



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO, AUTO-EFICACIA Y
MANTENIMIENTO DEL CAMBIO EN DOS MODELOS DE INTERVENCION
BREVE CON ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PRESENTA**

ADRIANA BÁRCENAS MELÉNDEZ

TUTORA:

DRA. KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

COMITÉ:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

DR. SERGIO GALÁN CUEVAS

DR. FRANCISCO PEDROZA CABRERA

DRA. AYME PACHECO TREJO

AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2010



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

**Asunto: Autorización del Tema
De Trabajo Práctico**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

**LIC. ADRIANA BÁRCENAS MELÉNDEZ
P R E S E N T E**

Con base en lo que establece el Reglamento de Docencia en el artículo 173, le informo que se autoriza el Tema de Trabajo Práctico: **"Estrategias de Enfrentamiento, Auto-Eficacia y Mantenimiento del Cambio en dos Modelos de Intervención Breve con Adolescentes Consumidores de Alcohol"**. Así mismo se le designa como asesora a la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez. A fin de asignarle fecha para la verificación del Examen de Grado para la obtención del título del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades, deberá cumplir con lo establecido en los artículos 161, 162, 174 y 175.

Con el objeto de dar cumplimiento a este reglamento el paso siguiente será autorizar la impresión de su tesis, toda vez que presente la carta de liberación y/o acuerdo señalado en la Fracc. II del artículo 175.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"**

Aguascalientes, Ags., 30 de Noviembre de 2010

**Dr. Daniel Gutiérrez Castorena
Decano del Centro de Ciencias Sociales y Humanidades**

- c.c.p. Dr. Fernando Plascencia Martínez
Secretario de Investigación y Posgrado del Centro de Ciencias Sociales y Humanidades
- c.c.p. Dra. Consuelo Meza Márquez
Secretaría Técnica del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades
- c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

DR. DANIEL GUTIÉRREZ CASTORENA
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PRESENTE

Estimado Señor Decano:

Por medio de la presente hacemos de su conocimiento que la alumna Adriana Bárcenas Meléndez egresada del DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES ha presentado la integración final de su tesis titulada: **"Estrategias de Enfrentamiento, Auto-Eficacia y Mantenimiento del Cambio en dos Modelos de Intervención Breve con Adolescentes Consumidores de Alcohol"**.

La tesis incorpora los elementos epistemológicos, teóricos y metodológicos que le permiten ser defendida en el examen de grado reglamentario, por ello se solicita que se proceda a los trámites correspondientes para la presentación de dicho examen.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., 25 de noviembre de 2010

Por el Comité de Lectores

Dra. Kalina I. Martínez Martínez

Lydia Barragán Torres
Dra. Lydia Barragán Torres

Ayme Pacheco Trejo
Dra. Ayme Pacheco Trejo

Dr. Francisco Javier Pedroza-Cabrera

Dr. Sergio Galán Cuevas

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme realizar este sueño en mi vida.

Agradezco a mis abuelos Pepe y Chata que a sus 94 años de edad son mi inspiración para seguir preparándome en esta vida.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por facilitar el proceso para que yo concluyera mi Doctorado.

Agradezco a mi tutora Dra. Kalina Isela Martínez Martínez por compartir conmigo sus conocimientos, su estilo de vida académico y por ser una excelente guía en mi proceso de aprendizaje. Reconozco y admiro su capacidad de comprensión, paciencia y perseverancia que mostro en cada momento del Doctorado.

Agradezco a la Dra. Consuelo Meza y a su comité de colaboradoras por su incansable labor a académico.

Agradezco a mis compañeros por compartir conmigo sus conocimientos en las diferentes disciplinas y por los momentos de esparcimiento que compartimos.

Agradezco a mis lectores

Dra. Lydia Barragán Cuevas gracias por su invaluable dedicación a mi documento, por sus oportunos comentarios, siempre cargados de un toque especial de afecto y empatía. Gracias por tu escucha y comprensión.

Dr. Sergio Galán Cuevas gracias por que más que un lector fue siempre una guía práctica en mis seminarios, un aliciente para la realización de un buen trabajo, y un cuestionador incansable.

Dr. Francisco Pedroza Cervantes gracias por compartir conmigo tus conocimientos y por tus oportunos comentarios a mi trabajo.

