



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL DESEO POR LA
DROGA Y EL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE
METANFETAMINA**

PRESENTA

Ximena Estefanía Díaz Domínguez

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA**

TUTORA

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTORIAL

Asesora Interna: Dra. Martha Leticia Salazar Garza

Asesora Externa: Mtra. María Abigail Paz Pérez

MTRA. MARÍA ZAPOPAN TEJADA CALDERA

DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PRESENTE

Por medio del presente como **Miembros del Comité Tutorial** designado de la estudiante **XIMENA ESTEFANÍA DÍAZ DOMÍNGUEZ** ID 210565 quien realizó *la tesis* titulado: **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL DESEO POR LA DROGA Y EL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE METANFETAMINA**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia damos nuestro consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que nos permitimos emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que *ella* pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Ponemos lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, le enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“Se Lumen Proferre”

Aguascalientes, Ags., a 13 de febrero de 2025.



Kalina Isela Martínez Martínez
Tutor de tesis



Martha Leticia Salazar Garza
Asesor de tesis



María Abigail Paz Pérez
Asesor 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: 13/02/2025

NOMBRE: Ximena Estefanía Díaz Domínguez **ID** 210565

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

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo Práctico

TÍTULO: Programa de Intervención para la Reducción del Deseo por la Droga y el Riesgo Suicida en Adolescentes Consumidores de Metanfetamina

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): Se favoreció la salud mental de los participantes a través de la reducción del deseo por el consumo de metanfetamina, la ansiedad, la depresión y su incidencia en el riesgo suicida, brindando habilidades de afrontamiento y regulación emocional.

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
N.A.				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 No

Elaboró: **FIRMAS**
 * NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADSCRIPCIÓN: Dra. Ma. de los Ángeles Vacío Muro
 NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO: Dr. Miguel Ángel Sahagún Padilla
 * 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:
 NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO: Dr. Alfredo López Ferreira
Autorizó:
 NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO: Mtra. María Zepeda Tejada Caldera

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.

[RDU] Envío recibido Recibidos x



Equipo editorial <rdu@ceide.unam.mx>
para mí

9:39 a.m. (hace 7 horas)



Ximena Estefanía Díaz Domínguez

Gracias por enviarnos su manuscrito "La Atención plena, del modo automático al actuar consciente " a la *Revista Digital Universitaria*. Con el sistema de gestión de revistas online que usamos podrá seguir su progreso a través del proceso editorial, identificándose en el gestor editorial de la revista:

URL del manuscrito: <https://www.revista.unam.mx/ojs/index.php/rdu/authorDashboard/submission/3054>
Nombre de usuario/o: ximenadidompsic23

Por otro lado, le recordamos que las fases del proceso editorial comprenden las siguientes etapas:

- 1. Dictamen técnico:** verificación del cumplimiento de las normas editoriales y la línea editorial de la sección.
- 2. Dictamen doble ciego:** evaluación académica por pares expertos.
- 3. Decisión editorial:** comunicación al autor sobre la decisión de publicación o no del artículo.

El proceso puede variar debido a diversos factores, como el volumen de artículos recibidos, la carga de trabajo de los evaluadores técnicos, la disponibilidad y el tiempo de respuesta de los revisores externos, la especificidad del tema a evaluar, así como el período que los autores tardan en realizar las correcciones, entre otros. En este sentido, es necesario aclarar que el tiempo estimado para la culminación del proceso editorial, desde la recepción del envío hasta la decisión editorial, es de al menos **32 semanas. Es importante destacar que estos tiempos son aproximados y se basan en días hábiles de la UNAM.**

Si tiene cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Equipo editorial

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por financiar este proyecto durante los dos años de mi estancia dentro de la maestría. También agradezco a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por permitirme ser parte de esta maestría y de esta casa de estudios desde que estaba en bachillerato.

Agradezco a la Dra. Kalina, quien fue mi guía a lo largo de estos años, por su calidez, su empatía y por creer en mí, admiro mucho todo su trabajo y sin duda ha sido para una gran inspiración. También agradezco a la Dra. Lety, quien en cada asesoría me brindaba claridad y me llenaba de confianza para seguir adelante, la admiro mucho por su paciencia, dedicación y por todo su trabajo. Agradezco a la Mtra. Abigail, quien siempre me brindó escucha y orientación que considero fundamentales para haber concluido sobre todo mis primeros semestres, admiro mucho todo el trabajo que ha hecho así como su amabilidad.

También quiero reconocer a todos los docentes involucrados en mi proceso durante la maestría, aprendí mucho de cada uno de ellos y les agradezco su tiempo.

A mis compañeros de laboratorio Gaby, Lore y Yan, gracias por su apoyo y su amabilidad, me siento muy afortunada de haber colaborado con cada uno de ustedes, son maravillosos en lo que hacen. A Jafet y Diego, gracias por haber estado ahí para mí, gracias por su escucha y carisma, empaticé mucho con ustedes y realmente me sentí acompañada.

A mis amigos Ale y José, gracias por brindarme su apoyo, su amistad y sus risas, son personas muy especiales para mí. A mis amigos Lili, Alexa, Paula, Fer, Mario, Marcos y Dany, los quiero infinitamente, gracias por haber estado ahí.

A Ruth Azúa y todo el equipo de CRE, sin duda pude plasmar en este trabajo mucho de lo que aprendí en clínica con cada uno de ustedes, los quiero y admiro mucho.

Por último, agradezco a las chicas que me apoyaron con mi proyecto, especialmente a Kapriel, muchas gracias por tu paciencia, disposición y dedicación. También muchas gracias a las adolescentes que participaron en mi programa, aprendí mucho de cada una de ellas y me siento dichosa de haberlas conocido.

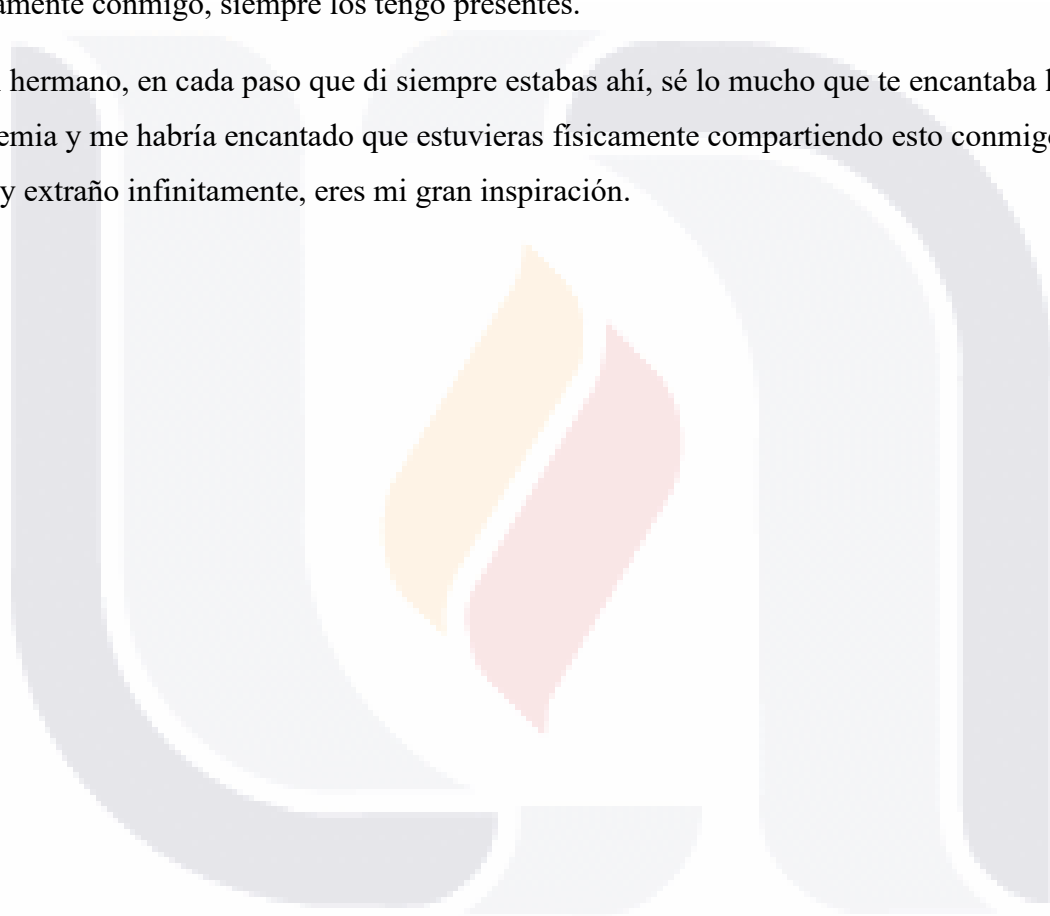
Dedicatorias

A mi mamá, quien me impulsó a hacer mis exámenes de admisión, gracias por todo tu apoyo y por siempre creer en mí, soy muy afortunada de que seas mi mamá.

A mi familia, especialmente a Pollo, gracias por siempre hacer todo lo que está en tus manos para apoyarme.

A mi abuela y mi papá, sé que siempre estuvieron apoyándome y aunque no están físicamente conmigo, siempre los tengo presentes.

A mi hermano, en cada paso que di siempre estabas ahí, sé lo mucho que te encantaba la academia y me habría encantado que estuvieras físicamente compartiendo esto conmigo. Te amo y extraño infinitamente, eres mi gran inspiración.



Índice

Índice de tablas 3

Índice de figuras 3

Resumen 5

Abstract..... 6

Introducción..... 7

Capítulo 1. Consumo de Metanfetamina: Estado actual, efectos, factores de riesgo y protección 8

 La metanfetamina y sus efectos..... 9

 El deseo por la droga 13

 Factores de riesgo para el consumo de metanfetamina 17

 Inicio del consumo en la adolescencia 17

 Factores de protección ante el consumo de metanfetamina 21

 El autocontrol 21

 Las estrategias de afrontamiento 22

Capítulo 2. Conducta suicida: conceptualización, factores de riesgo y protección y estrategias de prevención..... 24

 Factores de riesgo y protección 25

 Riesgo de suicidio..... 27

 Formulación del riesgo y planes de acción..... 27

 Prevención del suicidio..... 31

Capítulo 3. Atención plena: fundamentos, ejercicios formales e informales y beneficios de la práctica..... 34

 Atención plena formal e informal..... 35

 Beneficios de la práctica de atención plena..... 38

Programas de intervención basados en atención plena.....	39
Psicoterapia grupal	42
Capítulo 4. Planteamiento del problema	44
Objetivos.....	47
Capítulo 5. Método.....	48
Capítulo 6. Resultados.....	57
Discusión	85
Conclusión.....	95
Referencias	97
Anexos.....	121



Índice de tablas

Tabla 1: Índices de validez de contenido de los indicadores generales de la intervención...58

Tabla 2: Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 1 59

Tabla 3: Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 2 59

Tabla 4: Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 3 60

Tabla 5: Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 4 61

Tabla 6: Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 5 62

Tabla 7: Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 6 62

Tabla 8: Datos sociodemográficos de las participantes del programa de intervención.....64

Tabla 9: Resultados de tamizaje de riesgo de suicidio antes y después del tratamiento.....75

Tabla 10: Resultados de la sintomatología ansiosa antes y después del tratamiento.....76

Tabla 11: Resultados de la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento.....77

Tabla 12: Resultados de la prueba de Friedman para la frecuencia del deseo por la droga..79

Tabla 13: Resultados de las comparaciones post-hoc para la frecuencia del deseo por la droga 79

Tabla 14: Resultados de la prueba de Friedman para la intensidad del deseo por la droga..82

Tabla 15: Resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para ansiedad y depresión..... 82

Tabla 16: Resultados del cambio clínico objetivo individual en la ansiedad 83

Tabla 17: Resultados del cambio clínico objetivo individual en la depresión..... 84

Índice de figuras

Figura 1: Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24031 66

Figura 2: Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24031 67

Figura 3: Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24032 68

Figura 4: Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24032 69

Figura 5: Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24035 70

Figura 6: Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24035 71

Figura 7: Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24038 72

Figura 8: Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24038 73

Figura 9: Frecuencia e intensidad del deseo por la droga grupal 74

Figura 10: Frecuencia de la Práctica de las Estrategias de Atención Plena..... 78



Resumen

El consumo de sustancias representa un problema de salud pública e involucra aspectos biológicos, sociales y ambientales (Marín-Navarrete et al., 2017). De acuerdo con la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA, 2023), la metanfetamina se encuentra dentro de las sustancias que más se consumen en nuestro país. Cuando el consumo de metanfetamina se presenta durante la adolescencia, las personas pueden tener alteraciones en el desarrollo biopsicosocial, entre las consecuencias están los trastornos de ansiedad y depresión, así como la incidencia en la conducta suicida (Berenzon et al., 2013; Dumontheil, 2016; Gonzalez y Sánchez, 2017; Guerin et al., 2023). Se ha identificado que la práctica de atención plena favorece la reducción del deseo por la droga, el riesgo suicida, la sintomatología ansiosa y depresiva, además, aumenta el actuar consciente (Korecki et al., 2020). Por lo anterior, el objetivo de este estudio es determinar el efecto de un programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento para la reducción del deseo por la droga y riesgo suicida, así como en variables asociadas como la ansiedad y la depresión, en adolescentes consumidores de metanfetamina. Para esta investigación se realizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas, con tres momentos de medición (Ato et al., 2013). Entre los principales hallazgos están la diferencia significativa en el deseo por la droga y la reducción del riesgo suicida. Se concluye que el programa de intervención puede ser efectivo para favorecer la reducción del deseo por la droga y el riesgo suicida en adolescentes que se encuentran en centros residenciales.

Palabras clave: consumo de metanfetamina, riesgo suicida, ansiedad, depresión, atención plena.

Abstract

Substance use represents a public health problem and involves biological, social, and environmental aspects (Marín-Navarrete et al., 2017). According to Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA, 2023), methamphetamine is one of the most consumed substances in our country. When methamphetamine use occurs during adolescence, people may have alterations in biopsychosocial development, among the consequences are anxiety and depression disorders, as well as the incidence of suicidal behavior (Berenzon et al., 2013; Dumontheil, 2016; Gonzalez and Sánchez, 2017; Guerin et al., 2023). It has been identified that the practice of mindfulness helps reduce craving, suicidal risk, anxious and depressive symptoms, and increases conscious action (Korecki et al., 2020). Therefore, the objective of this study is to determine the effect of a group intervention program based on mindfulness as a coping strategy for reducing drug craving and suicidal risk, as well as associated variables such as anxiety and depression, in adolescent methamphetamine users. This research is a quasi-experimental design of repeated measures, with three measurement moments (Ato et al., 2013). Among the main findings are the significant difference in drug craving and the reduction in suicidal risk. It is concluded that the program can be effective in reducing drug craving and suicidal risk in adolescents in residential centers.

Key words: methamphetamine use, suicide risk, anxiety, depression, mindfulness.

Introducción

El consumo de metanfetamina durante la adolescencia representa un problema de salud pública debido a las repercusiones que tiene en el desarrollo biopsicosocial de este grupo poblacional. Entre las consecuencias del consumo de esta sustancia se encuentran el aumento en la gravedad de la conducta suicida, especialmente en la ideación y el suicidio consumado, así como en la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva comórbida y los problemas escolares, sociales y laborales. Es por ello que se identificó la necesidad de generar un programa de intervención que aborde de manera integral el deseo por la metanfetamina, los trastornos comórbidos y su incidencia en la conducta suicida, en adolescentes que se encuentran en centros residenciales.

El objetivo general de esta investigación es determinar el efecto de un programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento para la reducción del deseo por la droga y riesgo suicida, así como en variables asociadas como la ansiedad y la depresión, en adolescentes consumidores de metanfetamina.

En los primeros capítulos de este documento, se presenta el marco teórico del estudio, conformado por las variables de interés. El primer capítulo corresponde al consumo de metanfetamina, el segundo a la conducta suicida y el tercero a la atención plena. En los siguientes apartados se encuentran el planteamiento del problema, el método, los resultados, la discusión y la conclusión, además, al final del documento se pueden encontrar los anexos, entre ellos el manual del programa de intervención, el formato para el jueceo del manual y el consentimiento informado.

Consumo de Metanfetamina: Estado actual, efectos, factores de riesgo y protección

El consumo de sustancias es “un fenómeno complejo que involucra aspectos biológicos, sociales, culturales y ambientales” (Marín-Navarrete et al., 2017, p.10), es altamente prevalente y representa un problema de salud pública (Degenhardt et al., 2018; Vega et al., 2002). Lo anterior se evidencia en el hecho de que el número estimado de personas que habían consumido cualquier droga aumentó de 210 millones a 271 millones entre 2009 y 2017 y en 2021, fue de 296 millones; esto se ve favorecido por el aumento que se ha generado en la producción de drogas en los últimos años (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2023). De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC (2023) las cinco principales drogas que se consumen a nivel mundial son el cannabis, los opioides, las anfetaminas, la cocaína y el éxtasis.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] 2016- 2017, en 2016, 2.2 millones de personas consumieron drogas ilegales, de los cuales 4.4% (1.8 millones) fueron hombres y el 1.1% (474,000) fueron mujeres (Villatoro-Velázquez et al., 2017). Las drogas que más se consumen y por las cuales los usuarios acuden a recibir tratamiento son los estimulantes de tipo anfetamínico, el alcohol, la marihuana, la cocaína, el tabaco, los inhalables y los opiáceos (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [CONASAMA], 2023). La metanfetamina es un estimulante de tipo anfetamínico cuyo consumo se ha convertido en un problema de salud para nuestro país, esto se ha favorecido por la facilidad con la que se produce y se trafica la sustancia (Realuyo, 2019).

Con respecto a esto último, las consecuencias del crecimiento de la producción y tráfico de metanfetamina se ven reflejadas en un aumento en el consumo y una mayor

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

demanda de tratamiento. En 2022 más del 46% de los solicitantes de tratamiento acudían por consumo de metanfetamina, el cual había aumentado un 218% de 2017 a 2022; además, se reportó la expansión de esta demanda a más estados del territorio nacional, en 2017 seis estados informaron ingresos por consumo de metanfetamina, en 2022 los ingresos por el consumo de esta sustancia se presentaron en 21 estados (Naciones Unidas, 2023). Aunado a lo anterior, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] informó que en 2021 la droga de impacto que predominó en 23 estados del país fue la metanfetamina lo cual representa un 53.8%; en 2022 incrementó a 58.8 % los usuarios cuya droga de impacto es la metanfetamina (SISVEA, 2021, 2022).

Uno de los estados cuya principal droga de impacto es la metanfetamina es Aguascalientes. En 2022 en Aguascalientes, el 69.3 % de los usuarios que acudieron a solicitar tratamiento tenía como droga de impacto la metanfetamina (SISVEA, 2022). Además, en 2023 de los 3902 casos que se presentaron, 2738 de ellos reportaron la metanfetamina como su droga de impacto, esto representa el 70.17%; también se señala que la metanfetamina ocupa el cuarto lugar, con 365, como droga con la que las personas inician el consumo (SISVEA, 2023). Estos datos permiten constatar que el consumo de metanfetamina representa una problemática que necesita ser abordada en el estado y en el país. Además de las estadísticas, se considera importante mencionar las características y las consecuencias del consumo de esta sustancia para comprender por qué la metanfetamina es un problema de salud pública.

La metanfetamina y sus efectos

La metanfetamina “es un estimulante sumamente adictivo que afecta el Sistema Nervioso Central, cuya apariencia asemeja fragmentos de vidrio o piedras blanco-azuladas

brillantes” (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2019, p. 1). Su alta solubilidad en lípidos permite el paso a través de la barrera hematoencefálica afectando: los circuitos de dopamina encargados de la motivación y los impulsos, el aprendizaje condicionado y los controles inhibidores (Renner y Ward, 2017); la red neural por defecto la cual incluye áreas como el cíngulo anterior y posterior, las cortezas medial-ventral, prefrontal dorso-medial y temporal-lateral, el lóbulo parietal inferior y el giro hipocampal, se activa cuando no se está centrado en una tarea o meta, además, se ha asociado con el *craving* y las recaídas, aspectos que abordaremos más adelante en este capítulo (González, 2023; Segovia, 2019; Zhang y Volkow, 2019).

Cabe mencionar que los efectos de la metanfetamina pueden variar de acuerdo con el grado de pureza y concentración tras su sintetización así como de la vía por la que se administra. El consumo de este estimulante puede generar mayor energía, aumento de la actividad física, la libido y la capacidad sexual, así como disminución de la fatiga y la necesidad de dormir; cuando la metanfetamina es de muy buena calidad se puede producir una mejora en la atención y memoria (Da Silva-Rodrigues et al., 2019). Aunado a lo anterior, cuando la sustancia se administra por vía intravenosa puede desembocar en estados de inconsciencia o de inhibición de respuestas ya que cuando se ingieren dosis elevadas se producen síntomas de agitación, ansiedad, alucinaciones e incluso llevar a la persona a estado de coma (García-Aurrecochea et al., 1999).

Además de los efectos previamente mencionados, a corto plazo, la metanfetamina puede producir: disminución del apetito, náusea, vómito, diarrea, respiración rápida, ritmo cardíaco rápido o irregular, presión arterial y temperatura corporal elevadas, dolor de cabeza, sudoración y temblores (García-Aurrecochea et al., 1999; Da Silva-Rodrigues et

al., 2019; NIDA, 2019). Entre los efectos a largo plazo se encuentran los siguientes: mayor riesgo de contraer o agravar enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis B y C, pérdida excesiva de peso, problemas dentales graves, comezón intensa, confusión, comportamiento violento, desconfianza extrema e injustificada hacia los demás, ansiedad, depresión e ideación suicida (García-Aurrecochea et al., 1999; Da Silva-Rodrigues et al., 2019; NIDA, 2019).

Aunado a lo anterior, al consumir metanfetamina se pueden presentar consecuencias que impactan en lo social, tal es el caso del comportamiento violento. Se ha identificado que las personas consumidoras de metanfetamina que acuden a solicitar tratamiento han presentado comportamientos violentos, delitos adquisitivos y tráfico de drogas; con respecto a la violencia, el riesgo de que esta se presente aumenta cuando la persona tiene síntomas psicóticos, como por ejemplo la paranoia y los delirios de persecución (Kaye et al., 2020; McKetin et al., 2020). Asimismo, en la revisión sistemática de Guerin et al. (2023), se reporta que los consumidores de metanfetamina han presentado agresión hacia otras personas, han cometido violencia callejera y/o participado en peleas.

Se identifica una relación entre la agresión y la conducta impulsiva en personas que consumen sustancias (De la Osa et al., 2022). Se entiende por impulsividad aquella tendencia que muestra una persona para actuar de manera rápida sin tomar en cuenta las consecuencias favorables y desfavorables a largo plazo de dicha acción (Dong et al., 2022; Kozak et al., 2019). Además, la impulsividad se considera un constructo multidimensional conformado por la inhibición de respuestas, el descuento temporal y la toma de decisiones (Lee et al., 2019; Moallem et al., 2018).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuando las personas presentan rasgos impulsivos existe una tendencia a minimizar los efectos nocivos del abuso de las sustancias, esto a su vez aumenta la probabilidad de que desarrollen un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) (Huang et al., 2020). Kozak et al. (2019) señalan que los usuarios que son impulsivos tienen mayores niveles de *craving* durante la abstinencia y por ende un mayor riesgo de recaída. Con respecto a lo anterior, favorecer la toma de decisiones resulta de importancia en la prevención de recaídas ya que promueve la capacidad de la persona para considerar las ventajas a corto y sobre todo a largo plazo para mantener la abstinencia (Adinoff et al., 2016). En consumidores de metanfetamina se reporta una mayor impulsividad, la cual se relaciona con las alteraciones en la corteza prefrontal como parte de los efectos de la sustancia (Huang et al., 2020).

Otro aspecto para considerar es la tolerancia que pueden presentar los consumidores a la metanfetamina. La tolerancia a esta sustancia es muy rápida y puede generar una desaparición de los efectos placenteros minutos después de su administración; al experimentar esta pérdida del estado de euforia los usuarios recurren a la droga de manera repetida, lo cual puede encaminarlos a la dependencia (Royo-Isach et al., 2004). Cabe mencionar que la dependencia de la metanfetamina se asocia con un deterioro moderado en funciones cognitivas como la memoria episódica, el procesamiento de la información, las habilidades motoras, el lenguaje, alteración del juicio y la toma de decisiones y problemas de comprensión y aprendizaje (Nie et al., 2021; Salas-González et al., 2022).

Además de considerar los efectos que genera la metanfetamina, se sugiere tomar en cuenta el deseo que la persona tiene por la droga, para abordar de manera más integral la problemática. Como se mencionó anteriormente, el deseo por la droga resulta de interés al abordar la conducta impulsiva que puede llevar a los usuarios a una recaída.

El deseo por la droga

El deseo por la droga o *craving* “es un estado motivacional asociado con un fuerte deseo por los efectos de la droga” (Marlatt, 1987, p.1). El concepto de *craving* comienza a emplearse, aproximadamente en 1950, para estudiar el deseo por el consumo de alcohol y a lo largo de los años, ha sido un factor tomado en cuenta en el estudio de las recaídas y la continuidad del consumo posterior al tratamiento (Castillo y Bilbao, 2008; De Arce et al., 1994); cabe mencionar que, el *craving* se plantea como una variable que se sugiere estudiar cuando se trabaja en centros residenciales debido a que no es viable medir el patrón de consumo en estos usuarios (Galloway et al., 2008).

Dada la relevancia del *craving* en el abordaje de las adicciones, se agregó como un criterio para el diagnóstico de TUS en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición (Grodin et al., 2019), además, para facilitar su estudio, se han identificado diferentes tipos y factores que influyen en su aparición. Sánchez-Hervás et al. (2001) proponen la distinción entre cuatro tipos de *craving*, los cuales se explican a continuación.

El primero de ellos se refiere al deseo por la droga como síntoma de la abstinencia, cuando las personas van aumentando su consumo se va incrementando también la tolerancia a la sustancia y por ende una reducción de la satisfacción que esta pudiera generar, no obstante, el malestar que se genera por la abstinencia suele aumentar provocando que los usuarios recurran a la droga para aliviar este malestar. El segundo tipo considera al *craving* como una respuesta a la falta de placer y consiste en que las personas recurren a la sustancia en aquellos momentos donde buscan experimentar sensaciones

intensas y agradables de forma rápida. El tercero es el deseo como respuesta a los deseos hedónicos, se presenta cuando el usuario quiere aumentar los efectos positivos de una experiencia. Por último, el *craving* como respuesta condicionada a las señales asociadas a la droga, donde los estímulos relacionados con el consumo provocan impulsos de acción.

Con respecto a esto último, Seow et al. (2020) señalan que los estímulos asociados con la droga o su consumo suelen llegar a generar un aumento en los autoinformes de *craving* y en las respuestas fisiológicas que tienen las personas; un ejemplo de esto es cuando los adolescentes que se encuentran dentro de los centros residenciales están próximos a concluir con su proceso y comienzan a recordar aquellas personas, lugares y/o cosas que favorecían su patrón de consumo estando fuera del centro, esto pudiera generar un aumento en el deseo por el consumo de la sustancia y en variables como la ansiedad y la depresión.

Existe una relación entre la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias. Zhang et al. (2021) encontraron que entre mayor es el deseo por consumir la sustancia mayor puede ser el nivel de ansiedad y depresión que presenta la persona. Por su parte, De los Cobos et al. (2011) indicaron que las personas que reportaron una menor frecuencia del deseo por la droga tenían niveles más bajos de ansiedad y depresión con respecto a los participantes con mayor frecuencia de *craving* durante el tratamiento (De los Cobos et al., 2011). Asimismo, se ha identificado que las personas que cursan con trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión tienen tasas más altas de recaídas a diferencia de aquellos que no presentan alguno de estos trastornos (Witkiewitz y Bowen, 2010).

Como se ha mencionado, las variaciones en el deseo por la sustancia pueden deberse a distintos factores. Algunos factores que pueden aumentar el deseo por la droga

son el comportamiento agresivo, la impulsividad, la alexitimia, los cuales se han mencionado en subtemas anteriores dentro de este capítulo, y el estrés (Gong et al., 2021). Con respecto a la conducta impulsiva y la alexitimia, se identifica que las emociones desagradables que surgen en estos casos pueden generar que la persona recurra al consumo como una estrategia para evitarlas (Flaudias et al., 2019). Así también, se reporta que las personas con una reactividad alta al estrés tienen niveles más altos de *craving* durante los 90 minutos posteriores a la situación que detonó un estrés de moderado a extremo (Panlilio et al., 2021).

Aunado a lo anterior el *craving* y su impulso de acción suelen ser automáticos y pueden persistir aunque la persona trate de suprimirlos. Cuando se presenta el deseo por la droga, los usuarios pueden tener el impulso de buscar la droga o hacer un alto y poner en práctica una estrategia para reducir la reactividad (Bresin y Verona, 2019). Con relación a esto último se identifica que la capacidad de la persona para regular su comportamiento y no recurrir al consumo puede variar debido al deterioro de las funciones ejecutivas como consecuencia de la droga (Cavicchioli et al., 2020).

En el caso de los consumidores de metanfetamina el *craving* se puede presentar de manera persistente. En el estudio de Liu et al. (2022), se identifica que el *craving* por metanfetamina suele dificultar el mantenimiento de la abstinencia e incrementa el riesgo de recaída aun cuando la persona haya acudido a recibir tratamiento. El deseo por esta droga se presenta por lo menos durante las cinco primeras semanas de la abstinencia y puede permanecer a lo largo del tiempo provocando que la persona vaya teniendo pensamientos y creencias que refuerzan este deseo (Grodin et al., 2019).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con respecto a la medición del deseo por la droga, existen varias maneras de monitorearlo, la más común es el autoinforme de la experiencia subjetiva (Cavicchioli et al., 2020). Al respecto Sayette (2016) indica que se pueden emplear escalas de varios ítems para tomar en cuenta los desencadenantes internos y externos, la intensidad, la frecuencia y el deseo actual; por otro lado, las escalas de un solo ítem suelen utilizarse para evaluar la reactividad que se presenta a partir de los estímulos asociados con la droga; de igual manera, señala que se pueden utilizar medidas psicofisiológicas y de imágenes cerebrales.

Tomando estos factores en cuenta, se identifica la importancia de incluir el abordaje terapéutico del deseo por la droga en los programas de intervención para usuarios que se encuentran dentro de los centros residenciales. Se sugiere que estos programas incluyan el aprendizaje y práctica de estrategias de afrontamiento adaptativas, habilidades de regulación de las emociones y estrategias para la toma de decisiones donde se enfatice en las consecuencias a largo plazo con la finalidad de que las personas puedan reducir el actuar en automático y los riesgos que esta forma de actuar conlleva (Cavicchioli et al., 2020).

Además de considerar el deseo por la droga, es relevante notar que la probabilidad de llegar a la adicción varía según la persona (NIDA, 2020). No existe solo un factor que haga que la persona se vuelva adicta, depende de un conjunto de características personales, sociales y familiares, llamadas factores de riesgo, que vuelven a la persona más vulnerable (NIDA, 2020; Peñafiel, 2009). Cuantos más factores de riesgo tiene una persona, es más probable que su consumo la lleve al abuso y a la adicción.

Factores de riesgo para el consumo de metanfetamina

Como se mencionó anteriormente, los factores de riesgo son aquellas condiciones que pueden favorecer el hecho de que una persona consuma drogas y que dicho consumo se convierta en una adicción. Con respecto al consumo de metanfetamina existen varios factores de riesgo, a continuación se enlistan algunos de ellos: comportamiento agresivo desde una temprana edad, falta de supervisión familiar, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, fracaso escolar, dificultad para resistir a la presión de los pares, acceso a las drogas, observar a padres o familiares consumiendo sustancias, iniciar el consumo a una edad temprana; con respecto a esto último, uno de los factores de riesgo que se aborda dentro de esta investigación es el inicio del consumo de metanfetamina en la adolescencia (Nawi et al., 2021).

Inicio del consumo en la adolescencia

El consumo de metanfetamina entre los jóvenes genera especial preocupación, debido a que se encuentran en una fase de desarrollo encefálico, lo cual implica que los efectos de la sustancia pueden resultar más agresivos para el sistema nervioso central acarreando alteraciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas (Da Silva-Rodrigues et al., 2019; González Ramírez, 2022). Cuando el consumo de metanfetamina se inicia en la adolescencia se pueden presentar alteraciones en el desarrollo biopsicosocial las cuales repercuten en la cognición y la conducta de las personas (Dumontheil, 2016).

Una de las consecuencias del consumo a una edad temprana es la depresión. El metaanálisis de Guerin et al. (2023) sugiere que los adolescentes que consumen metanfetamina tienen puntuaciones de depresión más altas en comparación con los jóvenes que consumen otras sustancias; cabe mencionar que en el metaanálisis se reporta una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

asociación del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y el uso de metanfetamina. Asimismo, los jóvenes tienen 2.2 veces más probabilidad de tener un diagnóstico de depresión mayor concurrente y la sintomatología depresiva puede ser más grave.

González et al. (2023), reportan resultados similares encontrando que el nivel de depresión es mayor en los adolescentes con una dependencia a la metanfetamina con respecto al nivel de aquellos jóvenes que no presentan una dependencia; de igual manera, identificaron que entre mayor sea la depresión se aumenta la probabilidad de que la persona consuma sustancias. Aunado a lo anterior, existe la posibilidad de que la sintomatología depresiva que se presenta en los consumidores de metanfetamina surja por la abstinencia a la droga (Contreras et al., 2020).

Con base en lo anterior, se identifica que los trastornos depresivos son una comorbilidad predominante en personas que consumen sustancias con una prevalencia de entre el 12 y el 80% (Ibáñez et al., 2020). Como se mencionó anteriormente, el TDM es el que más se presenta en consumidores de metanfetamina y se caracteriza por una tristeza aguda, falta de interés y motivación durante al menos dos semanas (Mestre y Tirado, 2017). Otro aspecto para considerar es que los trastornos depresivos son un factor de riesgo para la muerte prematura por suicidio (Berenzon et al., 2013). Brière et al. (2014) indican que “existe un aumento de hasta cuatro veces la probabilidad del riesgo de intentos de suicidio cuando el TUS precede al TDM y una probabilidad tres veces mayor cuando el TDM se presenta primero” (p.2); cabe mencionar que el riesgo suicida es una variable de interés dentro de este proyecto y se abordará más adelante.

Otro de los trastornos comórbidos al consumo de sustancias que se puede presentar durante la adolescencia es la ansiedad. Se estima que aproximadamente 11.9% de pacientes con trastornos de ansiedad ha presentado consumo de sustancias y a su vez 24% de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

usuarios con trastornos de ansiedad ha presentado algún TUS comórbido a lo largo de la vida (González y Sánchez, 2017). Los trastornos de ansiedad pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de TUS, y también pueden modificar la sintomatología y la efectividad del abordaje terapéutico del TUS; de igual manera el TUS incide en la magnitud de la sintomatología ansiosa y los resultados del tratamiento para el trastorno de ansiedad (Contreras, 2020).

