; c) la presencia de iatrogenia en el grupo y como disminuirla o evitarla.

Al momento de trabajar con otro terapeuta presente se sabía que la condición clínica sería diferente a cuando un solo terapeuta se encarga de la dirección del grupo. A pesar de que el terapeuta que fungía como observador no participaba activamente en el grupo, sí intervenía en caso de ser necesario y es sabido que la presencia del observador por sí misma puede generar reactividad. Se podría hipotetizar que la ayuda de otro terapeuta puede ocasionar que algunas barreras no se hayan presentado, probablemente, la aplicación con un solo terapeuta presentará algunas barreras diferentes, que no están siendo reportadas porque es un elemento que no se midió. Esta puede ser una debilidad del estudio en el sentido de que no se sabe qué barreras enfrentará el terapeuta al momento de aplicar la intervención solo, por lo que se considera importante realizar un estudio donde se analice esta variable.

Como un segundo punto es importante que se analice que algunas de las barreras tuvieron que ver con el lenguaje usado en la intervención y el establecimiento de reglas. Durante la evaluación, usar la palabra “grupo” generaba que los adolescentes pensaran en grupos de alcohólicos anónimos, por lo que no querían participar en el proyecto, pero al momento de explicarles los objetivos del grupo y cambiar este término por “taller grupal”, entonces la connotación cambiaba totalmente, algunos adolescentes reportaron que “si se trataba de un taller, sí querían participar”. Esta situación permite dar cuenta de la importancia que tiene cuidar los términos que se utilizan en la intervención de manera que no se generen prejuicios por parte de los participantes.

Por otro lado, otra barrera relevante fue el hecho de que en una de las sesiones uno de los adolescentes salió a fumar marihuana, lo que llevó a añadir la regla explícita en el material de que el consumo antes o durante la sesión grupal, está prohibido. Al final este adolescente dejó de asistir a la preparatoria, por lo que los resultados de su evaluación no están incluidos en esta muestra, pero, aun así, esta barrera lleva a la reflexión de qué hacer ante este tipo de situaciones, cómo manejarlas de manera que se disminuya lo más posible la probabilidad de tener un efecto de iatrogenia. De acuerdo con la literatura, este comportamiento forma parte del *deviancy training* o comportamiento disruptivo (Dishion, et al., 1996), una de las variables que, de acuerdo con el modelo de Macgowan y Wagner (2005) sirve como un mediador importante para el resultado. Precisamente por eso, se puede concluir que la mejor solución en estos casos sería dar una advertencia al adolescente y, en caso de que se incurra en la falta, pedirle que deje de acudir al grupo y sugerir que se continúe con el tratamiento en formato individual.

Precisamente dentro del marco de las variables que producen efectos iatrogénicos en el grupo se ubica otra barrera, que tiene que ver con una situación que ocurrió en la sesión seis en uno de los grupos de tratamiento. Analizando la situación a través del modelo de iatrogenia (Macgowan y Wagner, 2005), el hecho de que una de las adolescentes hubiera reportado en más de una ocasión el no querer participar en el grupo actuaba como un tipo de comportamiento disruptivo, si bien no estaba atacando particularmente a los miembros del grupo o fomentando el consumo de sustancias, si llamaba la atención de los otros miembros negativamente. Como no es una variable reportada tal cual en la literatura no se interpretó correctamente desde un inicio. El modelo indica que el comportamiento disruptivo puede afectar el resultado del tratamiento, por lo que los comportamientos del líder del grupo o en este caso, del terapeuta, tienen que ir encaminados a prevenir, reducir y controlar esta variable, y precisamente como no se cuidó la variable, hubo un reforzamiento de este comportamiento disruptivo que terminó por generar una alteración en la dinámica de todo el grupo.

Esta barrera llevó a establecer muy claramente el lineamiento de que, en caso de que algún adolescente presente comportamientos disruptivos, es necesario retirarlo del contexto de terapia grupal y continuar el tratamiento de forma individual. También es importante

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tomar en cuenta que un proceso de evaluación meticuloso puede servir para evitar la presencia de esta variable (Macgowan y Wagner, 2005), por lo que otra recomendación importante podría ser el realizar la evaluación en formato individual de manera que se pueda interactuar en privado con cada uno de los participantes y tener así una idea más clara de si están motivados a participar en la intervención o no. Es importante tomar en cuenta que esta posible solución tendría como consecuencia la demora del inicio de la intervención grupal, por lo que solo se recomendaría en contextos clínicos donde el terapeuta cuente con los recursos de tiempo necesarios para dedicar una hora individual a cada posible participante del grupo.

Respecto al modelo de iatrogenia es importante rescatar que no se encontró en la literatura ninguna investigación que examine los efectos del comportamiento del líder sobre la reducción del comportamiento disruptivo en el grupo, o cómo influye exactamente el comportamiento del terapeuta sobre el resultado del grupo. Pareciera que esta es una línea de investigación relevante para enriquecer la literatura sobre la terapia grupal, ya que hay poco conocimiento respecto a los tipos de liderazgo que puede tener el terapeuta, la influencia que tendría cada tipo en los participantes y en el resultado de la intervención. Incluso sería relevante identificar si el rol de liderazgo puede compartirse entre el terapeuta con alguno de los participantes que pueda fungir como modelo de las estrategias que se van desarrollando en la intervención.

Conclusión general

Analizando en general los resultados de este estudio se concluye que la terapia grupal es efectiva para reducir el patrón de consumo de sustancias de los adolescentes, además de que les permite reducir la cantidad de consecuencias que experimentan asociadas al consumo y aumentar su nivel de autoeficacia para el control de este. El estudio detallado de las variables permite concluir que el programa tiene como limitante que no ayudó a algunos de los participantes a manejar adecuadamente las situaciones de consumo en las que están pasando un momento agradable con otros, por lo que el programa requiere integrar alguna otra actividad o incluso otra sesión, que permitan reforzar esta área.

Por otro lado, el estudio tiene tres fortalezas muy importantes: primero, pareciera que es útil para reducir el consumo de todas las sustancias en el caso de los poli usuarios, una característica muy importante ya que habla de que las estrategias son fáciles de generalizar a más de un contexto; segundo, se estableció un criterio clínico para la inclusión de usuarios de tabaco en la intervención; y tercero, el estudio responde a la necesidad metodológica de analizar las barreras de aplicación de una intervención al momento de diseñarla, de manera que se adapte mejor al contexto clínico en el que se planea aplicarla.

Es muy importante rescatar que hay preguntas que aún se encuentran sin respuesta. A pesar de que se puede hipotetizar que el programa será útil para la disminución del patrón del consumo de todas las sustancias en el caso de un poli usuario, no se tienen suficientes datos como para afirmarlo. Además, no se sabe el efecto que tiene el rol del líder sobre el comportamiento disruptivo y, subsecuentemente, sobre el patrón de consumo de los adolescentes.

Lo que sí se sabe hasta este momento es que el consumo de sustancias en los adolescentes es un problema de salud pública que necesita ser atendido desde un nivel primario, de manera que se evite que los jóvenes desarrollen problemas de adicción. La creación de este manual y la comprobación de su eficacia conforman un primer paso dentro de esta línea de investigación, siendo la meta última generar un programa basado en evidencia cuya eficacia pueda equipararse a la de su antecesor: el PIBA individual.

Referencias

- American Psychological Association. (2005). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: Author.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 113-127.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). *Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10(3), 214-217.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current directions in psychological science*, 9(3), 75-78.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A. N., y Ramírez, C. (2008). *Programa de prevención de recaídas*. México: CONADIC.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, C., Ramírez, N., Medina-Mora, M. E., y Reidl, L. (2009). Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 10(1), 50-69.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, (77).

- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger N. R., y Tarule, J. M. (1986). *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice, and Mind*. Nueva York: Basic Books.
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., Leszcz, M., Macnair, R., Pipher, W. E., Slocum, A., y Feirman, D. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 8(4), 455-542.
- Bien, T.; Miller, W. y Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addictions*, 88, 315-336.
- Borsari B, y Carey K. (2003). Descriptive and injunctive norms in college drinking: A meta-analytic integration. *Journal of Studies on Alcohol*. 64, 331–341.
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., y Johnson, J. E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. En Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 71–88). Nueva York: Oxford University Press.
- Burlingame, G. M., Strauss, B., Joyce, A., MacNair-Semands, R., MacKenzie, K. R., Ogrodniczuk, J., y Taylor, S. (2006). *CORE Battery-Revised: An assessment tool kit for promoting optimal group selection, process, and outcome*. New York, NY: American Group Psychotherapy Association.
- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G. R., y Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. En Reid, J. B. Patterson, G. R. y Snyder, J. (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 123-145). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Chambless D.L., y Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*; 52:685–716.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2008). *Modelo de Atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones "Centros Nueva Vida"*. Primera edición, México: CONADIC.

- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2008). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables. Guía para el promotor de "Nueva Vida" Capítulo I*. México.
- Cooley, E. (1978). "Presentación". En *Centro de tratamiento y rehabilitación para farmacodependientes. Visión general*. México. Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Cruz, S. (2007). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, L. R., Rodríguez-Machain, A. C., Díaz-Anzaldúa, A., Varela, H. F., y Hernández-Ávila, C. A. (2011). Eficacia de un programa de intervenciones terapéuticas en estudiantes universitarios diagnosticados con dependencia al alcohol. *Salud mental*, 34(3), 185-194.
- Diener, E., Lusk, R., DeFour, D., y Flax, R. (1980). Deindividuation: Effects of group size, density, number of observers, and group member similarity on self-consciousness and disinhibited behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 449-459.
- Dishion, T. J. (2003). Cuando las Intervenciones Dañan: Grupos de Pares y Problemas de Comportamiento. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 1(35).
- Dishion, T. J., Spracklen, K. M., Andrews, D. W., y Patterson, G. R. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior therapy*, 27(3), 373-390.
- Dishion, T. J., y Owen, L. D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: Bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental psychology*, 38(4), 480.
- Doheny-Farina, S. (1992). *Rhetoric, innovation, technology: Case studies of technical communication in technology transfers*. MIT Press.
- Echeverría, L., Ruíz, G., Salazar, M., Tiburcio, M., y Ayala, H. (2012). *Programa de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: CONADIC.
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84).

- Esparza, A. S., Alonzo, C. M., Martínez, M. R., Rehylander, S. C. (2018). *Síndrome disejecutivo y consumo explosivo de alcohol en jóvenes universitarios*. En: XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba.
- Feldman, R. A., Caplinger, T. E. (1997). Social work experience and client behavioral change: Multivariate analysis of process and outcome. *Journal of Social Service Research, 1*(1).
- Fern, E. F. (1982). The use of focus groups for idea generation: the effects of group size, acquaintanceship, and moderator on response quantity and quality. *Journal of marketing Research, 19*(1), 1-13.
- Fernández-Cáceres, C. (2019). An Overview of the Research on Addictions of Centros de Integración Juvenil (CIJ) as a Support for its Prevention and Treatment Programs. *Addictive Disorders & Their Treatment, 18*(1), 15-21.
- Ferro, G. R., y Vives, M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea, 5*(16).
- Gerard, H. B., Wilhelmy, R. A., & Conolley, E. S. (1968). Conformity and group size. *Journal of Personality and Social Psychology, 8*(1, Pt.1), 79-82. Gleason N. (1994). Preventing alcohol abuse my college women: A relational perspective. *Journal of American College Health, 43*, 40–55.
- Hernández, A. (2012). *Los señores del narco*. México: Grijalbo.
- Hoag, M. J., y Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(3), 234–246.
- Hoagwood, K., Burns, B. J., Kiser, L., Ringeisen, H., y Schoenwald, S. K. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric services, 52*(9), 1179-1189.
- Huerta-Rodriguez, I., Gaona-Márquez, L., Hernández-Delgado, M., Ortiz-González, V., y Rivas-Alvarado, J. (2016). *Guía de Intervención Clínica para Terapia Grupal*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Ingham, A. G., Levinger, G., Graves, J., & Peckham, V. (1974). The Ringelmann effect: Studies of group size and group performance. *Journal of experimental social psychology, 10*(4), 371-384.

- Janis, I. L., y Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Jiménez, P. A. L. (2010). *Evaluación de la integridad del tratamiento en el programa de intervención breve para adolescentes que inician consumo de alcohol y otras drogas* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Jones, J. D., Ehrlich, K. B., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2015). Parental knowledge of adolescent activities: Links with parental attachment style and adolescent substance use. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 191.
- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Klein, R. H. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive behaviors*, 30(9), 1765-1774.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., y Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 190(11), 737-745.
- LaBrie, J. W., Lamb, T. F., Pedersen, E. R., y Quinlan, T. (2006). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related consequences in adjudicated college students. *Journal of College Student Development*, 47(3), 267-280.
- LaBrie, J. W., Thompson, A. D., Huchting, K., Lac, A., y Buckley, K. (2007). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related negative consequences in adjudicated college women. *Addictive behaviors*, 32(11), 2549-2562.
- Lewis MA, y Neighbors C. (2004). Gender-specific misperceptions of college student drinking norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 340-349.
- Lira, M. J., Medina, N.V., y Cruz, M. S. E. (2008). Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBMF). *Anuario de investigaciones en adicciones*, 9(1) 5-20.

- Lowe, G. (2019). Alcohol and drug addiction. In *Companion Encyclopedia of Psychology* (pp. 950-968). Routledge.
- Macgowan, M. J., y Wagner, E. F. (2005). Iatrogenic effects of group treatment on adolescents with conduct and substance use problems: A review of the literature and a presentation of a model. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2(1-2), 79-90.
- Manero, B. R., García, M. F., Campuzano, M. M., Margolis S. J. y Valadez, P. F. (2013). Salud mental para el pueblo: El enfoque integral para la prevención y el tratamiento de las adicciones en los Centros de Integración Juvenil (1974-1979). En Carrascoza, V. C. A. (Ed.). *Aspectos Culturales, Sociales y Preventivos de las Adicciones en México*. (pp.113-144). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Mariño, M., 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.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., y Larimer, M. E. (1995). Preventing alcohol abuse in collage students: A harm-reduction approach. En G.M. Boyd, J. Howard, y R.A. Zucker. (Eds). En *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research* (pp. 147-172). Northvale, NJ: Lawrence Erlbaum y Associates, Inc.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford press.
- Martínez Martínez, K. I., Pedroza Cabrera, F. J., Vacio, M. M. A., Jiménez Pérez, A. L., y Salazar Garza, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34(2), 247-264.
- Martínez Martínez, K. I., Salazar Garza, M. L., Pedroza Cabrera, F. J., Ruiz Torres, G. M., y Ayala Velázquez, H. E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127.
- Martínez Martínez, K. I., Trejo, P., Yolanda, A., Echeverría San Vicente, L., y Medina-Mora, M. E. (2016). Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones. *Salud mental*, 39(5), 257-265.

- Martínez, K. I. M., Pedroza, F. J., y Salazar, M. L. (2015). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que abusan del Consumo de Alcohol y otras Drogas: resultados de aplicación con adolescentes consumidores de Alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de investigación en adicciones*, 9(1).
- Martínez, K. I., y Medina-Mora, M. E. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud mental*, 36(6), 505-512.
- Martínez, K., Salazar, M., Jiménez, A. L., Ruiz, G., y Ayala, V. H. (2005). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Martínez, K., Salazar, M., Jiménez, A. L., Ruiz, G., y Ayala, V. H. (2009). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Martínez, K., Salazar, M., Jiménez, A. L., Ruiz, G., y Ayala, V. H. (2012). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Martínez, K.I. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Maturana, H. M. (2011). Consumo dealcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109.
- McCabe, S. E., West, B. T., Hughes, T. L., y Boyd, C. J. (2013). Sexual orientation and substance abuse treatment utilization in the United States: Results from a national survey. *Journal of substance abuse treatment*, 44(1), 4-12.
- Medina-Mora, M. E., y López, E. K. (1993). Prevención en Materia de Adicciones. En: E. Galvan, J. B. Reid & V. Garcia (comp.) *Prevención en Psicología* (pp. 48-52). México: UNAM CONACYT.
- Miller, W. R., y Hester, R. K. (1989). Inpatient alcoholism treatment: Rules of evidence and burden of proof. *American Psychologist*, 44(9), 1245-1246.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.

- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Global Status Report on Alcohol*. Ginebra. p. 391.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Alcohol. Nota descriptiva Número 349*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Tabaco. Nota descriptiva Número 339*.
- Oropeza, R., Fukushima, E. A., García, L. R., y Escobedo, J. J. (2012). *Manual de aplicación del tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)*. México; CONADIC.
- Petit, G., Maurage, P., Kornreich, C., Verbanck, P., & Campanella, S. (2014). Binge drinking in adolescents: a review of neurophysiological and neuroimaging research. *Alcohol and alcoholism*, 49(2), 198-206.
- Piehler, T. F., y Winters, K. C. (2015). Parental involvement in brief interventions for adolescent marijuana use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 512.
- Reyes, A. M. y Véliz, S. M. I. (2018). Perfil sociodemográfico del adolescente que acude a servicios de atención para las adicciones en el estado de Aguascalientes: un estudio exploratorio. *Caleidoscopio-Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(34), 41-55.
- Robles, P. Z., y Romero, T. E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(1), 86-101.
- Rodríguez Durán, C. A., Echeverría, L., Martínez, K. I., y Morales-Chainé, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 16-37.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., y Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34(4), 351-365.
- Salazar Garza, M. L., Ruiz, J. F. V., Martínez, K. I. M., y Pedroza, F. J. (2011). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*, 10(3), 803.

- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, Á., Eiroá-Orosa, F. J., Roncero, C., Begoña, G., Colom, J., y Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), p. 107-113.
- Saucedo, F., y Salazar, M. L. (2004). Adaptación de instrumentos de evaluación en comunidades rurales. En: *IV Congreso Iberoamericano de psicología Clínica y de la Salud, celebrado en FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México*. México.
- Saunders, B., Wilkinson, C., y Allsop, S. (1991). Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic. En: Miller, W.R. y Rollnick, S. (Eds). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud, 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Primera edición, México.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of educational psychology*, 99(3), 611.
- Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., y Cooper, A. M. (1979). Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour research and therapy*, 17(2), 157-160.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Brown, J., & Cleland, A. P. (1995). A randomized trial comparing group versus individual guided self-change treatment for alcohol and drug abusers. En *29th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, Washington, DC.
- Sobell, M.B. y Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: guided self-change treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 199-210.