Dra. Ayme Pacheco Trejo gracias porque con tus comentarios a mi documento has pasado a ser un modelo a seguir para mí, por tu capacidad de empatía, comprensión y calidez en el trato hacia los demás.

Consultor estadístico. Héctor de la Torre Gutiérrez gracias por tu apoyo incondicional y por ser mi guía en el parte estadística de esta investigación.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

María Jiménez por ser un soporte en mi desarrollo personal durante la ardua tarea del Doctorado.

Agradezco al equipo de investigación por su colaboración y por compartir conmigo sus conocimientos.

Agradezco a mis hermanos por ser un soporte clave en mi vida.

Agradezco a mis sobrinos Rogelio, Flavio David y Susana Rodríguez B. por llenar de energía mi vida durante las largas jornadas de trabajo.

Agradezco a mis amigas Arcelia Aguilar y Leticia de Alba por su exigencia en dedicarles tiempo aún y cuando este lo tenía limitado, esos pequeños ratos de esparcimiento me mantuvieron en pie.

Agradezco a Alejandra y Taydee Aguilar Medrano por su apoyo incondicional.

Agradezco a la escuela Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio 155 y del Centro de Bachillerato de la Universidad Autónoma de Aguascalientes por permitir que sus estudiantes colaboraran con la validación del instrumento ACS.

**Dedico este trabajo a mi madre
por el gran amor que me tiene,
y es este amor
lo que permite crecer.**

**Y a mis hijos Adrian y Alejandra,
no alcanzan las palabras para demostrar
lo agradecida que estoy con ustedes dos,
porque sin ustedes
este sueño no hubiera sido posible.**



Índice de contenidos

Carta autorización	I
Carta decano	II
Agradecimientos	III
Dedicatoria	V
Índice de contenidos	VI
Índice de tablas	VIII
Índice de cuadros	X
Índice de figuras	XI
Resumen	XIII
Summary	XV
CAPITULO I	
La adolescencia: epidemiología de la conducta de consumo y modalidades de intervención breve	1
La adolescencia: epidemiología de la conducta de consumo y modalidades de intervención breve	2
Datos epidemiológicos del consumo de alcohol.	3
Intervención Breve.	6
CAPITULO II	15
Mantenimiento del cambio	
Mantenimiento del cambio	16
Recaídas	20
CAPITULO III	
Estrategias de enfrentamiento en el mantenimiento del cambio en adolescentes	25
Estrategias de enfrentamiento	26
Estrategias de enfrentamiento y adolescencia	32

Las estrategias de enfrentamiento y el consumo de alcohol en adolescentes	33
CAPITULO IV	37
Estrategias de enfrentamiento en el mantenimiento del cambio en adolescentes	
Auto-eficacia	38
Auto-eficacia en el mantenimiento del cambio	40
Objetivos Específicos	42
MÉTODO	43
Instrumentos	47
Criterios éticos	55
Procedimiento	55
RESULTADOS	59
DISCUSIÓN	104
REFERENCIAS	121
APÉNDICES	138
Apéndice A. Instrumentos empleados en la investigación	138
Apéndice B. Carta de consentimiento	149
Apéndice C. Folleto de la 3ª. Sesión “Planes de Acción”	151
Apéndice D. Artículo en Anuario de Investigación en Adicciones; Vol.10, No.: Estrategias de Enfrentamiento y recaídas de adolescentes en programas de intervención breve.	159

Índice de tablas

Tabla 1. Un trago estándar es igual a 13.6g de alcohol y este se define como una botella o lata de cerveza de 341 ml. (5% alcohol), un vaso de 142 ml. de vino (12% alcohol) o una línea de ron 43ml. (40% alcohol).	24
Tabla 2. Categorías, variables e instrumentos de la presente investigación.	54
Tabla 3. Descripción porcentual de la edad, el sexo y el grado escolar, de los 800 individuos evaluados de ambas instituciones, para la validación del ACS en población Aguascalientes.	59
Tabla 4. Características del grupo global, en función de las características similares de la población.	61
Tabla 5. División del grupo 1 para encontrar la consistencia en la correlación de los individuos con características similares.	61
Tabla 6. División del grupo 2 para encontrar la consistencia en la correlación de los individuos con características similares.	61
Tabla 7. Esta tabla muestra las puntuaciones mínimas, máximas, los quintiles y la media obtenida en la correlaciones del test.	62
Tabla 8. Grado de homogeneidad entre los 79 ítems cerrados del instrumento ACS.	63
Tabla 9. La media en el uso de las estrategias de enfrentamiento de forma global, en función al sexo.	64
Tabla 10. Media de la puntuación ajustada, desviación estándar, valor de F y p y el grado de significancia por grado escolar (2°, 4° y 6°).	66
Tabla 11. Grado de significancia en función a la edad.	68
Tabla 12. Resultados obtenidos en la adaptación del instrumento ACS en tres países: Australia, España y México.	69