Clark y Beck (2012) proponen que la ansiedad está conformada por aspectos conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos. Estos aspectos surgen cuando la persona se enfrenta a situaciones inesperadas que salen de su control y que se considera que podrían representar una amenaza (real o subjetiva) a su bienestar integral. Estos autores, señalan que la ansiedad incluye dos procesos, la primera valoración de la situación y la reevaluación secundaria.

Aunado a lo anterior, con respecto a los aspectos cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos de la ansiedad, Kuaik y De la Iglesia (2019), distinguen cada uno de ellos, así como sus manifestaciones. Los aspectos cognitivos son aquellos relacionados con el análisis de la información relacionada con la situación estresante, entre sus manifestaciones están el miedo, la dificultad para concentrarse, despersonalización, entre otros. Lo fisiológico se refiere a las respuestas desencadenadas por el sistema nervioso autónomo, como por ejemplo la taquicardia, tensión muscular, sudoración, dificultad para respirar, opresión en el pecho y sensación de hormigueo en brazos y piernas. Los aspectos conductuales son aquellas acciones realizadas con la finalidad de afrontar, controlar o huir de la situación estresante. Por su parte, los aspectos afectivos se relacionan con la percepción de la persona sobre aquello que está sintiendo y la reevaluación que hace sobre

ello, las manifestaciones generalmente son afectos negativos como el nerviosismo, miedo, agitación, entre otros.

Además, entre las repercusiones en la conducta de los adolescentes que inician el consumo de metanfetamina están la dificultad para interactuar con sus coetáneos y la presencia de comportamientos antisociales y de riesgo (Kaye et al., 2020). Cabe mencionar que, los adolescentes que consumen metanfetamina llegan a tener comportamientos delincuentes que en ocasiones se llevan a cabo con la intención de tener dinero para adquirir la droga, lo cual tiene como consecuencia el tener problemas con la policía e incluso ser arrestados (Gassman et al., 2010).

También se ha identificado una relación entre el consumo de metanfetamina en los jóvenes y la agresión y violencia. En el metaanálisis de Guerin et al. (2023), se reporta que los adolescentes que consumen metanfetamina tienen mayor probabilidad de haber sido agresivos con otras personas, por ejemplo en peleas callejeras; los autores mencionan que lo anterior puede relacionarse con una mayor impulsividad en los jóvenes que consumen metanfetamina.

Por otro lado, cuando el consumo de metanfetamina se inicia en la adolescencia se pueden presentar rezagos en el ámbito educativo. Se ha identificado que los jóvenes que consumen metanfetamina tienen una mayor probabilidad de tener dificultades en la escuela, lo cual se traduce en faltar constantemente a las clases, tener bajas calificaciones, abandonar sus estudios y en general presentar un nivel educativo bajo debido a que no continúan con su formación (Arrollo, 2022; Bouzón y Zych, 2023; González Ramírez, 2022; Kaye, 2020; Poudel y Gautam, 2017).

Por último, cuando el consumo se da durante la adolescencia, la persona tiene más probabilidades de que su consumo se vuelva más frecuente desarrollando un TUS y presentando mayores dificultades para mantener la abstinencia al acudir a un tratamiento (González et al., 2023; Luikinga et al., 2018; Poudel y Gautam, 2017). Esto se puede explicar por la mayor reactividad de estos usuarios a los estímulos relacionados con las drogas y por consiguiente una reducción de la sensibilidad a estímulos no relacionados con el consumo, como por ejemplo aquellos que involucran acciones de autocuidado (comer, dormir, ejercitarse) (Adinoff et al., 2016; Jordan y Andersen, 2017; Spear, 2016).

Factores de protección ante el consumo de metanfetamina

Los factores de protección son aquellas características individuales, ambientales y familiares que pueden reducir el riesgo de llegar a la adicción (Nawi et al., 2021; Peñafiel, 2009). Algunos factores de protección son: el autocontrol, el contar con estrategias de afrontamiento, la autoeficacia, buena autoestima, buen aprovechamiento escolar, satisfacción con la vida, apoyo y vigilancia de la familia, relaciones funcionales, percepción de riesgo del consumo de sustancias adicción (González-Yubero et al., 2021; Alonso-Tapia et al., 2019). Enseguida se presentan dos de los factores de protección anteriormente mencionados que resultan de interés en esta investigación: el autocontrol y las estrategias de afrontamiento.

El autocontrol

El autocontrol es una habilidad que hace referencia a la capacidad de hacer un alto y retrasar la conducta con la finalidad de evaluar las consecuencias que esta pudiera generar a corto y sobre todo a largo plazo (Celaya et al., 2021). Cuando una persona se autocontrola está prestando atención a los impulsos que surgen a partir de sus emociones, pensamientos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y sensaciones y pueden llegar a realizar acciones que les permitan acercarse a aquello que es importante y benéfico para ellos (Smith et al., 2019).

En el caso de las personas que consumen sustancias, el autocontrol se relaciona con la facilidad que tienen los usuarios para detener el impulso de acción que los lleva a buscar la sustancia, promoviendo el mantenimiento de la abstinencia y ejercitando el manejo del *craving* (Fennis, 2022). Ahora bien, Ortega et al. (2019) plantean que cuando un consumidor acude a recibir tratamiento a un centro residencial, está fortaleciendo su autocontrol debido a que está trabajando por un beneficio a largo plazo, su salud y autocuidado, no obstante al salir del centro, la facilidad que tienen los usuarios para acceder a la droga dificulta el autocontrol ya que debe elegir entre una gratificación inmediata o un bien a largo plazo, de ahí la importancia de trabajar en la prevención de recaídas y fortalecer las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a las acciones conductuales, emocionales y cognitivas de las personas en respuesta al estrés (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2016). Lazarus y Folkman (1984) consideran que el afrontamiento consiste en esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio, que permiten responder a las demandas externas y/o internas específicas que se evalúan como una carga o que exceden los recursos de la persona. En personas que consumen sustancias se reporta un menor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, lo cual puede aumentar la gravedad de la adicción y el riesgo de recaída (Adan et al., 2017); es por ello que se sugiere favorecer el aprendizaje y la práctica de estrategias de afrontamiento.

Se identifican los siguientes tipos de estrategias de afrontamiento: las centradas en la emoción y las centradas en el problema. Las estrategias centradas en la emoción incluyen: el distanciamiento, que consiste en no engancharse con el problema que haya surgido con la finalidad de reducir la intensidad del malestar que este genera; la revaloración positiva, donde se buscan los aspectos favorables de la situación problemática. Las centradas en el problema, que incluyen la resolución de problemas, donde se evalúa la situación y posteriormente se generan planes de acción para abordarla; la reestructuración cognitiva, mediante la cual la persona identifica y verifica sus pensamientos para apearse a los hechos y reducir las distorsiones cognitivas (Adan et al., 2017; Folkman y Lazarus, 1980; Vázquez et al., 2000).

Como se mencionó a lo largo de este capítulo, el consumo de metanfetamina es una problemática actual que requiere un abordaje integral, especialmente en población adolescente ya que se identifica que las investigaciones y los tratamientos se han centrado en población adulta (Guerin et al., 2023). Además, en el capítulo que se presenta a continuación, se busca profundizar en uno de los factores de riesgo que se presentaron anteriormente, la conducta suicida.

Conducta suicida: conceptualización, factores de riesgo y protección y estrategias de prevención

“El suicidio es un problema de salud pública mundial con una alta carga económica, social y psicológica” (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019, p.607) y se refiere al acto de causar intencionadamente la propia muerte (Salvo y Melipillán, 2008). La tasa de suicidios en México indica que los adolescentes son la población más vulnerable (Borges et al., 2014); en los últimos cinco años, en los adolescentes de quince a veintinueve años el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte en ambos sexos, mientras que, entre los jóvenes de diez a diecinueve años, es la tercera causa de muerte en hombres y la primera en mujeres (Luna-Contreras y Dávila-Cervantes, 2018).

Aunado a lo anterior, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023), indica que Aguascalientes se encuentra en el tercer lugar a nivel nacional en tasa de suicidio, con 8.8 por cada 100 mil habitantes, lo cual nos sugiere que es una problemática que necesita atenderse y estudiarse. Para su estudio, en la conducta suicida se distinguen los aspectos cognitivos como la ideación y la planificación, así como los aspectos conductuales como el intento y el suicidio consumado (Salvo y Melipillán, 2008; Vargas y Saavedra, 2012).

Con respecto a los aspectos cognitivos, en la ideación suicida se puede presentar: el deseo de morir, el cual muestra la incomodidad de la persona con sus condiciones actuales de vida; la ideación suicida pasiva que consiste en pensamientos sobre la muerte o querer estar muerto, sin tener algún plan determinado para hacerlo; la ideación suicida activa que incluye el optar por un método, tener un plan o tener la intención de quitarse la vida (Cañón y Carmona, 2018; Turecki y Brent, 2016). Por otra parte, el intento suicida se refiere al

comportamiento potencialmente auto-agresivo asociado con al menos alguna intención de provocarse la muerte (Turecki y Brent, 2016; Vargas y Saavedra, 2012).

Aunado a lo anterior, Turecki y Brent (2016) sugieren distinguir entre las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y el intento de suicidio. Las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida son aquellos comportamientos auto-agresivos sin intención de morir y pueden incluir acciones como cortarse, frotarse, quemarse o pellizcarse repetidamente; estos comportamientos buscan aliviar la angustia, “sentir algo”, autocastigarse o escapar de una situación difícil.

La conducta suicida no es el resultado de un solo factor. “El suicidio tiene muchas causas y la conducta suicida varía en intensidad según el sexo, la edad, la cultura, la ubicación geográfica y la historia personal” (Turecki y Brent, 2016, p.3). El modelo para explicar la conducta suicida que se toma en cuenta a lo largo de este trabajo es el de estrés-diátesis. Este modelo señala que el suicidio es el resultado de una interacción entre factores estresantes ambientales o internos que pueden variar debido a la vulnerabilidad biológica de cada persona. Además, se propone que el riesgo de suicidio puede aumentar por la combinación de factores de riesgo distales y proximales, los cuales serán explicados a continuación (Ryan y Oquendo, 2020).

Factores de riesgo y protección

Los factores de riesgo son características genéticas, psicológicas y de personalidad que interactúan durante las diferentes etapas de la vida provocando una predisposición a la conducta suicida (Gunnell y Lewis, 2005). Los factores de riesgo distales o predisponentes son aquellos factores que no necesariamente están relacionados con el riesgo suicida actual, entre ellos destacan la genética, el enfrentarse a situaciones adversas durante la infancia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tales como violencia y abuso, características de personalidad como la impulsividad y la agresión, y trastornos neurobiológicos; cabe mencionar que los factores distales suelen estar mediados por factores del desarrollo que aumentan la vulnerabilidad para responder de manera desadaptativa a los factores proximales (Turecki et al., 2019).

Los factores proximales son aquellos que actúan como desencadenantes o precipitantes, como por ejemplo los trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, autolesiones previas, exposición a conductas suicidas en otros, disponibilidad de medios letales, abuso o dependencia de alcohol y drogas, enfermedades físicas y crisis psicosociales (Orsolini et al., 2020).

Así también, algunos factores de riesgo para la conducta suicida en los adolescentes son el tener baja tolerancia al malestar, tener rigidez cognitiva, presentar una deficiencia de habilidades de resolución de problemas, dificultad para identificar y expresar los sentimientos y la incapacidad de solicitar ayuda y apoyo (Cañón y Carmona, 2018; Fazel y Runeson, 2020; Vargas y Saavedra, 2012).

Aunado a lo anterior, la mayoría de las personas tienen factores de protección modificables y no modificables que pueden favorecerse con la intención de reducir el riesgo de suicidio (Weber et al., 2017). Algunos factores protectores son el sentirse respaldado en situaciones difíciles, la buena funcionalidad familiar, hablar los problemas con los padres o alguna persona cercana, tener buena autoestima, contar con estrategias de afrontamiento adaptativas, tener habilidades de regulación emocional, control de impulsos, resolución de problemas y tener un estilo de vida saludable (Cortés Alfaro et al., 2011; Hernández-Bello et al., 2020).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los factores de riesgo tanto proximales como distales en conjunto con los factores protectores permiten llevar a cabo una evaluación del riesgo de suicidio. El proceso de evaluación consiste en identificar cuáles son los factores de riesgo modificables y fijos, indagar en los factores de protección, así como detectar el nivel actual de intención y planificación y antecedentes de conducta suicida. Hacer una formulación del riesgo de suicidio facilita la elaboración de un plan de acción para abordar la problemática de la persona (Weber, 2017).

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio hace referencia a la probabilidad de que la persona intente y/o logre acabar con su vida. Para identificar el nivel de riesgo se toman en cuenta el espectro de la conducta suicida (ideación activa y pasiva, planeación, intentos previos de suicidio) así como los factores de riesgo y protección revisados anteriormente. Enseguida se profundizará en la formulación de riesgo de suicidio y en la toma de decisiones para cada uno de los niveles de riesgo.

Formulación del riesgo y planes de acción

Para identificar el riesgo de suicidio se sugiere abordar de manera directa la problemática de la persona. Es recomendable evaluar la ideación, identificando si esta es pasiva o activa y preguntando por la frecuencia e intensidad de los pensamientos; la planificación, indagando si la persona ha considerado un método, un lugar y momento específicos así como la letalidad del plan y el acceso a los medios para llevarlo a cabo; los antecedentes de conducta suicida, por ejemplo si ha tenido intentos previos y las consecuencias que implicó (Orsolini et al., 2020). También es importante tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas de la persona y cómo estas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pueden llegar a aumentar o disminuir el riesgo de suicidio (Hawton et al., 2022; Zortea et al., 2020).

El riesgo de suicidio se puede clasificar a partir del deseo actual de la persona de suicidarse, su capacidad para hacerlo y los factores de riesgo mencionados anteriormente (De Berardis et al., 2020). La clasificación que se tomará a lo largo de este trabajo es la propuesta de Vázquez (2022), la cual distingue entre el riesgo de suicidio leve, moderado, alto e inminente. Cada uno de los niveles incluye uno o varios factores de riesgo con diferente magnitud y requiere realizar un abordaje particular para salvaguardar la integridad de la persona. A continuación se describirán los niveles de riesgo y las recomendaciones para cada uno de ellos, incorporando también las sugerencias planteadas por Orsolini et al. (2020) y Weber et al. (2017).

El primer nivel es riesgo leve en el cual la persona no cuenta con un plan para generarse un daño, ni presenta intentos de suicidio previos o autolesiones sin intencionalidad suicida en el último mes. En este nivel de riesgo, la persona puede llegar a manifestar sentimientos de desesperanza y pensamientos sobre la muerte, no sobre el querer morir, en el último mes. Se identifica que hay factores protectores entre ellos el autocontrol y hay pocos factores de riesgo. Con respecto al abordaje de este nivel, se recomienda la aplicación de programas de tipo preventivo, brindar un seguimiento para identificar cambios en los factores protectores y de riesgo y favorecer un espacio de escucha activa para la expresión de emociones y pensamientos.

El segundo nivel corresponde al riesgo medio en el cual la persona presenta ideas y deseos de muerte durante el último mes, acompañado de autolesiones sin intencionalidad suicida en el último año, sin llegar a la planeación. En un riesgo medio, la persona suele

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

contar con algunos factores protectores identificables y se sugiere indagar en factores de riesgo como los trastornos depresivos y ansiosos. En este segundo nivel, se recomienda realizar intervenciones de tipo selectivas, brindar un plan de seguridad individual para afrontar los momentos de crisis (como el que se propone más adelante), reducir los síntomas del estado de ánimo, tratar de que la persona se involucre en actividades positivas y favorecer que pueda identificar y recurrir a su red de apoyo.

El tercer nivel es el riesgo alto caracterizado por la presencia de ideas y deseos de muerte frecuentes e intensos durante el último mes, acompañados de una planeación para acabar con la vida. En este nivel la persona puede presentar una desesperanza crónica, autolesiones severas e incluso intentos de suicidio previos en los últimos 12 meses. Asimismo, la persona suele tener pocos factores protectores y múltiples factores de riesgo entre ellos el escaso autocontrol y el consumo de sustancias. Si la persona presenta un riesgo alto, se sugiere realizar una intervención indicada en la que se pueda hacer una evaluación más exhaustiva del caso, referir a un psiquiatra y quitar el acceso a los medios letales.

Por último se encuentra el riesgo inminente en el cual la persona ha tenido autolesiones severas con la intención de quitarse la vida. En este nivel la persona puede tener muchos factores de riesgo agudo entre ellos están los episodios depresivos y ansiosos graves e impulsividad. Con respecto al abordaje de este nivel, se sugiere referir a un tratamiento médico urgente en un hospital general o en un hospital psiquiátrico, para que la persona cuente con supervisión continua, y realizar una intervención indicada.

Plan de seguridad individual

Como se mencionó anteriormente, al abordar la conducta suicida, se considera indispensable brindar a las personas un plan de seguridad individual para que lo pongan en práctica en los momentos de crisis y malestar emocional. Al elaborar un plan de seguridad se recomienda tener en cuenta los siguientes elementos: reducir el acceso a los medios letales, identificar las estrategias de afrontamiento adaptativas que ayuden a la persona a lidiar con la angustia, favorecer la distracción y el recurrir a la red de apoyo (Zortea et al., 2020).

Para elaborar el plan de seguridad individual de este programa de intervención se consultó la propuesta de Molina (2022) y el plan de Pettit et al. (2018). El plan de seguridad incluye una serie de pasos en orden gradual que la persona necesita seguir hasta que note que la intensidad de su malestar ha disminuido y/o se encuentre a salvo. El objetivo de elaborar un plan de seguridad es brindar herramientas para que la persona pueda prevenir y afrontar las crisis suicidas, reduciendo a la posibilidad de que realice conductas que impliquen un riesgo para sí misma y/o para los demás.

El plan de seguridad elaborado para esta investigación incluye cuatro pasos. En el primero de ellos se busca restringir el acceso a los medios letales, entre ellos pueden estar las drogas, los objetos punzocortantes, medicamentos, etc.; en este paso se sugiere ayudar a que la persona identifique las señales de alerta de una posible crisis y por ende el momento para llevar a cabo el plan de seguridad. El segundo paso favorece la práctica de actividades o estrategias que hayan ayudado previamente a que la persona redujera su malestar y que además no impliquen generarse un daño, esto con la finalidad de reducir los factores que aumentan la vulnerabilidad emocional y aumentar la tolerancia al malestar; es importante

que las actividades elegidas realmente capten la atención de la persona y la distraigan de manera positiva. En el paso tres se busca que la persona identifique a su red de apoyo y pueda recurrir a ella con la finalidad de distraerse del malestar que está experimentando; es importante enfatizar que al hablar con esta red de apoyo trate de no abordar temas que se relacionen con aquello que detonó la crisis. El último paso consiste en brindar información sobre los servicios profesionales y de emergencia que pueden ayudar a la persona en el momento de la crisis; en el caso de Aguascalientes, se incluyen el teléfono de la Línea VIVE y el 911.

Una vez completada la revisión del plan de seguridad, se recomienda resolver dudas y generar un plan de acción para que la persona realmente pueda recurrir a utilizar estas estrategias. Es importante que las personas tengan el plan de seguridad a su alcance con la finalidad de que puedan llevarlo a cabo en cualquier momento que lo necesiten. Asimismo, para favorecer la puesta en práctica de estas estrategias, se sugiere realizar un juego de roles con la persona para que se vaya familiarizando con cada uno de los pasos y así aumentar la probabilidad de que recuerde utilizar el plan cuando ocurra una crisis o un momento de malestar muy intenso (Berardelli et al., 2021).

Para ir cerrando con este capítulo, se hablará de las sugerencias para la prevención del suicidio, tomando en cuenta lo revisado anteriormente, es decir, los factores de riesgo y protección, el espectro de la conducta suicida y la formulación del riesgo de suicidio.

Prevención del suicidio

Existen distintas estrategias para favorecer la prevención del suicidio, entre ellas se encuentran la implementación de programas de sensibilización y psicosociales, la restricción del acceso a medios letales y los tratamientos farmacológicos y psicológicos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con respecto a esto último, se recomienda que las intervenciones psicológicas incluyan el abordaje de la conducta suicida y de los trastornos subyacentes como el consumo de sustancias, la ansiedad y la depresión (D'Anci et al., 2019). Además, se sugiere que al llevar a cabo un programa psicológico para la prevención del suicidio, se genera un impacto positivo sobre salud mental de los participantes debido a que se promueve la integración social, las estrategias de afrontamiento adaptativas y la búsqueda de ayuda, lo cual a su vez puede disminuir el riesgo de suicidio (Wasserman et al., 2021).

Para poder favorecer la reducción del riesgo de suicidio, se recomienda que en los programas de intervención psicológica se fortalezcan los factores de protección. Algunos de los factores de protección que se pueden trabajar dentro de un programa de intervención para la reducción del riesgo suicida son: las estrategias de afrontamiento adaptativas, las habilidades para la resolución de problemas, la consciencia emocional, el autocontrol y la toma de decisiones a través de estrategias como la atención plena, la regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar (Asarnow et al., 2021; Torok et al., 2019). De igual manera, se pueden implementar estrategias como la psicoeducación para que las personas noten el impacto de las conductas problemáticas y los beneficios de sustituir estas conductas por estrategias adaptativas, con la finalidad de aumentar la probabilidad de que utilicen estas habilidades en su vida cotidiana (Asarnow y Mehlum, 2019).

Como se revisó a lo largo de este capítulo, el suicidio, especialmente en la población adolescente, es una de las principales causas de mortalidad en México y a nivel mundial. En este capítulo se identificó que la conducta suicida es un fenómeno complejo resultado de la interacción de factores de riesgo y protección, además, se destacó la importancia de la

evaluación del riesgo de suicidio y la planificación de estrategias de intervención. Para poder abordar esta problemática se requiere fortalecer las estrategias de afrontamiento y favorecer la reducción de los factores de riesgo; es por ello que en el siguiente capítulo se revisará la atención plena, la cual se propone como una estrategia de afrontamiento que busca reducir tanto el riesgo de suicidio como el deseo por la droga (abordado en el capítulo anterior).



Atención plena: fundamentos, ejercicios formales e informales y beneficios de la práctica

La atención plena es la consciencia que surge al prestar atención de manera intencionada al momento presente y sin emitir juicios sobre la experiencia (Kabat-Zinn, 2003). A través de la atención plena, la persona puede favorecer la claridad y la vivacidad de la experiencia mejorando su funcionamiento actual (Brown y Ryan, 2003). La práctica de la atención plena tiene su origen en las tradiciones budistas las cuales la consideran una filosofía de vida y un medio para la reducción del sufrimiento personal (Barceló-Soler et al., 2018; Silananda, 1990).

En el año de 1979 un médico llamado Jon Kabat-Zinn buscó aplicar sus conocimientos teórico-prácticos sobre esta tradición budista, creando un programa que revisaremos más adelante, cuya finalidad es trabajar en la aceptación de las experiencias dolorosas y los pensamientos que surgen en torno a ella (Kabat-Zinn, 2024). Es así como la atención plena comienza a emplearse como una herramienta psicológica que enfatiza la aceptación y el aumento de la habilidad para afrontar la angustia emocional y el comportamiento desadaptativo (Bishop et al., 2004).

Barceló-Soler et al. (2018), proponen que la atención plena como estrategia terapéutica dentro de la psicología tiene cinco componentes fundamentales. El primero de ellos consiste en centrarse en el momento presente, viviendo cada experiencia como se va presentando, sin pensar en lo que ya pasó o lo que podría pasar. El segundo es la apertura a la experiencia y a los hechos, sin emitir juicios. El tercero implica la aceptación radical de las experiencias agradables y desagradables. El cuarto consiste en elegir enfocarse funcionalmente en las experiencias y por último, renunciar al control de reacciones,

emociones, sentimientos y pensamientos. Con respecto a lo anterior, se recomienda el uso de la respiración como un recurso para anclarse a la realidad y enfocarse en la experiencia actual de tal forma que los pensamientos, sentimientos y sensaciones puedan detectarse conforme surgen y a su vez puedan experimentarse sin juicios favoreciendo la apertura y la compasión (Bishop, 2004).

Atención plena formal e informal

Dentro de la psicología la práctica de la atención plena puede ser de dos tipos, formal e informal. La práctica meditativa o práctica formal busca ejercitar características de la atención, como darse cuenta de cuando la mente divaga, reorientar la atención al estímulo deseado las veces que sean necesarias, poder mantener la atención y aprender a ser consciente, teniendo apertura y aceptación de pensamientos, emociones o sensaciones corporales (Creswell, 2017). La práctica formal de la atención plena requiere establecer un tiempo específico para realizar los ejercicios los cuales suelen contar con la guía de un profesional, uno de los más empleados dentro de los programas de intervención es la autoexploración corporal.

La autoexploración corporal consiste en dirigir la atención de manera secuencial a las distintas partes del cuerpo desde la cabeza hasta los pies (Baer, 2003). Durante el ejercicio la persona irá notando sensaciones físicas como comezón, hormigueo, dolor, tensión, calor y frío, estas sensaciones pueden a su vez desencadenar pensamientos, emociones y juicios sobre la experiencia; estas sensaciones y experiencias internas se pueden llegar a clasificar en agradables, desagradables y neutras (Stahl y Goldstein, 2010).

Así también, como se mencionó previamente, un segundo tipo de atención plena es la práctica informal. La práctica informal de la atención plena consiste en generalizar las

habilidades desarrolladas en los ejercicios de atención plena formal aplicándolas en las actividades cotidianas (por ejemplo, comer, caminar, cocinar) y en la rutina de la persona a través de la apertura y un estado de consciencia en lo que implica llevar a cabo la actividad elegida (Birtwell et al., 2019; Hervás et al., 2016). Entre las estrategias que más empleadas dentro de los programas de intervención están el ejercicio DROP, uva pasa y RAIN; enseguida se dará una breve descripción de cada uno de ellos.

La estrategia DROP es un acrónimo, es decir, una palabra donde cada una de las letras es la inicial de otra palabra; la primera palabra es “Detenerse” y hace referencia a hacer una pausa antes de actuar por el impulso de acción que acompaña a una emoción. La segunda palabra es “Respirar” y consiste en hacer ciclos de respiración de manera profunda y consciente para dirigir la atención hacia esta actividad. Una vez que la persona se perciba con una mayor regulación el siguiente paso es “Observar” sus sensaciones, emociones y pensamientos sin juzgarlos. El último paso es “Proceder” en el cual la persona busca actuar de una forma consciente y libre de juicios (Allen et al., 2021; Norris et al., 2018).

Otra de las estrategias que más se incorporan en las intervenciones es el ejercicio uva pasa. Este ejercicio consiste en enfocar todos los sentidos en comer algún alimento o dulce; durante el ejercicio, se busca que la persona explore detenidamente aspectos como la textura, el aspecto, el olor, el sabor y las sensaciones físicas que experimenta al comer el alimento de manera consciente. Al poner en práctica esta estrategia se favorece la conciencia del momento presente en una actividad que en pocas ocasiones las personas realizan detenidamente, además suele utilizarse para redirigir la atención y desvincularse de patrones conductuales automáticos (Tapper, 2018).

El último ejercicio de atención plena informal que más se emplea es RAIN. Esta estrategia favorece la autocompasión debido a que permite reconocer sensaciones, pensamientos y emociones desagradables sin considerarlos una verdad absoluta y sin tener que actuar en función de ellos. El primer paso es “Reconocer” pensamientos, sentimientos y conductas que afectan a la persona, el segundo paso es “Aceptar” que los pensamientos, emociones, sentimientos o sensaciones que la persona ha identificado simplemente están ahí y no se tiene que luchar contra ellos. La siguiente palabra es “Investigar” y requiere que la persona se pregunte ¿Qué es lo que más requiere atención?, ¿Cómo está experimentando eso en su cuerpo?, ¿Qué creencias tiene?, ¿Qué significa eso? El último paso es “No identificarse” e implica que la persona no crea que aquello que piensa y siente en un momento de malestar la define (Brach, 2016).

Al generar un programa de intervención que incorpore la práctica de la atención plena, se sugiere que los ejercicios elegidos vayan en orden creciente de complejidad. Al iniciar con la práctica de atención plena, se recomienda elegir ejercicios que permitan que las personas trabajen en la consciencia de su cuerpo a través de la respiración y el mantenerse en el momento presente. Enseguida se sugiere trabajar en la consolidación de la consciencia plena sobre las sensaciones que se experimentan y el prestar atención al aquí y ahora. Al ir cerrando los programas, se considera pertinente elegir estrategias que favorezcan el identificar y aceptar las experiencias desagradables, sin reaccionar de manera desadaptativa, así como ejercicios que puedan favorecer la amabilidad, la autocompasión y el identificar sus valores (Bowen et al., 2011).

Para elaborar el manual de intervención de este proyecto de tesis, se eligieron estrategias de programas de intervención basados en atención plena que abordan variables

como las retomadas en este proyecto de tesis (deseo por la droga, riesgo suicida, ansiedad y depresión). Los programas de intervención revisados fueron, Prevención de Recaídas Basado en la Atención Plena ([MBRP] Bowen et al., 2011), Mejora de la Recuperación Orientada a la Atención Plena ([MORE] Garland et al., 2019), Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness ([MBSR] Kabat-Zinn, 1982) y Conciencia en la Terapia Orientada al Cuerpo ([MBAT] Price y Hooven, 2018), dichos programas se describen más adelante.

En el siguiente subtema se destacan las ventajas que pueden tener las personas que incorporan la práctica de la atención plena como una estrategia de afrontamiento, complementando los beneficios mencionados previamente.

Beneficios de la práctica de atención plena

Se identifica que las intervenciones basadas en atención plena son eficaces para abordar problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión, la ideación suicida, el estrés y el consumo de sustancias (Schmelefske et al., 2022). Este tipo de programas fomentan la aceptación como una estrategia de regulación emocional, el aumento de la flexibilidad cognitiva para resolver problemas y la empatía (Cueto y Torres, 2023). Además, la práctica de la atención plena puede ayudar a que las personas reduzcan su reactividad ante los pensamientos, sensaciones y emociones tanto agradables como desagradables fomentando el autocontrol y el autocuidado (Ryan y Deci, 2000). De igual manera, la práctica de la atención plena puede potenciar la atención sostenida, el rendimiento de la memoria de trabajo y el tener apertura a las experiencias (Creswell, 2017).

Con respecto al consumo de sustancias, los ejercicios de atención plena fomentan la consciencia del actuar impulsivo que lleva a la búsqueda de la droga. Esta atención al momento presente ayuda a que la persona identifique los estímulos desencadenantes de su

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

deseo de consumir y a que logre generar planes de acción que impliquen el uso de estrategias de afrontamiento positivas (Bowen et al., 2011). Asimismo, la atención plena como una estrategia de afrontamiento busca reducir la reactividad al estrés, los pensamientos automáticos y las sensaciones desagradables relacionadas con el deseo por la droga y el proceso de recaída, fomentando la aceptación y el reorientarse (Baldus et al., 2018; Li et al., 2017).

Para continuar revisando las ventajas de la práctica de atención plena, enseguida se describirán los programas de intervención mencionados anteriormente destacando sus objetivos así como los cambios que se generaron en sus participantes.

Programas de intervención basados en atención plena

La primera intervención psicológica basada en atención plena es un tratamiento grupal, conocido como Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor las enfermedades crónicas y el dolor (Kabat-Zinn, 2003). El programa consiste en ocho sesiones semanales de dos horas y media, las cuales buscan aumentar la capacidad para prestar atención a los distintos aspectos de la experiencia interna y externa (Kabat-Zinn, 1982). En las sesiones se practican estrategias como la autoexploración corporal, caminar consciente y alimentación consciente (Barceló-Soler et al., 2018). Al concluir las sesiones se identificó una reducción en el dolor crónico y la imagen corporal negativa, menores alteraciones del estado de ánimo y reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva.

Con respecto al abordaje terapéutico del consumo de sustancias, se han desarrollado varias intervenciones basadas en atención plena diseñados específicamente para el TUS. Las intervenciones para el TUS abordan los factores de mantenimiento como el *craving* y la

impulsividad, a través de la observación sin prejuicios de los pensamientos, emociones y sensaciones (Korecki et al., 2020).

Uno de los programas para el abordaje del consumo de sustancias es la Conciencia en la Terapia Orientada al Cuerpo (MBAT) el cual tiene por objetivo el desarrollo de habilidades para identificar las señales corporales internas y favorecer su regulación. Este programa consiste en ocho sesiones semanales de una hora y media las cuales se llevan a cabo en formato grupal; en el programa se busca desarrollar la consciencia plena para facilitar el mantenerse en el momento presente con apertura, curiosidad y autocompasión (Price y Hooven, 2018). Entre los beneficios de este programa se encuentran la reducción del patrón de consumo de sustancias, la sintomatología depresiva, el estrés, los síntomas físicos de malestar y la disociación (Price et al., 2019).

Otro de los programas revisados es la Mejora de la Recuperación Orientada a la Atención Plena (MORE) que incorpora la práctica de estrategias como, la psicoeducación y los ejercicios experienciales para abordar factores que sustentan los comportamientos adictivos y el dolor crónico (McClintock y Marcus, 2021). El objetivo de esta intervención es facilitar la reestructuración de las experiencias y la regulación de emociones desagradables (Garland et al., 2019). El tratamiento consiste en ocho sesiones semanales con una duración de dos horas cada una las cuales se realizan en formato grupal. Algunos de los efectos de esta intervención son mayor consciencia del dolor o las señales relacionadas con la adicción, una mejor capacidad para sobrellevar las emociones desagradables, una mayor flexibilidad psicológica y un aumento en la capacidad para replantearse los pensamientos desadaptativos (Korecki et al., 2020).

El último programa retomado es la Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (MBRP) el cual busca reducir el riesgo y la gravedad de las recaídas en el consumo. La intervención promueve planes de acción y el mantenimiento del cambio; se administra en un formato grupal en ocho sesiones de tratamiento semanales con una duración de dos horas cada una (Baer, 2003; McClintock y Marcus, 2021). A los participantes se les enseñan prácticas como la autoexploración corporal, uva pasa, meditación sentado, caminar consciente, movimiento consciente y aceptación (Barceló-Soler et al., 2018). Las prácticas que forman parte del programa tienen como objetivo aumentar la conciencia de las señales internas y externas asociadas con el consumo de sustancias y consolidar los progresos conseguidos en el tratamiento promoviendo un estilo de vida responsable (Bowen et al., 2011).