- Stead, L. F., Carroll, A. J., & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Strauss, B., Burlingame, G. M., & Bormann, B. (2008). Using the CORE-R battery in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(11), 1225-1237.
- Valente, T. W., Ritt-Olson, A., Stacy, A., Unger, J. B., Okamoto, J., y Sussman, S. (2007). Peer acceleration: effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high-risk adolescents. *Addiction*, 102(11), 1804-1815.
- Vargas, C. E., Martínez, K. I. M., Pedroza, C. F. J., & Morales-Chainé, S. (2012). Incursión del programa de intervención breve para adolescentes en el E-learning: resultados del piloteo. *Investigación y Ciencia*, 20(55), 42-47.
- Véliz Salazar, M. I. (2014). *Barreras del terapeuta en el uso de manuales* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes, México.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz, E. E., Mujica, S. A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, L. (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. México: INPRFM.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz, E. E., Mujica, S. A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, L. (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. México: INPRFM.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz, E. E., Mujica, S. A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, L. (2017c). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. México: INPRFM.
- Waldron, H.B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., y Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4-and 7-month assessments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 69(5), 802–813.

Wheelan, S. A., Davidson, B., y Tilin, F. (2003). Group development across time: Reality or illusion?. *Small group research*, 34(2), 223-245.

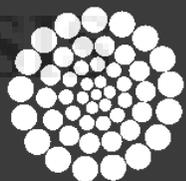
Yalom, I., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.



ANEXOS



ANEXO 1: Manual de PIBA
adaptado para la aplicación
grupal



CONACYT



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (PIBA)

Manual de aplicación grupal



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Autores

Lic. María Eugenia Contreras Pérez

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Dr. Eric F. Wagner

Dra. Ana Lucía Jiménez Pérez

Dr. Hugo Eduardo Reyes Huerta

Agradecimientos especiales a la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Proyecto financiado por CONACYT.

Fotografía de portada: Eduardo Herrera Merino

Diseño gráfico: Raúl Mario García García

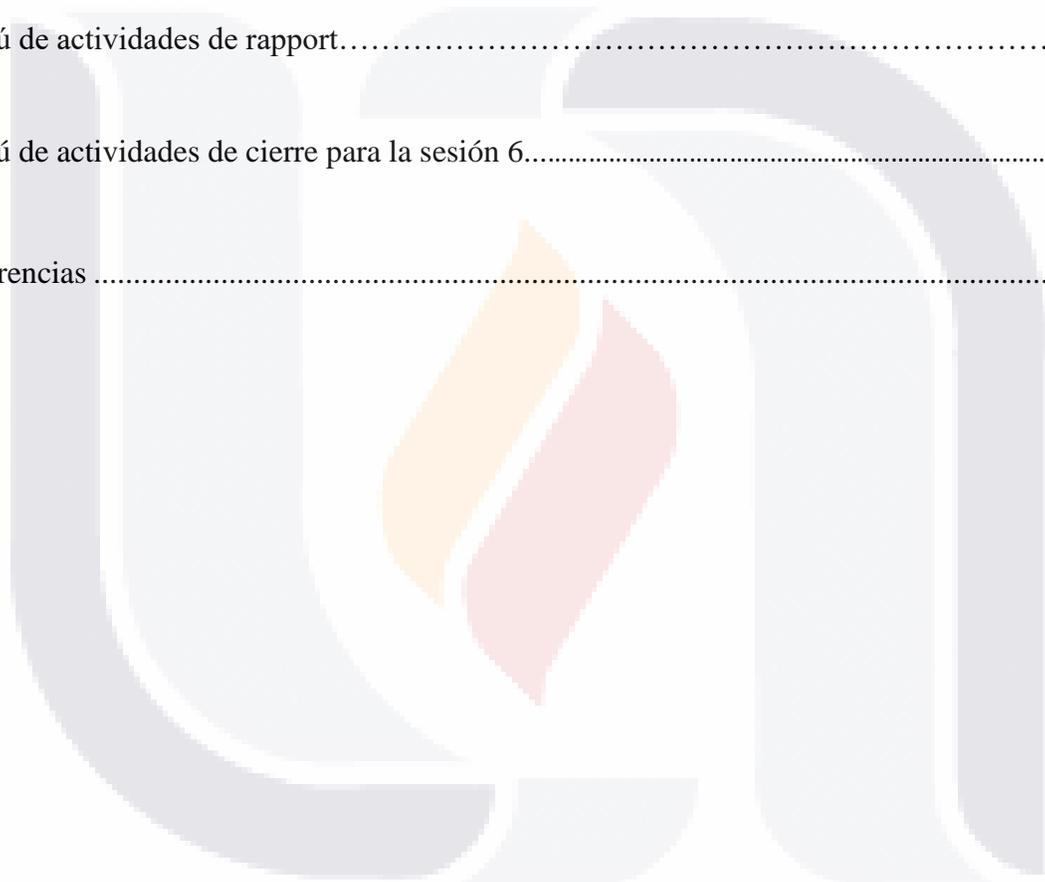
Índice

Antecedentes.....	3
Introducción.....	4
Particularidades de la terapia grupal.....	6
Preguntas frecuentes.....	9
ETAPA 1: Detección de casos	11
POSIT.....	12
ETAPA 2: Proceso de Evaluación.....	13
Línea Base Retrospectiva [LIBARE]	16
Entrevista Inicial para Adolescentes	17
Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS].....	30
Indicadores de Dependencia del DSM-V	32
Materiales de la sesión: Inducción al tratamiento	35
Consentimiento informado del Adolescente	45
ETAPA 4: Tratamiento.....	46
Sesión 1: Aprendiendo a comunicarme	46
Materiales de la sesión: Aprendiendo a comunicarme.....	48
Sesión 2: Balanza del cambio	49
Materiales de la sesión: Balanza del cambio.....	51
Sesión 3: Montaña del cambio.....	52
Materiales de la sesión: Montaña del cambio	54
Sesión 4: Planes de acción	55
Materiales de la sesión: Planes de acción.....	57
Sesión 5: Metas de vida	58
Materiales de la sesión: Metas de vida.....	60

Sesión 6: Cruzando la meta 61
Materiales de la sesión: Cruzando la meta 64

ETAPA 5: Seguimiento 67
Entrevista de Seguimiento..... 68
Línea Base Retrospectiva [LIBARE] 69
Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS]..... 70

Menú de actividades de rapport.....
Menú de actividades de cierre para la sesión 6.....
Referencias 71



Antecedentes

En México el consumo de sustancias en adolescentes ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en una problemática que demanda la creación de tecnologías eficaces para atenderla.

El PIBA es un programa con eficacia comprobada para el tratamiento del consumo de alcohol y drogas en adolescentes que se aplica en todos los centros UNEME-CAPA del país y como parte de su proceso de transferencia tecnológica, se han investigado las barreras que los terapeutas identifican al momento de realizar la aplicación. Algunas de las barreras que se reportan tienen que ver con el tiempo que se dedica a atender a cada paciente, esto porque la institución les impone una cuota mínima de pacientes cada mes, y por otro lado, existe una falta de recursos en la mayoría de los centros para proveer a los terapeutas el material que el manual señala como necesario para la aplicación de las sesiones.

El problema es, entonces, que estas barreras institucionales están impidiendo la aplicación del PIBA tal como el manual lo señala, lo que podría terminar por disminuir su eficacia.

Es por eso que es importante generar soluciones a las barreras reportadas, de manera que el programa se vuelva mucho más costo eficiente en los aspectos del tiempo que toma implementarlo y el material que se necesita en cada sesión.

Identificar, analizar y resolver las barreras que el terapeuta percibe al momento de aplicar el manual de intervención es parte del proceso de Transferencia del Conocimiento en el que se encuentra el programa y ayudará a una gran población porque el PIBA podrá aplicarse mucho más fielmente y por ende se aumentará la probabilidad de que tenga resultados positivos.

El contexto social en el que nos desenvolvemos actualmente demanda la aplicación de programas de intervención efectivos que además puedan implementarse con la menor cantidad de recursos posible, por eso se desarrolla este manual en el que se presenta una adaptación de los contenidos originales del PIBA, para aplicación grupal.

Introducción

El PIBA es un programa de intervención breve diseñado originalmente para su implementación en escuelas de nivel medio y medio superior, pero que también puede aplicarse en instituciones de salud dedicadas a la atención y prevención de problemáticas de consumo de sustancias (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012).

La aplicación del programa consta de cinco etapas:

Etapas 1: Detección de casos

Esta etapa está diseñada para la aplicación dentro de instituciones educativas. Tiene como objetivo identificar a los adolescentes que han tenido problemáticas con su consumo en los últimos seis meses, esto se logra aplicando el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes [POSIT] (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1997). En caso de que el programa se aplique en alguna institución de salud, esta prueba se aplica como parte de la evaluación.

Etapas 2: Evaluación

Esta es la etapa en la que se identifica si el adolescente cubre los criterios de inclusión para ser incluido en un proceso de intervención grupal. Es importante tomar en cuenta que, si el adolescente no cumple con las características que indican que puede beneficiarse del trabajo en grupo, hay que considerar los criterios de la intervención individual para que se le aplique el PIBA en esta modalidad.

Etapas 3: Inducción al tratamiento

Esta etapa consta de una sesión en formato individual que tiene como objetivo fomentar la disposición de los adolescentes a realizar un cambio e ingresar a un grupo terapéutico y resolver todas sus dudas respecto a las características del grupo del que va a formar parte.

Etapas 4: Tratamiento

Esta etapa consta de seis sesiones grupales con una duración de 50 a 60 minutos, una vez a la semana. Cada sesión tiene objetivos particulares que se trabajan a través de actividades donde se busca la participación de todos los miembros del grupo.

Etapas 5: Seguimiento

Consta de sesiones individuales con el adolescente que pretenden evaluar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo del adolescente. El terapeuta puede definir los seguimientos de acuerdo con los resultados del adolescente.

Antecedentes teóricos del PIBA.

“Si no sabes la historia, entonces no sabes nada. Eres como una hoja que no sabe que es parte de un árbol”

-Michael Crichton

En 1977, en Inglaterra, Orford y Edwards crearon la primera intervención breve para personas con abuso de alcohol, donde en una sola sesión vieron disminución significativa en el consumo de sus pacientes.

En los 70's, la evidencia señalaba que algunas personas con problemas poco severos de consumo podían recuperarse sin necesidad de recibir tratamiento, esto aunado a la investigación de Orford y Edwards (1977) sugería que la variable crítica es en realidad la *motivación al cambio*, lo que concordaba con el modelo de DiClemente y Prochaska (1982) donde se sugiere que la motivación es un estado y no un rasgo y, por ende, puede ser modificada.

En los 80's, Miller (1983) introdujo la entrevista motivacional como un estilo terapéutico no confrontativo que tenía precisamente el objetivo de incrementar la motivación al cambio. Esta herramienta fue particularmente útil para tratar problemas de consumo de sustancias.

La literatura en ese tiempo sugería que las personas con consumo abusivo de alcohol preferían la moderación, incluso cuando se les sugería optar por la abstinencia.

En este caso, se retoma la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) para dar explicación a este fenómeno, ya que en este marco teórico se comprende que las personas están más comprometidas a alcanzar una meta cuando son ellos mismos los que la establecen.

Estos antecedentes teóricos llevaron a la creación del modelo de *auto cambio dirigido* (Sobell y Sobell, 1993), una intervención breve donde se maximizaba la capacidad de elección del paciente, usando la entrevista motivacional para empoderar a las personas de manera que pudieran lograr un cambio en su consumo (Sobell y Sobell, 2005).

El modelo de auto cambio dirigido resultó exitoso con población de Estados Unidos y Canadá, por lo que fue adaptado para población mexicana, generando el programa *bebedores problema* (Ayala, et al., 1998).

El programa bebedores problema estaba diseñado para ser aplicado para población adulta, por lo que fue adaptado para ser aplicado en población adolescente en el año 2003 (Martínez, 2003), derivando en la creación del *programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (PIBA)*.

El PIBA fue originalmente diseñado para su aplicación individual. Este manual presenta una adaptación a formato grupal del programa.

Particularidades de la terapia grupal

Antes de plantear una intervención en formato grupal es importante entender que el éxito de las personas que serán miembros del grupo está íntimamente vinculado a la salud general del grupo como un todo.

Los *mecanismos terapéuticos* son las intervenciones o procesos que se consideran agentes causales que median la mejora del paciente. Estos mecanismos pueden tomar muchas formas, ya sea de manera experiencial, conductual, cognitiva, o incluso procesos centrales al tratamiento en sí mismo, como la relación terapéutica de los miembros (Bernard, et al., 2008).

Yalom y Leszcz (2005) mencionan algunos factores terapéuticos que se desarrollan a lo largo de la terapia grupal y que benefician a los participantes, como son:

- a) Los miembros del grupo reconocen que otras personas tienen sentimientos, pensamientos y problemas similares
- b) Se gana confianza y autoestima
- c) Se reconoce el éxito de los demás miembros con la terapia, lo que puede ayudar para motivar un cambio propio
- d) La retroalimentación de los demás, puede originar cambios correctivos
- e) El grupo provee un ambiente que permite la comunicación

f) Los miembros expanden su conocimiento personal y sus habilidades

g) Desarrollo de sentimientos de confianza, pertenencia y compañía

h) Se permite el compartir sentimientos fuertes sobre experiencias pasadas y presentes

i) Se provee un ambiente que permite la interacción de manera más adaptativa

El mecanismo terapéutico central que permite que todos los demás sucedan es la *cohesión*. Para aumentar la cohesión grupal se tiene que trabajar en tres dimensiones principalmente:

1) Estructura del grupo, que refiere a la definición de reglas y comportamientos esperados con claridad

2) Interacción verbal, que tiene que ver con realizar observaciones, guiar la retroalimentación de los participantes y mantener un moderado nivel de control que permita la afiliación de los miembros

3) Clima emocional, donde el terapeuta debe estar pendiente de la expresión emocional de los participantes y la propia (Burlingame, Fuhriman, y Johnson, 2002).

Efectos iatrogénicos en la terapia grupal

Cuando el tratamiento no produce un beneficio sino un daño a la salud, se dice que tuvo un efecto iatrogénico (Kaminer, 2005).

Mcgowan y Wagner (2005) proponen un modelo que explica la relación entre los tres factores que se relacionan más íntimamente con el resultado de un grupo terapéutico que se aplica con adolescentes que abusan del consumo de alcohol y drogas. Estos tres factores son: composición del grupo, comportamientos disruptivos y comportamientos de liderazgo.

Composición del grupo: Si se incluyen adolescentes diagnosticados con desórdenes conductuales en el grupo, esto se relaciona significativamente con malos resultados, por ejemplo, aumentando el nivel de deserción.

Comportamientos disruptivos: Se pueden dividir en dos:

a) Comportamientos antisociales (todas las acciones encaminadas a disrumpir, lastimar o molestar y que impiden que los demás participantes se involucren en las actividades del grupo)

b) *Deviancy training* (proceso de reacciones contingentes que llevan a discusiones sobre cómo romper las reglas, es decir, conversaciones entre los adolescentes que sirven para normalizar e incluso reforzar la conducta de consumo)

Comportamientos de liderazgo: Los comportamientos negativos por parte del líder del grupo (el terapeuta), como por ejemplo críticas, amenazas o atención negativa, están significativamente relacionados con la presencia de comportamientos antisociales en el grupo.

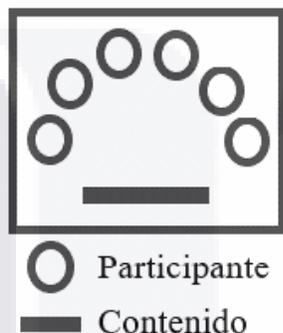
En conclusión, el comportamiento disruptivo es un mediador del resultado del tratamiento, lo que explica cómo la composición del grupo afecta también al resultado. Los comportamientos del líder del grupo afectan a su vez, la fuerza que tiene la relación entre el comportamiento disruptivo y el resultado del tratamiento.



En este modelo, las flechas en color morado representan un orden temporal y la flecha blanca indica una correlación que se debilita cuando la otra variable es considerada.

Especificaciones generales para el trabajo en grupo.

¿Cómo sentar a los participantes? En el caso de la terapia en formato grupal se recomienda sentar a los participantes en un semi círculo donde al frente se tenga la información que se trabajará a lo largo de la sesión.



¿Cuál es el rol del terapeuta? En la terapia grupal los miembros del grupo son los que, con su interacción, ponen en marcha los mecanismos terapéuticos que van a resultar en cambios en su comportamiento, por esto, la principal tarea del terapeuta es promover interacciones que conduzcan a una interacción grupal efectiva (Yalom, 1995).

No solo el terapeuta debe hablar durante la sesión, ni debe ser el único que retroalimente a los participantes. Preguntas como “¿Qué opinan ustedes de esto?” o “¿Cómo creen que lo hizo su compañero?” pueden guiar a los participantes a interacciones positivas.

Es muy importante que el terapeuta que está guiando el grupo no se sienta nervioso al dejar que otros participantes expresen su opinión o retroalimenten los avances de sus compañeros. El terapeuta en esta modalidad de tratamiento es un *facilitador* de las interacciones que llevan al cambio correctivo.

En el caso de que los miembros del grupo tengan interacciones negativas como burlarse de sus compañeros, decir malas palabras, o faltarle al respeto de cualquier forma a los demás miembros del grupo, el terapeuta deberá intervenir oportunamente, recordando a los participantes que el *respeto* a sus compañeros es un elemento fundamental del grupo.

Si alguno de los participantes genera frecuentemente interacciones negativas, el terapeuta puede tener una plática individual con él donde le pregunte si no se siente cómodo dentro del grupo, si hay algo que le molesta o inquieta. En caso de que el participante *no quiera continuar* con el trabajo en formato grupal, puede aplicarse el resto la intervención de manera individual.

Preguntas frecuentes

Antes de iniciar la intervención, es importante que se tengan claros algunos aspectos que podrían generar dudas durante la aplicación.

En esta sección contestamos aquellas preguntas que frecuentemente surgen durante la aplicación de este programa.

- ¿Se puede trabajar con un coterapeuta?
Sí, únicamente es recomendable que terapeuta y coterapeuta tengan bien clara su función dentro del grupo y su papel en cada una de las sesiones desde antes de comenzar la aplicación del tratamiento.