Tabla 13. Diferencias significativas en el grupo en general y por modelo de intervención de la fase de línea base a los 6, de los 6 a los 12 y de los 12 a los 18 meses de seguimiento.	<u>73</u>
Tabla 14. Diferencias significativas de la media de tragos estándar por ocasión de consumo de alcohol de la fase de línea base a los 6 meses de seguimiento, de los 6 a los 12 y de los 12 a los 18 meses de seguimiento, del grupo en general y por género.	<u>76</u>
Tabla 15. Número de participantes, modalidad de intervención, sexo, edad y número de recaídas en cada una de las fases, línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.	<u>78</u>
Tabla 16. Promedio de las estrategias de enfrentamiento medidas por el instrumento ACS en función a la intervención de los 29 participantes.	<u>99</u>
Tabla 17. Promedio de las estrategias de enfrentamiento medidas por el instrumento ACS distinguiendo por genero.	<u>100</u>

Índice de cuadros

Cuadro 1. Modelo de procesamiento de estrés y enfrentamiento (Lazarus y Folkman, 1984) Fuente: Lazarus y Folkman (1984)	<u>28</u>
Cuadro 2. Esquema de respuesta de estrés y enfrentamiento (Rudolph, Denning y Ewisz, 1995). Fuente: Lazarus y Folkman (1984).	<u>30</u>
Cuadro 3. División de grupos, en función de características similares entre los participantes a los largo de las fases de seguimiento.	<u>89</u>
Cuadro 4. Auto-eficacia grupo 1	<u>90</u>
Cuadro 5. Auto-eficacia grupo 2	<u>93</u>
Cuadro 6. Auto-eficacia grupo 3	<u>96</u>

Índice de figuras

Figura 1. Puntuaciones promedio de las 18 categorías evaluadas por instrumento ACS en promedio por género.	<u>65</u>
Figura 2. Media de la puntuación ajustada obtenida por el instrumento ACS por grado escolar (2°, 4° y 6°).	<u>67</u>
Figura 3. Media de la puntuación ajustada por el instrumento ACS en función a la edad (15, 16, 17 y 18 años).	<u>69</u>
Figura 4. Día a día (90 días previos al tratamiento, 540 días de seguimiento) del total y el promedio de consume en línea base y en cada corte.	<u>71</u>
Figura 5. Promedio de tragos estándar por ocasión de consumo por fases en el grupo en general y en las diferentes modalidad de intervención PIBA y CB.	<u>72</u>
Figura 6. Promedio de consumo del grupo en general, en hombres y mujeres, en las fases de línea base, a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento.	<u>74</u>
Figura 7. Media del grupo en general según las respuestas dadas en las 8 categorías del instrumento CCS en las fases de línea base y 6,12 y 18 meses de seguimiento.	<u>81</u>
Figura 8. Porcentaje de las 8 categorías de auto-eficacia obtenidas por el grupo en general y por ambas modalidades de intervención en las fases de línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.	<u>84</u>
Figura 9. Porcentaje de las 8 categorías de auto-eficacia obtenidas por el grupo en general y por género en las fases de línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.	<u>88</u>
Figura 10. Porcentaje del nivel de auto-eficacia obtenidas por los hombres y mujeres en las fases de línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.	<u>88</u>

- Figura 11.** Promedio de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los 29 adolescentes en los tres momentos de seguimiento. [98](#)
- Figura 12.** Diferencias en el promedio de los tres seguimientos, entre los adolescentes que recaen y los que no recaen. [101](#)
- Figura 13.** Resultado en porcentaje de las situaciones de riesgo a las que se enfrentan los adolescentes. [102](#)
- Figura 14.** Porcentaje de los pensamientos y acciones que siguen los adolescentes para evitar consumir de forma excesiva ante situaciones de riesgo de consumo. [103](#)