Aunado a lo anterior, una intervención reciente para el abordaje del consumo de sustancias es el programa de intervención de Barrera et al. (2021). En este programa se incluyó a cuatro participantes de sexo masculino de 18 a 35 años, que acudían de manera ambulatoria a un centro residencial. Se llevaron a cabo nueve sesiones de tratamiento grupal con una duración de dos horas cada una; en las sesiones se psicoeduca sobre los efectos del consumo de sustancias y el concepto de atención plena, la aplicación de la atención plena en la vida cotidiana, el desarrollo de hábitos saludables y sugerencias para continuar con la práctica de atención plena al finalizar el tratamiento. Se encontraron cambios significativos posteriores al tratamiento en la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa y la frecuencia de consumo, además las recaídas fueron esporádicas y menores al patrón usual de consumo previo al tratamiento.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Como se destacó anteriormente, las intervenciones basadas en atención plena suelen llevarse a cabo en formato grupal donde se sugiere incluir de 6 a 15 participantes (Barceló-Soler et al., 2018; Korecki et al., 2020). En el siguiente subtema se hablará sobre lo que implica para los participantes el acudir a un tratamiento que se realiza en grupo.

Psicoterapia grupal

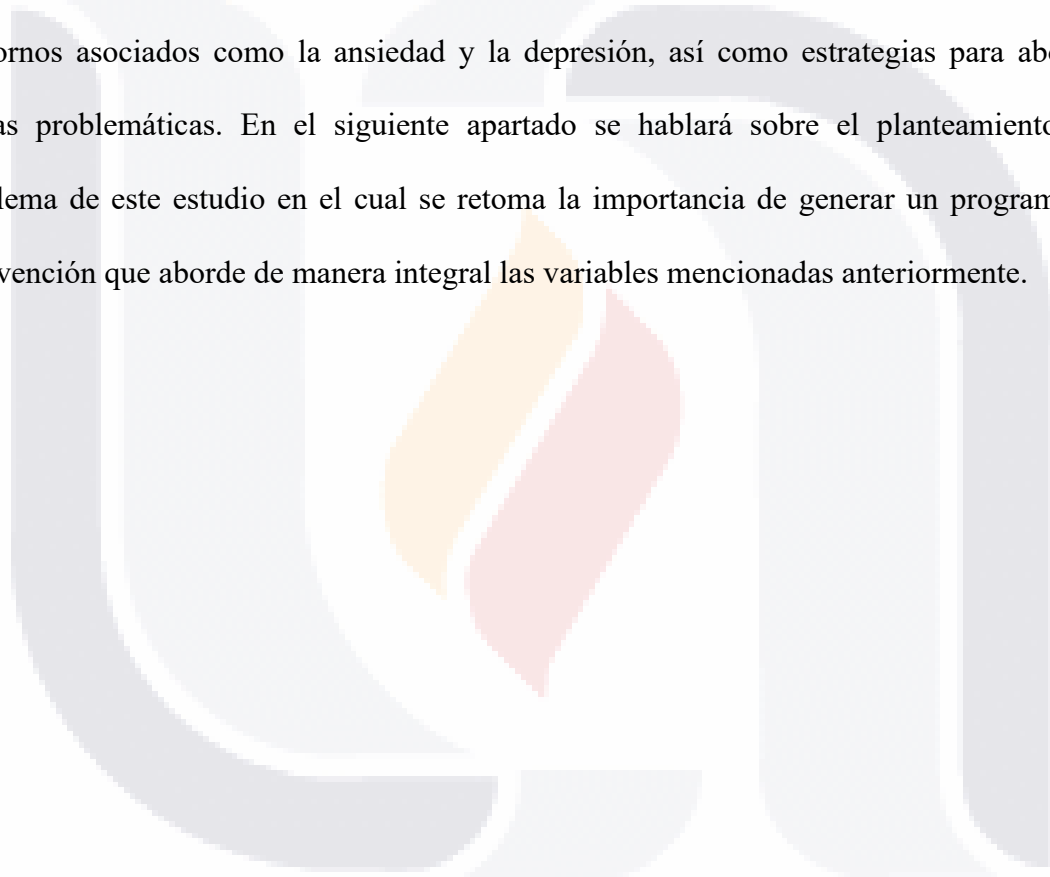
La terapia de grupo es tan funcional como la terapia individual para abordar diversas problemáticas, además puede ser más eficiente en cuestión de tiempo y costos ya que un solo terapeuta puede trabajar con más de dos personas a la vez (Mashinter, 2020; Pappas, 2023). Así también, la revisión de Rosendahl et al. (2021) sugiere que la terapia grupal es eficaz para el abordaje de la depresión y ansiedad, los trastornos bipolares, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos por consumo de sustancias y el dolor crónico.

Aunado a lo anterior, en la psicoterapia grupal se favorecen el sentido de pertenencia y la universalidad. El sentido de pertenencia surge gracias a que lo largo de las sesiones de tratamiento los participantes se van sintiendo incluidos y aceptas dentro de la dinámica del grupo y tienen la oportunidad de poner en práctica sus habilidades para interactuar con los otros. Por su parte, la universalidad se refiere a darse cuenta de que los demás miembros del grupo pueden estar pasando o haber pasado por experiencias similares a las que se llegan a compartir dentro de las sesiones, esto ayuda a que se pueda generar empatía y apoyo social al notar que no están solos en ello (Marmarosh et al., 2022).

Por último, se considera que la terapia grupal ayuda a que los participantes ejerciten la expresión de emociones y la validación de estas. A lo largo de las sesiones, los participantes pueden ir trabajando en identificar, aceptar y expresar sus emociones, sin juzgarse a sí

mismos y sin sentirse juzgados por los demás miembros del grupo, lo cual favorece a su vez la regulación emocional. Cabe mencionar que dentro del trabajo con grupos es importante resaltar que la participación es totalmente voluntaria y que debe existir un ambiente de respeto por lo que las personas van compartiendo (Asano et al., 2022).

A lo largo de estos capítulos se revisaron las variables de interés para este proyecto de tesis, entre ellas el deseo por el consumo de metanfetamina, el riesgo de suicidio, los trastornos asociados como la ansiedad y la depresión, así como estrategias para abordar dichas problemáticas. En el siguiente apartado se hablará sobre el planteamiento del problema de este estudio en el cual se retoma la importancia de generar un programa de intervención que aborde de manera integral las variables mencionadas anteriormente.



Planteamiento del problema

El consumo de metanfetamina se ha convertido en un problema de salud pública, debido a su potencial adictivo y al aumento en la producción y tráfico de esta sustancia. CONASAMA (2023) señala que los estimulantes de tipo anfetamínico, entre ellos la metanfetamina, se encuentran dentro de las sustancias que más se consumen en nuestro país. Con respecto a esto último, en México en el 2020 el consumo de metanfetamina fue similar al consumo de tranquilizantes, opioides y cocaína y se aumentó la demanda de tratamiento para el abuso de esta sustancia de 14.5 % en 2017 a 30.3 % en 2020 (Menció, 2023). En los siguientes años esta cifra fue aumentando, las solicitudes incrementaron 218% entre 2017 y 2022, además, se reportó que 21 estados de la república reportaron la presencia de casos de consumo de esta sustancia en 2022 (Naciones Unidas).

El consumo de metanfetamina ha resultado problemático por las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que implica para los usuarios, especialmente para la población adolescente. Entre las consecuencias del consumo durante la adolescencia se encuentran la ansiedad, la depresión, la conducta impulsiva; estas variables junto con el consumo de la sustancia pueden incrementar el riesgo de suicidio (Martínez et al., 2023; Mestre y Tirado, 2017). El considerar la presencia de estas variables dentro del consumo de sustancias y el riesgo de suicidio aporta información necesaria para la comprensión de la etiología, así como para el desarrollo de mejores estrategias de prevención y tratamiento de los trastornos mentales (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015).

En nuestro estado la metanfetamina se ha convertido en la principal droga de impacto con un 70.1% de los casos reportados en 2023. En una muestra, el 23.3% de los consumidores de cristal que se encuentran en centros residenciales de Aguascalientes manifiestan síntomas depresivos, de ellos, el 65% presenta ideación suicida, el 46% planeación suicida y el 43%

intento suicida (Martínez et al., 2023). Estos datos permiten identificar el panorama actual de la problemática a abordar, ya que muestran que la población consumidora de sustancias presenta diversas sintomatologías, las cuales no siempre son atendidas de manera integral.

La comorbilidad entre el consumo de sustancias y los trastornos como la depresión y ansiedad deteriora de manera significativa la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial del individuo. Esto puede provocar un incremento en: la gravedad de la adicción y de la sintomatología depresiva y/o ansiosa comórbida; la conducta suicida, específicamente la ideación y el suicidio consumado; las recaídas en el consumo; los tratamientos incompletos; la conducta violenta, delictiva y criminal; los problemas de ajuste social, laboral y escolar (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015). Existe evidencia suficiente que señala que las personas con comorbilidad requieren una atención integral e interdisciplinaria que atienda ambas condiciones.

La mayor parte de las instituciones públicas y privadas otorgan una atención seriada o paralela poco eficaz y muy costosa, favoreciendo un incremento del riesgo de recaída y la tasa de abandono de tratamiento y mala praxis por parte de los profesionales (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015). Se sugiere que en México, los lugares destinados a la atención de los usuarios con comorbilidad no alcanzan a cubrir la gran demanda que se presenta; lo anterior visibiliza la necesidad de incrementar el presupuesto que se le destina a las instituciones que brindan la atención de manera gratuita y la preparación del personal que labora en ellas (Marín-Navarrete et al., 2016).

El problema identificado se traduce en la ausencia de un tratamiento que aborde de manera conjunta el consumo de metanfetamina y la comorbilidad entre la depresión y/o ansiedad, tomando en cuenta su incidencia en la conducta suicida, para usuarios que se

acercan a recibir atención a los centros residenciales de nuestra ciudad. Es por ello que la relevancia de este estudio es tanto social como práctica.

El carácter social hace referencia a atender la problemática del consumo de metanfetamina en nuestro estado en un grupo poblacional vulnerable como son los adolescentes, cuyo consumo implica consecuencias como el abandono escolar, la ausencia de estrategias de afrontamiento adaptativas, la dificultad para la toma de decisiones conscientes, la impulsividad y desregulación emocional. El carácter práctico radica en el hecho de que al generar este programa de intervención se buscó favorecer los factores de protección ante el consumo de esta sustancia, como el autocontrol y el aprendizaje y práctica de nuevas estrategias de afrontamiento.

Aunado a lo anterior, el desarrollo y aplicación de esta intervención fue viable gracias a que la población con la que se trabajó se encontraba dentro de un centro residencial donde se permite el acceso a los profesionales que buscan brindar atención a los adolescentes. Además, los facilitadores involucrados en la revisión y aplicación del programa de intervención cuentan con una formación relacionada con el abordaje del consumo de sustancias, el riesgo suicida y las intervenciones basadas en la atención plena.

Retomando esto último, el tratamiento se realizó incorporando la práctica de la atención plena formal e informal como estrategia de afrontamiento. Se eligió incorporar la atención plena debido a que las intervenciones han reportado efectos positivos sobre la regulación emocional (Hoppes, 2006) y la reducción de la impulsividad asociada con problemas de uso de sustancias (Murphy y Mackillop, 2012). Además, varios estudios reportan que los pacientes que consumen sustancias tienden a mostrar un menor uso de estrategias de afrontamiento adaptativo en comparación con la población no consumidora

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(Coriale et al., 2012; Marquez-Arrico et al., 2015; Pence et al., 2008). Asimismo, se identifica una relación entre el uso de estrategias de afrontamiento adaptativo y un menor consumo de sustancias, mejor adherencia al tratamiento (Chung et al., 2001; Forsys et al., 2007; Hasking et al., 2011) y menores tasas de recaída (Anderson et al., 2006; Kiluk et al., 2011).

Con base a lo anterior, la pregunta de investigación es ¿El programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento favorece la reducción del deseo por la droga y el riesgo suicida, así como las variables asociadas como la ansiedad y la depresión en adolescentes consumidores de metanfetamina?

Objetivos

Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es determinar el efecto de un programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento para la reducción del deseo por la droga y riesgo suicida, así como en variables asociadas como la ansiedad y la depresión, en adolescentes consumidores de metanfetamina.

Objetivos Específicos

Comparar el deseo por la metanfetamina antes, durante y después del programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento.

Comparar el riesgo suicida antes y después del programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento.

Comparar la sintomatología ansiosa antes y después del programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento.

Comparar la sintomatología depresiva antes y después del programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento.

Método

Hipótesis nula

El deseo por la droga, el riesgo suicida y las variables asociadas como la ansiedad y la depresión en adolescentes que consumen metanfetamina son iguales después de la aplicación del programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento.

Hipótesis alternativa

El deseo por la droga, el riesgo suicida y las variables asociadas como la ansiedad y la depresión en adolescentes que consumen metanfetamina son menores después de la aplicación del programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento.

Hipótesis de trabajo

El programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento reducirá el deseo por la droga y el riesgo suicida, así como las variables asociadas como la ansiedad y la depresión, en adolescentes que consumen metanfetamina.

Variables

- Independiente: Programa de intervención grupal basado en atención plena.
- Dependientes: Deseo por la metanfetamina, riesgo suicida, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva.

Participantes

Adolescentes de 12 a 18 años que se encuentren en centros residenciales y cuya droga de impacto sea la metanfetamina.

Criterios de inclusión

Adolescentes de 12 a 18 años que se encuentren en centros residenciales, que hayan ingresado en máximo cuatro meses antes del inicio de la evaluación, que reporten la metanfetamina como su droga de impacto y que presenten un riesgo suicida bajo, moderado o alto y ansiedad y depresión mínima, leve o moderada, o bien que presenten ansiedad y depresión severas y se encuentren recibiendo tratamiento psiquiátrico y/o atención psicológica individual.

Criterios de exclusión

- Participantes mayores de 18 años que se encuentren en el centro residencial.
- Participantes que se encuentren en el centro residencial cuya droga de impacto sea distinta a la metanfetamina o que estén por alguna problemática distinta al consumo de drogas.
- Participantes que no presenten riesgo suicida bajo, moderado o alto.
- Participantes que presenten un riesgo suicida inminente.
- Participantes que no presenten ansiedad y depresión mínima, leve o moderada.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Participantes que presenten ansiedad y depresión severas y no se encuentren en tratamiento psiquiátrico y/o atención psicológica individual.
 - Participantes que hayan recibido algún programa de prevención o intervención por parte del equipo de investigación.

Escenario

La intervención se llevó a cabo en el auditorio de un centro residencial de mujeres en la ciudad de Aguascalientes.

Diseño

Se realizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas, con tres momentos de medición (Ato et al., 2013). Este diseño permite medir las variables en dos o más puntos del tiempo de uno o varios grupos no aleatorizados, es útil para estudiar el crecimiento y los procesos de cambio (Bono, 2012).

Instrumentos

- Formato de jueceo para evaluar el manual del programa de intervención: Es un documento elaborado para evaluar la pertinencia del manual de intervención. Contiene tres indicadores para evaluar el manual de forma general y 11 indicadores para evaluar cada una de las sesiones de intervención; la valoración consiste en una escala Likert de cinco puntos: 1) Nada pertinente, 2) Poco pertinente, 3) Medianamente pertinente, 4) Pertinente y 5) Muy pertinente.
- Autorregistro de deseo por la droga (Martínez et al., 2012): Es un autoinforme adaptado del Programa de Intervención Breve para Adolescentes donde se identifican

la frecuencia en que la persona presenta deseo por la droga y la intensidad con la que se presentó ese deseo.

- ASQ MODORIS: es una herramienta de tamizaje, generada por la Secretaría de Salud, que permite realizar una evaluación rápida y sencilla del riesgo suicida (Vázquez, 2022) y clasificarlo en riesgo bajo, moderado, alto e inminente.
- Inventario de Ansiedad de Beck ([BAI] Beck et al., 1988; adaptación a población mexicana Robles et al., 2001): es un instrumento que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad en la última semana; está constituido por 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta (en absoluto, leve, moderada y severamente). El puntaje total se obtiene con la sumatoria de los 21 ítems, cada ítem se evalúa en una escala de cuatro puntos (de 0 a 3); el puntaje total puede oscilar entre 0 y 63 puntos. De 0-5 puntos la sintomatología ansiosa se considera mínima, de 6-15 leve, de 16-30 moderada y de 31-63 severa. La adaptación a población mexicana mostró una consistencia interna alta, medida por el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.
- Inventario de Depresión de Beck ([BDI-II] Beck et al., 1996; adaptación a población mexicana Jurado et al., 1998): es un instrumento que evalúa la presencia de sintomatología depresiva en la última semana; cuenta con 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. De 0-9 puntos la sintomatología depresiva se considera mínima, de 10-16 leve, de 17-29 moderada y de 30-63 severa. La adaptación a población mexicana mostró una consistencia interna alta, medida por el coeficiente alfa de Cronbach de 0.87.

Procedimiento

Para poder iniciar este proyecto, se elaboró el manual del programa de intervención grupal (Anexo 1) tomando en cuenta estrategias incluidas en los programas basados en atención plena MBSR (Kabat-Zinn, 1982), MBAT (Price y Hooven, 2018), MORE (Garland et al., 2019) y MBRP (Bowen et al., 2011); las prácticas de atención plena formal e informal elegidas fueron: contar la respiración, el ejercicio DROP (Detenerse, Respirar, Observar y Proceder), observar la respiración mientras se escucha música, la autoexploración corporal, el ejercicio RAIN (Reconocer, Aceptar, Investigar y No identificarse), uva pasa, el ejercicio ser como un árbol y el ejercicio el recuerdo dulce. El programa de intervención incluyó seis sesiones semanales en formato grupal con una duración aproximada de 120 minutos cada una.

La propuesta de intervención fue enviada al comité de ética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes para su revisión en noviembre de 2023. El comité de ética emitió su dictamen aprobatorio el 12 de febrero de 2024 con el número de oficio COB-UAA/02/2024. Una vez que se obtuvo la aprobación del comité de ética, se elaboró un formato de Word para poder llevar a cabo el jueceo (Anexo 2), el cual incluyó: una breve descripción del programa de intervención y los objetivos del mismo; indicadores para evaluar la intervención en sus apartados generales en una escala que va desde 1- Nada pertinente hasta 5- Muy pertinente, los cuales fueron el objetivo general del programa, la cantidad de sesiones y la pertinencia de los procesos de evaluación; indicadores para evaluar cada una de las sesiones en una escala que va desde 1- Nada pertinente hasta 5- Muy pertinente, con respecto al título de la sesión, la pertinencia y claridad del objetivo de la sesión, la pertinencia de la duración de la sesión, la pertinencia y claridad de los materiales empleados, la claridad

del procedimiento, la pertinencia y suficiencia de las actividades, la evaluación del cumplimiento de los objetivos y las consideraciones éticas.

Para comenzar con el jueceo del manual de intervención, se contactó por correo electrónico a cuatro jueces expertos en intervenciones basadas en atención plena, en la atención de la problemática de consumo de drogas y/o en trabajo con los centros residenciales para invitarlos a que evaluaran la pertinencia del programa de intervención, cabe mencionar que los jueces que participaron no formaban parte del comité tutorial. Después de que confirmaran su participación, se les enviaron por ese mismo medio, el manual del programa de intervención y el formato de jueceo con las instrucciones y la fecha límite para el envío; la recepción del formato fue en marzo de 2024.

El formato del jueceo arrojó resultados tanto cuantitativos como cualitativos. Para analizar los resultados cuantitativos, se tomó en cuenta la propuesta de Hernández-Nieto (2011) para obtener el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) de la intervención; para ello, primeramente se vaciaron los puntajes otorgados por cada uno de los jueces para cada indicador tanto general como los de cada una de las sesiones; posteriormente se obtuvo el promedio por indicador de los puntajes asignados por los expertos, se dividió entre cinco de acuerdo a lo propuesto por el autor y al resultado se le restó un valor correspondiente a la probabilidad de que la concordancia entre los jueces sea aleatoria.

Por otro lado, los resultados cualitativos hacen referencia a las sugerencias otorgadas por cada uno de los jueces para los aspectos generales del manual y para cada una de las sesiones de intervención; se buscó atender a cada una de ellas para complementar el programa de intervención. Cabe mencionar que los resultados tanto cuantitativos como cualitativos se encuentran más adelante.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Después de hacer las modificaciones necesarias al manual, dio inicio la aplicación de este. El programa de intervención constó de cuatro etapas: 1) Detección de casos, 2) Evaluación pretratamiento, 3) Tratamiento y 4) Seguimiento. Es necesario destacar que la investigación contó con tres momentos de evaluación: al inicio, donde se evaluaron la frecuencia del deseo por la droga, el nivel de riesgo de suicidio y la sintomatología ansiosa y depresiva para corroborar que las participantes cumplan con los criterios de inclusión; durante las sesiones de intervención, donde se evaluó la frecuencia en la que las participantes presentaron deseo por la metanfetamina; en el seguimiento, donde se evaluaron la frecuencia del deseo por la droga, el nivel de riesgo de suicidio y la sintomatología ansiosa y depresiva

Con respecto a la primera fase, se realizó el contacto con la pastora encargada del albergue Agua Viva. En ese primer contacto se le mencionaron los objetivos de la intervención y la forma en que se trabajaría con las participantes, esto con la finalidad de obtener su autorización y poder detectar a los posibles casos. El 20 de marzo de 2024 los facilitadores del programa de intervención acudieron al albergue para comenzar con la evaluación de las participantes referidas por los encargados del centro; al momento de la evaluación, el centro contaba con 24 menores de 18 años y con una joven de 26 años.

La evaluación inicial se realizó a nueve participantes que cumplían con los criterios de ser menores de edad, no haber participado en algún taller impartido por el equipo de investigación, haber ingresado en máximo cuatro meses previos a la evaluación y haber consumido metanfetamina, de igual manera, se les explicó en qué consistían las sesiones de intervención y se firmó el consentimiento informado (Anexo 3).

La aplicación de las sesiones de intervención comenzó el 03 de abril de 2024 con ocho participantes. Como se mencionó anteriormente, la evaluación se realizó a nueve

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

jóvenes, sin embargo, al comenzar con el tratamiento, una de ellas ya había salido del centro residencial. En el grupo de tratamiento se incluyeron a dos facilitadores, uno de ellos fue el encargado de dirigir las actividades de cada sesión, explicar las estrategias revisadas y retroalimentar las participaciones de los adolescentes; por su parte, el segundo facilitador participaba en las actividades y ponía en práctica junto con los adolescentes las estrategias de atención plena con la finalidad de compartirles su experiencia y enriquecer las participaciones, de igual manera, se le capacitó para brindar atención en crisis de manera individual a los participantes que lo llegaran a requerir, cabe mencionar que ningún participante entró en crisis durante las sesiones de tratamiento.

Las sesiones de intervención concluyeron el 08 de mayo de 2024. De las ocho jóvenes que iniciaron las sesiones de intervención, tres de ellas salieron del centro residencial y no pudieron concluir con el tratamiento y una de ellas concluyó las sesiones de tratamiento pero no acudió al seguimiento. Dos semanas después de la última sesión de intervención se realizó una sesión de seguimiento en la cual se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación mencionados anteriormente. A continuación se menciona la forma en la que se analizaron los datos de las evaluaciones y más adelante se presentan los resultados de cada una de las participantes.

Análisis de los datos

El análisis de los datos obtenidos se realizó con el Software JASP versión 0.19.1. Para las medidas pre-post se realizó la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon y para las medidas repetidas la prueba no paramétrica de Friedman.

Consideraciones éticas

Para constatar que en el proyecto se incluyeran las consideraciones éticas necesarias, se envió el protocolo de investigación junto con el manual del programa de intervención para su revisión y aprobación por parte del comité de ética de la Universidad Autónoma de Aguascalientes con el número de oficio COB-UAA/02/2024.

El proyecto cumplió con los siguientes aspectos éticos propuestos en el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010): el facilitador principal del proyecto contaba con la formación para dirigir la intervención propuesta (artículo 30) y brindó capacitación y supervisión al facilitador de apoyo (artículo 34); se mantuvo la confidencialidad de los datos de los participantes (artículo 61) y al presentar los resultados en este documento se guardó la información que pudiera identificarlos (artículo 68); se obtuvo el consentimiento informado (artículo 118) y se les explicó a los participantes y a la encargada del centro residencial en qué consistía el programa de intervención (artículo 124); se promovió el bienestar de los participantes (artículo 49) y se tomó en cuenta su escolaridad al momento de elaborar los materiales y las actividades de tal forma que fueran útiles y entendibles (artículo 50).

Resultados

Resultados del jueceo del manual de intervención

Como se mencionó en el procedimiento, para poder iniciar la aplicación del programa, el manual de intervención fue evaluado por cuatro jueces expertos para poder validar su contenido y estructura. Para realizar la evaluación, se les proporcionó una escala de tipo Likert de cinco puntos y se brindó un espacio para incluir sugerencias. A continuación, en la Tabla 1 se muestran los resultados cuantitativos de los indicadores correspondientes a la evaluación general de la intervención.

Siguiendo la propuesta de Hernández-Nieto (2011), los puntos de referencia para interpretar el CVC son los siguientes: a) Menor que .60, validez y concordancia inaceptables; b) Igual o mayor de .60 y menor o igual que .70, validez y concordancia deficientes; c) Mayor que .71 y menor o igual que .80, validez y concordancia aceptables; d) Mayor que .80 y menor o igual que .90, validez y concordancia buenas y e) Mayor que .90, validez y concordancia excelentes.

Tabla 1

Índices de validez de contenido de los indicadores generales de la intervención

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del objetivo general de la intervención	4	0.8	0.00032	0.7997
2. Pertinencia de la cantidad de sesiones	4	0.8	0.00032	0.7997
3. Pertinencia de los procesos de evaluación inicial y final de la intervención	4	0.8	0.00032	0.7997

Nota: Mx es el promedio de los puntajes; CVC_i es el Coeficiente de Validez de Contenido por cada uno ítems; P_{ei} es la probabilidad de la concordancia aleatoria entre los Jueces; CVC_{Tc} es el Coeficiente de Validez de Contenido Total Corregido.

Como se puede observar, el CVC de los tres indicadores para la intervención general es aceptable, por lo tanto, se buscó atender a las sugerencias brindadas por los expertos para fortalecer los aspectos generales del manual. En el caso del indicador correspondiente a la cantidad de sesiones, no se consideró pertinente agregar más sesiones al tratamiento debido a que por la logística que lleva el centro residencial, era muy probable que las participantes fueran concluyendo con su estancia y por ende abandonarían el programa de intervención.

Aunado a lo anterior, los jueces evaluaron cada una de las sesiones considerando los indicadores que se presentan a continuación utilizando la misma escala tipo Likert y brindando sugerencias específicas para mejorar el tratamiento. En las Tablas 2, 3, 4, 5, 6 y 7 se encuentran los resultados del CVC para cada una de las sesiones.

Tabla 2

Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 1

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del título de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
2. Pertinencia del objetivo de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
3. Claridad del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497
4. Pertinencia de la duración de la sesión	3.75	0.75	0.00032	0.7497
5. Pertinencia de los materiales a utilizar	4.5	0.9	0.00032	0.8997
6. Claridad de los materiales a utilizar	4.5	0.9	0.00032	0.8997
7. Claridad del procedimiento	4	0.8	0.00032	0.7997
8. Pertinencia de las actividades	4.5	0.9	0.00032	0.8997
9. Suficiencia de las actividades	3.75	0.75	0.00032	0.7497
10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
11. Consideración de principios éticos	4.75	0.95	0.00032	0.9497

Tabla 3

Índices de validez de contenido de los indicadores de la sesión 2

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del título de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
2. Pertinencia del objetivo de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
3. Claridad del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
4. Pertinencia de la duración de la sesión	3.75	0.75	0.00032	0.7497
5. Pertinencia de los materiales a utilizar	4.75	0.95	0.00032	0.9497
6. Claridad de los materiales a utilizar	4.5	0.9	0.00032	0.8997
7. Claridad del procedimiento	4.5	0.9	0.00032	0.8997
8. Pertinencia de las actividades	4.5	0.9	0.00032	0.8997
9. Suficiencia de las actividades	4	0.8	0.00032	0.7997
10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497
11. Consideración de principios éticos	4.75	0.95	0.00032	0.9497

Tabla 4

Índices de validez de contenido de los indicadores de la Sesión 3

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del título de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
2. Pertinencia del objetivo de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
3. Claridad del objetivo de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
4. Pertinencia de la duración de la sesión	3.75	0.75	0.00032	0.7497
5. Pertinencia de los materiales a utilizar	4.25	0.85	0.00032	0.8497
6. Claridad de los materiales a utilizar	4.25	0.85	0.00032	0.8497
7. Claridad del procedimiento	4.25	0.85	0.00032	0.8497
8. Pertinencia de las actividades	4.25	0.85	0.00032	0.8497

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
9. Suficiencia de las actividades	4	0.8	0.00032	0.7997
10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497
11. Consideración de principios éticos	4.75	0.95	0.00032	0.9497

Tabla 5

Índices de validez de contenido de los indicadores de la Sesión 4

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del título de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
2. Pertinencia del objetivo de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
3. Claridad del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497
4. Pertinencia de la duración de la sesión	4	0.8	0.00032	0.7997
5. Pertinencia de los materiales a utilizar	4	0.8	0.00032	0.7997
6. Claridad de los materiales a utilizar	4.25	0.85	0.00032	0.8497
7. Claridad del procedimiento	4.25	0.85	0.00032	0.8497
8. Pertinencia de las actividades	3.75	0.75	0.00032	0.7497
9. Suficiencia de las actividades	3.75	0.75	0.00032	0.7497
10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497
11. Consideración de principios éticos	4.75	0.95	0.00032	0.9497

Tabla 6

Índices de validez de contenido de los indicadores de la Sesión 5

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del título de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
2. Pertinencia del objetivo de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
3. Claridad del objetivo de la sesión	4.5	0.9	0.00032	0.8997
4. Pertinencia de la duración de la sesión	4	0.8	0.00032	0.7997
5. Pertinencia de los materiales a utilizar	4.75	0.95	0.00032	0.9497
6. Claridad de los materiales a utilizar	4.5	0.9	0.00032	0.8997
7. Claridad del procedimiento	4.25	0.85	0.00032	0.8497
8. Pertinencia de las actividades	4.5	0.9	0.00032	0.8997
9. Suficiencia de las actividades	4.25	0.85	0.00032	0.8497
10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
11. Consideración de principios éticos	4.75	0.95	0.00032	0.9497

Tabla 7

Índices de validez de contenido de los indicadores de la Sesión 6

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
1. Pertinencia del título de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
2. Pertinencia del objetivo de la sesión	4.75	0.95	0.00032	0.9497
3. Claridad del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497

Indicador	Mx	CVC_i	P_{ei}	CVC_{Tc}
4. Pertinencia de la duración de la sesión	3.5	0.7	0.00032	0.6997
5. Pertinencia de los materiales a utilizar	4.25	0.85	0.00032	0.8497
6. Claridad de los materiales a utilizar	4.5	0.9	0.00032	0.8997
7. Claridad del procedimiento	4	0.8	0.00032	0.7997
8. Pertinencia de las actividades	4.25	0.85	0.00032	0.8497
9. Suficiencia de las actividades	4	0.8	0.00032	0.7997
10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión	4.25	0.85	0.00032	0.8497
11. Consideración de principios éticos	4.75	0.95	0.00032	0.9497

Al revisar las tablas anteriores, se puede apreciar que la mayoría de los indicadores para cada una de las sesiones presentan una validez y concordancia buenas y excelentes, lo cual nos sugiere que las sesiones tratamiento del programa son pertinentes. No obstante, se identifica que los indicadores con una concordancia y validez deficientes y aceptables, son los relacionados con la pertinencia de la duración y suficiencia de las actividades de la sesión; por ello, una de las correcciones realizadas fue aumentar la duración de las sesiones a 120 minutos cada una.

Así también, como se mencionó previamente, los jueces brindaron una serie de sugerencias para poder mejorar el programa de intervención, a continuación se enlistan estas recomendaciones: agregar objetivos específicos a cada una de las sesiones, incluir el tiempo estimado para cada actividad, incluir un ejercicio inicial de atención plena en cada sesión, aumentar la duración de los ejercicios de atención plena a mínimo 15 minutos, pedir

a los participantes que establezcan una meta para favorecer el compromiso, especificar cómo será el llenado del autorregistro de estrategias, realizar encuadre sobre el programa de intervención donde se hable de la atención plena; en el plan de seguridad, agregar ejemplos sobre actividades de distracción y pedir a los participantes que identifiquen qué estrategias funcionales han empleado para reducir el malestar. Una vez atendidas las correcciones, se realizó la aplicación del programa de intervención, los resultados se muestran enseguida.

El análisis del efecto de la intervención se realizó considerando únicamente los datos de las cuatro participantes que concluyeron todas las sesiones de tratamiento y la fase de seguimiento. La tabla 8 muestra los datos sociodemográficos de cada una de las adolescentes.

Tabla 8

Datos sociodemográficos de las participantes del programa de intervención

Folio	Edad	Estado civil	Ocupación	Drogas que consumían
24031	16 años	Soltera	Estudia y trabaja	Chemo, Cristal y Marihuana
24032	14 años	Soltera	Estudia	Marihuana, Cristal y Alcohol
24035	17 años	Soltera	Trabaja	Marihuana, Inhalantes, Tabaco, LSD y Cristal
24038	17 años	Soltera	Estudia	Marihuana, Inhalantes y Cristal

Como se puede observar, el promedio de edad de las participantes es de 16 años y el estado civil predominante es solteras. Además, reportaron que antes de que su consumo se volviera problemático, su ocupación era ser estudiantes y/o trabajar; se identifica que todas

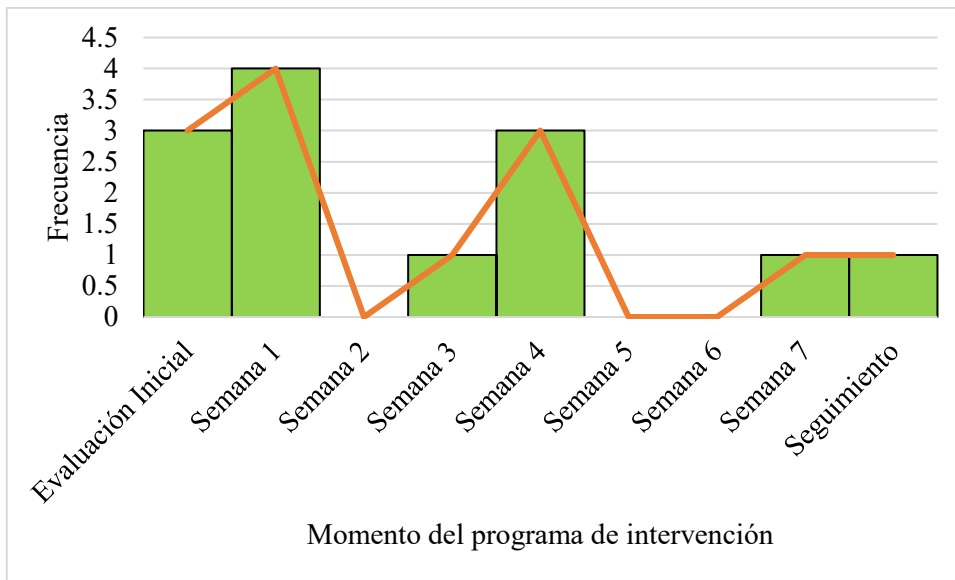
las jóvenes eran policonsumidoras. Asimismo, todas las jóvenes señalaron que habían tenido problemas con la policía debido a su consumo. Enseguida se muestran los resultados del deseo por la droga antes, durante y después del tratamiento, así como las evaluaciones del pretratamiento y el seguimiento para las variables de riesgo suicida, ansiedad y depresión por cada participante.