- ¿Es necesario que el adolescente tome todas las sesiones?
No, al inicio de cada sesión del tratamiento los adolescentes harán un resumen de la sesión anterior, lo que puede ayudar a los compañeros que faltaron a conocer los contenidos. Recomendamos que, para que los adolescentes puedan aprovechar al máximo los ejercicios del programa, las sesiones tres, cuatro y cinco si sean obligatorias.

- ¿Se pueden impartir algunas sesiones de manera individual?

Sí, si el adolescente faltó a una de las sesiones se pueden dar los contenidos de manera individual y, posteriormente, el adolescente deberá volver a integrarse al grupo.

En caso de que el adolescente no quiera continuar en la terapia grupal por alguna razón ajena al tratamiento, se puede continuar aplicando el PIBA individual.

- ¿Se puede dividir al grupo?

Sí, en caso de que varios integrantes falten a una de las sesiones de tratamiento, se puede realizar la sesión nuevamente con los adolescentes que se ausentaron y luego, juntar al grupo completo para la sesión siguiente.

- ¿Se pueden mezclar grupos que vayan en la misma sesión de tratamiento?

No, juntar dos grupos puede alterar el sentimiento de pertenencia de los participantes, lo que terminaría por afectar la cohesión del grupo. Además, añadir nuevos integrantes puede generar menor apertura al realizar las actividades.

- ¿Qué tamaño debe tener el grupo?

La aplicación de esta intervención funciona mejor con grupos de entre cuatro y ocho participantes.

- ¿Puedo añadir personas cuando la intervención va a la mitad?

Normalmente en la terapia grupal esto no suele ser un problema, pero en el caso de pacientes con consumo de sustancias, lo ideal es empezar y terminar el grupo con los mismos participantes, de manera que la confidencialidad no se vea alterada.

- ¿Qué pasa si los adolescentes deciden dejar el grupo?

Lo ideal en este caso será tener una plática individual con el adolescente para saber qué es lo que lo llevó a dejar el tratamiento. Si son las características del grupo, entonces lo ideal es continuar con la terapia individual.

- ¿Hay situaciones que ameriten expulsar a los adolescentes del grupo?

Sí, en el caso de que algún adolescente presente comportamientos disruptivos constantemente, lo mejor será sacarlo del contexto de terapia grupal y sugerirle continuar de manera individual el tratamiento. Si se mantiene al adolescente en el grupo, se pueden generar efectos iatrogénicos con el tratamiento.

- ¿Todas las sesiones duran lo mismo?

No, la sesión cinco por ejemplo puede durar 30 minutos si solo se trabaja una meta o 50 minutos si se trabajan las 3. La duración de cada una de las sesiones se especifica en el manual, de manera que el terapeuta puede elegir la duración de acuerdo con su cronograma. Se sugiere que todas las sesiones duren entre 50 y 60 minutos.

ETAPA 1: Detección de casos

Objetivo

Aplicar la prueba POSIT en escuelas secundarias y preparatorias para identificar a los adolescentes que consuman alcohol en exceso u otras drogas.

3. Ya que todos los alumnos contestaron la prueba POSIT, los aplicadores revisan los cuestionarios e identifican los a los adolescentes que han señalado al menos uno de los reactivos, ya que pueden ser adolescentes que presenten un consumo riesgoso. A los adolescentes detectados se les da una cita para realizar una evaluación más profunda.

Material

- Oficio dirigido al director del plantel y copias para el sub-director y personal involucrado.
- Prueba POSIT impresa para cada uno de los alumnos del plantel.

Procedimiento

1. Hacer contacto directo con el personal de la escuela para dar a conocer los contenidos y objetivos del programa, enfatizando el beneficio que tiene para los adolescentes.
2. Aplicación de la prueba POSIT a todos los alumnos de la escuela. Es necesario explicar las instrucciones de la manera más clara posible a los adolescentes, una manera de hacerlo es leerlas en voz alta antes de la aplicación.

POSIT

(Mariño, González- Forteza, Andrade, & Medina-Mora, 1997)

Fecha:

Nombre:

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con sinceridad.

Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor responde con cuidado. Nadie podrá leer las respuestas que tú nos des.

Contesta todas las preguntas. Escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso. Al responder piensa en lo que te ha ocurrido durante los últimos seis meses.

Preguntas		SI	NO
1	¿Has tenido problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o en el trabajo?	1	0
2	¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto de las drogas o el alcohol?	1	0
3	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	0
4	¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	0
5	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	0
6	¿Te vas de las fiestas porque no hay bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
7	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
8	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	0
9	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	0
10	El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	0
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)?	1	0
12	¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela o al trabajo por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
13	¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes bajarle al consumo de bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
14	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el consumo que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
15	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han llevado 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?	1	0
16	¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	0
17	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0

ETAPA 2: Proceso de Evaluación

Antecedentes

La evaluación es fundamental para un programa de intervención breve ya que es un encuentro inicial con el adolescente. Este primer contacto debe establecer una relación positiva desde el inicio, por lo que se recomienda cuidar el contacto visual, el lenguaje corporal, el tono de voz, la dicción, y la velocidad, así como acomodar del mobiliario en forma de L (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012).

En esta fase se recaba información respecto al patrón de consumo (con lo que se valora la severidad del problema en uso, abuso o dependencia) y los problemas relacionados.

Recabar adecuadamente esta información es lo que permite ofrecer la mejor estrategia de intervención para el adolescente.

Como en edades tempranas la problemática de consumo está apenas iniciando, se recomienda que en la evaluación de adolescentes consumidores se obtenga información de aspectos como (Monti, Colbi, y O’Leary, 2001):

- El patrón de consumo (frecuencia y cantidad de consumo), la sustancia preferida por el adolescente y el nivel de consumo (uso, abuso o dependencia).
- Factores de riesgo relacionados con su familia y su comunidad.

- Factores cognitivos, que se relacionan con la capacidad del adolescente de identificar las circunstancias en las que consume.
- Qué tanto el usuario estaría involucrado con el proceso de intervención.

Específicamente en el marco de las intervenciones grupales, las personas tienden a tener un buen desempeño en la terapia cuando sus metas personales empatan con las metas del grupo y cuando están motivados y atraídos a la participación en la intervención, por ende, una persona que quiere realizar un cambio de comportamiento por motivaciones personales tiene mayores posibilidades de desempeñarse bien en terapia grupal (Bernard et al, 2008).

Criterios de inclusión

Adolescentes:

- Entre 14 y 18 años
- Estudiantes de nivel medio y medio superior
- Que presenten indicadores de abuso en el consumo de alcohol o drogas
- Que no presenten dependencia a la sustancia
- Con habilidad básica para comunicarse

Que exprese interés y compromiso por participar en un grupo terapéutico

Criterios de exclusión

Adolescentes que:

- No asistan a la escuela
- Presenten tres o más indicadores de dependencia
- Presenten desórdenes psiquiátricos
- Tengan más de seis meses sin consumir
- Su nivel de riesgo sea menor de seis copas (aplicar consejo breve del manual individual)
- Presenten conflictos interpersonales graves
- Sean agresivos o respondan a la defensiva
- Aborden los problemas de manera vaga o sin seriedad
- Reporten muchas dudas de si el grupo puede ayudarles
- Su expectativa de consumo esté muy alejada del objetivo del grupo

Sesión de evaluación

Objetivo

El terapeuta deberá identificar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión al programa de intervención breve en formato grupal. Asimismo, al final de la evaluación el terapeuta debe tener una idea clara sobre la vida familiar-social del adolescente, el nivel de autoeficacia que percibe tener para el control de su consumo, si es apto o no para integrarse a un grupo terapéutico y su forma de interactuar en diversas situaciones o eventos ante los que podría tener problemas por su forma de consumir.

Duración

90 minutos, de ser necesario se puede aplicar en dos sesiones.

Material (véanse materiales de evaluación al final de esta sección)

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

Procedimiento

La sesión se llevará a cabo en las instalaciones de la escuela en la que se esté trabajando.

1. Establecer relación y explicar el objetivo de la sesión al adolescente.

En un primer lugar se recibirá al adolescente con tono cálido y amigable, de preferencia sonriendo y haciendo contacto visual. El terapeuta se presentará al adolescente, le preguntará cómo le gusta que lo llamen y lo invitará a tomar asiento en el espacio donde se llevará a cabo la sesión.

En este momento se debe establecer un ambiente de confianza, lo que normalmente se logra asegurando al adolescente que toda la información tratada en la sesión es de carácter confidencial y ningún tercero tendrá acceso a ella.

2. Revisión de POSIT y aplicación de instrumentos

El primer paso será revisar la prueba POSIT junto con el adolescente y pedirle que nos hable un poco más sobre por qué contestó afirmativamente a las preguntas que corresponda. En algunos casos, los adolescentes colocan “sí” para situaciones que le pasaron a un amigo, o en algunos casos la consecuencia les ocurrió varios años atrás. Es importante revisar el POSIT para clarificar la cantidad de respuestas afirmativas del adolescente.

Es importante que antes de aplicar cada prueba se explique al adolescente el objetivo y que, a lo largo de la aplicación, se resuelva cualquier duda que pueda tener respecto a las preguntas. Los instrumentos que se aplican son:

- Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979), que es un calendario en el que se registra la cantidad y frecuencia de consumo del usuario en los seis meses anteriores a su aplicación.
- Entrevista Inicial (Saucedo y Salazar, 2004), con la cual el terapeuta evalúa la historia de consumo del paciente y recauda datos importantes como ficha de identificación, consecuencias directas del consumo, áreas de salud, escolar, laboral, familiar, sexualidad, riesgo suicida, administración del tiempo libre y satisfacción personal.
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS] (Annis y Martil, 1985; traducción y adaptación Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997), con el cual el terapeuta podrá identificar la habilidad que el adolescente percibe para controlarse en determinadas situaciones y con esto se obtiene el nivel de autoeficacia.

- Indicadores del DSM-IV de Dependencia a las Drogas (Martín del Campo, 2007), prueba con la que se evalúa si el paciente presenta algún síntoma de abstinencia que pueda indicar dependencia a la sustancia que consume.

Cierre de la sesión

El terapeuta resume los aspectos que se manejan durante la sesión y le ofrece una cita para que acuda a otra la siguiente semana, en la que se le entregarán los resultados de su evaluación. Este es un buen momento para que el terapeuta destaque la importancia de conocer adecuadamente su patrón de consumo, las consecuencias y los posibles problemas y/o riesgos que enfrenta.

Si el adolescente no cubre los criterios de inclusión del programa, se analiza cuál es la alternativa más conveniente de acuerdo con su nivel de riesgo, ya sea aplicar la sesión de consejo breve del PIBA para consumos por debajo de los siete tragos, PIBA en formato individual en caso de que no tenga las características para beneficiarse del integrarse a un grupo o canalizarlo a una institución especializada en caso de mostrar dependencia a la sustancia.

Línea Base Retrospectiva [LIBARE]

(Sobell, Maisto, Sobell, y Cooper, 1979)

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

Mes 1						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 2						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Mes 3						
L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Mes 4						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

Mes 5						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Mes 6						
L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Total, copas estándar o consumos: _____
 Mayor número de días sin consumir: _____
 Cantidad mínima consumida: _____
 Días de mayor consumo: _____

Promedio copa, consumo / ocasión: _____
 Cantidad máxima consumida: _____
 Cantidad que consume más seguido: _____

Entrevista Inicial para Adolescentes

(Campos, Martínez y Ayala, 2001)

Fecha: _____

Datos Generales

Nombre: _____ Terapeuta: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado y grupo: _____

Nombre de la Institución: _____

Estado, Municipio y localidad: _____

¿Cuál es tu Dirección? _____

Calle No. Colonia Código Postal

Teléfono (fijo) de casa: _____ Tel. Celular: _____

Teléfono para recado (Familiar): _____ Teléfono para recado (amigo): _____

Correo electrónico: _____ Eres: _____ a) Hombre _____ b) Mujer

¿Qué año escolar estás cursando actualmente? _____

1. ¿Con quién vives?

- | | | | | | |
|-------------------|----|----|---------------------|----|----|
| a) Papá/sustituto | Sí | No | d) Otros familiares | Sí | No |
| b) Mamá/sustituta | Sí | No | e) Amigos | Sí | No |
| c) Hermano(s) | Sí | No | f) Otros: | Sí | No |

2. ¿Tienes papá? (o quién lo sustituye)

_____ a) Tiene papá _____ b) Lo sustituye algún familiar _____ c) Otro

3. ¿Qué edad tiene tu papá? _____

4. ¿Hasta qué año estudio tu papá? (o quién lo cuida) _____

5. ¿A qué se dedica tu papá? (o quién lo cuida) _____

6. ¿Tienes mamá? (o quién la sustituye)

_____ a) Tiene mamá _____ b) La sustituye algún familiar _____ c) Otro

7. ¿Qué edad tiene tu mamá? _____

8. ¿Hasta qué año estudio tu mamá? (o quién lo cuida) _____

9. ¿A qué se dedica tu mamá? (o quién lo cuida) _____

10. ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes? Hermanos _____ Hermanas _____

11. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? _____

12. ¿Cuánto dinero crees que ganan los adultos de tu familia?

_____ a) Ganan mucho dinero _____ b) Suficiente para vivir _____ c) No ganan suficiente

Área Escolar y Laboral

13. Ocupación principal:

___ a) Estudiante ___ b) Trabajador ___ c) Estudiante y Trabajador ___ d) Sin ocupación

14. ¿Qué calificación sacas con mayor frecuencia?

_____ a) 9-10 _____ b) 8 _____ c) 6-7 _____ d) 5 o menos

15. En general ¿cómo consideras tu desempeño en la escuela?

_____ a) Muy bueno _____ b) Bueno _____ c) Regular _____ d) Malo

16. Aproximadamente ¿cuánto tiempo al día te dedicas a estudiar fuera de clases?

_____ a) Menos de 1 hora _____ b) Entre 1 y 2 horas _____ c) Más de 2 horas

17. ¿Cuántas materias reprobadas llevas?

Materias _____ ¿Cuáles? _____ No ha reprobado _____

18. La mayor parte del año pasado ¿Fuiste estudiante? _____ Sí _____ No

19. Solo para quién es estudiante ¿Asistes a la escuela de manera regular? _____ Sí _____ No

20. ¿Has dejado de estudiar durante seis meses o más? _____ Sí _____ No

¿Por qué? _____

21. ¿Has reprobado algún año en la escuela? _____ Sí _____ No

¿Cual? _____

Ahora te presentamos algunas situaciones sobre las que queremos que expreses tu opinión, las opciones de respuesta son:	Siempre	Algunas veces	Nunca
22. Mis maestros son amables	3	2	1
23. Mis maestros son injustos	1	2	3
24. Mis maestros me tratan mal	1	2	3
25. Lo que aprendo en la escuela se puede aplicar en la vida diaria	3	2	1
26. Aunque lo que aprendo en la escuela no se pueda aplicar ahora, más tarde me servirá para obtener un mejor empleo	3	2	1
27. En la escuela me enseñan cosas prácticas y actuales	3	2	1
28. En mi escuela me enseñan mal	1	2	3

Para cada una de las siguientes frases, selecciona aquella opción que se identifique más con tu forma de pensar, si estás inseguro has tu mejor estimación.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
29. Mis compañeros de la escuela son peligrosos	1	2	3	4
30. Hay muchos asaltos por mi escuela	1	2	3	4
31. Mi escuela es un lugar seguro	4	3	2	1
32. Mi colonia es un lugar seguro	4	3	2	1
33. Hay poca vigilancia en mi colonia	1	2	3	4
34. En mi colonia hay muchos delincuentes	1	2	3	4
35. Me preocupa salir solo(a) a la calle	1	2	3	4
36. Hay muchos asaltos en mi colonia	1	2	3	4
37. Me agrada la colonia en la que vivo	4	3	2	1

38. ¿Trabajas? _____ Sí _____ No ¿En qué?

39. ¿Cuántas horas diarias?

_____ a) Aprox. 8 horas diarias

_____ b) Aprox. 4 horas diarias

_____ c) Trabajo por su cuenta

_____ d) Trabajo ocasional

40. ¿Desde cuándo trabajas? _____

41. ¿Cuánto ganas? _____

Consumo de Sustancias

42. ¿Principal sustancia de consumo? (marca solo uno):

_____ a) Alcohol

_____ b) Tabaco

_____ c) Cocaína

_____ d) Heroína

_____ e) Marihuana

_____ f) Pastillas

_____ g) Otra: _____

_____ h) Consumo varias drogas que considero de igual importancia

43. En caso de consumir alcohol, ¿qué tipo de bebida consumes con mayor frecuencia?

- a) Pulque
- b) Cerveza
- c) Cooler
- d) Vino tinto
- e) Destilados

44. De acuerdo con la siguiente escala, señala la alternativa que mejor describa tu CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS durante el año pasado (marque solo una opción):

- a) Sin problema
- b) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
- c) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
- d) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)
- e) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

45. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de ALCOHOL O DROGAS?

- Sí No

46.- Tipo de tratamiento/ayuda (alcohol/drogas)

- a) Centro de desintoxicación
- b) Tratamiento c. externa
- c) Tratamiento de c. interna
- d) Asesoría medica
- e) Asesoría psiquiátrica
- f) Grupos de autoayuda

Fecha: ____ mes _____ año _____

48. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cuál es el mayor tiempo consecutivo en que NO has consumido? (El mayor período de abstinencia. Si no lo hay, marcar "0").

49. ¿Cuándo ocurrió? _____mes _____año.

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

Tabaco

51. ¿Fumas?

- _____ a) Nunca he fumado
- _____ b) Actualmente fumo
- _____ c) Ex - fumador (< de 1 año)
- _____ d) Ex-fumador (> de 1 año) No. de años:

52. ¿Edad en la que iniciaste a fumar? _____

53. ¿Por cuánto tiempo has sido un fumador regular? _____

54. ¿Promedio de cigarros que fumas diariamente? _____

55. ¿Tienes familiares y amigos que fuman?

- _____ a) Sí, solo familiares _____ b) Sí, solo amigos
- _____ c) Ambos _____ d) No

Historia de Drogas Psicoactivas

Consumo de Alcohol

56. ¿Alguna vez en tu vida has tomado una copa de cualquier bebida alcohólica?

- _____ a) Sí _____ b) No

57. ¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa?

Sí No

	SI	NO
a) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2
b) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2
c) Cerveza	1	2
e) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc	1	2
f) Bebidas preparadas en la lata como: "Presidencola", "New mix", etc.	1	2
g) Pulque	1	2
h) Alcohol puro o aguardiente	1	2

58. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?

Edad: _____

59. ¿Cuántas veces tomaste en el último año; una ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

- _____ a) Menos de una vez en el último año
- _____ b) De 1 a 2 veces en el último año
- _____ c) De 3 a 11 veces en el último año
- _____ d) De 1 a 3 veces en el último mes
- _____ e) Una o más veces en la última semana

60. ¿Cuántas veces tomaste en el último mes; una cerveza completa o copa de cualquier bebida alcohólica?

- _____ a) Nunca en el último mes
- _____ b) Una vez en el último mes
- _____ c) De dos a tres veces en el último mes
- _____ d) Una o más veces en la última semana

61. ¿Cuántas veces tomaste en el último mes; cinco ó más cervezas o cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

- _____ a) Nunca en el último mes
- _____ b) Una vez en el último mes
- _____ c) De dos a tres veces en el último mes
- _____ d) Una o más veces en la última semana

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

- _____ a) Nunca en el último mes
- _____ b) Una vez en el último mes
- _____ c) De dos a tres veces en el último mes
- _____ d) Una o más veces en la última semana

63. ¿Has intentado tomar tres o menos cervezas por ocasión, o dejar de tomar? Sí No
 Si la respuesta es Sí: ¿Desde cuándo iniciaste a cambiar tu consumo? y ¿Por qué hiciste el cambio? _____

64. ¿Todavía lo haces (mantener el cambio)?

_____ Sí _____ No después de un tiempo volví a tomar más de tres cervezas por ocasión.
 Si la respuesta a la primera pregunta es NO, o si ha vuelto a beber más de tres cervezas por ocasión, preguntar lo siguiente:

65. ¿Quieres intentar tomar menos cerveza de la que tomas en los siguientes seis meses o en el próximo mes?

_____ En los siguientes seis meses _____ En el próximo mes

Consumo de Drogas

66. ¿Alguna vez en tu vida has probado marihuana, cocaína, pastillas, inhalables (thiner, cemento, resistol) o cualquier otra droga? _____ Sí _____ No

67. ¿Cuál de las siguientes drogas has probado?

	SI	NO
a) Marihuana	1	2
b) Cocaína	1	2
c) Inhalables: thiner, cemento, resistol, etc.	1	2
d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	1	2
e) Pastillas (anfetaminas o estimulantes)	1	2
f) Pastillas (tranquilizantes o sedantes)	1	2
g) Heroína	1	2

68. ¿Qué edad tenías la primera vez que probaste alguna de las drogas anteriores? Edad ____

69. ¿Cuántas veces en tu vida has probado esta droga?

_____ 1) 1-2 veces _____ 2) 3-5 veces _____ 3) 6-10 veces
 _____ 4) 11-49 veces _____ 5) 50 ó más veces

70. ¿Hace cuánto tiempo probaste esta droga por primera vez?

_____ a) Hace menos de un mes
 _____ b) De 2 a 6 meses
 _____ c) De 7 a 12 meses
 _____ d) De 1 a 3 veces en el último mes
 _____ e) Hace más de un año

71. ¿En los últimos 12 meses, has consumido esta droga? _____ 1) Sí _____ 2) No

72. ¿En el último mes has consumido esta droga?

_____ a) No _____ b) Sí, de 1 a 5 días
 _____ c) Sí, de 6 a 19 días _____ d) Sí, 20 días o más

73. ¿Has intentado dejar de consumir o consumir menos drogas? _____ 1) Sí _____ 2) No

74. Si la respuesta es Sí: ¿Desde cuándo dejaste de consumir o consumes menos drogas?

75. ¿Por qué hiciste el cambio? _____

75. ¿Todavía lo haces?

_____ Sí _____ No, después de un tiempo volví a consumir drogas de la misma forma.
Si la respuesta a la primera pregunta es NO, si ha vuelto a consumir drogas preguntar lo siguiente:

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

_____ a) En los siguientes seis meses _____ b) En el próximo mes

77. ¿Qué tan peligroso crees que es _____? (responder solo la correspondiente a las sustancias de consumo)

78. ¿Consumir drogas como las que tú pruebas?

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

79. ¿Consumir muy seguido alcohol?

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

80. ¿Qué opinan las siguientes personas de que tomes alcohol o pruebes drogas? (preguntar de acuerdo con la sustancia principal de consumo)

	Lo ve bien	Ni bien ni mal	Lo ve mal
Mi madre/sustituta	1	2	3
Mi padre/ sustituto	1	2	3
Mis maestros o patrones	1	2	3
Mi mejor amigo	1	2	3
La mayoría de los jóvenes de mi edad	1	2	3

81. ¿Algunas de las siguientes personas han usado algún tipo de drogas ilegales?

	SI	NO
a) Tu papá	1	2
b) Tu mamá	1	2
c) Alguno de tus hermanos (as)	1	2
d) Tu mejor amigo	1	2
e) Algún familiar que viva contigo	1	2

82. ¿Algunas de estas personas han tenido algún problema debido a su consumo de alcohol?

	SI	NO
a) Tu papá	1	2
b) Tu mamá	1	2
c) Alguno de tus hermanos (as)	1	2
d) Tu mejor amigo	1	2
e) Algún familiar que viva contigo	1	2

Área Familiar

83. Cuando estás con amigos o familiares, ¿éstos te presionan a consumir alcohol o drogas?

- a) No
- b) Sí, pero solo mis amigos
- c) Sí, pero solo mi familia
- d) Sí, tanto mis amigos como mi familia

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

- a) Padres
- b) Hermanos
- c) Abuelos
- d) Tíos
- e) Primos
- f) Amigos
- g) Pareja

85. En los últimos 12 meses ¿has tenido algún conflicto familiar grave? ___ a) Sí ___ b) No

86. ¿Es común que se peleen tus papás y/u otros adultos que viven en tu casa?

- a) Sí b) No

87. Cuando se han peleado los adultos de tu casa, ¿alguno de ellos ha bebido alcohol?

- a) Sí b) No c) No se pelean

88. ¿Cómo describes tu relación con tus padres?

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

88. ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?

- _____ a) Muy buena
- _____ b) Buena
- _____ c) Regular
- _____ d) Mala
- _____ e) Muy mala

89. ¿Cómo son las relaciones familiares?

	SI	NO
a) ¿Se niegan tus padres (o quien lo sustituye) a hablarte cuando se enfadan contigo?	1	2
b) ¿Sabes tus padres (o tutores) cómo realmente piensas o te sientes?	1	2
c) ¿Discutes frecuentemente con tus padres (quien te cuida), levantando la voz y gritando?	1	2
d) ¿Tienen tus padres (quien te cuida) una idea relativamente buena de lo que te interesa?	1	2
e) ¿Están tus padres (quien te cuida) de acuerdo en cuanto a la forma en la que te deben manejar?	1	2

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
a) ¿Se involucran en las actividades que a tí te interesan? (escolares, deportivas)	0	1	2	3
b) ¿Hacen cosas divertidas contigo?	0	1	2	3
c) ¿Hablan contigo acerca de tus amigos (as)?	0	1	2	3
d) ¿Te incluyen cuando planean actividades familiares?	0	1	2	3
e) ¿Asisten a reuniones de tu escuela? (conferencias, juntas de padres de familia, etc.)	0	1	2	3
f) ¿Te levantan los castigos antes de tiempo?	0	1	2	3
g) ¿Están tan ocupados que olvidan dónde estás?	0	1	2	3
h) ¿Te mandan a tu cuarto como castigo?	0	1	2	3
i) Cuando haces algo mal, ¿tus papás amenazan con castigarte, pero no lo cumplen?	0	1	2	3
j) Cuando haces algo malo o incorrecto, ¿tratas de convencer a tus papás para que no te castiguen?	0	1	2	3
k) Cuando haces bien una tarea o trabajo, ¿tus papás te felicitan?	0	1	2	3
l) Cuando obedeces o te portas bien, ¿tus papás te premian con cosas extras? (hacer cosas juntos, regalos, etc.)	0	1	2	3
m) Cuando haces las cosas bien, ¿tus papás te dan besos y abrazos?	0	1	2	3
n) ¿Sales sin que tus papás te establezcan una hora de llegada?	0	1	2	3
o) ¿Sales en las noches sin la compañía de un adulto?	0	1	2	3

90. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? _____ a) Sí _____ b) No

91. ¿Cuánto? _____

92. ¿Cuánto dinero utilizas a la semana en alcohol o drogas? _____

Normas familiares con relación al consumo de alcohol y drogas

Preguntar por la sustancia principal:

	SI	NO
93. ¿Tus padres saben que tomas alcohol o consumo drogas?	1	2
94. ¿Tus padres te han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de alcohol o drogas?	1	2
95. ¿Es importante para ti cumplir las normas que tienen tus padres acerca de tomar alcohol o probar	1	2

Área de Salud

96. ¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? ___ a) Sí ___ b) No

97. ¿Estas tomando algún medicamento por prescripción médica o te estás automedicando?
 _____ a) Sí _____ b) No ¿Cuál? _____

Depresión y Riesgo Suicida

98. ¿Te sientes triste con frecuencia? _____ a) Sí _____ b) No

99. ¿Durante el último mes has sentido que...?

Número de días	0	1 a 3	4 a 6	7 o +
a) No puedes seguir adelante	0	1	2	3
b) Tenías pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3
c) Sentías que tu familia estaría mejor si tu estuviera muerto	0	1	2	3
d) Pensé en matarme	0	1	2	3

100. ¿Alguna vez, a propósito, te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?

_____ a) Nunca _____ b) Lo hice una vez _____ c) Lo hice 2 ó más veces

101. ¿Qué edad tenías la única o la última vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?

_____ a) Años _____ b) Nunca lo he hecho

102. ¿Qué te motivo a hacerte daño? _____

Área de Sexualidad

103. ¿Tienes novio (a)? _____ a) Sí _____ b) No
104. ¿Cuánto tiempo llevas con esta relación? _____
105. ¿Has tenido relaciones sexuales?
 _____ a) No _____ b) Una vez _____ c) Más de una vez
106. ¿Edad de inicio? _____
107. Cuando tienes relaciones sexuales ¿Utilizas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo o para no contraer alguna enfermedad? _____ a) Sí _____ b) No
 ¿Cuál? _____
108. ¿Con qué frecuencia?
 _____ a) Siempre _____ b) Casi siempre _____ c) Frecuentemente
 _____ d) Algunas Veces _____ d) Nunca
109. ¿Has tenido problemas relacionados a tu conducta sexual? _____ a) Sí _____ b) No
110. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas?
 _____ a) Sí _____ b) No

Área de Conducta Antisocial

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

	SI	NO
Tomar un auto sin permiso del dueño	1	2
Tomar dinero o cosas con valor de \$50 o menos que no te pertenecen	1	2
Tomar dinero o cosas con valor de \$500 pesos o más que no te pertenecen	1	2
Tomar mercancía de alguna tienda sin pagarla (causar daños)	1	2
Golpear o dañar algo (objeto o propiedad) que no te pertenece	1	2
Atacar a alguien usando algún objeto como arma. (Cuchillo, palo, navaja, etc.)	1	2
Vender drogas (marihuana, cocaína)	1	2
Golpear o herir a propósito a alguien, sin considerar pleitos con tus hermanos.	1	2
Tomar parte en riñas o peleas	1	2
Prender fuego a propósito a objetos que no te pertenecen	1	2
Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	1	2

112. ¿Qué edad tenías la primera vez que realizaste alguna de las actividades anteriores? _____

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

_____ a) Sí _____ b) No ¿Cuáles? _____

114. Ahora te pedimos que contestes si estás o no de acuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan (marca una respuesta para cada inciso).

	Siempre	A veces	No
a) Prefiero pelearme con mis papás que mostrarles mi cariño	1	2	3
b) Si cometo un error, prefiero que castiguen a otra persona en vez de a mí	1	2	3
c) Hago lo que quiero, aunque afecte a las demás personas que me rodean	1	2	3
d) Si necesito mentir para lograr mis objetivos, lo hago	1	2	3
e) Prefiero ayudar a los demás solo cuando obtengo algo a cambio	1	2	3
f) Si me peleo con mis papás o amigos, pienso más en lo enojado que estoy que en el cariño que les tengo	1	2	3
g) Si me peleo con alguien no me importa que castiguen a otra persona por eso	1	2	3
h) Puedo dañar a los árboles y a las flores ya que se pueden volver a plantar	1	2	3
i) Trato de lograr lo que quiero, aunque lastime a las personas que me rodean	1	2	3

Administración del Tiempo Libre

115. ¿Qué acostumbras a hacer cuando no estás en la escuela?

	Nunca	A veces	Siempre
a) Veo la televisión en casa	1	2	3
b) Practico algún deporte	1	2	3
c) Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
d) Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
e) Hago tarea o estudio	1	2	3
f) Juego nintendo o voy a las máquinas	1	2	3
g) Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
h) Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
i) Escucho música	1	2	3
j) Hablo por teléfono	1	2	3
k) Voy a fiestas	1	2	3
l) Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento)	1	2	3
m) Voy al cine	1	2	3
o) Otro (especifica)	1	2	3

116. ¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o drogas? _____ a) Sí
_____ b) No

117. ¿Cuál? _____

Satisfacción Personal

118. ¿Qué tan satisfecho estás con tu forma (estilo) de vida en este momento?

- _____ 1. Muy satisfecho
- _____ 2. Satisfecho
- _____ 3. Inseguro
- _____ 4. Insatisfecho
- _____ 5. Muy insatisfecho

119. ¿Cuáles son tus metas para el futuro?

120. Si entraras a un taller grupal que te ayude a disminuir tu consumo de sustancias en donde también participaran otros adolescentes de tu edad:

¿Te interesaría participar? _____ ¿Por qué? _____

¿Te preocuparía participar? _____ ¿Por qué? _____

121. ¿Alguna vez has participado en un grupo o taller con el objetivo de disminuir tu consumo de sustancias o con algún otro objetivo? _____ a) Sí _____ b) No

121. Si la respuesta es sí: ¿Cómo fue tu experiencia? _____

Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS]

(Annis y Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría y Ayala, 1997)

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

Instrucciones: A continuación, se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunos jóvenes tienen problemas por su forma de **beber o consumir alguna droga**.

Imagínate que estás en este momento en cada una de las siguientes situaciones, e indica en la escala, que tan seguro te sientes de poder resistir la tentación de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% sí “NO ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO” ante esa situación o 100% sí “DEFINITIVAMENTE ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO” en esa situación.

1. Emociones Desagradables: (si estuviera deprimido, triste, molesto)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

2. Malestar Físico: (dolor de cabeza, gripa, tensión)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

3. Emociones Agradables: (si quisieras celebrar, si estuvieras feliz)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

4. Probando mi control sobre el consumo de alcohol: (te propones tomar solo tres copas)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

5. Necesidad Física: (si tuvieras urgencia de tomar y no puedes hacer nada más)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

6. Conflicto con otros: (peleas con amigos, familia o pareja)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

7. Presión social: (si te presionaran amigos o familiares para que tomaras)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

8. Momentos agradables con otros: (si estuvieras en una celebración)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

Indicadores de Dependencia del DSM-V

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
-----------------	------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

A continuación, le solicitamos que identifique si se le han presentado cada uno de los eventos o sucesos que se le presentan a continuación, en los últimos 12 meses.

Instrucciones: Conteste afirmativa o negativamente las siguientes preguntas: Preguntas	Sí	No
1. ¿Ha notado que el tiempo que lleva ingiriendo la sustancia y la cantidad con la que la consume han incrementado, respecto a sus propósitos de consumo?		
2. ¿Experimenta un deseo constante por consumir la sustancia o ha fracasado en sus intentos para abandonar o controlar el consumo?		
3. ¿Invierte mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir la droga, consumirla o recuperarse de sus efectos?		
4. ¿Experimenta ansias o un fuerte deseo o necesidad por consumir la sustancia?		
5. ¿Tiene un consumo recurrente que le ocasiona el incumplimiento de sus principales deberes en el trabajo, la escuela o el hogar?		
6. ¿Ha continuado consumiendo, a pesar de que esto le ocasione frecuentes o severos problemas en sus relaciones interpersonales?		
7. ¿El consumo de la droga le provoca el abandono o reducción de importantes actividades laborales, académicas, sociales o recreativas?		
8. ¿Consume con frecuencia, aún en situaciones en las que pone en riesgo su integridad física?		
9. ¿Continúa consumiendo la droga a pesar de saber que le ocasiona o le intensifica un problema físico o psicológico?		
10. ¿Requiere consumir cantidades mayores de la droga para experimentar el efecto deseado? ó ¿La cantidad que consume de la droga ya no le ocasiona el efecto deseado?		
11. Cuando ha pasado cierto tiempo después de consumir la última dosis: ¿Presenta síntomas del síndrome de abstinencia como: ansiedad, deseo intenso por consumir, ¿temblor, sudoración, taquicardia, náusea, vómito, insomnio, inapetencia, etc.?, o ¿Consume la sustancia o alguna similar para aliviar o quitar esos síntomas del síndrome de abstinencia?		
Puntaje Total		

LEVE (2-3 síntomas)	MODERADO (4-5 síntomas)	GRAVE (6 o MÁS síntomas)

ETAPA 3: Inducción al tratamiento

Antecedentes

La mayoría de los adolescentes que sean atendidos con PIBA abusan de alguna sustancia, pero no han tomado una decisión de hacer un cambio en su conducta porque la gravedad de las consecuencias experimentadas no ha rebasado los beneficios. Incluso los adolescentes que accedan a tomar la intervención normalmente presentan cierto nivel de ambivalencia respecto al cambio en su patrón de consumo.

Al aplicar una intervención grupal, lo mejor es que antes de que el paciente se integre al grupo de tratamiento el moderador del grupo establezca la alianza terapéutica, esto puede realizarse en una sesión cuyo objetivo sea el reducir la ansiedad de los pacientes, proveer información y establecer un consenso de las metas de tratamiento (Bernard et al, 2008).

Por estas dos razones, es importante que antes de que el adolescente se integre al grupo terapéutico, tenga una sesión individual con el terapeuta moderador del grupo en la que se le den los resultados de su evaluación, reciba información particular respecto a la droga que consume, se establezca un clima de confianza que ayude a reducir su ansiedad y se resuelvan todas las dudas que pueda tener respecto al proceso de terapia grupal.