Resultados descriptivos

En las siguientes figuras se muestran los resultados de la frecuencia e intensidad del deseo por la droga por semana de cada participante, obtenidos a partir del autorregistro del deseo por la droga. Los resultados de la participante con el folio 24031, se muestran en la Figura 1 donde se visualiza la frecuencia del deseo por la droga y en la Figura 2 donde se presenta la intensidad del deseo por la droga. Con respecto a los resultados de la participante con el folio 24032, en la Figura 3 se presenta la frecuencia del deseo por la droga y en la Figura 4 la intensidad del deseo por la droga. Los resultados de la frecuencia del deseo por la droga de la participante con el folio 24035 se muestran en la Figura 5 y los resultados de la intensidad del deseo por la droga de esta misma participante se muestran en la Figura 6. Los resultados de la participante con el folio 24038 se muestran en la Figura 7 donde se visualiza la frecuencia del deseo por la droga y en la Figura 8 donde se visualiza la intensidad del deseo por la droga. Por último, en la figura 9 se encuentran los resultados promedio de la frecuencia e intensidad grupales.

Figura 1

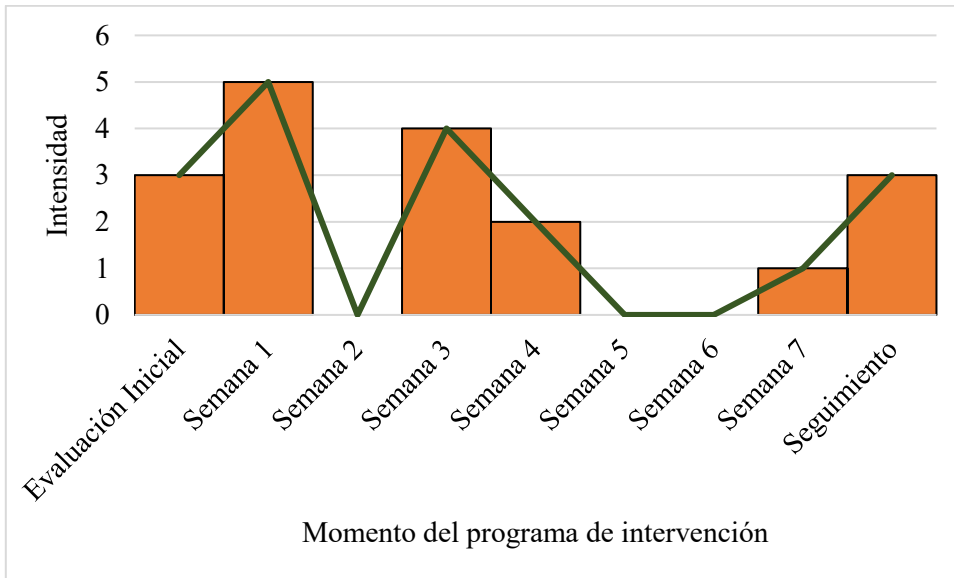
Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24031



Como se puede apreciar, en las semanas 2, 5 y 6 del programa, las cuales corresponden a la etapa del tratamiento, la joven no reportó deseos de consumir la metanfetamina. No obstante, en la semana 7 y en el seguimiento reportó una ocasión respectivamente, en la que presentó deseos de consumir la sustancia.

Figura 2

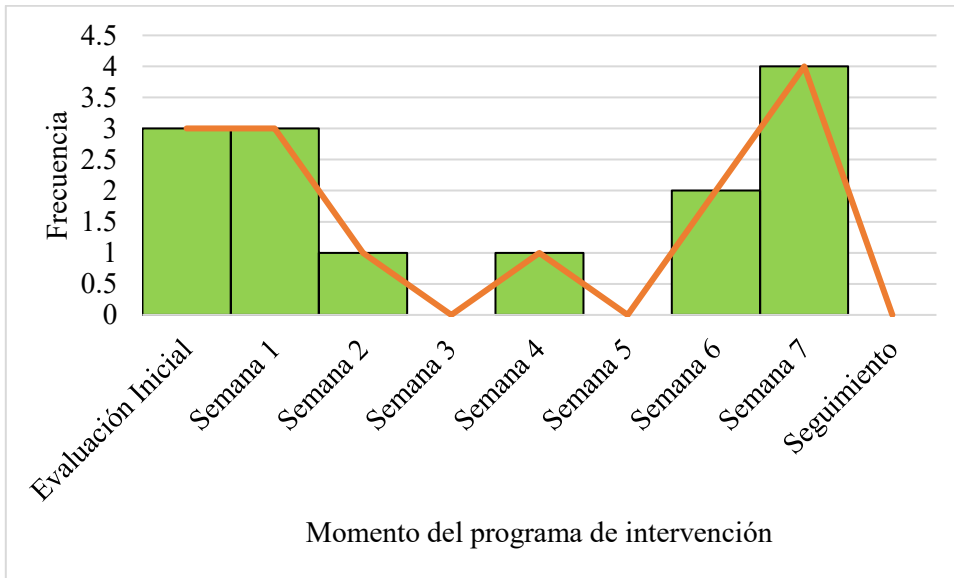
Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24031



Con respecto a la intensidad del deseo por el consumo de la metanfetamina, en las semanas 1 y 3, se reportó la intensidad más alta del deseo y en las semanas 4 y 7 la intensidad más baja. En las semanas 2, 5 y 6, la intensidad es de 0 debido a que corresponde a las semanas donde no se presentó el deseo de consumir.

Figura 3

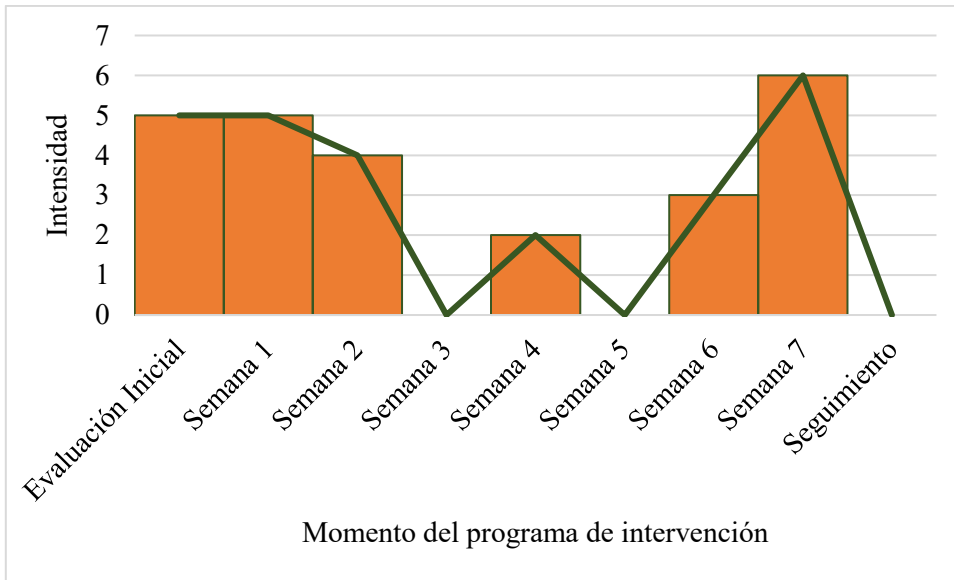
Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24032



En esta figura, se identifica que en las semanas 3 y 5, la participante no reportó deseos de consumir metanfetamina. Aunado a esto, en la semana 7, registró la mayor frecuencia del deseo por consumir la droga; en contraste, en el seguimiento no indicó que presentara deseos de consumir metanfetamina.

Figura 4

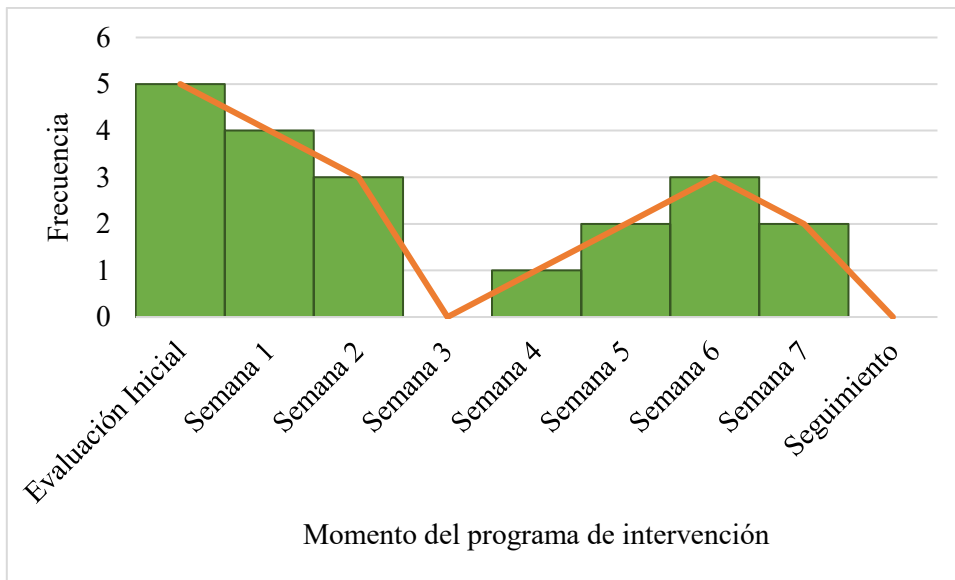
Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24032



En la intensidad del deseo por la droga, se observa que permaneció constante durante la evaluación inicial y las dos primeras semanas de tratamiento, empezó a disminuir en la semana 3 y volvió a aumentar en la semana 6. En la semana 7, se reportó la mayor intensidad del deseo por consumir la sustancia; en cambio, en el seguimiento, se registró nuevamente una disminución en la intensidad del deseo por la droga.

Figura 5

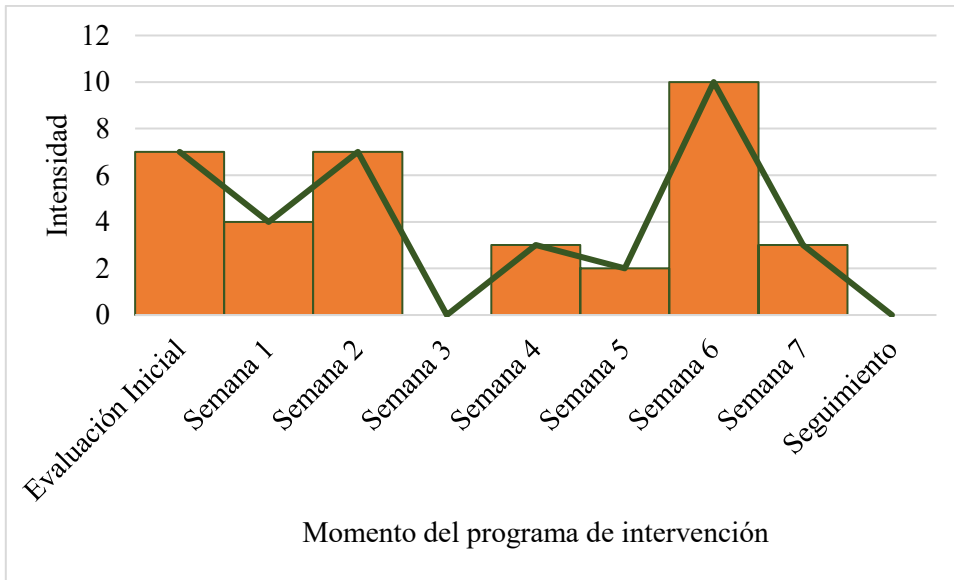
Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24035



Como se puede apreciar, la frecuencia del deseo por la droga fue disminuyendo hasta no presentar deseos de consumir en la semana 3. Sin embargo, a partir de la semana 4, se observa un aumento en la frecuencia, la cual disminuye en la semana 7 hasta no reportar deseo por la droga en el seguimiento.

Figura 6

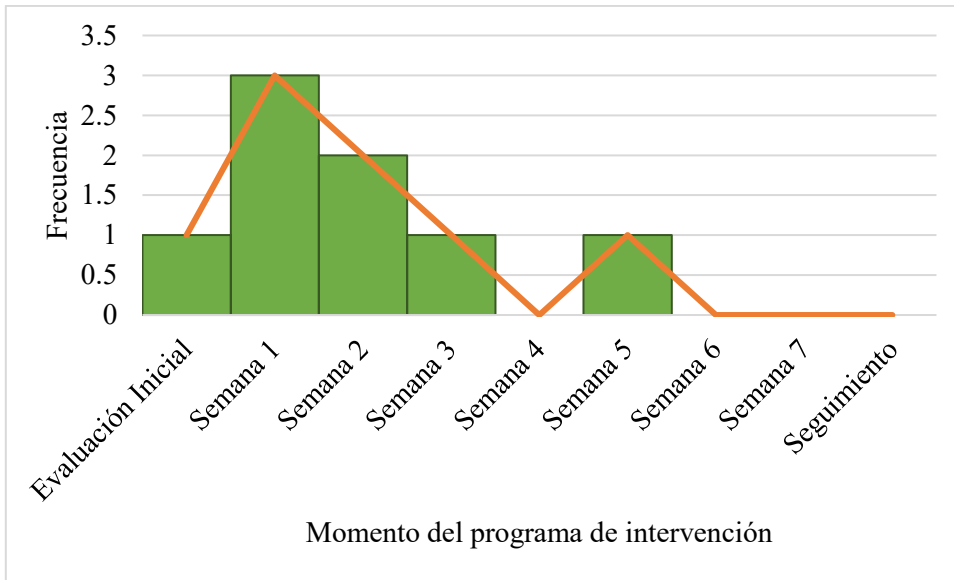
Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24035



Con respecto a la intensidad del deseo, en las semanas 1, 3, 5 y 7, se observa una disminución; en contraste, la semana 6 es en la que se informó una mayor intensidad del deseo por consumir la metanfetamina.

Figura 7

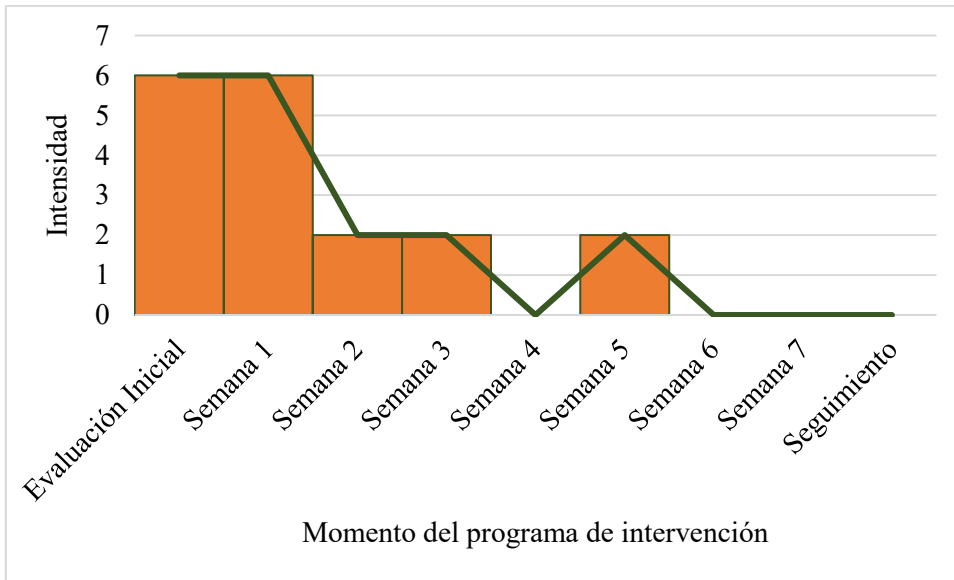
Frecuencia del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24038



Como se puede apreciar, el deseo por la droga fue disminuyendo en la semana 2 hasta no reportar deseos de consumir en la semana 4. En la semana 5, se presentó un aumento en el deseo y a partir de la semana 6 no se registró deseo por la droga.

Figura 8

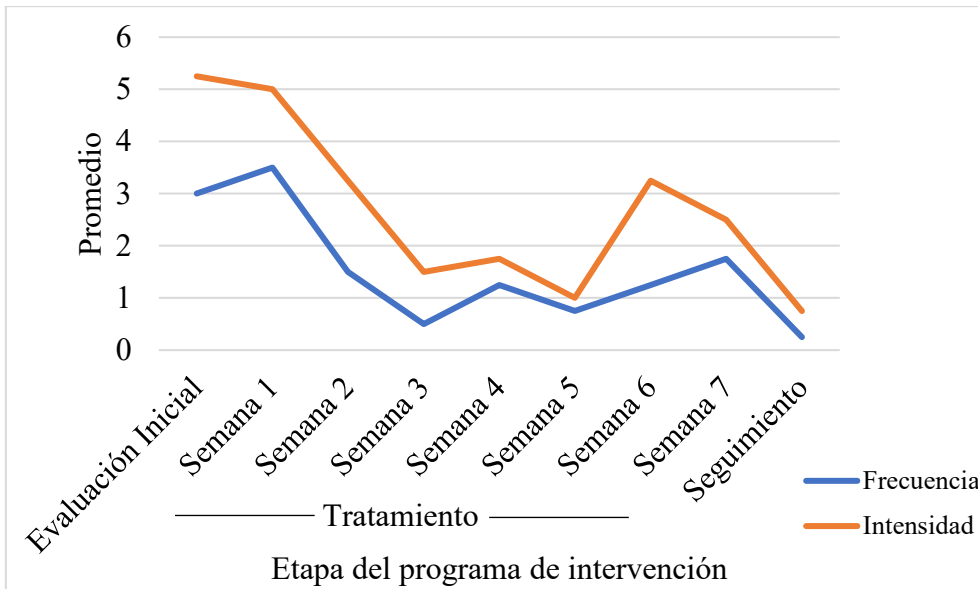
Intensidad del deseo por la droga por semana en la participante con el folio 24038



En la figura se puede observar que, la mayor intensidad en el deseo por la droga se reportó en la evaluación inicial y en la semana 1 de tratamiento. En las semanas 2, 3 y 5, se mantuvo una baja intensidad del deseo por la metanfetamina. Por su parte en las semanas 4, 6, 7 y en el seguimiento la intensidad informada es de 0, esto debido a que corresponde a las semanas donde no se presentó el deseo de consumir.

Figura 9

Frecuencia e intensidad del deseo por la droga grupal



Por último, se puede apreciar que tanto la frecuencia como la intensidad promedio, fueron disminuyendo a partir de la segunda semana; las semanas con los promedios más bajos fueron la semana 3 para la frecuencia y la 5 para la intensidad. Además, aunque se observa un aumento en la semana 4 y 7 para la frecuencia y 4 y 6 para la intensidad, en ambas medidas hubo una disminución en el seguimiento.

Para continuar, los resultados mostrados en la Tabla 9 corresponden a la evaluación del tamizaje de riesgo suicida realizado con el instrumento ASQ-Modoris, en la evaluación inicial y en el seguimiento.

Tabla 9

Resultados de tamizaje de riesgo de suicidio antes y después del tratamiento

Folio del Participante	Evaluación Inicial	Seguimiento
24031	Riesgo bajo	Riesgo bajo
24032	Riesgo bajo	No hay riesgo de suicidio
24035	Riesgo alto	No hay riesgo de suicidio
24038	Riesgo moderado	No hay riesgo de suicidio

Como se puede observar, tres de las cuatro participantes disminuyeron su nivel de riesgo suicida en la evaluación realizada en el seguimiento; en la evaluación pretratamiento, una de ellas se encontraba en un nivel bajo de riesgo, una en un nivel de riesgo alto y la tercera en un riesgo moderado. Solo una participante se mantuvo en el mismo nivel (riesgo bajo) a lo largo del programa.

Con respecto a los resultados de la evaluación inicial y el seguimiento de la sintomatología ansiosa, estos se muestran en la Tabla 10. En esta tabla se incluyen la puntuación total del BAI y la severidad de la sintomatología ansiosa de acuerdo con el puntaje total de cada participante, así como el promedio grupal.

Tabla 10

Resultados de la sintomatología ansiosa antes y después del tratamiento

Participantes	Evaluación Inicial		Seguimiento	
	Puntuación Total	Severidad de la Sintomatología	Puntuación Total	Severidad de la Sintomatología
24031	18	Ansiedad moderada	11	Ansiedad leve
24032	32	Ansiedad severa	25	Ansiedad moderada
24035	43	Ansiedad severa	26	Ansiedad moderada
24038	34	Ansiedad severa	16	Ansiedad leve
Promedio	31	Ansiedad severa	19	Ansiedad moderada

En la tabla se visualiza que todas las participantes disminuyeron su nivel de ansiedad. Al iniciar la evaluación pretratamiento, todas las participantes tenían una sintomatología ansiosa de moderada a severa; al concluir con el tratamiento, la sintomatología ansiosa fue de leve a moderada. De igual manera, a nivel grupal, en la evaluación inicial la sintomatología ansiosa era severa y en el seguimiento bajó a moderada.

En cuanto a la sintomatología depresiva, los resultados de la evaluación inicial y el seguimiento se presentan en la Tabla 11. La tabla contiene la puntuación total del BDI-II y la severidad de la sintomatología depresiva con respecto al puntaje total de cada participante, así como el promedio grupal.

Tabla 11

Resultados de la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento

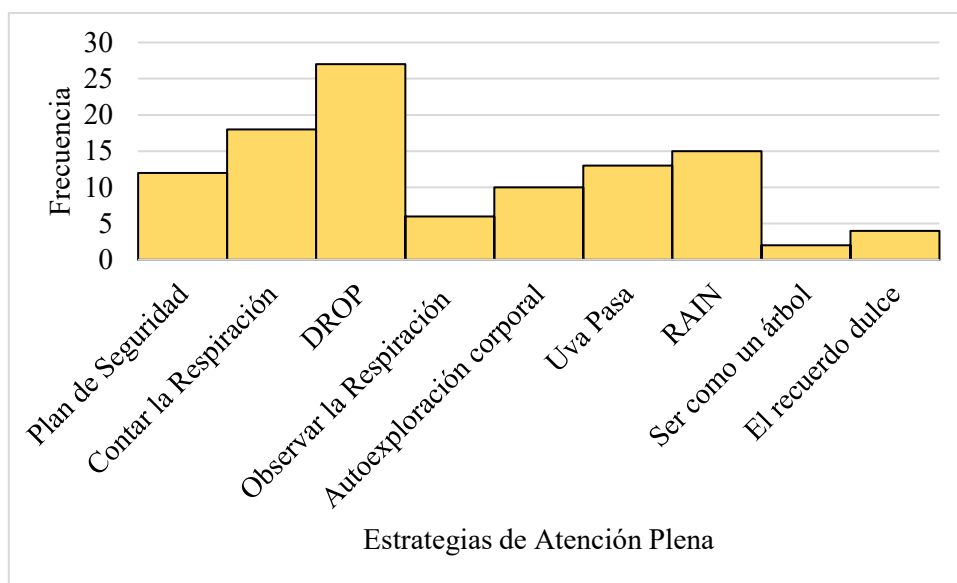
Participantes	Evaluación Inicial		Seguimiento	
	Puntuación Total	Severidad de la Sintomatología	Puntuación Total	Severidad de la Sintomatología
24031	13	Depresión leve	17	Depresión moderada
24032	27	Depresión moderada	18	Depresión moderada
24035	29	Depresión moderada	26	Depresión moderada
24038	26	Depresión moderada	10	Depresión leve
Promedio	23	Depresión moderada	17	Depresión moderada

Como se puede identificar, solo una participante disminuyó la severidad de su sintomatología depresiva, de moderada a leve. Dos participantes disminuyeron su puntuación total, no obstante la severidad de la sintomatología fue la misma (depresión moderada), de acuerdo con los puntos de corte del instrumento. Además, una participante aumentó su puntuación de 13 a 17, así como su severidad de la sintomatología de leve a moderada.

Así también, a lo largo de las sesiones de tratamiento, las participantes fueron llenando el autorregistro de las estrategias conforme las ponían en práctica. En la Figura 10 se muestra el promedio de la frecuencia con la que las participantes emplearon las estrategias a lo largo del programa.

Figura 10

Frecuencia de la Práctica de las Estrategias de Atención Plena



En la figura se puede observar que las tres estrategias que más se utilizaron fueron DROP, contar la respiración y RAIN, mientras que las tres estrategias que menos se llevaron a cabo fueron ser como un árbol, el recuerdo dulce y observar la respiración mientras se escucha música. Cabe mencionar que todas las estrategias incluidas en el programa fueron puestas en práctica por las participantes, esto destaca la importancia de incluir varias estrategias dentro del programa, ya que no a todas las adolescentes les ayudaban los mismos ejercicios.

Para continuar, enseguida se presentan los resultados inferenciales de las pruebas no paramétricas para las variables de deseo por la droga, ansiedad y depresión, así como los análisis intrasujeto para la ansiedad y la depresión.

Resultados inferenciales

Para identificar si hay diferencias estadísticamente significativas a nivel grupal, en la frecuencia e intensidad del deseo por la droga, se llevó a cabo la prueba no paramétrica de Friedman para medidas repetidas. En la Tabla 12 se muestran los resultados de la prueba de Friedman y en la Tabla 13 los resultados correspondientes a las pruebas post-hoc, las cuales permiten identificar en cuáles de las medidas se encuentran los cambios estadísticamente significativos en la frecuencia del deseo por la droga.

Tabla 12

Resultados de la prueba de Friedman para la frecuencia del deseo por la droga

Variable	X^2	gl	p	W de Kendall
Deseo por la droga	15.75	8	0.046	0.492

Nota: X^2 es el estadístico de prueba; gl son los grados de libertad; valor p significativo si $p < 0.05$; W de Kendall es el coeficiente de concordancia.

Tabla 13

Resultados de las comparaciones post-hoc para la frecuencia del deseo por la droga

Momento del programa de intervención	gl	p	pBonf	
Semana 1	24	0.575	1.00	
Evaluación	Semana 2	24	0.157	1.00
inicial	Semana 3	24	0.019	0.681
Semana 4	24	0.054	1.00	

Momento del programa de intervención		gl	p	pBonf
Evaluación inicial	Semana 5	24	0.019	0.681
	Semana 6	24	0.045	1.00
	Semana 7	24	0.157	1.00
	Seguimiento	24	0.005	0.182
Semana 1	Semana 2	24	0.054	1.00
	Semana 3	24	0.005	0.182
	Semana 4	24	0.016	0.567
	Semana 5	24	0.005	0.182
	Semana 6	24	0.013	0.472
	Semana 7	24	0.054	1.00
	Seguimiento	24	0.001	0.045
Semana 2	Semana 3	24	0.302	1.00
	Semana 4	24	0.575	1.00
	Semana 5	24	0.302	1.00
	Semana 6	24	0.522	1.00
	Semana 7	24	1.00	1.00
Semana 3	Seguimiento	24	0.117	1.00
	Semana 4	24	0.631	1.00
	Semana 5	24	1.00	1.00
	Semana 6	24	0.688	1.00
	Semana 7	24	0.302	1.000

Momento del programa de intervención		gl	p	pBonf
Semana 3	Seguimiento	24	0.575	1.00
	Semana 5	24	0.631	1.00
	Semana 6	24	0.936	1.00
Semana 4	Semana 7	24	0.575	1.00
	Seguimiento	24	0.302	1.00
	Semana 6	24	0.688	1.00
Semana 5	Semana 7	24	0.302	1.00
	Seguimiento	24	0.575	1.00
	Semana 7	24	0.522	1.00
Semana 6	Seguimiento	24	0.340	1.00
Semana 7	Seguimiento	24	0.117	1.00

Nota: pBonf es el valor de p ajustado por la corrección de la prueba Bonferroni.

Como se puede observar, sí hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia del deseo por la droga [$X^2=15.75$, $gl=8$, $p=0.046$]. En las comparaciones post-hoc, se identifica que las diferencias significativas se dieron entre la semana 1, correspondiente al tratamiento, y el seguimiento [$gl=24$, $p=0.001$, $pBonf=0.045$].

Aunado a lo anterior, en la Tabla 14 se aprecian los resultados de la prueba de Friedman para medidas repetidas para la intensidad del deseo por la droga.

Tabla 14

Resultados de la prueba de Friedman para la intensidad del deseo por la droga

Variable	X^2	gl	p	W de Kendall
Deseo por la droga	12.49	8	0.130	0.390

Como se puede identificar, no hay diferencias estadísticamente significativas en la intensidad del deseo por la droga [$X^2=12.49$, $gl=8$, $p=0.130$]. Al no existir diferencias estadísticamente significativas, se decidió no presentar los resultados de las pruebas post-hoc.

Por último, para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas a nivel grupal en las variables de ansiedad y depresión, se realizó la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon. En la Tabla 15 se aprecian los resultados de la prueba para ambas variables.

Tabla 15

Resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para ansiedad y depresión

Variable	Evaluación inicial	Seguimiento	W	p
	Mediana	Mediana		
Ansiedad	33	20.5	10	0.098
Depresión	26.5	17.5	8	0.375

Nota: W es el estadístico de prueba.

En la prueba se puede apreciar que no hay diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad [$W=10$, $p=0.098$] y depresión [$W=8$, $p=0.375$] a

nivel grupal. Así también, con respecto a estas mismas variables, enseguida se muestra el porcentaje de cambio clínico para cada una de las participantes.

Análisis intrasujeto a través del cambio clínico objetivo

En la Tabla 16 se observa el porcentaje de Cambio Clínico Objetivo ([CCO] Cardiel, 1994) para cada una de las participantes en las variables de ansiedad y en la Tabla 17 los resultados correspondientes a la depresión. El CCO puede ser positivo o negativo en función de las variables y los objetivos de la investigación.

Tabla 16

Resultados del cambio clínico objetivo individual en la ansiedad

Participante	Evaluación Inicial	Seguimiento	%CCO
24031	18	11	-0.39
24032	32	25	-0.22
24035	43	26	-0.40
24038	34	16	-0.53

Nota: ≥ 0.2 de cambio positivo o negativo tienen significancia clínica.

Como se puede identificar, todas las participantes tuvieron una disminución en los puntajes correspondientes a la variable de ansiedad, es por ello que el porcentaje de CCO es negativo y significativo. La participante con el folio 24038 fue la obtuvo el mayor porcentaje de CCO significativo [%CCO=-0.53].

Tabla 17

Resultados del cambio clínico objetivo individual en la depresión

Participante	Evaluación Inicial	Seguimiento	%CCO
24031	13	17	0.31
24032	27	18	-0.33
24035	29	26	-0.10
24038	26	10	-0.62

En esta tabla se puede apreciar que dos de las cuatro participantes presentan un CCO significativo denotado por el signo negativo. Cabe mencionar que la participante con el folio 24031, presentó un aumento en la puntuación de depresión, el cual se puede observar en su CCO [%CCO=0.31] considerado significativo. Asimismo, la participante con el folio 24038 nuevamente presentó el mayor CCO favorable [%CCO=-0.62].

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue determinar el efecto de un programa de intervención grupal basado en la atención plena como estrategia de afrontamiento para la reducción del deseo por la droga y riesgo suicida, así como en variables asociadas como la ansiedad y la depresión, en adolescentes consumidores de metanfetamina. Asimismo, en la investigación se incluyeron cuatro objetivos específicos; el primero de ellos fue comparar el deseo por la metanfetamina antes, durante y después del programa de intervención grupal. El segundo fue comparar el riesgo suicida antes y después del programa de intervención grupal. El tercero comparar la sintomatología ansiosa antes y después del programa de intervención grupal y por último, comparar la sintomatología depresiva antes y después del programa de intervención grupal.

Además, como parte del procedimiento de esta investigación, el manual del programa fue evaluado por cuatro jueces expertos para determinar su validez y concordancia. Los resultados de la evaluación general indicaron que tanto la validez como la concordancia del manual eran aceptables, por lo tanto, se esperaba que a lo largo de las seis sesiones de tratamiento, se favoreciera la reducción del deseo por la droga, el riesgo de suicidio y variables como la ansiedad y la depresión a través de la práctica de la atención plena como estrategia de afrontamiento.

En relación con lo anterior, al realizar el manual del programa de intervención y someterlo al jueceo, se identificó que una de las principales aportaciones del programa es su viabilidad. Al incluirse seis sesiones de tratamiento, se considera que el programa es de mayor accesibilidad para los jóvenes ya que Glenn et al. (2019), señalan que las intervenciones eficaces para abordar el deseo por la droga, en conjunto con la reducción del riesgo de intentos de suicidio en adolescentes suelen ser largas e intensivas. Así también,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

este estudio aporta evidencia sobre la aplicabilidad de la atención plena como estrategia de afrontamiento en población adolescente que consume metanfetamina; al respecto, Guerin et al. (2023), indican que la mayoría de los tratamientos para abordar el consumo de metanfetamina se han probado exclusivamente en adultos.

Con respecto a los objetivos del estudio, los resultados de la investigación sugieren que sí se presentó una reducción de la frecuencia del deseo por la droga a nivel grupal. Así también hubo una disminución en el nivel de riesgo de suicidio en todas las participantes al momento de la evaluación de seguimiento. No obstante, con respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas a nivel grupal, únicamente se identificó un cambio clínico significativo favorable para tres de las cuatro adolescentes. Esto resulta consistente con lo planteado por Baldus et al. (2018) quienes señalan que las intervenciones basadas en atención plena reducen el consumo de sustancias, el deseo por la droga, las tasas de recaídas, la sintomatología depresiva y ansiosa y la rumia, además favorecen la regulación emocional y la solución de problemas.

Como se mencionó anteriormente, a nivel grupal existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia del deseo por la droga. En las primeras dos semanas del programa de intervención, correspondientes a la evaluación inicial y a la semana 1 del tratamiento, se presentó la mayor frecuencia grupal del deseo por consumir la metanfetamina, seguido por una disminución en las semanas 2 y 3 del tratamiento. Venniro et al. (2021) indican que el deseo por la droga puede mantenerse elevado después de un periodo prolongado sin consumir la sustancia y al ser abordado puede presentar una disminución estable, tal y como se observó en las participantes de este estudio.