Las estrategias que se proponen en este programa están basadas en los supuestos de la Entrevista Motivacional, que son estrategias que pueden ayudar a las personas a motivarse a realizar cambios. Podemos rescatar ocho estrategias motivacionales generales, que son: ofrecer consejo, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad, practicar la empatía, ofrecer retroalimentación, aclarar los objetivos y ofrecer ayuda activa (Miller y Rollnick, 1991).

Es importante señalar que estas estrategias no son mágicas ni llevarán automáticamente al adolescente a modificar su consumo, sino que, al ponerse en práctica durante las sesiones de tratamiento, se espera que propicien el ambiente de confianza que llevará (en conjunto con las demás estrategias) a que el adolescente realice cambios correctivos

Objetivo

Al término de la sesión el terapeuta habrá retroalimentado al usuario sobre su patrón de consumo, situaciones de riesgo y consecuencias a corto y largo plazo. Además, el terapeuta invitará al adolescente a participar en el grupo terapéutico, y resolverá todas las dudas que tenga al respecto.

Material

- Reporte de resultados de acuerdo con la droga de mayor consumo.
- Consentimiento informado

Procedimiento

1. Rapport

Se establecerá rapport con el adolescente mediante comentarios neutros, por ejemplo, sobre sus actividades académicas del día. El objetivo de esta actividad es establecer un ambiente cómodo para el adolescente e informarle sobre todas las actividades que se realizarán en la sesión.

2. Retroalimentación

Se entregará al adolescente su retroalimentación de acuerdo con el tipo de droga de mayor consumo, material en el cual se describe su patrón de consumo y los efectos que tiene sobre su organismo la sustancia que consume (a corto y a largo plazo).

Este reporte se elabora con toda la información que el adolescente da en la evaluación y el llenado del material tiene que hacerse por el terapeuta, antes de iniciar la sesión.

Una vez que se le informó al adolescente de todas las consecuencias negativas que puede tener su forma de consumir, se le lleva a que reflexione respecto a si quiere realizar algún cambio correctivo. Si la respuesta del adolescente es afirmativa, se elaboran soluciones alternativas, donde se ayuda al adolescente a darse cuenta de las cosas que puede hacer para reducir su consumo.

Un aspecto muy importante de la sesión es hablar con el adolescente sobre lo que es un proceso de terapia grupal y resolver todas las dudas que pueda tener al respecto.

Si el adolescente acepta entrar al grupo, debe firmar el consentimiento informado (ver materiales).

Cierre de la sesión

El terapeuta elaborará un resumen de la sesión, resaltando los puntos más importantes, así como la importancia de que el adolescente haya accedido a ingresar al grupo.

Asimismo, le entregará al adolescente una tarjeta donde indique la hora y fecha en que se llevará a cabo la sesión grupal.

EFFECTOS EN TU CEREBRO

La mayoría de nosotros alguna vez hemos experimentado los signos físicos del estado de ebriedad como: Arrastrar las palabras, lagunas mentales, caídas, etc.

Corteza prefrontal

Encargada del juicio y razonamiento. Cuando bebes, el alcohol "la apaga", así que te vuelves más extrovertido pero a la vez evita que pienses con claridad y dificulte el procesamiento de la información visual y auditiva

Hipotalamo

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

Cerebelo

Encargado del equilibrio, movimiento y balance. Es el responsable de que cuando consumes alcohol te sientas mareado, los movimientos sean torpes e incluso te caigas.

- Pelearme o ponerme agresivo
- Tener la cruda
- Pelearme con mis papás
- Tener problemas con amigos
- Exponerme a tener problemas con la policía o ser detenido
- Accidentarme o causar un accidente
- Tener problemas en la escuela o en el trabajo
- Hacer o decir cosas que realmente no quiero
- Tener relaciones sexuales riesgosas

POSIBLES CONSECUENCIAS DEL CONSUMO ABUSIVO

INDUCCIÓN

TU INFORMACIÓN DE CONSUMO DE: TABACO

¿Qué es?

La planta del tabaco pertenece al género Nicotiana, familia botánica de las Solanáceas. La única que sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide que recibe el nombre de nicotina y que da el nombre a su género vegetal.

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Conocer la manera en que consumo, las consecuencias buenas y malas para así tomar una decisión

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:

Consumí un total de _____ en estos 3 meses.
¿Cuántos fueron el mayor número de días que no consumí? _____
es lo máximo que consumí en una ocasión y lo mínimo fue _____.
La cantidad de consumo más seguido es _____.

Tabaco

¿Qué suele pasar al consumir tabaco?

Relajación 

Parezo más interesante 

Dolor de cabeza y malhumor 

¡RECUERDA! 

Consumir más de dos cigarrillos al día se considera un **ABUSO** debido a los efectos que esta sustancia causa en nuestro organismo.

Cruda

EFFECTOS A LARGO PLAZO

-  Mayor probabilidad de enfermedad para mí y quienes me rodean.
-  Poca condición para realizar actividades.
-  Pérdida de memoria.
-  Mayor probabilidad de padecer cáncer oral.
-  Problemas cardiovasculares y sanguíneos.
-  Problemas de circulación.
-  Manchas en dientes, dedos y uñas.
-  Pérdida del sentido del gusto.
- Puedo tener mal aliento.
- El olor se queda en la ropa y las manos.
- Puedo quemar mi ropa o a alguien cerca.
- Puedo gastar mucho dinero comprando cigarrillos.
- Ardor en la garganta.
- Críticas constantes de otras personas por fumar.
- Ser criticado por las personas que me importan.
- No asistir a lugares o eventos por no poder fumar.
- Sentirme incómodo por ser el único que fuma.
- Ansiedad, estrés o frustración por no haber fumado.
- Daños a mi salud.

**POSIBLES CONSECUENCIAS
DEL CONSUMO ABUSIVO**

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:

Consumí un total de _____ en estos 3 meses.
¿Cuántos fueron el mayor número de días que no consumí? _____
_____ es lo máximo que consumí en una ocasión y lo mínimo fue _____.
La cantidad de consumo más seguido es _____.

INDUCCIÓN

TU INFORMACIÓN DE CONSUMO DE:

MARIHUANA

¿Qué suele pasar al consumir marihuana?

¿Qué es?

Se refiere a las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta Cannabis sativa o Cannabis indica. La planta contiene tetrahidrocanabidol (THC) —una sustancia química que provoca alteraciones mentales— y otros compuestos similares. También es posible extraer concentrados de la planta de cannabis

Relajación

Sentir o ver cosas que no pasan en realidad

Puedo sentirme triste

Marihuana

¡RECUERDA!

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

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Conocer la manera en que consumo, las consecuencias buenas y malas para así tomar una decisión

EFFECTOS A LARGO PLAZO



Presentaré problemas para aprender

Me da mucha hambre



Será más difícil concentrar mi atención

Pierdo periodos de memoria



Tendré problemas para recordar las cosas

Tengo la sensación de ser perseguido



Puedo desarrollar depresión

Ojos rojos



Tendré problemas en el sistema respiratorio

Siento la boca se reseca



Tendré problemas del corazón

Tengo periodos de ansiedad y tristeza



Puedo tener un síndrome amotivacional

Alucino



Disminuirá mi placer sexual

Presento problemas al hablar

Me vuelvo más lento

Puedo tener problemas con otros

Corro el riesgo de ser detenido

**POSIBLES CONSECUENCIAS
DEL CONSUMO ABUSIVO**

INDUCCIÓN

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:

Consumí un total de _____ en estos 3 meses.
¿Cuántos fueron el mayor número de días que no consumí? _____
_____ es lo máximo que consumí en una ocasión y lo mínimo fue _____.
La cantidad de consumo más seguido es _____.

TU INFORMACIÓN DE CONSUMO DE:

COCAINA

¿Qué es?

La cocaína pura era extraída originalmente de la hoja del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*, que crecía principalmente en Perú y Bolivia. usualmente se vende en la calle en forma de un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce en español como "coca", "nieve", "dama blanca" o "talco".

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Conocer la manera en que consumo, las consecuencias positivas y negativas para así tomar una decisión

¿Qué suele pasar al consumir cocaína?

Tengo más energía

Estoy más alerta

Me siento ansioso

Me enojo con más facilidad

Estoy confundida/o

Tengo miedo

Cocaína

¡RECUERDA!

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



INDUCCIÓN

Los resultados que se obtuvieron de mi calendario de consumo:

Consumí un total de _____ en estos 3 meses.
¿Cuántos fueron el mayor número de días
que no consumí? _____
_____ es lo máximo que consumí en una ocasión
y lo mínimo fue _____.
La cantidad de consumo más seguido es _____.

TU INFORMACIÓN DE CONSUMO DE:

INHALANTES

¿Qué es?

Son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. El término "inhalantes" se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación.

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Conocer la manera en que consumo, las consecuencias positivas y negativas para así tomar una decisión

¿Qué suele pasar al consumir cocaína?

Me siento eufórica/o

Me desinhibe

Puede ser que alucine

Puedo ser más agresiva/o o violenta/o

Inhalables

¡RECUERDA!

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

EFFECTOS A LARGO PLAZO



Dolores de cabeza constantes



Dificultad para controlar el cuerpo



Ganas constantes de vomitar



Dificultad o incapacidad para resolver problemas



Tendré problemas en el sistema respiratorio



Perder cosas que no quiero perder; como relaciones, metas, etc.

Veo cosas que no existen

Creo cosas que no son ciertas

Escucho zumbidos

Tiemblo

Tengo ganas de vomitar

Me vuelvo más lento y pierdo el equilibrio

Puedo morir por sobredosis

Hago cosas que no quería hacer en realidad

Tengo problemas con otros

Puedo quedar detenido

No se entiende lo que quiero decir

POSIBLES CONSECUENCIAS

DEL CONSUMO ABUSIVO

Consentimiento informado del Adolescente

Fecha: _____

Yo _____, estoy de acuerdo en participar como usuario(a) en un **programa de intervención grupal** sobre el consumo de alcohol y drogas. Este programa está integrado por seis sesiones semanales y un seguimiento.

1. Como parte del programa, realizaré actividades relacionadas con el objetivo de la sesión y, cada semana, informaré a mi orientador sobre mi manera de tomar o mi consumo de drogas.

2. La información que daré solo será conocida por mi orientador y los demás miembros del grupo. Respetaré el derecho a la privacidad de mis compañeros, así como espero que respeten el mío, y no hablaré con nadie sobre lo que se trabaje en el grupo.

3. En caso de que, por causas de fuerza mayor, tenga que faltar a una sesión o dejar de asistir al grupo, se lo reportaré al menos 24 horas antes de la sesión al orientador, al teléfono _____.

4. Estoy de acuerdo en que mi orientador se ponga en contacto conmigo después de terminar el programa. Entiendo que una entrevista está programada al transcurrir un mes, con el propósito de hacer un seguimiento sobre mi progreso, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas y otras conductas relacionadas.

Nombre y firma del adolescente

Nombre y firma del orientador

ETAPA 4: Tratamiento

Sesión 1: Aprendiendo a comunicarme

Introducción:

Los problemas de interacción del adolescente con sus padres y sus pares se han reportado como un factor de riesgo para su involucramiento en conductas problemáticas como el consumo de sustancias (Capaldi, Degarmo, Patterson y Forgatch, 2002).

Se ha encontrado que cuando hay interacciones negativas entre los padres y los adolescentes, las cuales están centradas en la coerción y en la poca claridad de normas de comportamiento, se vuelve más probable que el adolescente se involucre en alguna conducta antisocial (Patterson, Forgatch, Yoerger y Stoolmiller, 1998). Con respecto a las interacciones con pares, es claro que el relacionarse con otros adolescentes involucrados en algún tipo de conducta antisocial incrementa la posibilidad de que un adolescente incurra en este tipo de comportamientos, incluido el consumo de sustancias (Hawkins, Catalano, y Miller, 1992; Patterson, 1993; Stoolmiller, 1994).

Dentro de la terapia grupal se busca que los participantes que se integran al grupo sean personas motivadas, activas y autorreflexivas, que aprovechan las oportunidades para expresarse (Bernard et

al, 2008), es por eso que puede ser muy beneficioso para el grupo que la primera sesión de tratamiento tenga como objetivo desarrollar estrategias de comunicación que le permitan desarrollarse mejor en el grupo, poner en práctica las estrategias en ese espacio seguro y, posteriormente, llevar lo aprendido a situaciones específicas con su familia y con sus pares.

Objetivos:

-Realizar un primer contacto entre los miembros del grupo que propicie un ambiente de confianza.

-Que los adolescentes identifiquen las habilidades de comunicación que pueden permitirles interactuar de manera eficiente y positiva con las personas que los rodean, y que analicen el impacto que esto tiene en su consumo.

Material:

- Folleto “El grupo terapéutico” (ver material)
- Folletos S1 1/3, S1 2/3 y S1 3/3 (ver material)
- Autoregistro individual de cada adolescente
- 1 hoja de máquina por adolescente
- 1 lápiz o pluma por adolescente
- Pelota de plástico pequeña

Procedimiento:

1. Rapport

La actividad de rapport servirá para que los adolescentes se conozcan y fomentar un ambiente de confianza entre los miembros.

Se usará una pelota de plástico que los adolescentes irán pasándose, quien tenga la pelota deberá decir su nombre, cómo le gusta que le digan y su color favorito. Cuando la persona que tiene la pelota termine, le pasará la pelota a algún compañero, que deberá decir el nombre y color favorito de quien le pasó la pelota y el color que dijo como favorito. Después dirá los suyos y pasará la pelota. Este procedimiento se repetirá hasta que todos los miembros del grupo hayan tenido la pelota, incluyendo a quien modera el grupo.

Se llenará el folleto “El grupo terapéutico”

2. Autoregistro individual

Se entregará a cada uno de los adolescentes un formato de auto registro y se les pedirá que lo llenen. El autoregistro consiste en una tabla donde deberá anotar **todos sus consumos de los 7 días anteriores**. Se incluye la fecha, cantidad de consumo, sustancia, con quién estaba, en dónde estaba y el contexto. De ser necesario el autoregistro puede hacerse a mano, el formato sugerido se encuentra dentro de los materiales de la sesión.

3. Objetivo e información

Se pedirá a alguno de los miembros del grupo que lea el objetivo de la sesión y que nos diga qué cree que se trabajará en la sesión con base en lo que acaba de leer.

El moderador explicará a los adolescentes de manera dinámica los componentes informativos de la sesión, que son los ingredientes y las habilidades de una comunicación efectiva, incluidos en los folletos 1 y 2 del material de la sesión.

4. Ejercicios

- Reflexión: llevar a los adolescentes a que recuerden una situación donde tuvieron problemas con otros y pedirles que escriban en su hoja ¿qué pasó?, ¿yo qué dije?, ¿cómo me sentí?, y ¿qué consecuencias tuvo?

Se invitará a los adolescentes a que compartan su situación y el compañero que esté sentado a su derecha debe contestar a las preguntas: ¿qué habilidades de comunicación usó tu compañero?, y, si me pasa algo similar, ¿qué estrategia puedo usar?

- ¡Ahora practiquemos!: se hará con los adolescentes un juego de roles donde uno de los adolescentes será el hijo y el otro el padre. La situación es “pedir permiso para salir con mis amigos”. Esta actividad puede hacerse una sola vez o repetirse con una segunda situación: “hablar con mis papás después de haber llegado tarde de una fiesta.”

Conclusión:

Se llevará a los adolescentes a reflexionar: ¿Cómo afecta mi comunicación a mi consumo de sustancias? ¿Puedo usar lo aprendido en la sesión en mi vida? ¿Cómo?

Después de este cierre se les pedirá que anoten en su autoregistro cuál es su meta de consumo para la semana, entregarán sus materiales y se cerrará la sesión.

Materiales de la sesión: Aprendiendo a comunicarme

Autoregistro de consumo

¿Cumplí mi meta de consumo de la semana pasada?					SI	NO
Día	Cantidad	Sustancia	Personas	Lugar	Situación	
Mi meta de la próxima semana es:						

El grupo terapéutico

Nuestra meta: Apoyarnos como grupo para que cada uno de nosotros alcance su meta personal de consumo

Nuestro reglamento:

- 1.- La sesión se llevará a cabo los días _____ a las _____
- 2.- La sesión durará 50 minutos
- 3.- Si voy a faltar, debo avisar a _____, que es quien modera el grupo, al teléfono _____
- 4.- No debo ingerir alimentos o bebidas en la sesión
- 5.- Dejaré mi celular en la caja al inicio de la sesión
- 6.- Escuchar y retroalimentar con respeto
- 7.- No participaré en sesión si consumi alcohol o drogas ese día

Habilidades de una comunicación efectiva

Empatía _____ "Entiendo que estés enojado"

"A veces me pongo triste porque no me escuchas" — **Expreso cómo me siento**

Iniciar conversación _____ "Hola, ¿cómo te llamas?"

"Sé que hice mal, lo siento" — **Asumir mis errores**

Proponer soluciones _____ "¿Qué te parece si la próxima vez...?"

"Me gusta cuando me escuchas" — **Decirle al otro cuando hace cosas buenas**

Agradecer halagos _____ "Muchas gracias"

"Me molesta que me grites cuando te enojas, te prongo..." — **Pedir que algo cambie**

51, 13

Sesión 1: Aprendiendo a comunicarme

Nuestra meta: Encontrar una forma de comunicar lo que queremos sin sentirnos mal, ni hacer sentir mal a los demás

Ingredientes de una comunicación efectiva:

- Congruencia verbal y no verbal
- Mirar a los ojos
- Usar palabras claras
- Ser directo (a)
- Respetar al otro

Ejercicios

1.- Recuerda una situación donde tuviste problemas con otros

¿Qué pasó?

¿Yo qué dije?

¿Cómo me sentí?

¿Qué consecuencias tuve?

¿Qué habilidades usó?

Si me pasa algo similar, ¿Qué puedo usar?

2.- ¡Ahora practiquemos!

Conclusión de la sesión: ¿Cómo afecta mi comunicación a mi consumo de sustancias? ¿Lo que aprendí hoy, puedo aplicarlo en mi vida? - ¿Cómo?

51, 13

Sesión 2: Balanza del cambio

Introducción:

Un componente fundamental del PIBA es el entrenamiento en **autorregulación** de la conducta, que consiste en técnicas conductuales que incluyen el planteamiento de metas, autoregistro, análisis funcional de las situaciones de consumo, desarrollo de alternativas de enfrentamiento, dirección y orientación para el logro de metas. Durante todo este proceso, el rol del usuario es mantener la responsabilidad para tomar decisiones (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012).

La sesión de balanza del cambio tiene como objetivo que el usuario establezca su meta personal de consumo para la duración del tratamiento, bajo el supuesto de que, si es el propio adolescente el que determina el resultado que quiere tener, se sentirá más comprometido con la meta.

Como parte de la sesión se usa la estrategia de “balance decisional” (Janis y Mann, 1977), que ayuda al adolescente a identificar las ventajas y desventajas de consumir y de realizar un cambio en su consumo. Esta actividad ayuda al usuario a darse cuenta de que él puede ser su propio agente de cambio, ya que el analizar los pros y contras de consumir es una estrategia que crea discrepancia e incrementa la disposición al cambio (Prochaska y Diclemente, 1986).

Objetivo:

Que los adolescentes analicen su consumo, elaboren un balance decisional y con este, establezcan una meta de reducción de consumo.

Material:

- Folleto “El grupo terapéutico”
- Folletos S2 1/3, S2 2/3 y S2 3/3 (ver material)
- Autoregistro individual de cada adolescente
- 1 hoja de máquina por adolescente
- 1 lápiz o pluma por adolescente

Procedimiento:

1. Rapport

El moderador puede elegir una actividad a criterio, que no dure más de 5 minutos. En los anexos se encuentra un menú de opciones para realizar el rapport.

Antes de comenzar se le pedirá a uno de los participantes que haga un pequeño resumen de la sesión anterior.

2. Autoregistro individual

Se entregará a cada uno de los adolescentes un formato de auto registro y se les pedirá que lo llenen.

Se preguntará a los usuarios si alguno quiere compartir su progreso de la semana. A aquellos adolescentes que compartan y hayan alcanzado su meta de la semana, se les aplaudirá su logro.

3. Objetivo e información

Se pedirá a alguno de los miembros del grupo que lea el objetivo de la sesión y que nos diga qué cree que se trabajará en la sesión con base en lo que acaba de leer.

El moderador explicará a los adolescentes de manera dinámica los componentes informativos de la sesión, que, en este caso, incluye explicar en qué consiste el hacer una balanza decisional: “*no sólo hay que analizar qué lado tiene más elementos, sino también hay que considerar que elementos tienen más peso en nuestra vida*”.

4. Ejercicios

- Balanzas decisionales: después de explicar a los adolescentes las características de una balanza decisional, se llevará a los adolescentes a que, en su hoja, realicen las dos balanzas que se muestran en el material (folleto 1 y folleto 2). Ya que terminen de hacer sus dos balanzas, se invitará a los adolescentes a que compartan: ¿qué lado de tu balanza pesa más y por qué?
- Estableciendo una meta *personal* de consumo: cada adolescente va a establecer una meta personal de consumo, que pretende alcanzar al final del tratamiento. La meta se construye siguiendo el diagrama del folleto 3. Se compartirá la meta de consumo con los compañeros solo en términos de ¿qué decidí, consumir menos o no consumir?

Conclusión:

Se realizará un cierre de la sesión en el que los adolescentes deberán reflexionar en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Qué tan importante es para mí la meta?
- ¿Qué tanta confianza tengo en que lo lograré?
- ¿Cómo creo que el grupo puede ayudarme a lograr mi meta?

Después de este cierre se les pedirá que anoten en su autoregistro cuál es su meta de consumo para la semana, entregarán sus materiales y se cerrará la sesión.

Materiales de la sesión: Balanza del cambio

Sesión 2: Balanza del cambio

Nuestra meta: Pensar en las ventajas y desventajas para tomar una decision acerca de nuestro cosumo

¿Cuales de estas cosas te han pasado cuando consumes?

Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none"> - Divertirme - Conocer gente - Sentirme mejor - Disfrutar más - Olvido mis problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cruda - Gastar mucho - Llegar a ser adicto - Problemas en la escuela - Problemas con mi familia y amigos

SL 1/3

¿Qué pasaría si cambio mi forma de consumir?

Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none"> - Evitaría accidentes - Me iría mejor en la escuela - Mejoraría mi relación con mi familia - Mejoraría mi salud - Ahorraría - Evitaría problemas - Evitaría adicciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Perdería a mis amigos - Conocería menos gente - Saldría menos - No me divertiría - Sería infeliz

SL 1/3

Ejercicios: Estableciendo una meta *personal* de consumo

Yo quiero

Consumir menos No consumir

↓ ↓

Cuánto voy a consumir Cuando no consumir

↓ ↓

Cuando consumir (Elije situaciones en que te sientes más seguro para poder consumir como quieres)

↓ ↓

Cuando no consumir (Elije los momentos en que sientes gran dificultad para lograr tu meta)

Conclusión de la sesión

- ¿Qué tan importante es para mí esa meta?
- ¿Qué tanta confianza tengo en que lo lograré?
- Cómo creo que el grupo puede ayudarme a lograr mi meta?

SL 3/3

Sesión 3: Montaña del cambio

Introducción:

Distintos estudios han demostrado que los usuarios de alcohol y drogas tienen altos índices de recaídas después del tratamiento, es por eso que es muy importante que dentro de las intervenciones se trabajen factores que ayuden a la persona a saber cómo realizar una efectiva prevención de recaídas (Marlatt, 1996).

La sesión de montaña del cambio está diseñada para que el adolescente identifique las situaciones que pueden ponerlo en riesgo de consumir, que son las situaciones que presentan un mayor riesgo de recaídas, lo que le ayudará a tratar efectivamente estas situaciones (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012).

Abordar el tema de las recaídas puede ayudar a los adolescentes a prepararse constructivamente para afrontar con éxito las situaciones que presentan un mayor riesgo para su consumo, proporciona una perspectiva más realista de qué esperar en términos de cómo evoluciona el consumo cuando se recibe tratamiento y, en el caso particular de la terapia grupal, analizar las situaciones que pueden provocar una recaída permite generar empatía cuando se identifica que otras personas tienen problemas similares.

Objetivo:

Que los adolescentes identifiquen las situaciones que pueden presentar un riesgo de consumo.

Material:

- Folleto “El grupo terapéutico”
- Folleto S3 1/1 (ver material)
- Autoregistro individual de cada adolescente
- 1 hoja de máquina por adolescente
- 1 lápiz o pluma por adolescente

Procedimiento:

1. Rapport

El moderador puede elegir una actividad a criterio, que no dure más de 5 minutos. En los anexos se encuentra un menú de opciones para realizar el rapport.

Antes de comenzar se le pedirá a uno de los participantes que haga un pequeño resumen de la sesión anterior.

2. Autoregistro individual

Se entregará a cada uno de los adolescentes un formato de auto registro y se les pedirá que lo llenen.

Se pedirá a todos los usuarios que compartan su progreso de la semana. A aquellos adolescentes que compartan y hayan alcanzado su meta de la semana, se les aplaudirá su logro, y en caso de que alguno no logre su meta, se analizará esta situación con la metáfora de la montaña del cambio, lo que ligará esta actividad con el objetivo y contenido teórico de la sesión

3. Objetivo e información

Se pedirá a alguno de los miembros del grupo que lea el objetivo de la sesión y que nos diga qué cree que se trabajará en la sesión con base en lo que acaba de leer.

El moderador explicará a los adolescentes de manera dinámica los componentes informativos de la sesión, que, en este caso, incluye explicar la metáfora de la montaña del cambio: *“Hacer un cambio es como escalar una montaña, la cima es la meta, existen obstáculos y en ocasiones puedes resbalarte, pero, aun así, con esfuerzo, puedes seguir subiendo”*.

4. Ejercicios

- Situaciones de consumo: El moderador explicará cada una de las posibles situaciones de consumo y, posteriormente, le pedirá a algún adolescente que dé un ejemplo al azar de alguna situación de consumo. Los demás miembros del grupo deberán ubicar el ejemplo en alguna de las cuatro categorías. Este ejercicio se puede repetir hasta cinco veces.

- Situaciones de riesgo: El moderador les pedirá a los adolescentes que anoten en su hoja tres situaciones diferentes en las que haya consumido y que anote: ¿qué pasó?, ¿cuánto consumí?, ¿qué consecuencias positivas y negativas tuvo el consumo?

Después de escribirlas, cada adolescente deberá compartir con sus compañeros alguna de sus situaciones y el moderador se encargará de señalar las coincidencias y de hacer énfasis en que una buena decisión es la que trae más consecuencias positivas que negativas.

Conclusión:

Se realizará un cierre de la sesión en el que los adolescentes deberán reflexionar en torno a ¿cuáles son las situaciones en las que es más probable que consuma? ¿En cuál de las cuatro categorías se encuentran?

Después de este cierre se les pedirá que anoten en su autoregistro cuál es su meta de consumo para la semana, entregarán sus materiales y se cerrará la sesión.

Materiales de la sesión: Montaña del cambio

Sesión 3: Montaña del cambio

Nuestra meta: Pensar en las situaciones que ponen en riesgo nuestra meta de consumo

El consumo puede pasar por:

- Situaciones inesperadas
- Situaciones que tú buscas
- Situaciones desagradables
- Situaciones agradables

Ejercicio: Piensa en 3 situaciones diferentes en las que hayas consumido y anota

¿Qué pasó? / ¿Cuánto consumí? / Cosas positivas y negativas

Conclusión de la sesión: ¿Cuáles son las situaciones en las que es más probable que consuma?

3. 1/1

Sesión 4: Planes de acción

Introducción:

Esta sesión se liga con la anterior ya que se centra en otro componente importante de la Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), que es la generación de estrategias para el manejo de cada una de las situaciones que el adolescente ya identificó como riesgosas para su consumo.

En general, la sesión 3 y 4 del PIBA tienen como objetivo preparar al usuario para identificar las situaciones de alto riesgo de recaída, entrenarlo para tratar constructivamente este tipo de situaciones y, sobre todo, enseñarle a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje, más que como una falla en el proceso (Martínez, et al., 2005, 2009, 2012).

En el caso particular de la terapia grupal, las sesiones de prevención de recaídas no solo tienen el objetivo de que el adolescente genere factores protectores, sino que también servirán para que identifique las recaídas en otros y cómo ellos emplean estrategias particulares para evitarlas o resolverlas en caso de que sucedan.

El adolescente no solo contará con estrategias de su propio repertorio conductual, sino que podrá observar las estrategias de sus compañeros y así.

decidirá si puede enriquecer sus planes con la experiencia de los demás miembros del grupo, por esto se vuelve particularmente importante que, a lo largo de esta sesión, el terapeuta enfatice en que los planes de acción que cada adolescente genere sean claros, precisos y asequibles dentro de su contexto personal.

Objetivo:

Que los adolescentes elaboren planes de acción para enfrentar las situaciones que ponen en riesgo su meta de consumo.

Material:

Folleto “El grupo terapéutico”

Folleto S4 1/2 y S4 2/2 (ver material)

Autoregistro individual de cada adolescente

1 hoja de máquina por adolescente

1 lápiz o pluma por adolescente

Procedimiento:

1. Rapport

El moderador puede elegir una actividad a criterio, que no dure más de 5 minutos. En los anexos se encuentra un menú de opciones para realizar el rapport.

Antes de comenzar se le pedirá a uno de los participantes que haga un pequeño resumen de la sesión anterior.

2. Autoregistro individual

Se entregará a cada uno de los adolescentes un formato de auto registro y se les pedirá que lo llenen. Se pedirá a todos los usuarios que compartan su progreso de la semana. A aquellos adolescentes que compartan y hayan alcanzado su meta de la semana, se les aplaudirá su logro, y en caso de que alguno no logre su meta, se analizará si ocurrió en alguna de las situaciones de riesgo que identificó en la sesión anterior, lo que ligará esta actividad con el objetivo y contenido teórico de la sesión.

3. Objetivo e información

Se pedirá a alguno de los miembros del grupo que lea el objetivo de la sesión y que nos diga qué cree que se trabajará en la sesión con base en lo que acaba de leer.

El moderador explicará a los adolescentes de manera dinámica los componentes informativos de la sesión, que, en este caso, consiste en explicar qué es un plan de acción y sus principales características: *“Un plan de acción, así como cualquier decisión que tomemos, es bueno si nos trae más consecuencias positivas que negativas. Asimismo, un plan o una decisión es mala si nos trae más consecuencias negativas, que positivas”*.

2. Ejercicios

- Mis planes de acción: se les pedirá a los adolescentes que recuerden las tres situaciones de consumo que identificaron la sesión pasada y que
-

elijan la que les sucede más seguido. De esta situación, elaborarán dos planes de acción que puedan ayudarles a no consumir abusivamente (pueden ayudarse con los contenidos del folleto S4 2/2).

Una vez que los adolescentes tengan sus dos planes, incluyendo consecuencias positivas y negativas de ambos, se juntarán en equipos de 2 o 3 integrantes y compartirán su resultado analizando: ¿las estrategias de mi compañero podrían servirme a mí? ¿por qué?

Los resultados de esta reflexión serán compartidos con el resto del grupo y el moderador se encargará de hacer mucho énfasis en que los planes propuestos por cada uno deben traerle más consecuencias positivas que negativas y tienen que ser claros, precisos y asequibles dentro de su contexto.

Conclusión:

Se realizará un cierre de la sesión en el que los adolescentes deberán reflexionar en torno a: ¿cuáles son las tres estrategias que más voy a usar para cumplir mi meta de consumo?

¿Cómo creo que va a ayudarme el haber elaborado estas estrategias?

Después de este cierre se les pedirá que anoten en su autoregistro cuál es su meta de consumo para la semana, entregarán sus materiales y se cerrará la sesión.

Materiales de la sesión: Planes de acción

Sesión 4: Planes de acción

Nuestra meta: Pensar las cosas que queremos y podemos hacer para lograr nuestra meta de consumo

¿Qué es un plan de acción?
Pensar en algo que puedes hacer para lograr lo que quieres

¡RECUERDA!
Un buen plan nos trae más cosas buenas que malas

Situación de riesgo

¿Qué voy a hacer?

Plan A

Positivas

Negativas

Plan B

Positivas

Negativas

S4/12

TIPS para lograr mis planes de acción

Alcohol	Drogas
<ul style="list-style-type: none"> - Planear mi consumo - Comer antes del evento - Poner más refresco en mi bebida - Juntarme con amigos que no beban - Solo tomar refresco - Bailar, platicar, jugar - Si siento sed, beber refresco 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocuparme haciendo cosas - No salir con mucho dinero - Ser firme y no dejarme llevar si me invitan a consumir - Acercarme a personas que no estén consumiendo - Relajarme haciendo algo que no sea consumir - Desahogarme

Conclusión de la sesión: ¿Cuáles son las 3 estrategias que más voy a usar para cumplir mi meta de consumo?

S4/12

Sesión 5: Metas de vida

Introducción:

De acuerdo con los elementos de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991), que el usuario tenga muy en cuenta lo que quiere lograr en el futuro y evaluar dónde se encuentra respecto al logro de sus metas, permite el desarrollo de la discrepancia entre las actividades que realiza (consumir drogas) y las metas que quiere lograr.

Otro aspecto importante es que este componente favorece que los usuarios reconozcan sus aspiraciones y competencias, más que enfocarse exclusivamente en las áreas problemáticas de sus vidas, fomentando así una perspectiva dirigida a la solución (Berg, 1995).

Dentro de esta sesión no solo se analizan las metas particulares de los adolescentes, sino que se revisan los pasos específicos que pueden dar para empezar a alcanzar dichas metas. La participación de los miembros del grupo ayudará a que los adolescentes amplíen su perspectiva, tanto de sus metas como de aquellas cosas que pueden ir realizando para alcanzarlas. Es importante que dentro de esta sesión se cuide que haya un clima de apoyo en todo momento y que los adolescentes no confronten las metas de sus compañeros.

Es muy importante que el terapeuta ayude a especificar las metas de vida en pasos concretos o actividades en las que pueda trabajar el adolescente, cuidando siempre que sean realistas y que puedan medirse, de manera que se puedan ver los resultados.

Objetivo:

Que los adolescentes analicen el impacto del consumo de alcohol y drogas en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo.

Material:

- Folleto “El grupo terapéutico”
- Folleto S5 1/1 (ver material)
- Autoregistro individual de cada adolescente
- 1 hoja de máquina por adolescente
- 1 lápiz o pluma por adolescente

Procedimiento:

1. Rapport
El moderador puede elegir una actividad a criterio, que no dure más de 5 minutos. En los anexos se encuentra un menú de opciones para realizar el rapport. Antes de comenzar se le pedirá a uno de los participantes que haga un pequeño resumen de la sesión anterior.

1. Autoregistro individual

Se entregará a cada uno de los adolescentes un formato de auto registro y se les pedirá que lo llenen. Se pedirá a todos los usuarios que compartan su progreso de la semana. A aquellos adolescentes que compartan y hayan alcanzado su meta de la semana, se les aplaudirá su logro, y en caso de que alguno no logre su meta, se le pedirá que analice sus resultados con base en lo visto en sesiones pasadas; al final se retroalimentará su análisis y se le pedirá que siga trabajando en sus planes de acción.

3. Objetivo e información

Se pedirá a alguno de los miembros del grupo que lea el objetivo de la sesión y que nos diga qué cree que se trabajará en la sesión con base en lo que acaba de leer.

El moderador explicará a los adolescentes de manera dinámica los componentes informativos de la sesión, que, en este caso, consiste en explicar que las metas se dividen en corto, mediano y largo plazo y en hacer la reflexión de que para alcanzar una meta, hay que tener un plan: *“El autor de El Principito dijo una vez que una meta, sin un plan, es simplemente un deseo, ¿a qué creen que se refiera con esto?”*.

4. Ejercicios

- Anota tus metas: se les pedirá a los adolescentes que anoten tres metas de vida que tengan, ya sea a corto, mediano o largo plazo y que señalen

cuál es la que es más importante para ellos. Compartirán con el grupo sus tres metas, señalarán cuál es la más importante y por qué la consideran así.

- Compartiendo metas: los adolescentes formarán equipos de 2 o 3 integrantes con personas que hayan dicho metas similares a las suyas y deberán escribir en su hoja: a un mes, ¿qué van a hacer para lograrlo? y, ¿cuál será el resultado? Contestarán las mismas preguntas para su misma meta, pero a seis meses.