Asimismo, se presentó un aumento en la frecuencia e intensidad del deseo por la metanfetamina en la semana 4 del tratamiento. Se considera que este aumento se pudo

deber a que en la sesión 3 se trabajó en la aceptación de emociones, sensaciones y pensamientos tanto agradables como desagradables, así como en notar cómo se están experimentando, sin que eso implique reaccionar ante ellos; así también en la sesión 4, se habló sobre el deseo por la droga y las estrategias para sobrellevarlo, lo cual buscaba favorecer su reducción. Al respecto, Bowen et al. (2015) mencionan que al trabajar con la atención plena se puede favorecer la capacidad de ser más consciente del deseo por la droga y sus detonantes, esto en un principio podría aumentar la frecuencia del deseo ya que la persona estaría desarrollando una mayor apertura a las emociones desagradables sin tener que reaccionar ante ellas.

Aunado a lo anterior, en la semana 6 del tratamiento y en la semana 7, se presentó un aumento en la frecuencia del deseo por la droga. Esto podría deberse a que las cuatro participantes estaban próximas a salir del centro residencial y nuevamente se expondrían a situaciones que representaban un riesgo de recaída. El estudio de Gong et al. (2021) sugiere que los aumentos en el deseo por la droga pueden deberse a la exposición a situaciones estresantes; así también Seow et al. (2020) indican que los estímulos asociados con la droga o su consumo suelen llegar a generar un aumento en la frecuencia e intensidad del deseo por consumir la sustancia.

En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas de la frecuencia del deseo por la droga, estas se dieron entre la semana 1, correspondiente al tratamiento, y el seguimiento. Se considera que las estrategias trabajadas con las participantes fueron de utilidad para generar apertura a sensaciones y pensamientos, reduciendo el actuar en automático que suele surgir como respuesta al deseo por la droga. En apoyo a estos resultados, Goldberg et al. (2021) sugieren que, al aceptar los pensamientos relacionados con el deseo por el consumo, los usuarios pueden presentar una reducción de estas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sensaciones y pensamientos, así como una disminución de la reactividad ante ellos.

Además, Creswell (2017) menciona que la práctica de la atención plena puede disminuir el deseo por la droga, el consumo de sustancias y las tasas de recaída en las personas que reciben este tipo de intervenciones.

Así también, Maneesang et al. (2022), comentan que su programa de intervención basado en atención plena para usuarios de metanfetamina mostró reducciones significativas en el deseo por consumir la sustancia, tanto después del tratamiento como en las evaluaciones de seguimiento, tal y como se observó en las participantes de este estudio. Asimismo, en el metaanálisis de Li et al. (2017) se identifica que en las intervenciones que incorporan la práctica de atención plena, se genera una reducción significativa del deseo por la droga y los síntomas de abstinencia en sus participantes.

Enkema et al. (2020), también mencionan en su estudio que las intervenciones basadas en atención plena pueden favorecer la reducción del deseo por consumir la sustancia, gracias a que promueven el actuar consciente y la apertura a emociones, pensamientos y sensaciones desagradables. Mallik et al. (2021), registraron hallazgos similares sobre el papel de la atención plena y el actuar consciente, en su investigación se sugiere que la práctica de la atención plena reduce de manera significativa el deseo por la droga y previene el riesgo de recaídas en el consumo.

Aunado a lo anterior, Tang et al. (2016) sugieren incluir estrategias de atención plena que promueven la autocompasión y la aceptación de emociones y pensamientos. Lo anterior tiene la finalidad de que la persona pueda desarrollar una postura de no rechazo y a su vez no reactividad ante el deseo por la droga, reduciendo así las emociones negativas y el estrés que estas implican e incluso llegar a reducir su patrón de consumo y la sintomatología comórbida. Hedderman et al. (2021), indican que las personas que trabajan

la compasión hacia los otros y hacia sí mismas, pueden desarrollar una mayor autorregulación, ya que dejan de enfocarse y actuar en función de los afectos negativos sin que eso implique rechazarlos.

Cabe mencionar que aunque hubo algunas estrategias que fueron más utilizadas que otras, las participantes reportaron haberlas empleado todas a lo largo del tratamiento. Esto destaca la importancia de seguir incluyendo varios ejercicios de atención plena tanto formales como informales dentro de los programas de intervención, ya que entre más opciones tengan los participantes, más probabilidad habrá de que lleguen a usar las herramientas que se les brindan, las adapten a sus necesidades y se favorezca así su adherencia al tratamiento. A propósito, Foale et al. (2024), destacan que al incluir varias estrategias de atención plena las personas pueden adaptarlas a su día a día y así acceder con mayor facilidad a ellas, asimismo, recomiendan que al proponer estas herramientas, se consideren las características de la población con la que se estará trabajando.

Para continuar, con respecto al segundo objetivo específico, se identificó que tres de las cuatro participantes redujeron su nivel de riesgo de suicidio. Se considera que una de las estrategias que favoreció este cambio fue el establecer un plan de seguridad individual al inicio del tratamiento. Ryan y Ocquendo (2020), proponen que el establecer un plan de seguridad se asocia con la reducción de la conducta suicida y la adherencia al tratamiento en usuarios en riesgo de suicidio. De igual manera, al identificar qué estrategias funcionales pueden emplear y al notar cuáles estímulos detonan el actuar impulsivo, se buscó favorecer el autocontrol y reducir la intensidad del malestar emocional. Como se mencionó en los capítulos previos, entre los factores predisponentes para el riesgo de suicidio se encuentran la impulsividad y el actuar desadaptativo debido a la presencia de afectos negativos (Turecki et al., 2019).

Así también, la literatura señala que los programas de intervención basados en atención plena que incluyen de seis a ocho sesiones tienen efectos significativos en la ideación suicida de los participantes (Schmelefske et al., 2022). En tres de las cuatro participantes de este estudio, se redujo la ideación suicida, lo cual se vio reflejado en la ausencia de riesgo de suicidio al concluir con las seis sesiones de tratamiento. Se considera que esto se vio favorecido por la contención que se les brindó desde la primera sesión de tratamiento a través del plan de seguridad y las habilidades revisadas para trabajar la regulación emocional. Con respecto a esto último, se recomienda tomar en cuenta el papel que pudo haber desempeñado el centro residencial en la gestión emocional de las participantes y en la disminución del nivel de riesgo de suicidio, ya que este contexto no solo limitaba el acceso a la sustancia sino también a los medios letales.

De igual manera, se ha reportado que la práctica breve de atención plena, por ejemplo de 5 a 10 minutos, realizada fuera de las sesiones de tratamiento puede reducir la reactividad afectiva (por ejemplo, afecto negativo, ansia, dolor) y el comportamiento impulsivo, los cuales son factores de riesgo para la conducta suicida (Creswell, 2017); la práctica breve se evidenció en esta investigación gracias al autorregistro que las participantes iban llenando cada que realizaban una de las estrategias revisadas durante el tratamiento. Cabe mencionar que la práctica constante y consciente a lo largo de la semana, se pudo haber limitado debido a que las participantes no tenían acceso a los materiales de apoyo fuera de las sesiones de tratamiento, los cuales contenían las instrucciones para llevar a cabo las estrategias revisadas; a través del autorregistro, se buscó reforzar los conocimientos adquiridos para que las adolescentes pudieran tener presentes los ejercicios y realizarlos a pesar de no contar con las instrucciones.

Sumado a esto, Turecki y Brent (2016) indican que el riesgo de suicidio suele ser mayor cuando la persona presenta factores de riesgo como la ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias. Esto sugiere que la reducción en el riesgo de suicidio, de tres de las cuatro participantes, se pudo ver favorecida por la práctica de las habilidades de atención plena que promovieron la flexibilidad psicológica, el afrontamiento adaptativo y la reducción de la impulsividad (Baldus et al., 2018), así como por la disminución en la severidad de la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva y los cambios significativos en la frecuencia del deseo por la droga.

Otro aspecto para considerar sobre los cambios en el nivel de riesgo de suicidio es que el espectro de la conducta suicida es dinámico, es decir, puede ir variando en función de la presencia y/o ausencia de factores de riesgo y protección, así como los eventos estresantes de la vida (Orsolini et al., 2020). El hecho de que tres de las cuatro participantes no presentaran riesgo de suicidio al realizar la evaluación de seguimiento, no significa que ya no requieran un seguimiento o que ya no vayan a presentar un aumento en el nivel de riesgo de suicidio, es por esto que se sugiere interpretar estos resultados con cautela.

Como se ha mencionado, en el estudio también se evaluaron las variables de ansiedad y depresión. Los resultados señalan que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post, no obstante, en relación con el cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) sí presentaron cambios significativos. Se considera que estos resultados podrían deberse a distintos factores, uno de ellos es el tamaño de la muestra. En algunos casos, cuando las pruebas de hipótesis se realizan con una muestra pequeña, existe el riesgo de cometer un error de tipo II, el cual ocurre cuando se acepta la hipótesis nula (falso negativo), concluyendo que no hay diferencias estadísticamente significativas (Dagnino, J., 2014; Martínez-Ezquerro et al., 2017). Para poder corroborar que estos

resultados se deben al tamaño de la muestra, para futuras investigaciones se sugiere trabajar con grupos más grandes e incluir grupo control para fortalecer los hallazgos.

Con respecto a la variable de ansiedad, el puntaje grupal promedio sí disminuyó, de ansiedad severa a ansiedad moderada; además, las cuatro participantes presentaron un cambio clínico significativo que indica una reducción de la sintomatología ansiosa. En el estudio de Li et al. (2021), se encontraron resultados similares en una intervención grupal basada en atención plena, en la cual se presentó una disminución de la puntuación media grupal de ansiedad. Barrera et al. (2021) registraron hallazgos semejantes en un programa de intervención grupal basado en atención plena realizado en un centro residencial, en el cual, al concluir las 8 sesiones de intervención, se identificó una disminución de la sintomatología ansiosa. Asimismo, Kladnitski et al. (2020) señalan que en su programa de intervención basado en atención plena, sus participantes disminuyeron la gravedad de la sintomatología ansiosa al concluir con el tratamiento.

Se considera que las estrategias revisadas favorecieron esta disminución en la puntuación global de la sintomatología ansiosa. Entre los ejercicios de atención plena que se considera que promovieron la reducción de la severidad en la sintomatología ansiosa, están contar la respiración, DROP, autoexploración corporal y el plan de seguridad individual. Se identifica que en estos ejercicios se fomentó el hacer un alto y reevaluar las experiencias, sensaciones y emociones, de tal manera que se observaran con apertura. Esta reevaluación tiene la finalidad de reducir el estrés, el afecto negativo y la aversión que las experiencias desagradables pueden generar en los participantes, así como la conducta desadaptativa que surge como estrategia de afrontamiento ante el malestar (Bernal et al., 2018).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Como se mencionó anteriormente, la severidad de la sintomatología ansiosa varía en función de los procesos de evaluación y reevaluación de estímulos internos y externos (Kuaik y De la Iglesia, 2019). En las evaluaciones, se identificó la intensidad de síntomas subjetivos, neurológicos, fisiológicos y respuestas automáticas de la ansiedad; se considera que las estrategias trabajadas pueden incidir mayormente en los aspectos fisiológicos y las respuestas automáticas, se recomienda continuar reforzando la percepción que los participantes tienen sobre estas emociones y sensaciones desagradables, de tal forma que también se pueda generar un impacto en la sintomatología depresiva. Además, es importante retomar el hecho de que la evaluación final fue realizada cuando las adolescentes aún se encontraban en el centro residencial, el cual puede favorecer la contención, es por ello que se sugiere realizar más evaluaciones de seguimiento en futuras investigaciones.

Por otro lado, con respecto a la variable de depresión, la puntuación grupal promedio de la sintomatología depresiva de las participantes de este estudio, sí disminuyó, sin embargo, la severidad de la sintomatología continuó siendo moderada. En relación con el cambio clínico objetivo, solo dos de las cuatro participantes presentaron cambios significativos. Cabe mencionar que una de las cuatro participantes, presentó un aumento en su puntuación de depresión, antes del tratamiento la severidad de su sintomatología era leve y al concluir las sesiones su sintomatología pasó a ser moderada.

Contrario a estos hallazgos, Roos et al. (2017), señalan que su programa de intervención para la prevención de recaídas basado en atención plena favoreció la reducción de la sintomatología depresiva y la gravedad de la adicción; cabe mencionar que los autores sugieren que su programa muestra mayores efectos en población cuya sintomatología depresiva y gravedad de la adicción es más severa. Lo anterior puede sugerir que en este

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

estudio no se observaron cambios significativos debido a que la severidad de la sintomatología depresiva de cada una de las participantes, al inicio del programa, era leve o moderada, se propone que para futuras investigaciones se trabaje con adolescentes cuya sintomatología depresiva sea severa para identificar si los cambios observados son significativos, tal y como lo señalan estos autores.

Así también, Zhai et al. (2022), reportan que los participantes de su programa de intervención basado en atención plena, llevado a cabo en un centro residencial, presentaron una reducción de la sintomatología depresiva. Se identifica que en esta investigación, para favorecer una mayor reducción de la sintomatología depresiva, se pueden incluir estrategias de validación emocional que favorezcan la contención y reduzcan el juicio y/o rechazo de los afectos negativos; de igual manera, se recomienda incluir planes de acción que permitan que los adolescentes inicien o retomen actividades que sean de su interés tanto dentro del centro residencial como al reincorporarse a su rutina fuera del mismo.

Por último, se considera que el llevar a cabo la intervención de manera grupal, también pudo haber favorecido el bienestar de los participantes. A lo largo de las sesiones de tratamiento, las jóvenes iban compartiendo sus experiencias y reflexiones sobre los temas abordados, se sugiere que esto promovía el sentido de pertenencia, la autocompasión y la reevaluación de las situaciones. Bravo-Andrade et al. (2016), señalan que cuando los adolescentes se encuentran en un grupo donde perciben una escucha activa y libre de juicios, así como un ambiente de respeto y empatía, se puede favorecer la reducción de la sintomatología depresiva y la ideación suicida.

Conclusión

Se considera que el programa de intervención probablemente puede ser efectivo para favorecer la reducción del deseo por la droga y el riesgo suicida en adolescentes que se encuentran en centros residenciales. Entre las limitaciones de la presente investigación destacan el tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control. Al inicio del estudio, el centro residencial contaba con 25 jóvenes, de las cuales 8 cumplieron con los criterios de inclusión para participar en el programa, no obstante, cuatro de ellas fueron concluyendo con su estancia y a pesar de que se les invitó a continuar con su tratamiento, ninguna de ellas se reincorporó al grupo.

Otra de las limitaciones de este estudio fue que, por reglas del centro, las participantes no tenían acceso a sus materiales de trabajo fuera de las sesiones de tratamiento. Esto podría haber dificultado la puesta en práctica de las estrategias revisadas, ya que las jóvenes no podían recurrir a sus notas y a las instrucciones para aplicar las herramientas. A pesar de que cada sesión comenzaba con el llenado del autorregistro y un repaso sobre las herramientas trabajadas, la literatura sugiere que entre más constante y consciente sea la práctica de la atención plena, mayores podrían ser los cambios observados (Baer, 2003).

Asimismo, para investigaciones futuras, se sugiere dar un seguimiento a los participantes fuera del centro residencial, con la finalidad de conocer el impacto de las estrategias revisadas durante la intervención para la prevención de recaídas. También se recomienda aplicar este programa de intervención con hombres y mujeres que reciben atención ambulatoria, debido a que el entorno residencial puede favorecer el control de emociones y limita el acceso a las sustancias y medios letales; esto buscaría fortalecer los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hallazgos de esta investigación con respecto a los efectos del tratamiento en el deseo por la droga, el consumo de sustancias y la regulación emocional.

Así también, se recomienda incluir un instrumento que evalúe la adquisición de habilidades de atención plena. Esto con la finalidad de monitorear los cambios con respecto a estas estrategias e incluso poder establecer una relación de que a mayores estrategias y conocimiento de las habilidades de atención plena, mayor es la disminución de las variables de interés. De igual manera, si se trabaja con adolescentes en tratamiento ambulatorio, se sugiere incluir una medición del patrón de consumo y la gravedad de la adicción.

Como parte de las fortalezas de este estudio, se considera que el abordar el deseo por la metanfetamina de manera integral, es decir, considerando la presencia de comorbilidades como los trastornos de ansiedad y depresión, junto con su incidencia en la conducta suicida, dio respuesta a una problemática cuyas repercusiones para la población adolescente son alarmantes.

De igual manera, se identifica que este trabajo abona a la literatura sobre intervenciones breves que incorporan la práctica de la atención plena. Esto es relevante debido a que la mayoría de los estudios trabajan con población adulta, con un nivel de escolaridad más alto y con mayores oportunidades de acceder a tratamientos costosos y largos. Con respecto a esto último, se considera valioso el poder hacer que las estrategias de atención plena sean más accesibles para población adolescente simplificando las instrucciones e incorporando herramientas breves que los participantes puedan interiorizar y generalizar a su día a día.

Referencias

- Adan, A., Antúnez, J. M. y Navarro, J. F. (2017). Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research, 251*, 325-332.
- Adinoff, B., Carmody, T. J., Walker, R., Donovan, D. M., Brigham, G. S. y Winhusen, T. M. (2016). Decision-making processes as predictors of relapse and subsequent use in stimulant-dependent patients. *The American journal of drug and alcohol abuse, 42*(1), 88-97.
- Allen, J. G., Romate, J. y Rajkumar, E. (2021). Mindfulness-based positive psychology interventions: a systematic review. *BMC psychology, 9*, 1-18.
- Alonso-Tapia, J., Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., Ruiz, M. y Nieto, C. (2019). Coping, personality and resilience: Prediction of subjective resilience from coping strategies and protective personality factors. *Behavioral Psychology, 27*(3), 375-389.
- Anderson, K. G., Ramo, D. E., y Brown, S. A. (2006). Life stress, coping and comorbid youth: An examination of the stress-vulnerability model for substance relapse. *Journal of Psychoactive Drugs, 38*(3), 255-262.
- Asano, K., Tsuchiya, M., Okamoto, Y., Ohtani, T., Sensui, T., Masuyama, A., Isato, A., Shoji, M., Shiraishi, T., Shimizu, E., Irons, C. y Gilbert, P. (2022). Benefits of group compassion-focused therapy for treatment-resistant depression: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology, 13*, 1-12.

Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M. y McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115.

Asarnow, J. R. y Mehlum, L. (2019). Practitioner review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents—advances in suicide prevention care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1046-1054.

Ato, M., López-García, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.

Baldus, C., Mokros, L., Daubmann, A., Arnaud, N., Holtmann, M., Thomasius, R. y Legenbauer, T. (2018). Treatment effectiveness of a mindfulness-based inpatient group psychotherapy in adolescent substance use disorder-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19, 1-12.

Barceló-Soler, A., Beltran-Ruiz, M., Navarro-Gil, M., Monreal-Bartolomé, A., y García-Campayo, J. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(10), 564-573

Barrera, J.L., Mejía C. D. y Moreno, A.B. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2673>

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Beck depression inventory-II*. Psychological assessment.
- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Lester, D. y Pompili, M. (2021). The importance of suicide risk formulation in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1-13.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bernal, R. P., Berenzon, S. y Tiburcio, M. (2018). Efectividad de una intervención de atención plena en enfermas crónicas con síntomas ansiosos y depresivos. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), 45-53.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230.
- Birtwell, K., Williams, K., Van Marwijk, H., Armitage, C. J. y Sheffield, D. (2019). An exploration of formal and informal mindfulness practice and associations with wellbeing. *Mindfulness*, 10(1), 89-99.
- Boggiano, J.P. y Gagliesi, P. (2020). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.

Bono, R. (2012). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. Universidad de Barcelona.

<http://hdl.handle.net/2445/30783>

Borges, G., García, J., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M. (2014). Suicidio. En J. De la Fuente y G. Heinze (Eds.). *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 195-202).

McGrawHill.

Bouzón, A. y Zych, I. (2023). Variables escolares y consumo de drogas en la adolescencia y adultez: un estudio retrospectivo. *Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación*, 29(2), 177-184.

Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2011). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness: Guía clínica*. Desclée de Brouwer.

Bowen, S., Vieten, C., Witkiewitz, K. y Carroll, H. (2015). A mindfulness-based approach to addiction. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 387–404). The Guilford Press.

Brach, T. (2016). *Feeling Overwhelmed? Remember “RAIN”*. *Mindful Magazine*, 10(13), 1-4.

Bravo-Andrade, H., López, J., De la Roca, J. M. y Rodríguez, E. (2016). Relaciones intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), 45-55.

Bresin, K. y Verona, E. (2019). Craving and substance use: Examining psychophysiological and behavioral moderators. *International journal of psychophysiology*, 163, 92-103.

Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., y Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 526–533

- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Cañón, S. C. y Carmona, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds), *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). Interamericana-McGraw-Hill.
- Castillo, I. I. y Bilbao, N. C. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 9-22.
- Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M. y Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, 212, 1-12.
- Celaya, D. F., García, F. I., Valdés Cuervo, A. A. y León Parada, M. D. (2021). Autocontrol y Agresión Reactiva en Adolescentes Mexicanos. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 9(1), 1-11.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use & misuse*, 49(5), 492-512.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., y Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 69(1), 92-100.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brouwer.

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023). *Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022-2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones*. Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja de datos consumo de sus tancias_2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja_de_datos_consumo_de_sustancias_2022.pdf)

Contreras, Y., Miranda, O. y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista cubana de medicina militar*, 49(1), 71-85.

Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., y Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: a mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1224–1229.

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68(1), 491-516.

Cueto, C. y Torres, L. (2023). *Manual para el manejo efectivo del estrés y la ansiedad*. Centro Universitario del Sur.
<http://www.cusur.udg.mx/es/sites/default/files/adjuntos/Manual%20para%20el%20manejo%20efectivo%20de%20estres%20y%20ansiedad.pdf>

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G. y Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 171(5), 334-342.

Dagnino, J. (2014). Inferencia estadística: Pruebas de hipótesis. *Rev Chil Anest*, 43, 125-128.

Da Silva-Rodrigues, C. Y., Carvalho, P. A., Marques, P. P. y Gómez Calderón, J. F. (2019). Alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de la Dextro-metil-anfetamina en adolescentes mexicanos. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 5(1), 15-22.

Dávila-Cervantes, C. A. y Luna-Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 90(6), 606-616.

De Arce, F., De Quirós, M. B. y Labrador, F. J. (1994). El concepto de deseo de consumo por la droga. *Psicothema*, 6(3), 367-374.

De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Ventriglio, A., Vellante, F. y Di Giannantonio, M. (2020). Emotional dysregulation in adolescents: implications for the development of severe psychiatric disorders, substance abuse, and suicidal ideation and behaviors. *Brain Sciences*, 10(9), 1-5.

De la Osa, I., de la Torre, A., Alcazar-Córcoles, M. Á. y Ballesteros, Á. B. (2022). Aspectos neuropsicológicos y conducta violenta en consumidores de metanfetaminas: una revisión sistemática. *Cuadernos de Neuropsicología*, 16(3), 66-80.

De Los Cobos, J. P., Siñol, N., Trujols, J., Banuls, E., Batlle, F. y Tejero, A. (2011). Drug-dependent inpatients reporting continuous absence of spontaneous drug craving for the main substance throughout detoxification treatment. *Drug and alcohol review*, 30(4), 403-410.

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S., Knudsen, A., Haro, J., Patton, G., Kopec, J., ... y Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012

- Dong, H., Shen, Y. y Hao, W. (2022). Assessing the mediating role of impulsivity between methamphetamine-induced psychotic disorders and increased gambling severity in methamphetamine-dependent individuals. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(6), 1109-1117.
- Dumontheil, I. (2016). Adolescent brain development. *Current opinion in behavioral sciences*, 10, 39-44.
- Enkema, M. C., Hallgren, K. A., Neilson, E. C., Bowen, S., Bird, E. R. y Larimer, M. E. (2020). Disrupting the path to craving: Acting without awareness mediates the link between negative affect and craving. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(5), 620–627. <https://doi.org/10.1037/adb0000565>
- Fennis, B. M. (2022). Self-control, self-regulation, and consumer wellbeing: a life history perspective. *Current opinion in psychology*, 46(101344), 1-5.
- Flaudias, V., Heeren, A., Brousse, G. y Maurage, P. (2019). Toward a triadic approach to craving in addictive disorders: the metacognitive hub model. *Harvard review of psychiatry*, 27(5), 326-331.
- Foale, S., Botma, Y. y Heyns, T. (2024). Mindfulness-based interventions to support wellbeing of adults in low socio-economic settings: a realist review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24(52), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04263-7>
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Forys, K., McKellar, J., y Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680.

Galloway, G. P., Singleton, E. G. y Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors.

(2008). How long does craving predict use of methamphetamine? Assessment of use one to seven weeks after the assessment of craving. *Substance abuse: research and treatment*, 1, 63-79.

García-Aurrecoechea, V. R., Mejía-Cobarrubias, T. M., Díaz Negrete, D. B. y Balanzario

Lorenzana, M. C. (1999). *Estudio clínico y epidemiológico del consumo de metanfetamina entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en la Unidad de Tratamiento y Consulta Externa de Tijuana* (Informe de Investigación 99-03). Centros de Integración Juvenil <http://www.cij.gob.mx/programas/investigacion/pdf/c1-99-03.pdf>

Garland, E. L., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Reese, S. E., Baker, A. K., Salas, K., Yack, B., Bedford, C., Bryan, M., Atchley, R., Nakamura, Y., Froeliger, B. y Howard, M. O. (2019). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid misuse risk via analgesic and positive psychological mechanisms: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(10), 1-38.

Gassman, R., Nowicke, C. E. y Jun, M. K. (2010). Individual characteristics of adolescent methamphetamine users in relation to self-reported trouble with the police. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 54(1), 76-92.

Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C. y Robinson, D. J. (2019). Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(3), 357-392.

- Goldberg, S. B., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., Zgierska, A., y Rösner, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1-163.
- Gong, H., Xie, C., Yu, C., Sun, N., Lu, H. y Xie, Y. (2021). Psychosocial factors predict the level of substance craving of people with drug addiction: A machine learning approach. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 1-12.
- González, H. y Sánchez, E. (2017). Introducción. En R. Marín-Navarrete, N. Szerman y P. Ruiz (Eds.), *Monografía sobre PATOLOGÍA DUAL: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (pp. 33-44)*. INPRFM, IAPA.
- González, V. (2023). Aburrimiento e intervención neuropsicológica en adicción a metanfetaminas. En M. C. Téllez, A. Hernández y M.A. Villa (Eds). *Asociación Mexicana de Neuropsicología: 25 años de práctica clínica e investigación (pp. 297-314)*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- González, V., Salazar, M. L., Navarro, G. y Padrós, F. (2023). Aburrimiento, gaudibilidad y depresión en adolescentes dependientes de metanfetaminas. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(33), 34-59.
- González-Yubero, S., Palomera, R. y Lázaro, S. (2021). Empatía, estilos de afrontamiento y actitudes hacia el consumo como factores de protección del consumo intensivo de alcohol y el policonsumo en la adolescencia. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 29(2), 313-330.

Grodin, E. N., Courtney, K. E. y Ray, L. A. (2019). Drug-induced craving for methamphetamine is associated with neural methamphetamine cue reactivity. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(2), 245-251.

Guerin, A. A., Bridson, T., Plapp, H. M. y Bedi, G. (2023). A systematic review and meta-analysis of health, functional, and cognitive outcomes in young people who use methamphetamine. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 153, 1-26.

Hasking, P., Lyvers, M., y Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive behaviors*, 36(5), 479-487.

Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. y Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 922-928.

Hedderman, E., O'Doherty, V. y O'Connor, S. (2021). Mindfulness moments for clinicians in the midst of a pandemic. *Irish journal of psychological medicine*, 38(2), 154-157.

Hernández-Nieto, R. (2011). *Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas*. Universidad de los Andes.

Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clinica y salud*, 27(3), 115-124.

Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS spectrums*, 11(11), 829-851.

Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: Una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio (Datos Nacionales. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2022>)

Jordan, C. J. y Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental cognitive neuroscience*, 25, 29-44.

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.

Kabat-Zinn, J. (2024). *An inclusive vision*. Jon Kabat-Zinn. <https://jonkabat-zinn.com/about/>

Kaye, S., Lewandowski, A., Bowman, J. y Doyle, M. F. (2020). Crystal methamphetamine use among young people entering custody: Prevalence, correlates and comorbidity. *Drug and Alcohol Review*, 40(7), 1266-1274.

- Kiluk, B. D., Nich, C. y Carroll, K. M. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug and alcohol dependence, 114*(3), 169-176.
- Kladnitski, N., Smith, J., Uppal, S., James, M. A., Allen, A. R., Andrews, G. y Newby, J. M. (2020). Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet interventions, 20*, 1-14.
- Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R. y Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: A systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*, 1-37.
- Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J., Balodis, I. M., MacKillop, J. y George, T. P. (2019). The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1451*(1), 71-91.
- Kuaik, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST, 16*(1), 42-50.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, R. S., Hoppenbrouwers, S. y Franken, I. (2019). A systematic meta-review of impulsivity and compulsivity in addictive behaviors. *Neuropsychology review, 29*, 14-26.
- Li, J., Cai, Z., Li, X., Du, R., Shi, Z., Hua, Q., Zhang, M., Zhu, C., Zhang, L. y Zhan, X. (2021). Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of palliative medicine, 10*(7), 1-18.

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P. y Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment, 75*, 62-96.

Liu, Y., Wang, L., Yu, C., Liu, M., Li, H., Zhang, Y., Yu, Y., Bao, J., Wang, T., Q, Y. Y. y Zhou, Q. (2022). How drug cravings affect metacognitive monitoring in methamphetamine abusers. *Addictive Behaviors, 132*, 1-8.

Luikinga, S. J., Kim, J. H. y Perry, C. J. (2018). Developmental perspectives on methamphetamine abuse: Exploring adolescent vulnerabilities on brain and behavior. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry, 87*, 78-84.

Luna-Contreras, M. y Dávila-Cervantes, C. A. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 17(34)*, 1-12.

Mallik, D., Kaplan, J., Somohano, V., Bergman, A. y Bowen, S. (2021). Examining the role of craving, mindfulness, and psychological flexibility in a sample of individuals with substance use disorder. *Substance use & misuse, 56(6)*, 782-786.
[10.1080/10826084.2021.1899220](https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1899220)

Maneesang, W., Hengpraprom, S. y Kalayasiri, R. (2022). Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Counseling programs (MBTC) on relapses to methamphetamine dependence at a substance dependency treatment center. *Psychiatry research, 317*, 1-20

Marín-Navarrete, N., Szerman, N. y Ruiz, P. (2017). *Monografía sobre PATOLOGÍA DUAL: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*. INPRFM, IAPA.

- Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Hernández A. E., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J., y Medina-Mora, M.E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479.
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., y Tena-Suck, A. (2016). Addiction care in Mexico: a challenge for non-specialized health professionals. *Salud mental*, 39(5), 241-242.
- Marín-Navarrete, R., y Medina-Mora, M. E. (2015). Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. En M. E. Medina-Mora (Ed.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 39–58). Academia Nacional de Medicina de México A. C.
- Marlatt, A. G. (1987). Craving notes. *British Journal of Addiction*, 82(1), 42–44.
- Marmarosh, C. L., Sandage, S., Wade, N., Captari, L. E. y Crabtree, S. (2022). New horizons in group psychotherapy research and practice from third wave positive psychology: a practice-friendly review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 25(3), 1-13.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I., y Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry research*, 228(3), 752-759.
- Martínez-Ezquerro, J. Riojas-Garza, A. y Rendón-Macías, M. (2017). Significancia clínica sobre significancia estadística. Cómo interpretar los intervalos de confianza a 95%. *Revista alergia México*, 64(4), 477-486.

- Martínez, K. I., Ojeda, Y. L., Hernández, J. y Contreras-Pérez, M. E. (2023). Depression and Suicidal Behavior Comorbidity in Patients Admitted to Substance-Use Residential Treatment in Aguascalientes, Mexico. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1-12.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Jiménez, A. L., Ruiz, G. M. y Ayala, H. (2012). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta.*
- Mashinter, P. (2020). Is Group Therapy Effective?. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, 12(2), 33-36.
- McClintock, A. S. y Marcus, M. (2021). Mindfulness-based approaches in addiction treatment. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, 391-400.
- McKetin, R., Boden, J. M., Foulds, J. A., Najman, J. M., Ali, R., Degenhardt, L., ... & Weatherburn, D. (2020). The contribution of methamphetamine use to crime: Evidence from Australian longitudinal data. *Drug and alcohol dependence*, 216, 108262.
- Menció, S. D. (2023). Tendencias actuales de producción y consumo de drogas ilícitas en México. *Anuario Mexicano de Asuntos Globales*, 1(1), 707-714.
- Mestre, J. I. y Tirado, J. (2017). Trastornos Depresivos y Patología Dual. En R. Marín-Navarrete, N. Szerman y P. Ruiz (Eds.), *Monografía sobre PATOLOGÍA DUAL: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (pp. 22-32)*. INPRFM, IAPA.
- Moallem, N. R., Courtney, K. E. y Ray, L. A. (2018). The relationship between impulsivity and methamphetamine use severity in a community sample. *Drug and alcohol dependence*, 187, 1-7.

Molina, C. (2022). *Plan de seguridad para el comportamiento suicida*.

<https://www.gob.mx/salud/documentos/plan-de-seguridad-para-el-comportamiento-suicida>

Murphy, C. y MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, 219, 527-536.

Naciones Unidas. (2023). *Informe 2023*. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2023/Annual_Report/E_I_NCB_2023_1_spa.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2019). ¿Qué es la metanfetamina?

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina/que-es-la-metanfetamina>

National Institute on Drug Abuse. (2020). El uso indebido de drogas y la adicción.

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>

National Institute on Drug Abuse. (2022). Las Drogas y el Cerebro.

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>

Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., Norhayati, I. y Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 1-15.

Nie, L., Ghahremani, D. G., Mandelkern, M. A., Dean, A. C., Luo, W., Ren, A., Li, J. y London, E. D. (2021). The relationship between duration of abstinence and gray-matter brain structure

in chronic methamphetamine users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 47(1), 65-73.

Norris, C. J., Creem, D., Hendler, R. y Kober, H. (2018). Brief mindfulness meditation improves attention in novices: Evidence from ERPs and moderation by neuroticism. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00315>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2023). *Informe Mundial sobre las Drogas 2023*. https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_SPI_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M. y De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207-221.

Ortega, B., Ávila, R. y Miranda, M. (2019). Demora de la gratificación en consumidores, ex consumidores y no consumidores de marihuana. *Conductual*, 7(1), 26-43.

Panlilio, L., Stull, S., Bertz, J., Burgess-Hull, A., Lanza, S., Curtis, B., Phillips, K., Epstein, D. y Preston, K. L. (2021). Beyond abstinence and relapse II: momentary relationships between stress, craving, and lapse within clusters of patients with similar patterns of drug use. *Psychopharmacology*, 238, 1513-1529.