La idea es que los adolescentes escuchen las ideas de los compañeros que tienen metas similares para complementar los pasos para lograr la suya.

Después de que terminen de escribir sus metas y los pasos para lograrlas se integrará de nuevo el grupo para compartir los resultados de cada uno.

Conclusión:

Se realizará un cierre de la sesión en el que los adolescentes deberán reflexionar en torno a: tomando mucho o probando drogas, ¿qué pasará con mis metas?

Después de este cierre se les pedirá que anoten en su autoregistro cuál es su meta de consumo para la semana, entregarán sus materiales y se cerrará la sesión.

Materiales de la sesión: Metas de vida

Sesión 5: ¿Cuáles son tus metas de vida?

Nuestra meta: Reflexionar en torno a nuestras metas de vida y cómo lograrlas

Ejercicio:

Comparte con el grupo una meta (La más importante)
 ¿Alguien tiene metas parecidas?
 ¡Formen equipos!

Metas	Conclusión
Mi primer meta: A un mes / seis meses: ¿Qué voy a hacer para lograrlo? ¿Cuál será el resultado?	Tomando mucho o probando drogas ¿Qué pasará con mis metas?

SS 1/2

Ejemplo para el ejercicio

Mi primer a meta: Entrar a la universidad

A un mes: Voy a sacar mejores calificaciones en matemáticas
¿Qué voy a hacer para lograrlo? Estudiar media hora todas las tardes
¿Cuál será el resultado? Que me va a ir mejor en el examen

A seis meses: Empezar a estudiar para el EXANI II
¿Qué voy a hacer para lograrlo? Buscar la guía y estudiarla
¿Cuál será el resultado? Sacar buena calificación en el examen

SS 1/2

Sesión 6: Cruzando la meta

Introducción:

El razonamiento teórico del modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 2003), sugiere que después de la cesación inicial del uso de sustancias, comienza el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio y la recaída es vista como un proceso de transición; como una serie de eventos que pueden o no ser seguidos por el retorno al patrón de consumo inicial (antes del tratamiento). De esta forma, la recaída se considera parte del proceso de cambio, ya que las personas aprenden de las situaciones de consumo para prevenir el uso excesivo de sustancias.

Por lo tanto, en la sexta sesión se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en caso de que se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

Es fundamental felicitar al adolescente por los logros obtenidos y revisar de manera objetiva los cambios en su patrón de consumo, problemas relacionados y nivel de autoeficacia percibida. Con estos elementos, se puede predecir el éxito del mantenimiento del cambio a largo plazo y por lo tanto cuáles son los planes de acción (estrategias de enfrentamiento) que debe reforzar para prevenir recaídas.

Dar cierre al trabajo de grupo es un proceso complejo que incluye aspectos cognitivos, afectivos e interpersonales (Bernard, et al., 2008).

El papel principal del terapeuta en esta sesión es ayudar al grupo a aprender de su proceso y a decidir qué es lo que se llevan de la experiencia terapéutica.

Dar regalos o compartir alimentos son maneras sencillas en que se puede dar conclusión al proceso e incluso con estas acciones se puede fomentar que los participantes se deshagan de cualquier aspereza que pudo generarse entre ellos y se les provee de un modelo que pueden usar para futuras despedidas

Objetivo:

Que los adolescentes revisen su progreso en cuanto a la reducción de consumo y realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio y, si es necesario, que se establezcan una nueva meta. Asimismo, dará cierre al grupo terapéutico, haciendo una transición del trabajo en grupo a la continuidad del cambio de manera individual.

Material:

- Folleto “El grupo terapéutico”
- Folleto S6 1/1 (ver material)
- 1 hoja de máquina por adolescente
- 1 lápiz o pluma por adolescente
- Gráfica de consumo para cada adolescente (ver material)
- Formato de Evaluación del tratamiento (ver material)

Procedimiento:

1. Rapport

El moderador puede elegir una actividad a criterio, que no dure más de 5 minutos. En los anexos se encuentra un menú de opciones para realizar el rapport.

Antes de comenzar se le pedirá a uno de los participantes que haga un pequeño resumen de la sesión anterior.

2. Objetivo e información

Se pedirá a alguno de los miembros del grupo que lea el objetivo de la sesión y que nos diga qué cree que se trabajará en la sesión con base en lo que acaba de leer.

3. Ejercicios

- Autoregistro y resultados: Se entregará a cada uno de los adolescentes una gráfica (llenada antes de la sesión por el terapeuta) donde se presentan los resultados que fue registrando en su autoregistro de consumo.

La gráfica con el registro de consumo tendrá a la derecha el espacio correspondiente para que el adolescente la complete con los consumos que tuvo en la semana (en caso de no haberlos se llenará con 0).

Se pedirá a todos los usuarios que compartan su progreso. A aquellos adolescentes que compartan y hayan alcanzado su meta de la semana, se les aplaudirá su logro, y en caso de que alguno no logre su meta, se le pedirá que analice sus resultados con base en lo visto en sesiones pasadas; al final se retroalimentará su análisis y se le pedirá que siga trabajando en sus planes de acción.

A consideración del terapeuta, aquellos adolescentes que no alcancen resultados positivos que reflejen un cambio en su consumo, se les puede dar sesiones complementarias de manera individual.

- Vamos a compartir: se les pedirá a los adolescentes que reflexionen en torno a tres puntos: ¿cuáles fueron mis principales razones para cambiar?, ¿cuáles han sido las cosas buenas que me han ocurrido por cambiar mi consumo?, ¿qué es lo más importante que aprendí en este grupo?

- Nuevas metas: se preguntará a los adolescentes si quieren mantener su meta como la habían establecido o si quieren hacer algún cambio. Siempre se llevará al adolescente (a través de las estrategias de entrevista motivacional) a analizar que una meta de consumo más bajo le traerá más consecuencias positivas y disminuirá las negativas.

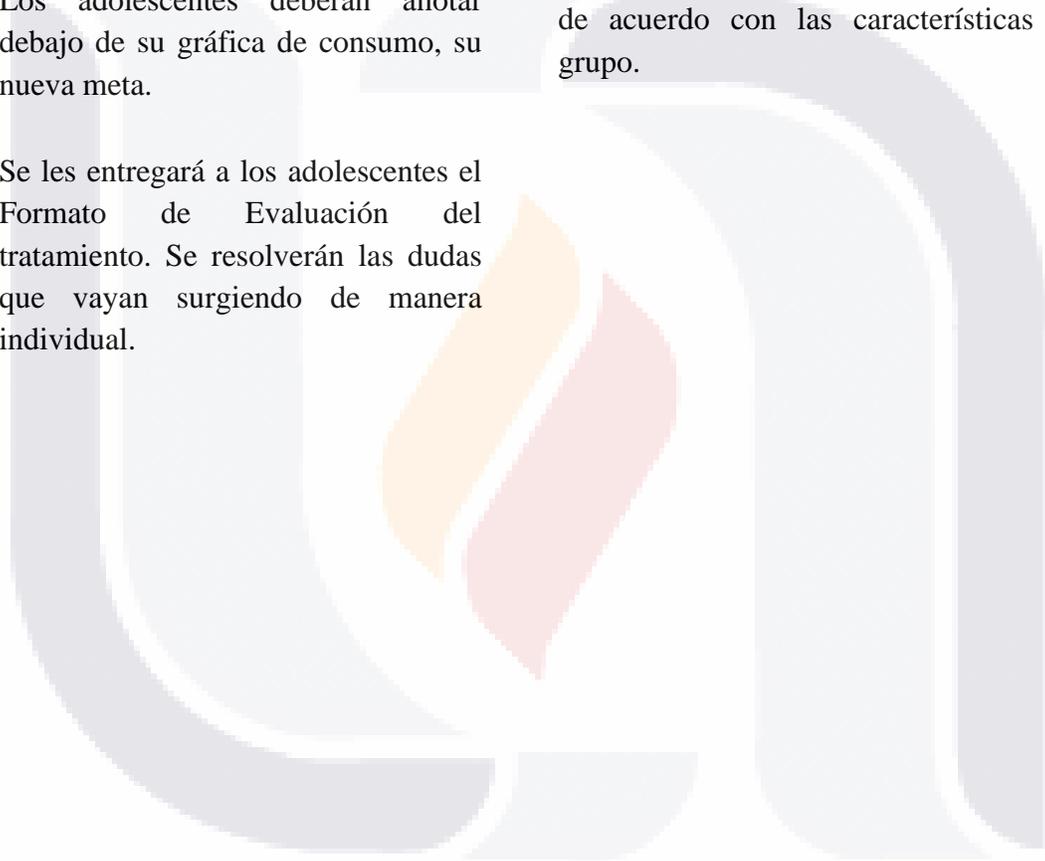
Los adolescentes deberán anotar debajo de su gráfica de consumo, su nueva meta.

- Se les entregará a los adolescentes el Formato de Evaluación del tratamiento. Se resolverán las dudas que vayan surgiendo de manera individual.

Conclusión:

Se realizará una actividad con el objetivo de que los adolescentes tengan un espacio para despedirse, esto puede hacerse a manera de actividad, juego o convivio, mientras permita que los adolescentes terminen la experiencia terapéutica de la manera más positiva posible.

Esta actividad puede elegirla el terapeuta de acuerdo con las características del grupo.



EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

(Vargas & Martínez, 2009)

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

REACTIVOS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1. Creo que este programa es una herramienta útil para resolver mi problema de consumo de alcohol o drogas.				
2. El tiempo que duró la terapia fue el adecuado para cumplir las metas de consumo que me propuse.				
3. Me gustaron las explicaciones y ejercicios que se usaron en la terapia.				
4. El contenido de los folletos me ayudó a entender mejor cada sesión.				
5. El participar en este programa me ayudó a cambiar mi consumo de alcohol y drogas.				
6. Yo recomendaría este programa a mis amigos que tuvieran problemas con consumo.				
7. Las metas que me propuse desde un principio en la terapia fueron útiles para mejorar mi vida.				
8. El ejercicio de balance decisional me pareció útil para ver las ventajas y desventajas de disminuir el consumo de alcohol y drogas.				
9. Los cambios que hice en mi manera de consumir alcohol y drogas fueron por asistir a esta terapia.				
10. La explicación de la montaña del cambio fue útil para entender mi proceso de cambio.				
11. Los planes de acción que diseñé en cada sesión junto con mi terapeuta me ayudaron a mantener mi meta de consumo.				

12. Mi terapeuta me explicó claramente en qué consiste el establecimiento de la meta de consumo.				
13. La forma en que mi terapeuta me explicó cada sesión de la terapia me ayudó a cumplir mis metas.				
14. Los ejercicios que realicé en cada sesión me ayudaron a disminuir mi consumo de alcohol y drogas.				
15. El contenido de los folletos y lecturas que usan en cada sesión son fáciles de comprender.				
16. Mi terapeuta me explicó claramente los conceptos de abstinencia y moderación.				
17. Establecer mis metas de vida me motivó a cumplir mi meta de consumo				
18. Cumplí mi meta de consumo				
19. Mi terapeuta me motivó en cada sesión a cumplir mi meta de consumo				
20. Mi terapeuta fue puntual en cada sesión				
21. Mi terapeuta me permitió expresarme libremente				

¿Cómo me ayudó el grupo a cambiar mi consumo?

¿Qué fue lo que más me gustó del programa?

¿Qué fue lo no me gustó del programa?

¿Qué recomendarías para mejorar el programa?

¡¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!

ETAPA 5: Seguimiento

Introducción:

Una necesidad que se presenta en todos los programas de tratamiento acerca del abuso de sustancias es la realización de entrevistas de seguimientos después del tratamiento. Los seguimientos son intervalos programados, sistemáticos, estructurados, de contacto individual, una vez que se concluye un programa de tratamiento (Hester & Miller, 1989).

Entre las razones (Miller & Hester, 1989) que justifican la realización de entrevistas de seguimiento se encuentran:

- El seguimiento como una herramienta de retroalimentación que ayuda al descubrimiento y evaluación de la efectividad de las acciones que se realizan durante el tratamiento.
- El seguimiento puede ser percibido por las personas como una preocupación constante y cuidado del tratamiento.
- El seguimiento permite encontrar la documentación de los resultados sobre el mantenimiento del cambio.
- El seguimiento permite que los programas compartan nuevos conocimientos entre sí.

Dentro de la terapia grupal, la realización de un seguimiento al corto tiempo de haber concluido el tratamiento permitirá evaluar qué tan bien el adolescente está adaptándose a llevar lo aprendido dentro del grupo a su vida individual.

La sesión de seguimiento puede llevarse a cabo de manera presencial, o vía telefónica con los adolescentes que no logren localizarse en persona. Este seguimiento debe realizarse de manera individual para permitir al adolescente un

espacio para hablar con libertad de su periodo de adaptación fuera del grupo.

Los periodos de seguimiento pueden variar, dependiendo de la evaluación que el adolescente haya presentado durante el tratamiento.

Objetivo:

Identificar los avances del adolescente en el logro de su meta, por lo menos en una ocasión, un mes después de concluido el programa.

Material:

- Entrevista de seguimiento
- Formato de línea base retrospectiva
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS]

Procedimiento:

Se contactará al adolescente, ya sea a través de la institución o por vía telefónica.

Se aplicarán una a una las pruebas señaladas en los materiales.

Conclusión:

Se reflexionará junto con el adolescente cómo ha sido el proceso de adaptarse a estar fuera del grupo terapéutico y aplicar las estrategias en lo individual. Se retroalimentará su progreso y los esfuerzos que comente que hace para mantener su meta de consumo.

Se acordará con el adolescente la fecha del próximo seguimiento (en caso de haberlo).

Entrevista de Seguimiento

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

1. Establecimiento de metas		
¿Cuál era tu meta de consumo?		
¿Has cumplido tu meta?	Sí:	No:
¿Por qué?		
2. Manejo de recaídas		
¿Has tenido alguna recaída?	Sí:	No:
¿Cuántas veces?		
¿Cuál fue tu consumo aproximado?		
¿En qué situaciones sucedió? _____		
¿Cuáles fueron las consecuencias? _____		
¿Has tenido problemas por tu consumo?	Sí:	No:
¿Cuáles? _____		
3. Planes de acción		
¿Has seguido tus planes de acción?	Sí:	No:
¿Por qué?		
¿Les has hecho algún cambio?	Sí:	No:
¿Qué cambios? _____		
¿Cuáles han sido las consecuencias de usar tus planes? _____		

Línea Base Retrospectiva [LIBARE]

(Sobell, Maisto, Sobell, y Cooper, 1979)

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

Mes 1						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 2						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Total, copas estándar o consumos: _____

Mayor número de días sin consumir: _____

Cantidad mínima consumida: _____

Días de mayor consumo: _____

Promedio copa, consumo / ocasión: _____

Cantidad máxima consumida: _____

Cantidad que consume más seguido: _____

Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS]

(Annis y Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría y Ayala, 1997)

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

Instrucciones: A continuación, se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunos jóvenes tienen problemas por su forma de **beber o consumir alguna droga**.

Imagínate que estás en este momento en cada una de las siguientes situaciones, e indica en la escala, que tan seguro te sientes de poder resistir la tentación de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% sí “NO ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO” ante esa situación o 100% sí “DEFINITIVAMENTE ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO” en esa situación.

1. Emociones Desagradables: (si estuviera deprimido, triste, molesto)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

2. Malestar Físico: (dolor de cabeza, gripa, tensión)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

3. Emociones Agradables: (si quisieras celebrar, si estuvieras feliz)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

4. Probando mi control sobre el consumo de alcohol: (te propones tomar solo tres copas)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

5. Necesidad Física: (si tuvieras urgencia de tomar y no puedes hacer nada más)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

6. Conflicto con otros: (peleas con amigos, familia o pareja)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

7. Presión social: (si te presionaran amigos o familiares para que tomaras)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

8. Momentos agradables con otros: (si estuvieras en una celebración)

0%	100%
No estoy seguro	Estoy seguro

Menú de actividades de rapport

En este menú se presentan algunas actividades que pueden usarse para llevar a cabo el rapport con el que se inicia cada una de las sesiones. Las actividades no se presentan en ningún orden específico, por lo que el terapeuta puede elegir en qué sesión aplica cada una.

Las actividades que se sugieren promueven el trabajo en equipo y la cohesión del grupo en general, por lo que se recomienda que, en caso de que se lleven a cabo actividades donde se divida al grupo en equipos, cada sesión se pida a los adolescentes que se junten con compañeros diferentes.

1. Caras y gestos

Material: papel y pluma

Antes de la sesión el terapeuta preparará 6 pedazos de papel con películas, deben ser películas populares de máximo 3 palabras ya que el objetivo es que sea divertido, no complicado.

Se dividirá a los adolescentes en dos equipos y se lanzará un volado para ver quién inicia. El equipo que gane el volado elegirá a un integrante para que pase a actuar primero, que tendrá un minuto para actuar su película, sin hablar. Una vez que termine su turno, ya sea porque adivinaron o porque se acabó el tiempo, es el turno del otro equipo. Esto se realizará un total de 4 veces de manera que cada equipo tenga dos turnos, en caso de que empaten se podrá hacer una quinta ronda para desempatar.

Es opcional que el terapeuta dé un premio (por ejemplo, un dulce pequeño) a los integrantes del equipo ganador.

2. Adivinando los objetos

Material: celular o imágenes impresas

Antes de la sesión el terapeuta deberá descargar en su celular (o imprimir en una hoja) 6 imágenes de objetos antiguos que considere difícil que los adolescentes conozcan, por ejemplo, un tocadiscos, una plancha antigua o un caset.

Se dividirá a los adolescentes en dos equipos y se lanzará un volado para ver quién inicia. El equipo que gane el volado elegirá a un integrante para que pase, el terapeuta le mostrará el objeto que deberá describir a sus compañeros y el adolescente tendrá un minuto para describir su aspecto físico o su función, pero sin decir su nombre. Una vez que termine su turno, ya sea porque adivinaron o porque se acabó el tiempo, es el turno del otro equipo. Esto se realizará un total de 4 veces de manera que cada equipo tenga dos turnos, en caso de que empaten se podrá hacer una quinta ronda para desempatar.

Es opcional que el terapeuta dé un premio (por ejemplo, un dulce pequeño) a los integrantes del equipo ganador.

3. Caras y dibujos

Material: dos hojas de máquina, papel y plumas

Antes de la sesión el terapeuta preparará 6 pedazos de papel con objetos simples que uno puede encontrar en la casa o en la escuela.

Se dividirá a los adolescentes en dos equipos y se lanzará un volado para ver quién inicia. El equipo que gane el volado elegirá a un integrante para que pase a dibujar su palabra primero, que tendrá un minuto para hacerlo, sin hablar y sin escribir palabras ni símbolos en su hoja. Una vez que termine su turno, ya sea porque adivinaron o porque se acabó el tiempo, es el turno del otro equipo. Esto se realizará un total de 4 veces de manera que cada equipo tenga dos turnos, en caso de que empaten se podrá hacer una quinta ronda para desempatar.

Es opcional que el terapeuta dé un premio (por ejemplo, un dulce pequeño) a los integrantes del equipo ganador.

4. El cuento del grupo

Materiales: hojas de máquina, plumas

Antes de la sesión el terapeuta deberá escribir en una hoja una serie de frases que permitan a los adolescentes continuar con una historia, un ejemplo se encuentra en la siguiente imagen:

Había una vez... Y entonces... Después... Lo que no sabía era... Lo malo fue... Pero entonces... Al final...
--

El número de frases debe coincidir con el número de integrantes del grupo, de manera que a todos les toque una vez. Se elegirá al azar quién comienza y cuando el adolescente termine de escribir, doblará la hoja hacia atrás de manera que el que sigue no pueda ver lo que escribió. Una vez que todos terminen el terapeuta leerá la historia en voz alta.

Es opcional que el terapeuta dé un premio (por ejemplo, un dulce pequeño) a los integrantes que hayan sido más creativos en su parte de la historia.

5. El 7

Material: ninguno

Esta actividad no requiere preparación previa a la sesión.

Se colocará a los adolescentes en un círculo, el terapeuta incluido. La idea es que el terapeuta inicie diciendo el número 1, el adolescente a su derecha debe decir el 2, el siguiente el 3 y así sucesivamente, pero la regla indica que al llegar a cualquier múltiplo de 7 o cualquier número que lleve el 7 incluido (es decir, 7, 14, 17, 21... etc.) la persona a la que le toque debe aplaudir y no decir nada. En caso de que la persona se equivoque deberá salir del juego y éste terminará hasta que solo queden dos personas y uno de ellos pierda.

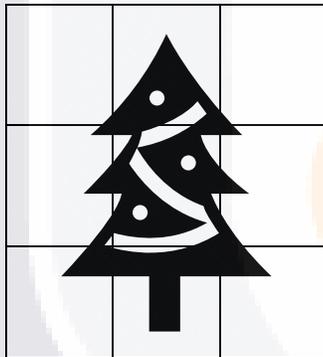
Es opcional que el terapeuta dé un premio (por ejemplo, un dulce pequeño) a la persona que gane.

Menú de actividades de cierre para la sesión 6

1. Dibujo rompecabezas

Material: hojas de máquina, marcador, crayolas, cinta adhesiva

Antes de la sesión el terapeuta deberá preparar un dibujo dividido en hojas de máquina como se muestra en la siguiente imagen, el terapeuta puede elegir qué dibujo presentar a los adolescentes, pero se sugiere que sea algo que se pueda decorar para que cada uno pueda darle su estilo. El número de divisiones deberá adaptarse según los miembros del grupo, lo ideal es que en esta actividad también participe el terapeuta de manera que se involucre en el cierre.



A cada uno de los adolescentes, incluyendo al terapeuta, se le entregará al azar un pedazo del dibujo, que deberán colorear y decorar como ellos quieran. Cuando todos hayan concluido, cada uno pegará la parte de su dibujo donde corresponda, esto puede hacerse en una pared o pizarrón.

2. La piñata

Materiales: una piñata pequeña, palo, dulces, hojas de máquina y plumas

Antes de la sesión el terapeuta deberá rellenar la piñata con dulces. Una vez en la sesión, se les pedirá a los adolescentes que escriban en una hoja al menos 3 habilidades o estrategias para no consumir en exceso que hayan desarrollado durante la intervención, deberán doblarlos y meterlos en la piñata.

Una vez que la piñata esté completa los adolescentes se turnarán para pegarle e intentar romperla. Cuando la piñata se rompa y todos hayan recogido sus dulces y sus consejos, cada adolescente leerá en voz alta el consejo que le haya tocado y responderá a la siguiente pregunta: ¿este consejo puede servirme para cumplir mi meta de consumo?

*Nota: esta actividad se recomienda únicamente si el terapeuta tiene acceso a un espacio en el que los adolescentes puedan hacer ruido sin causar disturbios.

Referencias

- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 113-127.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Comportamenta*, 6, 71-93.
- Berg, I. K. (1995). Solution-focused brief therapy with substance abusers. In A. M. Washton (Ed.) *Psychotherapy and Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., Leszcz, M., Macnair, R., Pipher, W. E., Slocum, A., y Feirman, D. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 8 (4), 455-542.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., y Johnson, J. E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. En Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 71–88). Nueva York: Oxford University Press.
- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G. R., & Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 123-145). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hester, R. K., & Miller, W. R. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Pergamon Press.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free press.
- Macgowan, M. J., y Wagner, E. F. (2005). Iatrogenic effects of group treatment on adolescents with conduct and substance use problems: A review of the literature and a presentation of a model. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2(1-2), 79-90.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.
- Martínez, K.I. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Martínez, K., Salazar, M., Jiménez, A. L., Ruiz, G., y Ayala, V. H. (2005). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Martínez, K., Salazar, M., Jiménez, A. L., Ruiz, G., y Ayala, V. H. (2009). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.

- Martínez, K., Salazar, M., Jiménez, A. L., Ruiz, G., y Ayala, V. H. (2012). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy, 11*, 147-172
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Monti, P. M., Colby, S. M., y O'Leary, T. L. (Eds.). (2012). *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions*. Guilford Press: New York.
- Orford, J., & Edwards, G. (1977). *Alcoholism. A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage*. Institute of Psychiatry, Oxford University Press: Walton Street, Oxford.
- Patterson, G. R. (1993). Orderly change in a stable world: The antisocial trait as a chimera. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 911.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and psychopathology, 10*(3), 531-547.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En: *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). Springer, Boston, MA.
- Saucedo, F., y Salazar, M. L. (2004). Adaptación de instrumentos de evaluación en comunidades rurales. En: *IV Congreso Iberoamericano de psicología Clínica y de la Salud, celebrado en FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México*. México.
- Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., y Cooper, A. M. (1979). Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour research and therapy, 17*(2), 157-160.
- Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En J. S. Baer, G. A. Marlatt, & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the lifespan: Prevention, treatment, and policy issues* (pp. 138-157). Beverly Hills, CA.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(3), 199.
- Stoolmiller, M. (1994). Antisocial behavior, delinquent peer association, and unsupervised wandering for boys: Growth and change from childhood to early adolescence. *Multivariate Behavioral Research, 29*(3), 263-288.
- Yalom, I., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

**ANEXO 2: Consentimiento
informado del terapeuta**



Consentimiento informado del Terapeuta

Fecha: _____

Este consentimiento informado se presenta a los psicólogos que han sido invitados a participar en el proyecto “El PIBA en formato grupal: manual de aplicación, eficacia y análisis de barreras”, que tiene como objetivo realizar una adaptación del PIBA a formato grupal y evaluar la eficacia de dicha adaptación en escuelas del estado de Aguascalientes.

Duración y ubicación: el proyecto será aplicado en el periodo septiembre-diciembre del presente año en escuelas preparatorias del estado de Aguascalientes, México.

Procedimiento: si usted decide participar en el estudio:

1. Recibirá una capacitación de dos días en la cual se le entrenará en la aplicación del PIBA en formato grupal (posteriormente se le hará entrega de una constancia)
2. Se le asignará aleatoriamente un grupo de intervención de cinco o diez participantes. Deberá aplicar una sesión individual con cada uno de los adolescentes y posteriormente seis sesiones grupales. Un mes después de concluido el tratamiento volverá a reunirse con los miembros de su grupo asignado de manera individual para un seguimiento.

Participación voluntaria y pago: su participación en este proyecto es estrictamente voluntaria y no hay un pago monetario asignado por su participación.

Beneficios: como participante de este proyecto usted tendrá acceso a una capacitación para la aplicación de grupos terapéuticos de la cual se le otorgará una constancia, además, tendrá posibilidad de acceso a los datos recabados en el proyecto para elaborar algún artículo de investigación de su interés (previa autorización de la investigadora encargada).

Confidencialidad: toda la información recolectada para los fines de esta investigación será tratada con absoluta confidencialidad de acuerdo con el código de ética de la APA.

He leído la información, he tenido la oportunidad de preguntar y me han aclarado todas mis dudas. Yo, _____ acepto voluntariamente participar en este proyecto de investigación.

Firma del participante: _____

**ANEXO 3: Consentimiento
informado de la institución**



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ASUNTO: SOLICITUD DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN

ING. JOSÉ MANUEL CAMARILLO CALZADA
DIRECTOR DE LA ESCUELA PREPARATORIA FEDERAL LIC. BENITO JUÁREZ
P R E S E N T E

Por medio de la presente me permito solicitar su autorización para realizar algunas actividades correspondientes al proyecto de investigación "El PIBA en formato grupal: manual de aplicación, eficacia y análisis de barreras" durante el periodo septiembre-diciembre del presente año. Este proyecto tiene como objetivo determinar los efectos de la aplicación del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y drogas (PIBA) si se aplica con un grupo de adolescentes en lugar de aplicarlo en formato individual.

El proceso que se llevará a cabo es el siguiente: 1) aplicación de un tamizaje a toda la institución que permitirá seleccionar casos en riesgo, 2) evaluación de posibles casos de consumo de sustancias con el resultado de lo obtenido en el tamizaje realizado, 3) integrar a los alumnos que se encuentren en riesgo por su consumo de sustancias en un grupo, donde se trabajará con ellos durante seis sesiones que tienen como objetivo desarrollar su autocontrol para el consumo y generar factores protectores para evitar una adicción.

Abordar los problemas de consumo de sustancias cuando apenas están comenzando a desarrollarse es una manera efectiva de prevenir problemas de adicción en la vida adulta.

El equipo de terapeutas será organizado por mi directamente, con la supervisión de la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez. Sin más por el momento, agradezco mucho su apoyo y espero que acepte participar en este proyecto que puede traer muchos beneficios a su comunidad educativa.

Quedo a sus órdenes y le extendiendo un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

AGUASCALIENTES, AGS. A 18 DE SEPTIEMBRE DE 2019



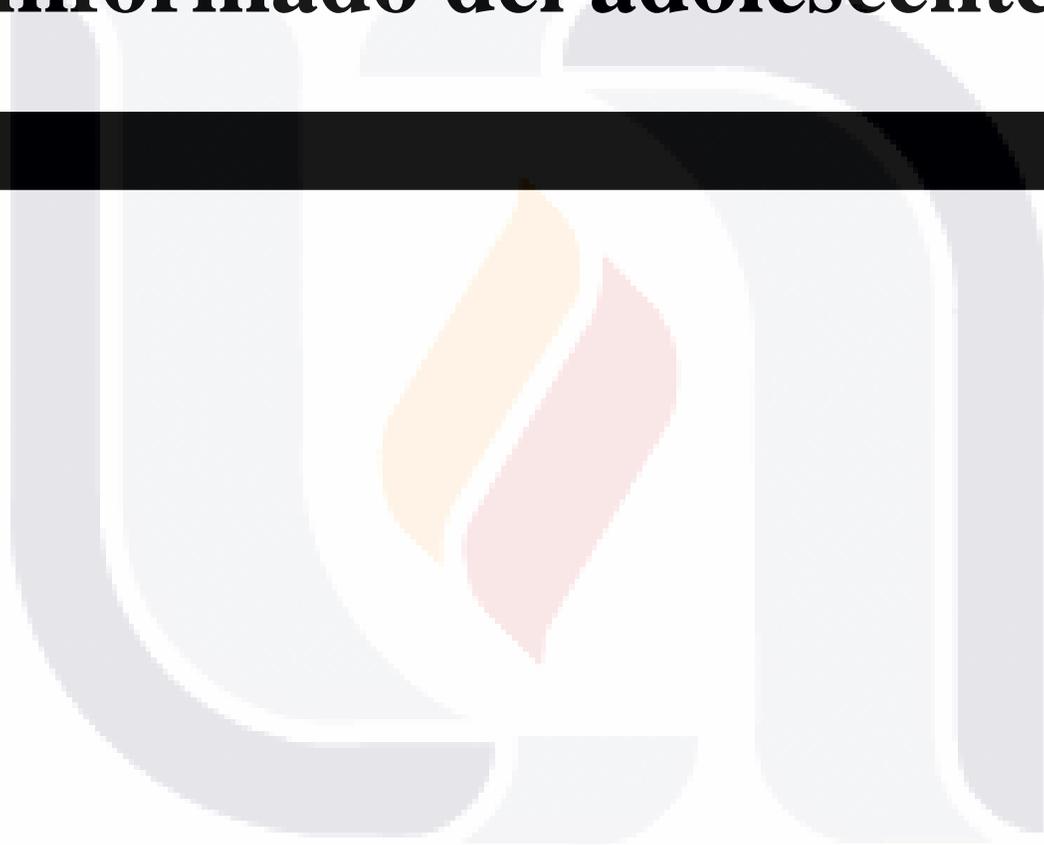
LIC. MARÍA EUGENIA CONTRERAS PÉREZ
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Recibi original
B. J. C. R.
19/SEPT/19



Vo.Bo. Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

ANEXO 4: Consentimiento informado del adolescente



Consentimiento informado del Adolescente

Fecha: _____

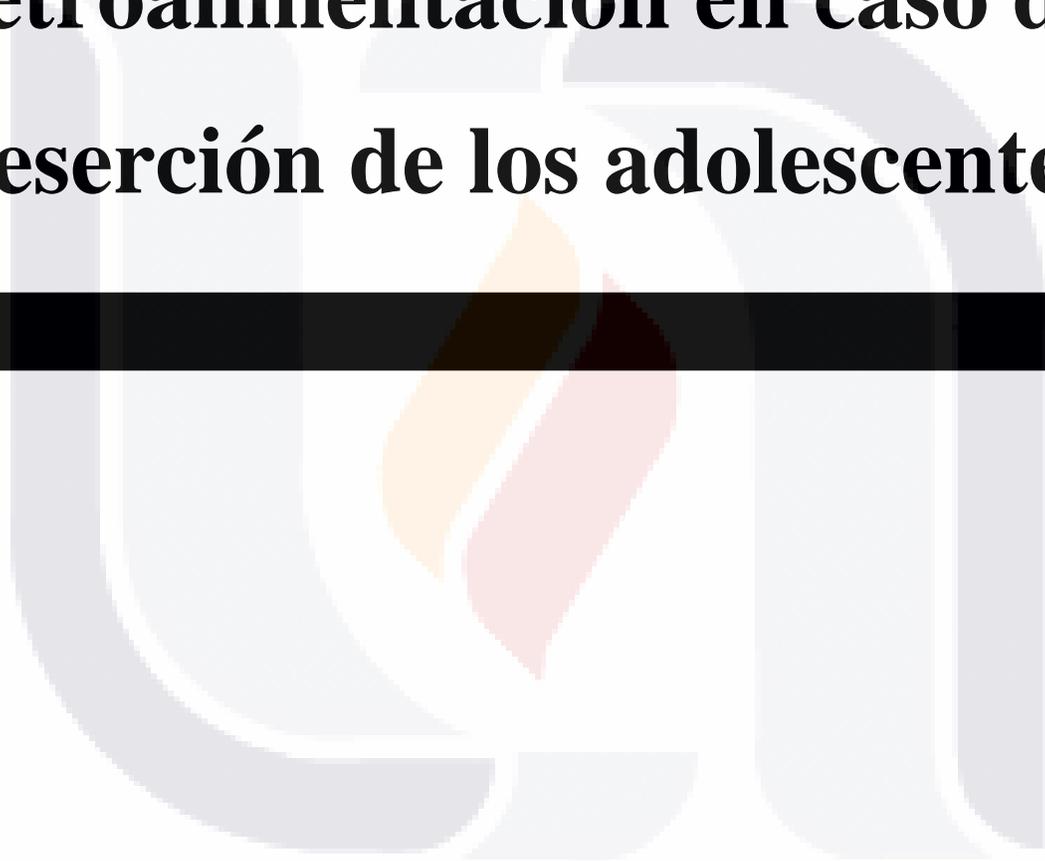
Yo _____, estoy de acuerdo en participar como usuario(a) en un **programa de intervención grupal** sobre el consumo de alcohol y drogas. Este programa está integrado por seis sesiones semanales y un seguimiento.

1. Como parte del programa, realizaré actividades relacionadas con el objetivo de la sesión y, cada semana, informaré a mi orientador sobre mi manera de tomar o mi consumo de drogas.
2. La información que daré solo será conocida por mi orientador y los demás miembros del grupo. Respetaré el derecho a la privacidad de mis compañeros, así como espero que respeten el mío, y no hablaré con nadie sobre lo que se trabaje en el grupo.
3. En caso de que, por causas de fuerza mayor, tenga que faltar a una sesión o dejar de asistir al grupo, se lo reportaré al menos 24 horas antes de la sesión al orientador, al teléfono _____.
4. Estoy de acuerdo en que mi orientador se ponga en contacto conmigo después de terminar el programa. Entiendo que una entrevista está programada al transcurrir un mes, con el propósito de hacer un seguimiento sobre mi progreso, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas y otras conductas relacionadas.

Nombre y firma del adolescente

Nombre y firma del orientador

**ANEXO 5: Entrevista de
retroalimentación en caso de
deserción de los adolescentes**



Entrevista de retroalimentación

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta: _____

Como decidiste dejar de asistir al grupo terapéutico, nos gustaría que contestaras algunas preguntas respecto a tu experiencia. Nosotros respetamos tu decisión así que contesta **lo más sinceramente posible**. ¡Tu retroalimentación nos ayuda a mejorar nuestro programa para ayudar a más chavos como tú!

1. ¿Por qué decidí dejar el grupo? _____

2. ¿Qué pienso del contenido de las sesiones? _____

3. ¿Qué pienso de mis compañeros del grupo? _____

4. ¿Cómo me sentía durante las sesiones? _____

5. ¿Qué me llevó a tomar esta decisión? _____

6. ¿Me gustaría seguir trabajando sobre mi consumo de sustancias individualmente?

¿Por qué? _____

¡Muchas gracias por tus opiniones!