Pappas, S. (2023). *Group therapy is as effective as individual therapy, and more efficient. Here's how to do it successfully*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/monitor/2023/03/continuing-education-group-therapy>

- Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R. y Gradolí, V. T. (2008).
 Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Socidrogalcohol*
- Pence, B. W., Thielman, N. M., Whetten, K., Ostermann, J., Kumar, V., y Mugavero, M. J. (2008).
 Coping strategies and patterns of alcohol and drug use among HIV-infected patients in the
 United States Southeast. *AIDS patient care and STDs*, 22(11), 869-877.
- Peñafiel, E. M. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en
 adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
- Pettit, J. W., Buitron, V. y Green, K. L. (2018). Assessment and management of suicide risk in
 children and adolescents. *Cognitive and behavioral practice*, 25(4), 460-472.
- Poudel, A. y Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and psychosocial problems among
 individuals with substance use disorders. *BMC psychiatry*, 17 (10), 1-7.
- Price, C. J. y Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and
 approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in psychology*,
 9 (798), 1-12.
- Price, C. J., Thompson, E. A., Crowell, S. E., Pike, K., Cheng, S. C., Parent, S. y Hooven, C.
 (2019). Immediate effects of interoceptive awareness training through Mindful Awareness
 in Body-oriented Therapy (MABT) for women in substance use disorder
 treatment. *Substance abuse*, 40(1), 102-115.
- Realuyo, C. B. (2019). La Nueva Guerra del Opio: Una Emergencia Nacional. *PRISM*, 8(1), 133-
 142.

- Renner, J.A y Ward, E. N. (2017). Drogadicción en T.A. Stern, M. Fava, T. E. Wilens y J.F. Rosenbaum (Eds.), *Tratado de Psiquiatría Clínica* (pp. 2-32) Elsevier.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Roos, C. R., Bowen, S. y Witkiewitz, K. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1-37.
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M. y Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52-59.
- Royo-Isach, J., Magrané, M., Velilla, A., y Ruiz, L. (2004). Consumidores de speed (metanfetamina): un viaje de ida y vuelta entre el éxtasis (MDMA) y la cocaína. Algunos aspectos clínicos, preventivos y asistenciales. *Atención primaria*, 34(10), 553-556.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, E. P. y Oquendo, M. A. (2020). Suicide risk assessment and prevention: challenges and opportunities. *Focus*, 18(2), 88-99.
- Salvo, L., y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Sánchez-Hervás, E., Bou, N. M., Gurrea, R. D. O., Gradolí, V. T. y Gallús, E. M. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 3(4), 237-243.

- Sayette, M. A. (2016). The role of craving in substance use disorders: theoretical and methodological issues. *Annual review of clinical psychology*, 12, 407-433.
- Schmelefske, E., Per, M., Khoury, B. y Heath, N. (2022). The effects of mindfulness-based interventions on suicide outcomes: a meta-analysis. *Archives of suicide research*, 26(2), 447-464.
- Segovia, S. (2019). Psicobiología del Mindfulness. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 4(1), 58-68.
- Seow, L. S. E., Ong, W. J., Hombali, A., AshaRani, P. V. y Subramaniam, M. (2020). A scoping review on cue reactivity in methamphetamine use disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1-28. doi:10.3390/ijerph17186504
- Silananda, U. (1990). *The four foundations of mindfulness*. Simon and Schuster.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2021). *Informe SISVEA 2021*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/760957/informe_sisvea_2021.pdf
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2022). *Informe SISVEA 2022*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/906938/INFORME_SISVEA_2022_01042_4_OK.pdf
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2023). *Informe SISVEA Aguascalientes 2023*.
- Smith, T., Panfil, K., Bailey, C. y Kirkpatrick, K. (2019). Cognitive and Behavioral Training Interentions to Promote SelfControl. *Journal of Experimental Psychology: Animal Learning and Cognition*, 45(3), 259–279.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código Ético del Psicólogo. Editorial Trillas.

<https://tlaxcoapan.hidalgo.gob.mx/1trim22/Código%20Ético.pdf>

Spear, L. P. (2016). Consequences of adolescent use of alcohol and other drugs: Studies using rodent models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 228-243.7

Stahl, B. y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para Reducir el Estrés: Una guía práctica*. Kairós.

Tapper, K. (2018). Mindfulness and craving: effects and mechanisms. *Clinical psychology review*, 59, 101-117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.003>

Torok, M., Callear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A. y Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*, 73, 100-112.

Turecki, G. y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-51.

Vargas, H. B. y Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1), 19-28.

Vázquez, A. (2022). *Evaluación del riesgo suicida tamizaje ASQ Modoris*.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757444/ASQ_MODORIS_Pagina.pdf

Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, M. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Balbuena, G.

Berrios y P. Fernández (Eds.), *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp.425-446).

Masson.

Vega, W. A., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit,

D. Heeringa, S., Kessler, R., Kolody, B., Merikangas, K., Molnar, B., Walters, E., Warner,

L. y Wittchen, H. U. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international

sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and*

alcohol dependence, 68(3), 285-297

Venniro, M., Reverte, I., Ramsey, L. A., Papastrat, K. M., D'Ottavio, G., Milella, M. S., Li, X.,

Grimm, J. y Caprioli, D. (2021). Factors modulating the incubation of drug and non-drug

craving and their clinical implications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 131, 847-

864.

Villatoro-Velázquez JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón- Cirett, M., Cañas-

Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME.,

Gutiérrez-Reyes, J., Franco- Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L.

(2017). *Encuesta Nacional Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT 2016-2017:*

Reporte de Drogas.

http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-

[3325.2018.003](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2018.003)

Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A. y Herrman, H. (2021). Suicide prevention in

childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective

factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), 1-17.

Weber, A. N., Michail, M., Thompson, A. y Fiedorowicz, J. G. (2017). Psychiatric emergencies: assessing and managing suicidal ideation. *Medical Clinics*, 101(3), 553-571.

Witkiewitz, K. y Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 362-374.

Zhai, J., Long, Y., Shi, J., Shi, D., Ren, Q., Zhao, M. y Du, J. (2022). The effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on Chinese methamphetamine dependent patients: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-5.

Zhang, R., y Volkow, N. D. (2019). Brain default-mode network dysfunction in addiction. *Neuroimage*, 200, 313-331. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.06.036>

Zhang, T., Wang, K., Li, N., Hurr, C. y Luo, J. (2021). The Relationship between Different Amounts of Physical Exercise, Internal Inhibition, and Drug Craving in Individuals with Substance-Use Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312436>

Zimmer-Gembeck, M. J., y Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. *Developmental psychopathology*, 1-61.

Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K. y O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 134(1), 73-84.

Anexos



Anexo 1 Manual del programa de intervención



Programa de Intervención

A.C.E.R.C.A.R.

*Programa de Intervención para la Reducción del
Deseo por la Droga y el Riesgo Suicida*



Autores

Lic. Ximena Estefanía Díaz Domínguez

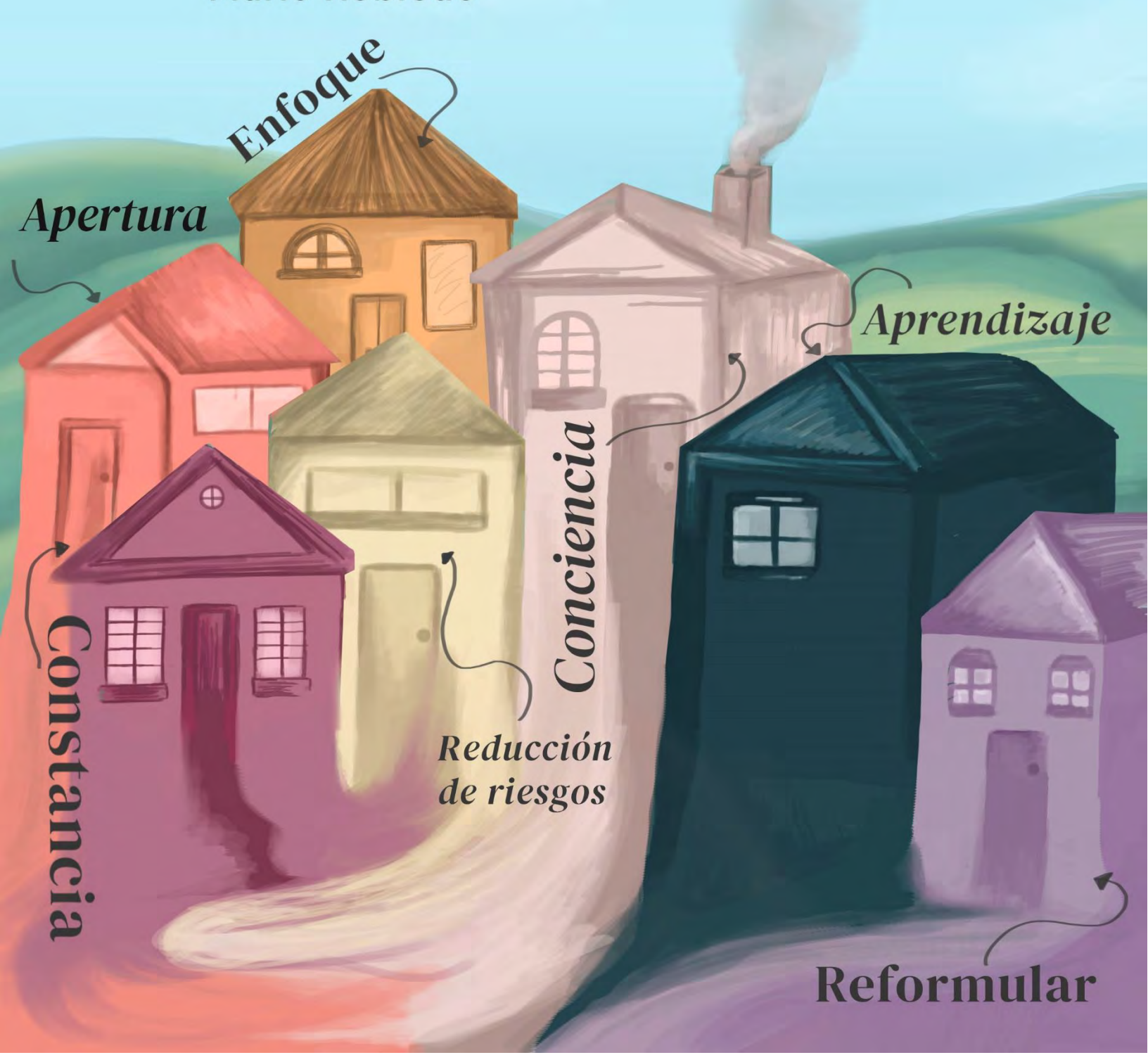
Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Dra. Martha Leticia Salazar Garza

Mtra. María Abigail Paz Pérez

Ilustración

Mario Robledo



Enfoque

Apertura

Aprendizaje

Conciencia

*Reducción
de riesgos*

Constancia

Reformular

Índice

Introducción.....	4
Antecedentes.....	6
Etapa 1: Detección de los Casos.....	8
Etapa 2: Evaluación Pretratamiento	9
Etapa 3: Tratamiento.....	20
Sesión 1 Explorando senderos: Rutas de confianza y seguridad.....	20
Sesión 2 Actuar con conciencia	28
Sesión 3 Exploración sin juicios.....	35
Sesión 4 Identificando el deseo por la droga y las estrategias para abordarlo	42
Sesión 5 Enfrentando los retos del camino: Prevención de recaídas.....	48
Sesión 6 Herramientas para seguir adelante	55
Etapa 4: Seguimiento	62
Referencias	71

Introducción

El programa de intervención ACERCAR consiste en un tratamiento grupal que incorpora la práctica de la atención plena como una estrategia de afrontamiento. En el tratamiento se incluyen técnicas específicas de atención plena que se han utilizado en programas de intervención grupal como Prevención de Recaídas Basado en la Atención Plena ([MBRP] Bowen et al., 2011), Mejora de la Recuperación Orientada a la Atención Plena ([MORE] Garland et al., 2019), Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness ([MBSR] Kabat-Zinn, 1982) y Conciencia en la Terapia Orientada al Cuerpo ([MBAT] Price y Hooven, 2018) donde los mecanismos investigados son la impulsividad, el craving y la reactividad, moderados por factores como la ansiedad y la depresión (Korecki et al., 2020).

El objetivo general del programa es reducir el deseo por la droga y el riesgo suicida en adolescentes de 12 a 18 años que se encuentran en centros residenciales y cuya droga de impacto es la metanfetamina. Este programa de intervención busca cubrir la necesidad de un tratamiento integral para consumidores de metanfetamina tomando en cuenta la presencia de comorbilidades como la ansiedad, la depresión y el riesgo suicida (Hamel et al., 2020). Además, no se ha identificado un programa de intervención en México que incorpore la práctica de la atención plena para abordar el deseo por la droga y el riesgo suicida de manera conjunta en población adolescente (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015).

La aplicación del programa de intervención requiere un primer acercamiento a los centros residenciales para solicitar autorización para llevar a cabo el programa y así poder detectar a los posibles participantes. Una vez que los adolescentes han sido referidos por la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

institución donde se encuentran, se aplicarán una serie de instrumentos de evaluación para corroborar que cumplan con los criterios de inclusión. Enseguida, se les informa a los adolescentes en qué consiste el programa y se les pregunta si les interesa participar; si los adolescentes aceptan participar, se firma el consentimiento informado y se asignan los participantes al grupo de tratamiento; cabe mencionar que si se identifican casos de riesgo suicida inminente y/o ansiedad y depresión severas, se referirán y notificará a los centros residenciales.

Una vez concluidas las etapas de detección de casos y evaluación, se dará inicio al tratamiento. La intervención consiste en seis sesiones semanales en formato grupal con una duración aproximada de 50 minutos cada una. Cada sesión cuenta con un objetivo general y con materiales para ser entregados a los participantes. Aunado a lo anterior, el programa de intervención incluye dos autorregistros: el primero de ellos permite que los participantes monitoreen en cuántas ocasiones utilizan las estrategias revisadas y cómo se sienten al realizarlas; el segundo de ellos les ayuda a identificar la frecuencia del deseo por la metanfetamina.

La última etapa del programa de intervención consiste en un seguimiento. El seguimiento se llevará a cabo 15 días después de concluir el tratamiento, aplicando los mismos instrumentos que se emplearon previo al tratamiento con la finalidad de evaluar los cambios en los participantes.

Antecedentes

El consumo de sustancias es “un fenómeno complejo que involucra aspectos biológicos, sociales, culturales y ambientales” (Marín-Navarrete et al., 2017, p.10), es altamente prevalente y representa un problema de salud pública (Degenhardt et al., 2018; Vega et al., 2002) ya que el número estimado de personas que habían consumido cualquier droga aumentó de 210 millones a 271 millones entre 2009 y 2017 (Naciones Unidas, 2019). Una de las sustancias cuyo consumo en el mundo y en nuestro país ha ido en aumento es la metanfetamina. En México en el 2020 el consumo de metanfetamina fue similar al consumo de tranquilizantes, opioides y cocaína, asimismo, se aumentó la demanda de tratamiento para el abuso de esta sustancia de 14.5 % en 2017 a 30.3 % en 2020 (Menció, 2023).

Aunado a lo anterior, Martínez et al. (2023) reportan que en una muestra el 23.3% de los consumidores de cristal que se encuentran en centros residenciales de Aguascalientes manifiestan síntomas depresivos, de ellos, el 65% presenta ideación suicida, el 46% planeación suicida y el 43% intento suicida. Estos datos permiten identificar el panorama actual de la problemática a abordar, evidenciando que la población consumidora de sustancias presenta diversas sintomatologías, las cuales no siempre son atendidas de manera integral (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015). Es por ello que surge el interés por generar un programa de intervención que aborde de manera conjunta la comorbilidad entre el consumo de metanfetamina y la depresión y/o ansiedad, tomando en cuenta su incidencia en la conducta suicida, para personas que se acercan a recibir atención a los centros residenciales de nuestra ciudad.

Las intervenciones basadas en la atención plena pueden aumentar la conciencia de las razones y consecuencias del consumo de sustancias en los usuarios (Chiesa y Serretti, 2014;

Goldberg et al., 2021); de igual manera, se puede favorecer la capacidad de permanecer en contacto con las experiencias en lugar de intentar escapar o distanciarse de los sentimientos y sensaciones desagradables por medio de estrategias de afrontamiento dañinas (Chiesa y Serretti, 2014).

La práctica de la atención plena puede ser de dos tipos: formal e informal. La práctica meditativa o práctica formal de atención plena consiste en enfocarse en una sola actividad y mantenerse inmerso en ella. Por otro lado, la práctica informal implica realizar alguna actividad cotidiana (por ejemplo, comer, caminar, cocinar) manteniendo un estado de conciencia en lo que implica llevar a cabo la actividad elegida (Sánchez-Hervás et al., 2016).

Aunado a lo anterior, Barceló-Soler et al. (2018), proponen que la atención plena como estrategia terapéutica tiene cinco componentes fundamentales: 1) centrarse en el momento presente, viviendo cada experiencia como se va presentando, sin pensar en lo que ya pasó o lo que podría pasar; 2) apertura a la experiencia y a los hechos, sin emitir juicios; 3) aceptación radical de las experiencias agradables y desagradables; 4) elegir enfocarse funcionalmente en las experiencias; 5) renunciar al control de reacciones, emociones, sentimientos y pensamientos. Además, las intervenciones basadas en atención plena se llevan a cabo en formato grupal y se sugiere incluir de 6 a 15 participantes (Barceló-Soler et al., 2018; Korecki et al., 2020).

Etapa 1: Detección de los Casos

Objetivo

Identificar a los adolescentes que consuman metanfetamina y tengan antecedentes de conducta suicida a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Procedimiento

1. Se identifica a las instituciones y se solicita a las autoridades el acceso para trabajar con los adolescentes explicando el objetivo de la intervención y la forma en que se trabajará. Una vez obtenida la autorización, se les pedirá a los responsables de las instituciones que proporcionen una lista con los nombres de los adolescentes que hayan llegado en el último mes, que sean consumidores de metanfetamina y tengan antecedentes de conducta suicida.
2. Una vez que se haya identificado a los adolescentes, se agendará una sesión individual con cada uno de ellos para aplicar los instrumentos de evaluación y corroborar que cumplan con los criterios de inclusión.

Etapa 2: Evaluación pretratamiento

Introducción

La evaluación psicológica es el proceso de recoger y organizar la información acerca de una persona con la finalidad de identificar características conductuales, emocionales, cognitivas o sociales (Jorge, 2018). Para recopilar esta información se sugiere utilizar técnicas, tests y/o herramientas de evaluación (Fernández-Ballesteros, 2013).

Durante esta etapa, se aplican cuatro instrumentos de evaluación en formato de lápiz y papel. El facilitador aplicará los instrumentos de evaluación de manera individual a cada adolescente para identificar la severidad del riesgo suicida, el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva y el deseo por la droga. Asimismo, se verificará que el adolescente cumpla con los criterios de inclusión para el programa de intervención y se establece el rapport.

Objetivo

Realizar la evaluación pretratamiento de manera individual para recabar información sobre el deseo por la droga, riesgo suicida, sintomatología ansiosa y depresiva y corroborar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Duración

- 90 minutos.

Materiales

- Cuestionario ASQ-Modoris.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
- Autorregistro del Deseo por la Droga.
- Hojas de máquina.
- Lápiz y goma.

Procedimiento

1. Realizar rapport con el adolescente preguntándole cómo se llama, cómo le gusta que le digan y qué actividad estaba haciendo antes de venir a la sesión. Posteriormente preguntarle si sabe por qué le pidieron que viniera, explicarle en qué consiste la sesión del día de hoy y preguntarle si está de acuerdo con responder los cuestionarios.
2. Aplicar los instrumentos de evaluación enfatizándole al adolescente que no hay respuestas buenas o malas y la importancia de que conteste de manera honesta.

A continuación se presentan los criterios de inclusión y exclusión, así como los formatos de los instrumentos de evaluación.

Criterios de inclusión

Adolescentes de 12 a 18 años que se encuentren en centro residenciales, que hayan ingresado en máximo cuatro meses antes del inicio de la evaluación, que reporten la metanfetamina como su droga de impacto y que presenten un riesgo suicida bajo, moderado o alto y ansiedad y depresión mínima, leve o moderada, o bien que presente ansiedad y

depresión severas y se encuentre recibiendo tratamiento psiquiátrico y/o atención psicológica individual.

Criterios de exclusión

- Participantes mayores de 18 años que se encuentren en el centro residencial.
- Participantes que se encuentren en el centro residencial cuya droga de impacto sea distinta a la metanfetamina o que estén por alguna problemática distinta al consumo de drogas.
- Participantes que no presenten riesgo suicida bajo, moderado o alto.
- Participantes que presenten un riesgo suicida inminente.
- Participantes que no presenten ansiedad y depresión mínima, leve o moderada.
- Participantes que presenten ansiedad y depresión severas y no se encuentren en tratamiento psiquiátrico y/o atención psicológica individual.
- Participantes que hayan recibido algún programa de prevención o intervención por parte del equipo de investigación.

ASQ-Modoris (Secretaría de Salud, 2022)

Es una herramienta de tamizaje, generada por la Secretaría de Salud, que permite realizar una evaluación rápida y sencilla del riesgo suicida (Vázquez, 2022) y clasificarlo en riesgo bajo, moderado, alto e inminente.

Instrucciones: Realizar las siguientes preguntas al participante

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?

3. En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

Si contestó que sí,

¿Cómo lo hizo?

¿Cuándo lo hizo?

Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento?

Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos)

Inventario de Ansiedad de Beck ([BAI] Beck et al., 1988; adaptación a población mexicana Robles et al., 2001)

Es un instrumento que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad en la última semana; está constituido por 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta (en absoluto, levemente, moderadamente y severamente). El puntaje total se obtiene con la sumatoria de los 21 ítems, cada ítem se evalúa en una escala de cuatro puntos (de 0 a 3); el puntaje total puede oscilar entre 0 y 63 puntos. La adaptación a población mexicana mostró una consistencia interna alta, medida por el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X la intensidad de la molestia.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Temblor de piernas				
4. Incapacidad de relajarme				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareo o aturdimiento				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				

11. Sensación de ahogo				
12. Temblores de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morirme				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o abdominales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración				

Inventario de Depresión de Beck ([BDI-III] Beck et al., 1996; adaptación a población mexicana Jurado et al., 1998)

Es un instrumento que evalúa la presencia de sintomatología depresiva en la última semana; cuenta con 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. La adaptación a población mexicana mostró una consistencia interna alta, medida por el coeficiente alfa de Cronbach de 0.87.

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Autorregistro del Deseo por la Droga (Martínez et al., 2012)

Es un autoinforme adaptado del Programa de Intervención Breve para Adolescentes donde se identifican la frecuencia en que la persona presenta deseo por la droga y la intensidad con la que se presentó ese deseo. Para realizar el primer registro se considerará la semana previa al inicio de la evaluación.

Deseo por consumir la metanfetamina		Intensidad del deseo									
	¿Cuántas veces te pasó?	¿Qué tan intenso sientes que fue tu deseo por consumir la metanfetamina en la última semana?									
Evaluación inicial		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 5		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Seguimiento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Etapas 3: Tratamiento

Sesión 1: Explorando senderos: Rutas de Confianza y Seguridad

Introducción

En esta sesión inicial se busca empezar a favorecer un ambiente de confianza y apertura e ir construyendo una alianza terapéutica. La alianza terapéutica se entiende como una relación bidireccional entre los facilitadores y los participantes, la cual se genera a través del establecimiento de acuerdos y de la creación de un ambiente de cooperación y compromiso. El fortalecer la alianza terapéutica puede promover cambios en el comportamiento y el cumplimiento de los objetivos de la intervención, además se sugiere que incide en la adherencia al tratamiento (Floréz et al., 2022; Lima-Castro et al., 2017).

Aunado a lo anterior, al estar trabajando con participantes que tienen antecedentes de conducta suicida, se recomienda generar junto con ellos un plan de seguridad que les permita mantenerse a salvo en situaciones de riesgo o crisis. La Secretaría de Salud (2022), indica que un plan de seguridad contra el suicidio consiste en un conjunto escrito de instrucciones que generan las personas junto con un profesional de salud, como una forma de abordar los pensamientos sobre hacerse daño y las conductas impulsivas derivadas de un malestar intenso.

Asimismo, en esta sesión se les presentará el autorregistro explicando su función y la forma de llenarlo. El autorregistro es un formato a través del cual los participantes estarán monitoreando el uso de las estrategias que van aprendiendo y cómo se sienten al ponerlas en práctica. Además, se retomará el autorregistro del deseo por la droga.

Objetivo general

Facilitar la participación de los adolescentes promoviendo la confianza, motivación y compromiso, a través de actividades integradoras y psicoeducativas, para promover la seguridad personal, la adherencia y el interés en el tratamiento.

Objetivos específicos

- Generar un ambiente de confianza entre los participantes y los facilitadores a través de una dinámica de integración grupal para fomentar la motivación y la concentración.
- Psicoeducar sobre el plan de seguridad ante una crisis a través de la revisión de un plan de seguridad individual para que los participantes puedan llevarlo a cabo cuando sea necesario.
- Favorecer el compromiso de los participantes a través del establecimiento de una meta para que se involucren activamente en el tratamiento.
- Realizar el encuadre del programa de intervención mencionando las estrategias de atención plena que se estarán revisando y los formatos de autorregistro que estarán llenando, para promover la adherencia terapéutica.

Duración

- 120 minutos.

Materiales

- Hoja de trabajo “Plan de Seguridad”.
- Hoja de trabajo “Mi meta”

- Formato de Autorregistro de Estrategias.
- Formato de Autorregistro del Deseo por la Droga.
- Lápices y gomas.

Procedimiento

Actividad	Descripción	Duración
<p>Rapport “El movimiento del nombre” e introducción del programa</p>	<p>Se les pedirá a los participantes que formen un círculo para poder presentarse. Cada uno de ellos dirá su nombre y hará un gesto, movimiento o baile corto que consideren que los representa. Los primeros en presentarse serán los facilitadores, agregando la indicación de que la segunda persona en presentarse repetirá el nombre y el gesto, movimiento o baile corto de la persona anterior y así sucesivamente hasta que todos los participantes se hayan presentado.</p> <p>Al finalizar la actividad los facilitadores agradecerán a los adolescentes por su participación y les recordarán que durante la sesión pasada estuvieron respondiendo una serie de preguntas y firmaron el consentimiento informado. Se les repetirá que su participación es voluntaria y que cualquier duda o situación que vaya surgiendo la pueden comentar con alguno de los facilitadores. En seguida los facilitadores mencionarán el objetivo general del programa de intervención.</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Elaboración del plan de seguridad individual</p>	<p>Se les preguntará a los participantes si conocen lo que es un plan de seguridad y/o qué se imaginan que es. A continuación se les proporciona la hoja de trabajo “Plan de Seguridad” la cual contiene información sobre lo que es un plan de seguridad, para qué sirve y en qué momentos se recomienda ponerlo en práctica. El facilitador y los participantes darán lectura a cada uno de los pasos y llenarán lo correspondiente al paso 2. Con respecto al paso 2 se recomienda guiar a los participantes porque podría resultar difícil el identificar estas actividades, agregar</p>	<p>45 minutos</p>

	<p>actividades que puedan hacer dentro del centro residencial y actividades que puedan hacer cuando salgan; asimismo, se sugiere compartir con el grupo las opciones que cada uno haya escrito y retroalimentarles que entre más específicas sean las actividades que elijan y entre más opciones pongan, más sencillo será que puedan recurrir a ellas en un momento de crisis.</p>	
<p>Establecimiento de una meta</p>	<p>A continuación, se les preguntará a los participantes por qué decidieron acudir a estas sesiones, por ejemplo por curiosidad, porque querían aprender a afrontar sus crisis de ansiedad, para poder aprender nuevas estrategias, etc. Se sugiere mencionar que esas razones que tuvieron para ingresar pueden convertirse en una meta a alcanzar durante estas sesiones. Se les preguntará si saben lo que es una meta y para qué cree que sirve tener metas. Se recomienda retroalimentar mencionando que al igual que en el plan de crisis, es importante que las metas que nos proponamos sean muy específicas y que se asigne un tiempo para poder alcanzarlas.</p> <p>Se les pedirá a los participantes que piensen y anoten una meta que puedan trabajar a lo largo de las sesiones del programa. Posteriormente cada uno de los miembros del grupo compartirá la meta que anotó, comenzando por los facilitadores.</p>	<p>25 minutos</p>
<p>Revisión de los formatos de autorregistro</p>	<p>Enseguida se les entregará a los participantes el formato del autorregistro. Los facilitadores indicarán a los participantes la información que se incluye en el autorregistro (nombre de la estrategia revisada, espacio para marcar la frecuencia y columna para indicar cómo se sintieron al poner en práctica la estrategia). Los facilitadores mostrarán cómo se llena el formato marcando la fila del plan de seguridad con una barra vertical, después se les pedirá que realicen un ejemplo y marquen la fila del plan de seguridad con una barra vertical, los facilitadores estarán pasando con cada participante para corroborar que comprendieron las instrucciones. Finalmente, se les explicará que lo</p>	<p>20 minutos</p>


	<p>estarán llenando por semana y que se revisará al inicio de cada sesión del programa.</p> <p>Posteriormente se les brindará el formato del autorregistro del deseo por la droga, el cual contiene el primer registro que se realizó al momento de la evaluación. Se les explicará que al igual que en el primer registro, pondrán una marca (barra vertical) cada vez que tengan deseo por la droga, se les pedirá que piensen cuántas veces tuvieron este deseo a lo largo de la última semana y pondrán una marca en forma de X en la intensidad que consideran que tuvo (del 1 al 10); los facilitadores estarán pasando con cada participante para corroborar que comprendieron las instrucciones y se les recordará que igualmente se estará revisando al inicio de cada sesión.</p>	
<p>Cierre de la sesión y encuadre del programa de intervención</p>	<p>Para concluir con la primera sesión, los facilitadores recordarán los materiales que se revisaron: el plan de seguridad, la meta que establecieron y los formatos de autorregistro. Se preguntará si alguien tiene alguna duda con lo que se vio a lo largo de la sesión. A continuación se realiza un encuadre mencionando lo siguiente: “Se realizarán seis sesiones, esta fue la primera de ellas, estaremos trabajando estrategias de atención plena, cada sesión comenzará con un ejercicio de atención plena para poder poner en práctica lo que vamos aprendiendo, estaremos compartiendo cómo es nuestra experiencia con estos ejercicios, qué nos gusta, qué notamos, qué se nos dificulta. Al principio se nos puede dificultar seguir los ejercicios, no se preocupen, es totalmente normal. Es importante que conserven, revisen y practiquen todos los días las hojas que les vamos entregando. Estaremos abordando temas como el manejo de las emociones, el no juzgarnos, la prevención de recaídas y el manejo del deseo por la droga. Les agradecemos mucho su asistencia y su participación, alguien tiene alguna duda o comentario?”</p>	<p>15 minutos</p>

Hoja de Trabajo “Plan de Seguridad”







Se trata de una serie de pasos que nos pueden ayudar a disminuir la intensidad de lo que estamos sintiendo, previniendo que nos pongamos en riesgo o pongamos en riesgo a los otros.



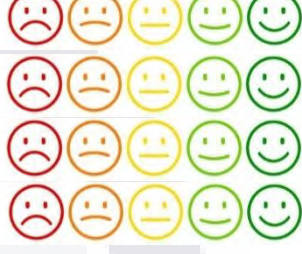
1. Aléjate o deshazte de cualquier objeto, sustancia o lugar que te pudiera generar algún daño a ti o a otra persona.
2. Escribe algunas actividades o cosas que te hayan ayudado alguna vez y que realmente atrapen tu atención y te distraigan, con la finalidad de poderlas poner en práctica cuando te sientas muy mal o pienses en hacerte daño. Por ejemplo, hacer ejercicio, leer un libro y ver un programa de televisión.
3. Habla con alguien que te genere mucha confianza: haz una lista de personas con quienes puedas hablar, no importa el número, importa la confianza que les tengas. La finalidad de este paso es que tus personas de confianza te apoyen y puedas distraerte hablando de otra cosa que **no** se relacione con aquello que te causó malestar ni con el consumo.
4. Si sientes que los pasos anteriores no te ayudaron, puedes llamar al 911 O LINEA VIVE 449 910 3119 para que algún profesional de la salud mental te ayude a salir de la crisis, diles tal cual que te gustaría que te ayuden a distraerte y calmarte.

Mi Meta

¿Cuál es mi meta? 
Yo _____ me comprometo a: _____

Autorregistro de Estrategias

AUTORREGISTRO		
Estrategias	Pon una marca cuando utilices la estrategia	¿Cómo te sentiste al ponerla en práctica?
<p>1. Plan de Seguridad 4 pasos que me pueden ayudar a disminuir la intensidad de lo que estoy sintiendo, previniendo que me ponga en riesgo o ponga en riesgo a los otros.</p>		
<p>2. Contar la respiración prestar atención y contar cada vez que inhalo y exhalo, hasta que lo haya hecho 10 veces.</p>		
<p>3. DROP (Detenerse, Respirar, Observar y Proceder) para detenerme antes de actuar en automático y que eso que haga me traiga más ventajas que desventajas tanto a corto y especialmente a largo plazo.</p>		
<p>4. Observar la respiración mientras se escucha la música poner una canción, ser consciente del movimiento y sentimiento de la música y prestar atención a la respiración.</p>		
<p>5. Autoexploración Corporal para ser consciente de lo que pienso y siento (emociones y sensaciones físicas).</p>		
<p>6. Uva Pasa ejercicio que me ayuda a enfocarme en sentir y saborear un dulce.</p>		

<p>7. RAIN (Reconocer, Aceptar, Investigar y Notar) para ver la situación de manera diferente, sin juzgarla y elegir una forma no impulsiva de actuar.</p>		
<p>8. Ser como un árbol ejercicio que me ayuda a regresar al aquí y ahora, siendo consciente de mi cuerpo y mi entorno a través de mis 5 sentidos.</p>		
<p>9. El recuerdo dulce ejercicio donde se elige un recuerdo significativo y agradable, explorando qué estaba haciendo, cómo eran mis cualidades, mi comportamiento y mi relación con mi entorno; me ayuda a reflexionar sobre quién soy y las cosas que son importantes para mí.</p>		

Autorregistro del Deseo por la Droga (Martínez et al., 2012)

Deseo por consumir la metanfetamina		Intensidad del deseo									
	¿Cuántas veces te pasó?	¿Qué tan intenso sientes que fue tu deseo por consumir la metanfetamina en la última semana?									
Evaluación inicial		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 5		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Seguimiento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sesión 2: Actuar con Conciencia

Introducción

La impulsividad se puede definir como la propensión que tiene una persona a actuar sin realizar una evaluación previa donde se consideren las consecuencias a corto y largo plazo de esa conducta (Pérez-Fuentes et al., 2015). Se considera que la impulsividad puede ser un factor mediador del uso de sustancias asociado con la ideación y el comportamiento suicidas (Turecki et al., 2019).

En esta sesión inicial se busca que los participantes se familiaricen con el concepto de atención plena y puedan generar su propia forma de entender este componente. La atención plena es una técnica que consiste en ser plenamente consciente del momento presente sin emitir algún juicio de aquello que se está experimentando (Stahl y Goldstein, 2010).

La atención plena permite que la persona que la practica pueda reconocer sus pensamientos y conductas automáticas, desempeñando un papel muy importante en la mejora del bienestar físico y psicológico (Stahl y Goldstein, 2010). Para las personas que consumen sustancias, la atención plena puede ser una estrategia para aumentar la conciencia de los factores desencadenantes de su patrón de consumo o su deseo por la droga y las consecuencias de estos de una manera flexible y no reactiva (Barrera et al., 2021).

A lo largo de esta sesión se busca concientizar a los participantes de las ventajas y desventajas de actuar de forma impulsiva/automática y se les proporciona una técnica de

atención plena que les puede ayudar a hacer un alto y tomar conciencia de aquello que van a realizar, ya sea en una situación de consumo o en una tentativa suicida.

Objetivo general

Fomentar el conocimiento y aplicación de la atención plena como estrategia para incrementar el actuar consciente, a través de la reflexión de las ventajas y desventajas de actuar en automático y la práctica de la técnica DROP.

Objetivos específicos

- Presentar la atención plena como una estrategia para aumentar la aceptación y el actuar consciente a través de un ejercicio inicial de atención plena para que los participantes puedan generar su propio concepto de esta estrategia.
- Identificar las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de actuar en automático llenando el recuadro de la hoja de trabajo actuar con conciencia para que los participantes se den cuenta de qué es lo que les resulta más funcional al momento de actuar.
- Promover el conocimiento de la técnica “DROP” a través de la psicoeducación y práctica de esta técnica para que los participantes puedan ser conscientes de su actuar automático y lo disminuyan.

Duración

- 120 minutos.

Materiales

- Hoja de trabajo “La Atención Plena”.
- Hoja de trabajo “Actuar con Conciencia”.

- Lápices y gomas.

Procedimiento

Actividad	Descripción	Duración
<p>Ejercicio inicial de atención plena “Contar la respiración” (Cruz et al., 2017)</p>	<p>Se les pedirá a los participantes que se sienten en el suelo con las piernas cruzadas o en una silla con las plantas de los pies tocando el suelo. Se les dirá lo siguiente: “Les voy a pedir que cierren sus ojos o vean un punto fijo en suelo. En este ejercicio vamos a contar las veces que inhalamos y exhalamos hasta que logremos contar 10 de cada una. Mientras inhalamos vamos a prestar atención a cómo se siente el aire que entra y diremos en nuestra mente “Estoy inhalando, 1”. Cuando exhale dirán “Estoy exhalando, 1”. Es muy importante que lleven el aire hasta su estómago, como si quisieran llenarlo, es normal si les cuesta trabajo porque no solemos respirar así de manera consciente. Cuando se empiece la segunda inhalación, manténgase atentos en el aire que entra y digan “Estoy inhalando, 2”. Y al exhalar lentamente decir “Estoy exhalando, 2”. Continúen hasta que hayan contado 10 inhalaciones y 10 exhalaciones, si pierden la cuenta vuelvan a empezar, cuando hayan terminado la cuenta levantan su mano.”</p> <p>Cuando todos los participantes hayan concluido el ejercicio, se les preguntará cómo se sintieron y qué tan fácil o difícil fue llevarlo a cabo. Los facilitadores estarán atentos para retroalimentar que es normal que se presenten dificultades en el ejercicio, por ejemplo perder la cuenta, hacer una respiración más superficial, tener pensamientos, distraerse con los sonidos del ambiente; mencionar que en este ejercicio no se trata de relajarse ni de pelearse con sus pensamientos, el objetivo es que puedan dirigir y redirigir su atención a la respiración cuantas veces sea necesario.</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Mi propio concepto de atención plena</p>	<p>Para continuar con la sesión se les mencionará que lo que se acaba de realizar es un ejercicio de atención plena, señalando que cada sesión iniciará con un ejercicio así. Después se les proporcionará la hoja de</p>	<p>20 minutos</p>

	<p>trabajo “La atención plena” donde entre todos se dará lectura al concepto de atención plena, la utilidad de esta estrategia, en qué consiste y las dificultades que se pueden presentar. Se preguntará si tienen alguna duda y se resolverán en caso de que surjan. A continuación, se les pedirá a los participantes que escriban su propio concepto de atención plena tomando en cuenta la práctica del ejercicio anterior y lo revisado en el material que se les brindó; se preguntará si alguno quisiera compartir lo que escribió y los facilitadores retroalimentarán las participaciones.</p> <p>Nota: puede aprovecharse este ejercicio para enfatizar en que la participación es totalmente voluntaria así como promover un ambiente de respeto entre los adolescentes.</p>	
<p>Revisión de los autorregistros</p>	<p>Enseguida, se les pedirá a los participantes que tomen sus autorregistros, primero se les preguntará si lograron poner en práctica el plan de seguridad a lo largo de la semana, se les pedirá que de manera voluntaria compartan su experiencia y/o sus dudas. Posteriormente los facilitadores pasarán con cada participante para corroborar que hayan registrado su deseo por la droga, al terminar, se comentará en grupo si tuvieron dudas con este autorregistro y en qué momento lo llenaron (por ejemplo cada vez que tenían deseo por el consumo, antes de venir a la sesión); si alguno de los participantes no llenó los registros se le preguntará qué fue lo que ocurrió (si se le olvidó, si tuvo dudas) y se le orientará para buscar estrategias para cumplir con los registros.</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Identificar las ventajas y desventajas de actuar en automático</p>	<p>A continuación, se les proporcionará a los participantes la hoja de trabajo “Actuar con conciencia” y se les preguntará: 1) ¿Cuáles creen son las ventajas de actuar de forma automática?; 2) ¿Cuáles creen que sean las desventajas? Es importante identificar ventajas y desventajas tanto a corto como a largo plazo y pedirles a los adolescentes que vayan tomando nota en sus hojas de trabajo. Después se les pedirá que recuerden alguna situación donde actuaron en automático y cómo les fue. Es muy importante recalcar a los participantes que no se trata de emitir un juicio de valor poniendo la etiqueta de bueno o malo, sino que</p>	<p>35 minutos</p>

	<p>es necesario identificar que eso que vayamos a hacer tenga más beneficios a corto pero sobre todo a largo plazo y no genere un daño para ellos ni para otras personas.</p>	
<p>Presentación y práctica de la técnica DROP</p>	<p>Para continuar se presentará la técnica “DROP” mencionado que es una herramienta que nos permite hacer un alto antes de llegar a actuar por el impulso o a consumir la droga. Se dará lectura a cada uno de los componentes de la técnica (Detenerse, Respirar, Observar y Proceder) y los facilitadores la pondrán en práctica con una situación hipotética que consideren pertinente, por ejemplo, que un amigo llegue y nos ofrezca la droga porque le contamos que nos hemos estado sintiendo mal. Después del ejemplo de los facilitadores, se les pedirá que se reúnan en parejas y comenten un ejemplo de una situación en la pudieron haber aplicado la estrategia y cómo lo harían, los facilitadores pasarán con cada pareja para retroalimentar la actividad. Al concluir la actividad se preguntará al grupo cuáles creen que son las ventajas y desventajas de poner en práctica esta herramienta a corto y a largo plazo.</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Se les preguntará a los participantes si tienen alguna duda con los materiales de atención plena y actuar con conciencia, se les mencionará lo siguiente: “recuerden que es importante estar poniendo en práctica lo revisado durante la sesión para que vayan identificando qué estrategias les ayudan más, no a todos nos sirven las mismas estrategias y es totalmente normal que al principio les cueste trabajo realizarlas, conforme vayan usándolas les será más sencillo recurrir a ellas; recuerden llenar sus autorregistros y repasar los materiales que les hemos entregado. Les agradecemos a todos por su asistencia, nos vemos la próxima semana”.</p>	<p>10 minutos</p>

Hoja de Trabajo “La Atención Plena”

La atención plena es enfocarse en el momento presente sin criticar o etiquetar eso que estamos viviendo, nos permite tener en cuenta que las experiencias son pasajeras, tanto las agradables como las desagradables. Al utilizar la atención plena no juzgamos a nuestros pensamientos o emociones, tratamos de observarlos siendo curiosos, aceptando y estando abiertos a la experiencia.

La atención plena nos puede ayudar a identificar lo que estamos sintiendo, lo que estamos pensando, las sensaciones físicas que tenemos y la manera en la que actuamos en nuestro día a día. También nos puede dar habilidades para manejar de una manera distinta todo eso que nos va pasando ya que nos ayuda a estar atentos a las cosas que hacemos en automático.

Para poder poner en práctica la atención plena ocupamos: a) estar centrados en este momento, en lo actual, no en lo que ya nos pasó ni en lo que nos podría pasar; b) aceptar lo que vivimos, tanto lo agradable como lo desagradable, sin rechazarlo o sin tratar de escapar de ello; c) elegir qué es aquello en lo que sí queremos enfocarnos, por ejemplo alguna actividad que disfrutemos y que no implique un daño para mí o para otra persona; d) recordar que no se trata de controlar lo que sentimos, se trata de vivirlo.

Al estar practicando la atención plena probablemente nos topemos con algunas dificultades, es importante que sepas que es totalmente normal todo esto que estas experimentando y que la práctica constante es lo que irá facilitando estos ejercicios. Entre esas dificultades están el olvidar poner en práctica esta nueva estrategia que aprenderemos, probablemente en ocasiones nos distraigamos en los ejercicios, tal vez nos ayuden más para algunas cosas y no tanto para otras, pero recuerda, es parte de este proceso y es normal que nos pase.

Mi propio concepto de atención plena

Hoja de Trabajo “Actuar con Conciencia”

Actuar en automático	
Ventajas a corto plazo	Ventajas a largo plazo
Desventajas a corto plazo	Desventajas a largo plazo

DROP

Es una técnica que nos puede ayudar a detenernos antes de actuar en automático y a que eso que hagamos sea algo que nos traiga más ventajas que desventajas tanto a corto y especialmente a largo plazo.

- Detenerse: identificar esa respuesta automática y hacer un alto antes de realizarla.
- Respirar: prestar atención a cómo estás respirando y hacer un ejercicio de respiración donde inhales, mantengas el aire y exhales, una opción es inhalar en 4 tiempos, mantener el aire en 7 tiempos y exhalar en 8 tiempos. Recuerda que es normal si te cuesta trabajo realizar el ejercicio.
- Observar: prestar atención a lo que está pasando, qué emociones te genera, qué pensamientos estás teniendo y tratar de no hacer juicios.
- Proceder: poner en práctica la nueva forma de actuar.

Sesión 3: Exploración sin Juicios

Introducción

Identificar las emociones que hacen que la persona recurra al consumo de sustancias es un primer paso para generar estrategias efectivas para la prevención de recaídas y el manejo del deseo por la droga (Momeñe et al., 2021).

La autoexploración corporal permite ser consciente e identificar cómo el cuerpo siente o experimenta, esta habilidad puede resultar muy útil para afrontar el estrés, la sintomatología ansiosa y el dolor físico (Stahl y Goldstein, 2010). Durante la autoexploración corporal se lleva a cabo una revisión activa de las áreas del cuerpo de manera detallada, identificando las sensaciones que se producen; estas sensaciones pueden ir acompañadas de pensamientos y emociones (Barceló-Soler et al., 2018; Stahl y Goldstein, 2010). La autoexploración corporal ayuda a distinguir si esas sensaciones, pensamientos y emociones son agradables, desagradables o neutras, teniendo en cuenta que no se emitirán juicios ni se rechazará aquello que se está experimentando (Stahl y Goldstein, 2010).

Objetivo general

Capacitar a los participantes para identificar y experimentar sus sensaciones, pensamientos y emociones sin juicio ni rechazo a través de la autoexploración corporal como medio para aumentar la conciencia de sus estados internos.

Objetivos específicos

1. Favorecer la habilidad de los participantes para comprender la funcionalidad de las emociones, identificando los pensamientos y/o sensaciones que las acompañan, para que puedan experimentarlas sin juzgarlas o rechazarlas.
2. Promover el conocimiento de la autoexploración corporal a través de la psicoeducación y práctica de esta técnica para que los participantes puedan ser conscientes de sus sensaciones, pensamientos y emociones.

Duración

- 90 minutos.

Materiales

- Bocina portátil.
- Hoja de trabajo “La Función de las Emociones”
- Hoja de trabajo “Autoexploración Corporal”.
- Lápices y gomas.

Procedimiento

Actividad	Descripción	Duración
Ejercicio inicial de atención plena “Observar la respiración mientras se escucha la música” (Cruz et al., 2017)	Para comenzar con la sesión, se pondrá una pieza de música clásica elegida por los facilitadores, se sugiere la siguiente pieza https://www.youtube.com/watch?v=VnZXjJApfAY . Mientras se escucha la pieza musical, se guiará a los participantes para que hagan respiraciones largas, suaves y regulares, contando 4 tiempos para inhalar, 7 para mantener la respiración y 8 para exhalar. Uno de los facilitadores comentará lo siguiente: “Les pido que sean conscientes del movimiento y sentimiento de la música al mismo tiempo que	15 minutos

	<p>observan cómo van realizando su respiración, recuerden son 4 tiempos para inhalar, 7 para mantener la respiración y 8 para exhalar. Traten de no perderse en la música, el foco de atención es su respiración, la música es un acompañante”</p> <p>Cuando concluya la pieza, se les preguntará lo siguiente: ¿Cómo se sintieron al hacer el ejercicio?; ¿Pudieron completar los ciclos de respiración? (Un ciclo de respiración consiste en inhalar, mantener y exhalar); ¿Pudieron concentrarse en su respiración?, si responden que no pudieron preguntarles ¿Por qué?</p> <p>Al finalizar la retroalimentación del ejercicio, se les mencionará lo siguiente: “Este ejercicio pueden ponerlo en práctica, tratando de elegir una canción que no tenga letra, recuerden que se trata de enfocarse en su respiración”.</p>	
<p>Revisión de los autorregistros</p>	<p>Enseguida, se les pedirá a los participantes que tomen sus autorregistros, primero se les preguntará si recuerdan en qué consisten poner el plan de seguridad, el contar la respiración y la técnica DROP, posteriormente se les preguntará si pudieron poner en práctica alguna de las estrategias a lo largo de la semana, se les pedirá que de manera voluntaria compartan su experiencia y/o sus dudas. A continuación los facilitadores pasarán con cada participante para corroborar que hayan registrado su deseo por la droga, al terminar, se comentará en grupo en qué momento lo llenaron (por ejemplo cada vez que tenían deseo por el consumo, antes de venir a la sesión) y qué tan sencillo les ha sido; si alguno de los participantes no llenó los registros se le preguntará qué fue lo que ocurrió (si se le olvidó, si tuvo dudas) y se le orientará para buscar estrategias para cumplir con los registros.</p>	<p>20 minutos</p>
<p>La función de las emociones</p>	<p>Se les entregará a los participantes la hoja de trabajo la función de las emociones. Primeramente se trabajará la tabla 1 donde vienen las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de sentir, entre todos se hará una lluvia de ideas y cada participante irá tomando notas de lo que se comenta. Después se utilizará la tabla 2 donde vienen escritas</p>	<p>20 minutos</p>

	<p>las siguientes emociones: alegría, miedo, enojo, tristeza, culpa. Se les preguntará a los participantes cuál creen que es la función de cada una de esas emociones y se anotará en la segunda columna de dicha tabla; en seguida se les pedirá que identifiquen qué impulsos tienen cuando experimentan cada una de esas emociones (por ejemplo, cuando están enojados querer golpear la pared) tomando notas en la tercera columna. Al concluir la actividad se les preguntará si les fue sencillo identificar sus emociones y los impulsos de acción que las acompañan. Es importante que los facilitadores hagan énfasis en que las emociones no son buenas o malas, positivas o negativas sino que pueden llegar a ser agradables o desagradables. En seguida se les preguntará, qué creen que pase o qué les ha pasado cuando evitan sus emociones y de qué forma se pueden evitar/afrontar, por ejemplo consumiendo sustancias o lastimándose.</p>	
<p>Presentación y práctica de la técnica autoexploración corporal</p>	<p>A continuación les presentará la técnica de autoexploración corporal, mencionado que es una estrategia para poder ser conscientes de lo que está pasando con nuestro cuerpo, nuestras emociones y nuestros pensamientos. En seguida se realiza un ejercicio guiado de autoexploración corporal, al finalizarlo, el facilitador que estuvo participando en el ejercicio compartirá con el grupo el cómo se sintió y qué cosas notó; después se les pedirá a los participantes que escriban su experiencia en la hoja de trabajo y se les pregunta si alguien quiere compartir lo que anotó. A continuación se presenta una forma de guiar el ejercicio de autoexploración corporal, se trata de una adaptación de la guía de Stahl y Goldstein (2010): “Empieza a darte cuenta de cómo están tu cuerpo y tu mente, en general de todo lo que estés experimentando ahorita desde sentimientos o pensamientos de algo que te pasó en estos días, reconócelo y date la oportunidad de que pase y lo dejes ser, sin darle vueltas ni hacer un juicio.</p>	<p>30 minutos</p>

	<p>Ahora te voy a pedir que le pongas atención a tu respiración, continúa respirando como lo estabas haciendo. Sé consciente de cuando inhalas y exhalas, ve cómo tu abdomen se llena de ese aire y luego lo suelta. Ahora, me gustaría que observaras cada parte de tu cuerpo, desde la cabeza, tu cara, tu cuello, tus brazos, tus manos, tus dedos, tu abdomen, tus piernas, tus pies. Siente y reconoce cada sensación que vaya saliendo. Sé consciente de los pensamientos y de las emociones que puedes tener, sin darle vueltas, sin buscar una explicación o hacer un juicio.</p> <p>Si notas alguna dificultad o incomodidad, ponle atención, reconoce y acepta que están ahí, déjalos que sigan presentes, es totalmente normal.</p> <p>Ahora, te pido que regreses tu atención a tu respiración y te mantengas ahí un poco más. Cuando te sientas listo, puedes regresar tu atención a este espacio”.</p>	
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Se les preguntará a los participantes si tuvieron dudas con la hoja de trabajo sobre las emociones o con el ejercicio de autoexploración corporal. Se les pedirá que elijan máximo cinco palabras que engloben lo que aprendieron y el cómo se sintieron con la sesión. Por último, se les recordará que continúen con el llenado de sus autorregistros y que no olviden repasar las hojas de trabajo que se han revisado.</p>	<p>10 minutos</p>

Hoja de Trabajo “La Función de las Emociones”

Tabla 1 Ventajas y desventajas de sentir	
Ventajas a corto plazo	Ventajas a largo plazo
Desventajas a corto plazo	Desventajas a largo plazo

Tabla 2 La función de las emociones		
Emoción	Función de la emoción ¿Qué me comunica?	Impulso de acción
Alegría		
Miedo		
Enojo		
Tristeza		
Culpa		

¿Qué pasa cuando evito mis emociones?

Hoja de Trabajo “Autoexploración corporal”

Es una estrategia para poder ser conscientes de lo que está pasando con nuestro cuerpo, nuestras emociones y nuestros pensamientos.

Instrucciones:

“Empieza a darte cuenta de cómo están tu cuerpo y tu mente, en general de todo lo que estés experimentando ahorita desde sentimientos o pensamientos de algo que te pasó en estos días, reconócelo y date la oportunidad de que pase y lo dejes ser, sin darle vueltas ni hacer un juicio.

Ahora te voy a pedir que le pongas atención a tu respiración, continúa respirando como lo estabas haciendo. Sé consciente de cuando inhalas y exhalas, ve cómo tu abdomen se llena de ese aire y luego lo suelta.

Ahora, me gustaría que observaras cada parte de tu cuerpo, desde la cabeza, tu cara, tu cuello, tus brazos, tus manos, tus dedos, tu abdomen, tus piernas, tus pies. Siente y reconoce cada sensación que vaya saliendo. Sé consciente de los pensamientos y de las emociones que puedes tener, sin darle vueltas, sin buscar una explicación o hacer un juicio.

Si notas alguna dificultad o incomodidad, ponle atención, reconoce y acepta que están ahí, déjalos que sigan presentes, es totalmente normal.

Ahora, te pido que regreses tu atención a tu respiración y te mantengas ahí un poco más. Cuando te sientas listo, puedes regresar tu atención a este espacio”.

- Tómate un tiempo para escribir lo que hayas pensado, las emociones que identificaste y las sensaciones en tu cuerpo que notaste con este ejercicio

Sesión 4: Identificando el deseo por la droga y las estrategias para abordarlo

Introducción

El deseo por la droga o craving “es un estado motivacional asociado con un fuerte deseo por los efectos de la droga” (Marlatt, 1987, p.1). El craving y su impulso de acción suelen ser automáticos y pueden persistir aunque la persona intente suprimirlos; el abordaje del craving resulta fundamental en el tratamiento de los usuarios de drogas ya que este se relaciona con un mayor riesgo de recaída (Sánchez-Hervás et al., 2001). Cabe mencionar que el deseo puede ser una respuesta principalmente fisiológica a un desencadenante para el consumo, aunque también puede ser la manifestación de un estado emocional (por ejemplo, la soledad, la tristeza, el enojo) con un deseo intenso de aliviar el malestar (Bowen et al., 2011).

En esta sesión se revisarán técnicas de atención plena que favorecen la reducción del deseo por la droga, mediante la aceptación de las emociones desagradables y la conciencia de que estas emociones no determinan lo que la persona es o debería hacer (Marlatt, 1987; Stahl y Goldstein, 2010). Las técnicas que se revisarán son el ejercicio uva pasa y el ejercicio RAIN.

Objetivo general

Facilitar el manejo efectivo del deseo por la droga en los participantes, a través de la enseñanza y aplicación de estrategias como el ejercicio Uva Pasa y el ejercicio RAIN, para poder promover el actuar consciente ante las señales de craving.

Objetivos específicos

1. Favorecer el uso del ejercicio uva pasa como estrategia para abordar el deseo por la droga mediante la psicoeducación y práctica de esta técnica para que los participantes puedan enfocarse en las sensaciones que experimentan al comer un dulce.
2. Definir qué es y cómo se manifiesta el deseo por la droga mediante la identificación de las sensaciones, pensamientos, emociones, situaciones y personas antes y durante el craving en los participantes para que puedan actuar de manera consciente ante ese deseo.
3. Promover el uso del ejercicio RAIN como estrategia para abordar el deseo por la droga mediante la psicoeducación y práctica de esta técnica para que los participantes puedan revalorar la situación sin emitir juicios y actuar de manera consciente.

Duración

- 90 minutos.

Materiales

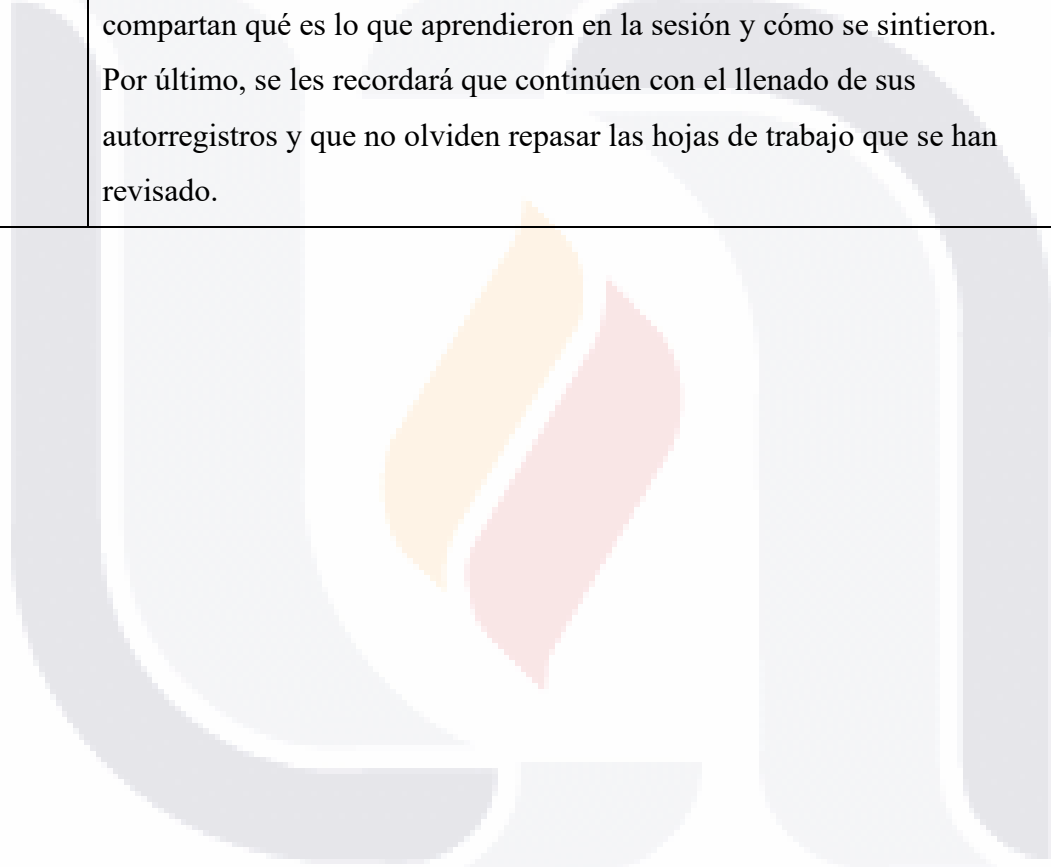
- Dulces con envoltura.
- Hoja de trabajo “El deseo por la droga y qué lo genera”
- Hoja de trabajo “Qué hacer con mi deseo por la droga”
- Lápices y gomas.

Procedimiento

Actividad	Descripción	Duración
<p>Ejercicio inicial de atención plena “Uva pasa”</p>	<p>Se les preguntará a los participantes cómo les fue durante la semana y posteriormente se les entregará un dulce para realizar un ejercicio de atención plena de interacción con un objeto ordinario. Se les pedirá que sostengan el dulce con todo y envoltura y noten cómo se siente el contacto de la envoltura con la palma de su mano, después se les indicará que toquen la envoltura con los dedos de su mano. En seguida, se les pedirá que abran el dulce y lo coloquen nuevamente en su mano, posteriormente se les dirá que lo lleven a su boca y comiencen a saborearlo hasta que se termine. Se recomienda decirles que enfoquen toda su atención en lo que van sintiendo al saborear el dulce. Al finalizar el ejercicio, se les preguntará a los participantes cómo se sintieron y de qué se percataron. Para concluir, se les mencionará que este ejercicio forma parte de las estrategias que pueden emplear cuando sientan deseos de consumir con la finalidad de que logren enfocar su atención en otro estímulo y eviten tener una recaída.</p>	<p>30 minutos</p>
<p>Revisión de los autorregistros</p>	<p>Enseguida, se les pedirá a los participantes que tomen sus autorregistros, primero se les preguntará si recuerdan en qué consisten poner el plan de seguridad, el contar la respiración, la técnica DROP, el observar la respiración mientras se escucha música y la autoexploración corporal posteriormente se les preguntará si pudieron poner en práctica alguna de las estrategias a lo largo de la semana, se les pedirá que de manera voluntaria compartan su experiencia y/o sus dudas. A continuación los facilitadores pasarán con cada participante para corroborar que hayan registrado su deseo por la droga, al terminar, se comentará en grupo en qué momento lo llenaron (por ejemplo cada vez que tenían deseo por el consumo, antes de venir a la sesión) y qué tan sencillo les ha sido; si alguno de los participantes no llenó los registros se le preguntará qué fue</p>	<p>20 minutos</p>

	<p>lo que ocurrió (si se le olvidó, si tuvo dudas) y se le orientará para buscar estrategias para cumplir con los registros.</p>	
<p>Mi concepto de deseo por la droga y qué lo genera</p>	<p>Se les entregará la hoja de trabajo “El deseo por la droga y qué lo genera”. En seguida se les pedirá que reflexionen y anoten lo siguiente: ¿Cómo definirían el deseo por la droga?; ¿Cómo saben que les está pasando?; ¿Qué sienten, qué piensan y qué emociones experimentan en ese momento?; ¿En qué momentos les pasa (tanto en el centro residencial como cuando estaban fuera)?; ¿Qué sienten, qué piensan y qué emociones experimentan momentos antes del craving?; ¿Con quién suelen estar?; ¿Qué hacen cuando tienen ese deseo (tanto en el centro residencial como cuando estaban fuera)? Se recomienda brindar unos minutos entre cada pregunta para que los participantes vayan contestando y compartiendo sus respuestas. Al finalizar, los facilitadores harán una sumarización de lo que los adolescentes hayan comentado y se preguntará si alguien tiene alguna duda.</p>	<p>35 minutos</p>
<p>Presentación del ejercicio RAIN</p>	<p>Se les proporcionará la hoja de trabajo “Qué hacer con mi deseo por la droga” la cual contiene el ejercicio inicial de esta sesión y el ejercicio RAIN. Se les mencionará lo siguiente: “Este ejercicio les permitirá ser conscientes de su deseo por la droga y no luchar contra él ni responder al impulso que les genera; les puede ayudar a ver las cosas de manera diferente y elegir una nueva forma de actuar que no los ponga en un riesgo o les genere una recaída. Esta estrategia incluye cuatro pasos: Reconocer lo que siento; Aceptar eso que estoy sintiendo; Notar las sensaciones que se generan en mi cuerpo; No creer que eso estoy sintiendo es algo a lo que tengo que responder (actuar por impulso) ni representa toda mi realidad”. Al finalizar la explicación se les preguntará si tienen dudas y se resolverán en caso de que surjan; enseguida se les pedirá que piensen en la última ocasión en la que tuvieron deseo de consumir la droga y traten de identificar los cuatro pasos de esta estrategia, por último cada uno de los participantes compartirá la</p>	<p>30 minutos</p>

	situación y los cuatro pasos para que los facilitadores puedan retroalimentar la actividad.	
Cierre de la sesión	<p>Se les preguntará a los participantes cuál estrategia les gustó más. Asimismo, se les recordará que el ejercicio inicial que se hizo con el dulce también es algo que pueden poner en práctica cuando se sientan mal o se tengan deseos de consumir.</p> <p>Se les preguntará a los participantes si tuvieron dudas con las hojas de trabajo sobre el deseo por la droga y el ejercicio RAIN. Se les pedirá que compartan qué es lo que aprendieron en la sesión y cómo se sintieron. Por último, se les recordará que continúen con el llenado de sus autorregistros y que no olviden repasar las hojas de trabajo que se han revisado.</p>	10 minutos



Hoja de trabajo “El deseo por la droga y qué lo genera”

1. ¿Cómo definirían el deseo por la droga?
2. ¿Cómo saben que les está pasando?
3. ¿Qué sienten, qué piensan y qué emociones experimentan momentos antes del deseo?
4. ¿Qué sienten, qué piensan y qué emociones experimentan en ese momento?
5. ¿En qué momentos les pasa?
6. ¿Con quién suelen estar?
7. ¿Qué hacen cuando tienen ese deseo?

Hoja de Trabajo “Qué hacer con mi deseo por la droga”

Ejercicio Uva Pasa (con el dulce)

1. Para comenzar, sostén el dulce con todo y envoltura y nota cómo se siente el contacto de la envoltura con la palma de tu mano.
2. Después toca la envoltura con los dedos de tu mano; en seguida, abre tu dulce y ponlo nuevamente en tu mano.
3. Ahora sí puedes llevarlo a tu boca y comenzar a saborearlo hasta que se termine.

Nota: Recuerda enfocar toda su atención en lo que vas sintiendo al estar tocando el dulce y al saborearlo.

RAIN

Es una estrategia que me permite ser consciente de mi deseo por la droga y no luchar contra él ni responder al impulso de acción que me genera. Me puede ayudar a ver la situación de manera diferente y a elegir una nueva forma de actuar.

R: Reconocer las emociones y pensamientos que surgen con mi deseo por la droga.

A: Aceptar que esas emociones y pensamientos están ahí, sin pelear contra ellos.

I: Investigar qué estoy sintiendo en mi cuerpo mientras tengo deseo por la droga.

N: No identificarse con eso que notemos, es decir, no eres tus emociones, pensamientos y sensaciones físicas.

Sesión 5: Enfrentando los retos del camino: Prevención de recaídas

Introducción

La recaída en el consumo ocurre cuando la persona se enfrenta a una situación de riesgo y no responde con estrategias de afrontamiento que garanticen el mantenimiento de su abstinencia. Entre los factores relacionados con un mayor riesgo de recaída se encuentran el craving, la impulsividad, la ansiedad y una deficiencia en las habilidades de regulación emocional (Villarreal-Mata et al., 2022).

Se sugiere que en una intervención que aborde la prevención de recaídas, se promueva: la identificación de las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas; el ser consciente de las señales físicas y emocionales que alertan de una posible recaída; la capacidad de enfrentarse a una recaída antes y después de que suceda (Pedrero et al., 2008).

Objetivo general

Favorecer la capacidad de reconocer y abordar las situaciones que representan un riesgo de recaída a través de la creación de planes de acción para reducir la reactividad y mantener la abstinencia.

Objetivos específicos

1. Favorecer el actuar consciente como una estrategia para reducir la reactividad identificando qué hacen con sus pensamientos, sensaciones e impulsos de acción cuando surge un desencadenante del consumo de la droga.
2. Promover la creación de planes de acción identificando las situaciones que representan un riesgo de recaída y las sensaciones, emociones y pensamientos que

surgen a partir de estos eventos para poder anticiparse a dichas situaciones y mantener la abstinencia.

Duración

- 130 minutos.

Materiales

- Hoja de trabajo “El ciclo de recaídas”
- Hoja de trabajo “Situaciones que generan un riesgo de recaída”
- Lápices y gomas.

Procedimiento

Actividad	Descripción	Duración
Ejercicio inicial de atención plena “Ser como un árbol”	Se les preguntará a los participantes qué actividad estaban realizando antes de acudir a la sesión, posteriormente se les pedirá que se pongan en una posición cómoda, con ambos pies tocando el suelo, y se les comentará que pueden cerrar los ojos o mirar un punto fijo en el suelo. A continuación se presenta una forma de guiar el ejercicio, se trata de una adaptación de la guía de Harris (2020): “Piensa en un árbol poderoso: sus largas raíces entran profundamente en la tierra debajo de él, su gran tronco se eleva hacia arriba y sus ramas se extienden hacia el cielo. Les voy a pedir que se queden unos momentos mirando esa imagen y la mantengan a lo largo del ejercicio. Apoya los pies firmemente en el suelo. Siente el piso debajo de ti y presiona los pies con suavidad hacia abajo. Nota la presión del suelo contra las plantas de tus pies y la suave tensión en tus piernas. Endereza tu columna vertebral y deja que tus hombros caigan hacia atrás. Siente como la gravedad va hacia abajo por tu columna, pasando por tus piernas y tus pies, y entrando en el suelo. Es como si estuvieras echando raíces en la tierra y plantándote firmemente.	25 minutos

	<p>De la misma manera en que las ramas del árbol que imaginaste se extienden hacia el cielo, tú ahora te extiendes hacia el mundo que te rodea. Activa los cinco sentidos y extiéndelos en todas las direcciones: fíjate, con curiosidad, en lo que puedes oír, oler, saborear y tocar. Se consciente de tus raíces y tu tronco, y del ritmo de tu respiración de fondo, pero concentra tu atención principalmente en tu entorno. Hazte una idea de dónde estás y qué estás haciendo.</p> <p>Piensa en cinco cosas que puedas sentir contra tu piel, como el aire en tu rostro, la playera sobre tu espalda (detenerse dos minutos). Nota cinco cosas que puedas escuchar, los numerosos sonidos de tu alrededor (detenerse dos minutos). Ahora te voy a pedir que regreses tu atención a la imagen del árbol mientras haces cinco ciclos de respiración, recuerda inhalar, mantener unos momentos ese aire y exhalar (detenerse dos minutos). A tu tiempo y a tu momento, te pido que regreses a este espacio.</p> <p>Una vez concluido el ejercicio, se les preguntará a los participantes lo siguiente: ¿Cómo les fue con el ejercicio?; ¿Pudieron imaginar el árbol?; ¿Qué cosas sintieron?; ¿Qué cosas escucharon?; ¿Pudieron realizar los ciclos de respiración?; En general, ¿el ejercicio les resultó fácil, por qué? Al finalizar la reflexión se les mencionará a los participantes lo siguiente: “Es totalmente normal que se lleguen a distraer o se les dificulte seguir el ejercicio, lo importante es que puedan reorientar su mente y su atención cuantas veces sean necesarias. Este tipo de ejercicios ayudan a regresar al aquí y el ahora notando cómo nos estamos sintiendo y qué está pasando a nuestro alrededor, para posteriormente enfocarse en una actividad que quieran realizar, por ejemplo leer algo o ver un programa”</p>	
<p>Revisión de los autorregistros</p>	<p>Enseguida, se les pedirá a los participantes que tomen sus autorregistros, primero se les preguntará si recuerdan cada una de las estrategias revisadas anteriormente (el plan de seguridad, el contar la respiración, la técnica DROP, el observar la respiración mientras se escucha música, la</p>	<p>20 minutos</p>

	<p>autoexploración corporal, el ejercicio uva pasa y el ejercicio RAIN) posteriormente se les preguntará si pudieron poner en práctica alguna de las estrategias a lo largo de la semana, se les pedirá que de manera voluntaria compartan su experiencia y/o sus dudas. A continuación los facilitadores pasarán con cada participante para corroborar que hayan registrado su deseo por la droga, al terminar, se comentará en grupo en qué momento lo llenaron (por ejemplo cada vez que tenían deseo por el consumo, antes de venir a la sesión) y si han notado cambios en su deseo.</p>	
<p>Importancia de la prevención de recaídas</p>	<p>Para continuar, se les preguntará a los participantes lo siguiente: ¿Creen que es importante prevenir las recaídas en el consumo, por qué?; ¿De qué manera se pueden prevenir?; ¿Ustedes tienen un plan para prevenir las recaídas, en qué consiste? Al finalizar las preguntas de reflexión los facilitadores harán una sumarización de lo comentado por los participantes y se realizará un encuadre mencionando lo siguiente: “En la sesión del día de hoy revisaremos en qué momento pueden actuar de manera consciente para prevenir una recaída, por ejemplo cuando tienen algún pensamiento, cuando experimentan una emoción o sensación física o a partir de una situación, asimismo, generarán planes de acción para aquellas situaciones que pueden representar un riesgo de recaída en el consumo”.</p>	<p>15 minutos</p>
<p>El ciclo de las recaídas</p>	<p>Enseguida se les proporcionará la hoja de trabajo “El ciclo de recaídas” y se les pedirá que piensen en una situación que los haya llevado a una recaída en el pasado. Los facilitadores irán guiando el ejercicio para que los participantes puedan completar la hoja de trabajo, dando unos minutos entre cada instrucción para que puedan anotar su ejemplo: “Primeramente anoten la situación que recordaron, por ejemplo tener una pelea con mi mamá; después identificarán la reacción inicial que tuvieron (sensaciones, pensamientos, emociones e impulsos de acción), por ejemplo, pensé que no tengo a nadie que me apoye, me sentí solo, tenía tristeza y quería irme de mi casa; a continuación tenemos dos</p>	<p>30 minutos</p>

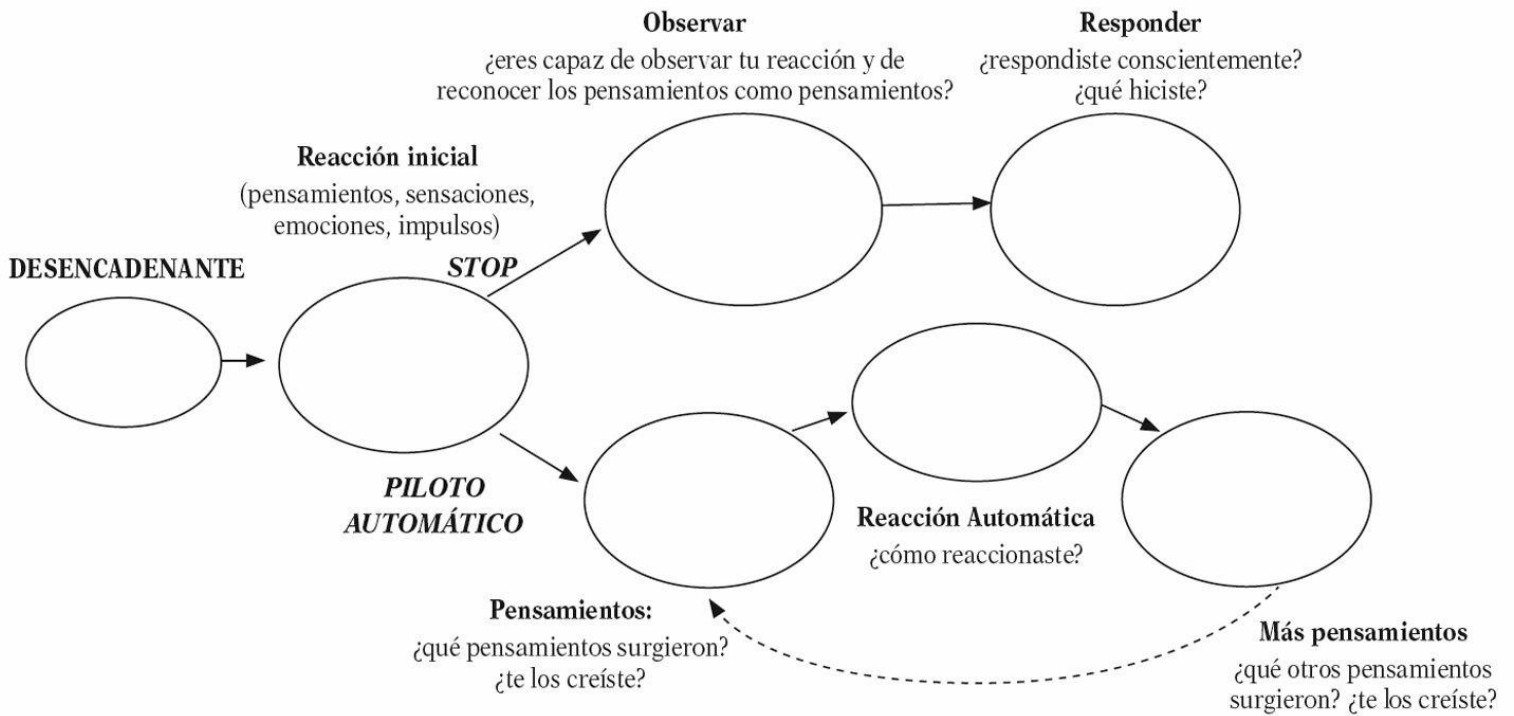
	<p>posibles caminos, actuar en automático o hacer un alto y actuar de manera consciente, ¿Cuáles estrategias los ayudaban a hacer un alto y a actuar de manera consciente?, ¿Cómo se hacían?; ¿Consideran que en esa situación actuaron en automático? ¿Qué pensamientos tenían? Por ejemplo, pensé que no tenía más opción que salirme de la casa y consumir con mis amigos, ¿Qué reacción tuvieron? Por ejemplo, no me fui de la casa pero sí fui a consumir con mi grupo de amigos; Traten de recordar si una vez que actuaron en automático surgieron más pensamientos. Ahora vamos a pensar en cómo hubiera sido si hubiera actuado de manera consciente, por ejemplo, el observar mis pensamientos solo como pensamientos se refiere a que eso que estaba pensando en el momento del malestar no es una verdad absoluta ni un reflejo de mi realidad, puede ser mi emoción hablando y generando un impulso de acción; ¿Qué hubieran hecho si actuaran de manera consciente?, por ejemplo habría hecho mi plan de seguridad para reducir la intensidad de lo que estaba sintiendo. Es muy importante tener en cuenta que tenemos estos dos caminos al momento de reaccionar ante una situación, en ocasiones al reaccionar en automático podemos recaer en el consumo y nos alejamos de eso que es valioso para nosotros; como lo hemos revisado actuar conscientemente puede ser más complicado a corto plazo y es normal que nos cueste trabajo, necesitamos reorientarnos a ello cuantas veces sea necesario”</p> <p>Nota: este ejercicio ayuda a que el grupo recuerde lo trabajado con las estrategias del plan de seguridad, DROP y RAIN, asimismo, permite retomar lo abordado al psicoeducar sobre las ventajas y desventajas de actuar en automático y los impulsos de acción que surgen con las emociones.</p>	
<p>Situaciones que generan un riesgo de recaídas</p>	<p>Se les comentará a los participantes que existen distintas situaciones que pueden llevarlos a tener una recaída: algunas emociones que experimentamos tanto las agradables como las desagradables (por ejemplo la alegría o la tristeza); problemas con otras personas (por</p>	<p>30 minutos</p>

	<p>ejemplo, pelearse con algún familiar o amigo cercano); presión social (estar en una fiesta donde se están consumiendo drogas). Se les pedirá a los participantes que anoten en la hoja de trabajo “Situaciones que generan un riesgo de recaída” aquellas situaciones que los han llevado o podrían llevarlos a recaer en el consumo.</p>	
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Se les preguntará a los participantes qué fue lo que aprendieron en la sesión de hoy y qué fue lo que más les gustó. Se les mencionará que la siguiente sesión será la última y se hará un repaso de las habilidades que se revisaron</p>	<p>15 minutos</p>



Hoja de Trabajo “El ciclo de recaídas”

(Bowen et al., 2011)



Hoja de Trabajo “Situaciones que generan un riesgo de recaída”

Situación	Sensaciones que experimenté	Emociones que experimenté	Pensamientos que tuve	Qué podría hacer

Sesión 6: Herramientas para Seguir Adelante

Introducción

A lo largo de las sesiones, los participantes han trabajado su capacidad para prestar atención a sus sensaciones, pensamientos, emociones, han analizado la forma en la que responden diversas situaciones y han aprendido nuevas formas de afrontar su día a día. En esta sesión de cierre se identificarán las actividades, personas y situaciones que promueven el bienestar de los participantes y que pueden favorecer en ellos un estilo de vida más saludable. Al cuidar de sí mismos mismo, desarrollar actividades enriquecedoras y poner en práctica nuevas estrategias de afrontamiento se busca mantener los cambios generados a lo largo del tratamiento (Bowen et al., 2011).

Objetivo general

Facilitar la consolidación de los aprendizajes y el cierre del programa de intervención mediante la revisión y reforzamiento de las estrategias de atención plena revisadas, la renovación de objetivos personales y la reflexión sobre la experiencia en el tratamiento, promoviendo el compromiso continuo y la autoevaluación del progreso de cada participante.

Objetivos específicos

1. Favorecer la continuación de la práctica de las estrategias de atención plena mediante el repaso de cada uno de los ejercicios revisados para que los participantes puedan reforzar su conocimiento sobre cada uno de ellos e identifiquen cuáles les ayudaron más a lo largo del programa.
2. Promover el compromiso con los objetivos personales y de abstinencia que establecen a través de la revisión de la meta que se propusieron al inicio del

programa, la creación de una nueva meta y la identificación de sus valores (aquello que es importante para los participantes).

3. Generar el cierre del programa de intervención comentando la experiencia de cada uno de los participantes para poder identificar las fortalezas y áreas de oportunidad del tratamiento.

Duración

- 150 minutos.

Materiales

- Hoja de trabajo “El seguimiento de mi meta”
- Hoja de trabajo “Qué aporta a mi bienestar”
- Hoja de trabajo “Mi compromiso y aquello que es importante para mí”
- Lápices y gomas.

Procedimiento

Actividad	Descripción	Duración
Ejercicio inicial de atención plena “El recuerdo dulce”	Para comenzar con la sesión, se les preguntará a los cómo ha estado su semana y posteriormente se les pedirá que se pongan en una posición cómoda, con ambos pies tocando el suelo, y se les comentará que pueden cerrar los ojos o mirar un punto fijo en el suelo. A continuación se presenta una forma de guiar el ejercicio, se trata de una adaptación de la guía de Harris (2020): “Primero, piensa en una situación, puede ser reciente o algo que haya pasado hace mucho, y que para ti haya sido muy importante y agradable. Puede ser algo inolvidable, como convivir con tus mejores amigos o comprar algo para lo que estuviste ahorrando. O también podría ser algo	30 minutos

	<p>tan sencillo como estar sentado en tu cama leyendo un libro o escuchando tu música favorita.</p> <p>Ahora, cierra los ojos e intenta que tu recuerdo sea lo más real posible, como si estuviese ocurriendo aquí y ahora. Fíjate si puedes sentir la alegría y dejar que fluya a través de ti, y apreciar las cosas como lo hiciste en aquel momento. Y quizás descubras, mientras lo haces, que esa dulzura del recuerdo está mezclada con dolor. Tal vez encuentres algo de tristeza, anhelo o arrepentimiento.</p> <p>Esto no debería sorprenderte, porque normalmente cualquier cosa que consideramos valiosa nos trae dolor. De modo que, mientras revives ese recuerdo, debes estar abierto y hacer espacio para todo lo que pueda surgir, lo bonito, la tristeza, el haber disfrutado, el dolor que pudiera existir.</p> <p>Deja caer los hombros y presiona suavemente tus pies contra el suelo. Respira lenta y profundamente unas cuantas veces. Cuando estés tranquilo y centrado, revive el recuerdo escogido con detalles vívidos. Tómate al menos un par de minutos, o más tiempo si lo deseas. Y mientras revives ese recuerdo, mira a tu alrededor dentro de él, explóralo, y fíjate qué es lo que puedes ver, oír, tocar, saborear y oler. Y disfruta realmente de esa dulzura, permítete sentirla y, mientras lo haces, crea un espacio para todo lo que pueda surgir.</p> <p>Observa dentro de ese recuerdo, ¿Qué estás haciendo?, ¿Cómo estás actuando?, ¿Qué cualidades personales o valores están de por medio?, ¿Estás actuando de manera consciente o en automático?, ¿Cómo te estás tratando a ti mismo, a los demás y al mundo que te rodea?</p> <p>Para retroalimentar el ejercicio se sugiere plantear las siguientes preguntas: “Con base en lo que recordaron en el ejercicio, ¿Qué cosas consideran valiosas para ustedes?, ¿De qué manera les gustaría actuar en su día a día?</p> <p>Se sugiere concluir mencionando lo siguiente: “En este ejercicio de atención plena, usualmente recordamos esas situaciones o personas que</p>	
--	---	--

	<p>han sido importantes para nosotros, una forma en la que llegamos a actuar y nos ayudó, las metas que queremos alcanzar o aquello que nos genera bienestar. En esta última sesión del programa, vamos a retomar esos aspectos valiosos para nosotros, vamos a identificar qué tanto trabajamos en la meta que eligieron al inicio del programa, repasaremos las estrategias que revisamos en estas sesiones y nos plantearemos el compromiso para seguir adelante con nuestra meta o plantearnos otra que sea importante para nosotros, así como las estrategias para trabajar en ella.”</p>	
<p>Repaso de las estrategias y revisión de los autorregistros</p>	<p>Antes de comenzar con la revisión de los autorregistros se les pedirá a los participantes que piensen en una de las estrategias revisadas y recuerden en qué consistía; cada uno de ellos explicará brevemente la estrategia que eligió, tratando de no repetir las estrategias que ya se hayan comentado. A cada participante se le preguntará si llegó a poner en práctica la estrategia que comentó, en qué momentos y qué tanto le ayudó.</p> <p>Enseguida se les preguntará si recuerdan cuál fue su concepto de atención plena y cada participante compartirá su respuesta. Se les planteará lo siguiente: “Si tuvieran que darle un consejo a una persona que va a aprender estrategias de atención plena, qué le dirían.”</p> <p>Después se pasará a la revisión de los autorregistros, preguntando si pudieron poner en práctica alguna de las estrategias a lo largo de la semana, se les pedirá que de manera voluntaria compartan su experiencia y/o sus dudas. A cada participante se le pedirá que mencione: ¿Cuál fue la estrategia que más le ha ayudado o que cree que más le podría ayudar? ¿Por qué?; ¿Cuál fue la estrategia que menos le ayudó o que cree que utilizaría menos? ¿Por qué?</p> <p>A continuación los facilitadores pasarán con cada participante para corroborar que hayan registrado su deseo por la droga, al terminar, se comentará en grupo lo siguiente: ¿Notaron cambios en la frecuencia del</p>	<p>25 minutos</p>

	<p>deseo por la droga?; ¿Hubo cambios en la intensidad del deseo que presentaban?</p>	
<p>Revisión de la meta establecida al inicio del programa</p>	<p>Para continuar con la sesión, se les entregará la hoja de trabajo “El seguimiento de mi meta” donde cada uno de los participantes responderá las siguientes preguntas: ¿Cuál fue la meta que me propuse?; ¿Por qué elegí esa meta?; Del 1 al 10, ¿Qué tanto trabajé para lograr mi meta?; ¿Considero que cumplí con mi meta?; ¿Qué cosas me ayudaron a trabajar mi meta?; ¿Qué puedo mejorar?</p> <p>Una vez que hayan respondido de manera individual, se le pedirá a cada uno de los participantes que comparta lo que escribieron. Los facilitadores retroalimentarán las participaciones reconociendo el esfuerzo de los adolescentes, su compromiso con las sesiones y consigo mismos; en el caso de aquellos que mencionen que no cumplieron con su meta, se sugiere hacer énfasis en lo siguiente: “En ocasiones las metas que nos vamos planteando no se alcanzan en el plazo que nos propusimos, esto nos puede ayudar a replantearnos la forma en la que vamos trabajando por conseguir esta meta estableciendo acciones concretas para alcanzarla y registrando los avances que van haciendo; recuerden que entre más realista y específica sea nuestra meta, mayores posibilidades tenemos de cumplirla y esto aplica no solo para esta meta sino para todas aquellas cosas que quieren lograr.”</p>	<p>15 minutos</p>
<p>¿Qué aporta a mi bienestar?</p>	<p>Se les entregará a los participantes la hoja de trabajo “Qué aporta a mi bienestar”; se les pedirá que piensen en aquellas actividades, personas, lugares y situaciones que más les gustan/disfrutan y que les ayudan a sentirse mejor, notando qué emociones les generan; se recomienda enfatizar que sean situaciones que les ayuden a mantener su meta de consumo/abstinencia y pedirles que incluyan el autocuidado (comer, dormir, realizar actividades físicas). Se les dará oportunidad de llenar la hoja de trabajo y se preguntará si alguien quiere compartir lo que escribió. Al finalizar el ejercicio, se sugiere mencionar a los participantes que es importante recurrir a esas cosas que anotaron y a las</p>	<p>20 minutos</p>

	estrategias que aprendieron durante el programa, para tratar de mantener su bienestar.	
Establecimiento del compromiso e identificar valores	Se les pedirá a los participantes que escriban en la hoja de trabajo “Mi compromiso y aquello que es importante para mí”, ¿A qué se comprometen a partir de este momento?, recordarles que traten de que este compromiso sea realista y puedan asignarle un tiempo para llevarlo a cabo; también se les pedirá que piensen en aquellas cosas, metas, personas, actividades que sean importantes para ellos y las anoten. Al finalizar el ejercicio cada participante leerá en voz alta el compromiso que eligió.	25 minutos
Retroalimentación del programa de intervención	Se les preguntará a los participantes qué fue lo que más les gustó de las sesiones que se llevaron a cabo, cómo se sintieron a lo largo de estas semanas, qué fue lo que más se les dificultó, qué fue lo que menos les gustó y qué propondrían para mejorar el programa. Se sugiere mencionarles que sigan practicando lo que aprendieron y que es totalmente normal que en algunas ocasiones les cueste más trabajo realizarlo.	15 minutos
Cierre de la sesión y convivencia	Se les preguntará a los participantes qué fue lo que más les gustó de la sesión. Se recomienda recordarles llenar su autorregistro y tratar de poner en práctica lo que se va revisando en las sesiones. Se les agradece a los participantes por estas sesiones que han compartido y se les recuerda que en dos semanas habrá una sesión para poder contestar los cuestionarios de la evaluación postratamiento.	20 minutos

Hoja de Trabajo “El seguimiento de mi meta

1. ¿Cuál fue la meta que me propuse?
2. ¿Por qué elegí esa meta?
3. Del 1 al 10, ¿Qué tanto trabajé para lograr mi meta?
4. ¿Considero que cumplí con mi meta?
5. ¿Qué cosas me ayudaron a trabajar mi meta?
6. ¿Qué puedo mejorar?

Hoja de Trabajo “¿Qué aporta a mi bienestar?”

Identifica las actividades, personas, lugares y situaciones que asocies con **bienestar** o que aumenten tus ganas de mantener tu meta de consumo/abstinencia. Trata de recordar cómo te sueles sentir cuando te implicas en esas actividades.

Hoja de Trabajo “Mi compromiso y aquello que es importante para mí”

Yo _____ me comprometo a

Lo que es importante para mí:

Etapas 4: Seguimiento

Introducción

Se identifica que al evaluar los cambios permite conocer el grado en que un tratamiento produce resultados beneficiosos para la población con la que se trabajó. Se considera importante verificar si el programa de intervención cumplió con los objetivos que se establecieron al inicio, asimismo se busca demostrar que se han generado cambios deseables en los participantes (Nebot et al., 2011).

Realizar una evaluación postratamiento permite medir el cambio en cada uno de los participantes tomando en cuenta los resultados de la valoración inicial.

Objetivo

Realizar la evaluación postratamiento de manera individual donde se recaba información sobre riesgo suicida, sintomatología ansiosa y depresiva y deseo por la droga para identificar si hubo cambios.

Duración

- 90 minutos.

Materiales

- Cuestionario ASQ-Modoris.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
- Autorregistro del Deseo por la Droga.
- Hojas de máquina.

- Lápiz y goma.

Procedimiento

1. Realizar rapport con el adolescente preguntándole cómo le fue durante esta semana y qué actividad estaba haciendo antes de venir a la sesión. Posteriormente preguntarle si recuerda lo que haremos el día de hoy y explicarle en qué consiste la sesión.
2. Aplicar los instrumentos de evaluación recordándole al adolescente que no hay respuestas buenas o malas y la importancia de que conteste de manera honesta. A continuación se presentan los formatos de los instrumentos de evaluación.

ASQ-Modoris (Secretaría de Salud, 2022)

Instrucciones: Realizar las siguientes preguntas al participante

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?
3. En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

Si contestó que sí,

¿Cómo lo hizo?

¿Cuándo lo hizo?

Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento?

Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos)

Inventario de Ansiedad de Beck ([BAI] Beck et al., 1988; adaptación a población mexicana Robles et al., 2001)

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad.

Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X la intensidad de la molestia.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Temblor de piernas				
4. Incapacidad de relajarme				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareo o aturdimiento				

7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblores de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morirme				
17. Sobresaltos				

18. Molestias digestivas o abdominales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración				

Inventario de Depresión de Beck ([BDI-II] Beck et al., 1996; adaptación a población mexicana Jurado et al., 1998)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Autorregistro del Deseo por la Droga (Martínez et al., 2012)

Es un autoinforme adaptado del Programa de Intervención Breve para Adolescentes donde se identifican la frecuencia en que la persona presenta deseo por la droga y la intensidad con la que se presentó ese deseo.

Deseo por consumir la metanfetamina		Intensidad del deseo									
	¿Cuántas veces te pasó?	¿Qué tan intenso sientes que fue tu deseo por consumir la metanfetamina en la última semana?									
Evaluación inicial		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 5		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Semana 6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Seguimiento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Referencias

- Barceló-Soler, A., Beltran-Ruiz, M., Navarro-Gil, M., Monreal-Bartolomé, A., y García-Campayo, J. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(10), 564-573
- Barrera, J.L., Mejía C., D. y Moreno, A.B. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2673>.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II*. Psychological assessment.
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2011). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness: Guía clínica*. Desclée de Brouwer.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use & misuse*, 49(5), 492-512.
- Cruz, J. I., Reyes, M. A. y Corona, Z. I. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Manual Moderno.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S., Knudsen, A., Haro, J., Patton, G., Kopec, J., ... y Vos, T.

(2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.

Flórez, L. A., Sepulveda, M., Tamayo, M., Martínez, M. C. (2022). Universidad Católica de Pereira. Características de la Alianza Terapéutica Facilitadoras de la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes en Situación de Consumo de Sustancias Psicoactivas [Monografía]. <http://hdl.handle.net/10785/12441>

Garland, E. L., Baker, A. K., Riquino, M. R. y Priddy, S. E. (2019). Mindfulness-oriented recovery enhancement. *Handb mindfulness-based program mindfulness Interv from Educ to heal Ther*. Abingdon: Routledge.

Goldberg, S. B., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., Zgierska, A., y Rösner, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1-163.

Hamel, C., Corace, K., Hersi, M., Rice, D., Willows, M., Macpherson, P., Sproule, B., Flores-Aranda, J., Garber, G., Esmailisaraji, L., Skidmore, B., Porath, A., Ortiz, R. y Hutton, B. (2020). Psychosocial and pharmacologic interventions for methamphetamine addiction: protocol for a scoping review of the literature. *Systematic Reviews*, 9, 1-10.

Harris, R. (2020). *Una bofetada de realidad*. Ediciones Obelisco.

- Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 113-122.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R. y Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: A systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15, 1-37.
- Lima-Castro, S., Carballo-Crespo, J. y Rueda, F. (2017). Variables de la relación terapéutica asociadas con la asistencia a programas de tratamientos de conductas adictivas. *Maskana*, 8, 25-35.
- Marín-Navarrete, R., y Medina-Mora, M. E. (2015). Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. En M. E. Medina-Mora (Ed.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 39–58). Academia Nacional de Medicina de México A. C.

- Marín-Navarrete, N., Szerman, N. y Ruiz, P. (2017). *Monografía sobre PATOLOGÍA DUAL: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*. INPRFM, IAPA.
- Marlatt, A. G. (1987). Craving notes. *British Journal of Addiction*, 82(1), 42–44.
- Martínez, K. I., Ojeda, Y. L., Hernández, J. y Contreras-Pérez, M. E. (2023). Depression and Suicidal Behavior Comorbidity in Patients Admitted to Substance-Use Residential Treatment in Aguascalientes, Mexico. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1-12.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Jiménez, A. L., Ruiz, G. M. y Ayala, H. (2012). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta*.
- Menció, S. D. (2023). Tendencias actuales de producción y consumo de drogas ilícitas en México. *Anuario Mexicano de Asuntos Globales*, 1(1), 707-714.
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología*, 37(1), 121–132. <https://doi.org/10.6018/analesps.404671>.
- Naciones Unidas. (2019). Informe Mundial sobre las Drogas 2019. https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/B2_S.pdf.
- Nebot, M., López, M. J., Ariza, C., Villalbí, J. R. y García-Altés, A. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta sanitaria*, 25, 3-8.

Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R. y Gradolí, V. T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.

Pérez-Fuentes, M.D.C., Gázquez, J.J., Molero, M.M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A.B., Garzón, A., Carrión, J.J. y Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382.

Price, C. J. y Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in psychology*, 9 (798), 1-12.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Gradolí, V. T. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 3(4), 237-243.

Secretaría de Salud. (2022). *Plan de seguridad para el comportamiento suicida*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/plan-de-seguridad-para-el-comportamiento-suicida>


Stahl, B. y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para Reducir el Estrés: Una guía práctica*. Kairós.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-22.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Vega, W. A., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit, D. Heeringa, S., Kessler, R., Kolody, B., Merikangas, K., Molnar, B., Walters, E., Warner, L. y Wittchen, H. U. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and alcohol dependence*, 68(3), 285-297.

Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I. P., Alonso, M., Guzmán, F.R., López, K. S. y Esteve, E. (2022). Inteligencia emocional como mediador del craving y el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de alcohol. *Revista Salud Uninorte*, 38(3), 729-741.



Anexo 2 Formato de Jueceo



Formato de Jueceo

Estimado juez, por este medio se le solicita su participación en el proceso de evaluación del Programa de Intervención para la Reducción del Deseo por la Droga y el Riesgo Suicida en Adolescentes Consumidores de Metanfetamina. Este programa corresponde a una tesis que lleva el mismo nombre y forma parte de la Maestría en Investigación en Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Su colaboración como experto en el tema será de ayuda para determinar la pertinencia del programa de intervención.

El programa de intervención titulado “ACERCAR” busca incorporar la práctica formal e informal de atención plena y su objetivo general es reducir el deseo por la droga y el riesgo suicida en adolescentes de 12 a 18 años que se encuentran en centros residenciales de la ciudad de Aguascalientes y cuya droga de impacto es la metanfetamina.

La atención plena es una técnica que enfatiza la aceptación y el aumento de la habilidad para afrontar la angustia emocional y el comportamiento desadaptativo (Bishop et al., 2004). Para practicar la atención plena se requiere observación, aceptación y actuar con conciencia en el momento presente (Stahl y Goldstein, 2010).

Ante cualquier duda puede contactar a la estudiante Ximena Estefanía Díaz Domínguez al correo electrónico ximenadidom@gmail.com

Para realizar la evaluación usted contará con dos semanas. La recepción del formato será el lunes 25 de marzo.

Nombre completo del evaluador: _____

Instrucciones al evaluador: A continuación se le brindará una escala que va desde 1- Nada pertinente hasta 5- Muy pertinente para evaluar cada uno de los indicadores que constituyen la intervención y sus sesiones, de igual manera se incluye un espacio para anotar observaciones y recomendaciones. Se le pide que en cada uno de ellos coloque su valoración.

Indicadores para evaluar la intervención de forma general:

1. Pertinencia del objetivo general de la intervención: Es el objetivo que guía toda la intervención que persigue una meta y se desglosa en objetivos específicos.

1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
Observaciones y recomendaciones:				

2. Pertinencia de la cantidad de sesiones: Es el número total de sesiones (duración de la intervención) planificadas para cumplir tanto con el objetivo general como con los objetivos de cada sesión.

1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
Observaciones y recomendaciones:				

3. Pertinencia de los procesos de evaluación inicial y final de la intervención: tiene que ver con la correspondencia y coherencia entre los procesos iniciales y finales de evaluación de los participantes, los instrumentos de evaluación empleados y si son útiles para determinar los cambios a partir de la intervención.

1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
Observaciones y recomendaciones:				

Indicadores para evaluar cada sesión de la intervención:

La intervención está compuesta por 6 sesiones en formato grupal, que se realizarán con una frecuencia semanal, siendo sus participantes 6 adolescentes de 12 a 18 años que se encuentran en centros residenciales de la ciudad de Aguascalientes. Cada una de las sesiones tiene una estructura que incluye: 1) Introducción; 2) Objetivo general; 3) Duración; 4) Materiales; 5) Procedimiento; 6) Hojas de trabajo.

1. Pertinencia del título de la sesión: Es el nombre asignado a cada sesión tomando en cuenta la temática y las estrategias revisadas.

Sesión	Puntuación				
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

2. Pertinencia del objetivo de la sesión: Es el objetivo general de la sesión para favorecer el cumplimiento del objetivo general del programa de intervención.

Sesión	Puntuación				
	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

3. Claridad del objetivo de la sesión: Se refiere al ordenamiento y relación mutua de oraciones y palabras y finalmente la facilidad para comprender los contenidos.

Sesión	Puntuación				
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

4. **Pertinencia de la duración de la sesión:** Es el tiempo estimado para cada sesión tomando en cuenta la dificultad que pudieran presentar los participantes para mantener la atención debido a las consecuencias del consumo.

Sesión	Puntuación				
	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

5. Pertinencia de los materiales a utilizar: Son las hojas de trabajo correspondientes con las actividades a realizar y con la información revisada durante la sesión.

Sesión	Puntuación				
	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

6. Claridad de los materiales a utilizar: Se refiere al ordenamiento y relación mutua de oraciones y palabras y finalmente la facilidad para comprender los contenidos considerando que los participantes cuentan con una baja escolaridad.

Sesión	Puntuación				
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

7. Claridad del procedimiento: Facilidad para comprender las instrucciones de cada actividad y si es viable su realización.

Sesión	Puntuación				
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

8. Pertinencia de las actividades: Se refiere al conjunto de actividades que se desarrollan para alcanzar el objetivo de la sesión.

Sesión	Puntuación				
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

9. Suficiencia de las actividades: Pertinencia de la cantidad de actividades para lograr el objetivo propuesto de la sesión.

Sesión	Puntuación				
	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

10. Evaluación del cumplimiento del objetivo de la sesión: Pertinencia de la estrategia utilizada al finalizar cada sesión como parte del momento de cierre para comprobar si fue alcanzado el objetivo propuesto, incluyendo el autorregistro que contiene las estrategias revisadas.

Sesión	Puntuación				
	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

11. Consideración de principios éticos: En la sesión se respeta y preserva la integridad física, social y psicológica de los participantes.

Sesión	Puntuación				
1	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
2	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
3	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
4	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
5	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
6	1-Nada pertinente	2- Poco pertinente	3- Medianamente pertinente	4- Pertinente	5- Muy pertinente
	Observaciones y recomendaciones:				

Anexo 3 Consentimiento Informado





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO
SUICIDA Y EL DESEO POR LA DROGA”**

Aguascalientes, Ags., el día _____ de _____ de _____

A través de este medio yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación “Programa de Intervención para la Reducción del Riesgo Suicida y el Deseo por la Droga”, dirigido por la estudiante de la Maestría en Investigación en Psicología Ximena Estefanía Díaz Domínguez, que tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención para la reducción del riesgo suicida y el deseo por la droga.

La participación en este proyecto consistirá en:

- 1) Realizar una entrevista de manera presencial en las instalaciones del centro residencial.
- 2) Contestar los cuestionarios correspondientes.
- 3) Participar en las seis sesiones grupales de tratamiento; se realizará una sesión por semana con una duración de 50 minutos.

El participante es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento, para lo cual le solicitamos que lo haga saber a algún miembro del equipo de investigación.

Folio _____