Resumen

En México, se han realizado esfuerzos por analizar el mantenimiento del cambio en adolescentes que presentan abuso en el consumo de alcohol y que han concluido un proceso de intervención breve. Este tipo de intervenciones tienen su fundamento en el modelo dinámico del mantenimiento del cambio de Marlatt y Gordon, (1985) y han demostrado costo-efectividad, disminuyendo la cantidad y frecuencia de consumo, reduciendo los problemas asociados e incrementando los niveles de auto-eficacia en los adolescentes, a corto plazo tanto en zonas urbanas como rurales (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005). Ejemplos de dichas intervenciones lo constituyen el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que abusan del Alcohol (PIBA), y el Consejo Breve de una sola sesión (CB). El objetivo de la presente investigación fue analizar el mantenimiento del cambio, mediante tres variables: patrón de consumo, nivel de auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento en 29 estudiantes adolescentes consumidores de alcohol, pertenecientes al estado de Aguascalientes. De los cuales 15 fueron hombres y 14 mujeres, su edad osciló entre los 14 y 18 años. El estudio se realizó desde un diseño longitudinal, analizando la línea base a 6, 12 y 18 meses de concluida la intervención. Los resultados fueron analizados por grupo, modalidad de intervención, recaídas y sexo. En general se muestra una permanencia en la disminución del patrón de consumo de alcohol del término del tratamiento a los 6 meses de seguimiento, con una ligera recuperación a los 12 meses y continúa elevándose a los 18 meses. Los participantes del PIBA muestran mayor movilidad en el patrón de consumo, a diferencia de aquellos que participaron en CB, quienes tienden a permanecer en el cambio durante los 18 meses de seguimiento. Así mismo, son las mujeres quienes se mantienen en el cambio durante un mayor periodo de tiempo. El nivel de auto-eficacia, muestra diferencias significativas de línea base al término del tratamiento y este permanece, con ligeras variaciones a los 18 meses de seguimiento. Respecto a las estrategias de enfrentamiento más

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

utilizadas, los adolescentes que muestran recaídas utilizan con mayor frecuencia las estrategias: esforzarse y tener éxito, resolver el problema y apoyo profesional. Con los resultados obtenidos, se identifica un alto índice de correlación ($r=0.9951$) entre el patrón de consumo, auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento, quedando demostrada la importancia de dichas variables en el proceso multifactorial del mantenimiento del cambio (Witkiewitz y Marlatt, 2004). En función a los hallazgos encontrados en este estudio se elaboraron algunas propuestas de modificación en las fases de seguimiento en los programas de intervenciones breves.

Palabras clave: Adolescentes, Alcohol, Auto-eficacia, Estrategias de enfrentamiento, Recaídas y Mantenimiento del cambio.

Summary

In Mexico, there have been efforts to analyze the maintenance of change in adolescents with abuse alcohol and have concluded a Brief Intervention process. Such interventions are based on the dynamic model of sustaining the change of Marlatt and Gordon (1985) and have demonstrated cost-effectiveness, reducing the amount and frequency of consumption, and reducing the problems associated with increasing levels of self-efficacy in adolescents, short-term in both urban and rural areas (Martinez, Salazar, Ruiz, Barrientos and Ayala, 2005). Examples of such interventions are the Brief Intervention Program for Adolescents who abuse alcohol (IPAB), and one Brief Advice (CB). The aim of this study was to examine the maintenance of change, using three variables: consumption pattern, level of self-efficacy and coping strategies in 29 teenage students consuming alcohol, from the state of Aguascalientes. Of whom 15 were men and 14 women, age ranged between 14 and 18. The study was conducted from a longitudinal design, analyzing the baseline at 6, 12 and 18 months after the intervention ceased. The results were analyzed by group, type of intervention, relapse, and sex. Generally shown to stay in a decrease in the pattern of alcohol consumption after treatment discontinuation at 6 months follow-up, with a slight recovery at 12 months and continues to rise at 18 months. PIBA participants show greater mobility in the consumption pattern, unlike those who participated in CB, who tend to remain in the change during the 18 months follow up. Likewise, women who remain in the change over a longer period of time. The level of self-efficacy, shows significant differences from baseline to end of treatment and it remains, with slight variations at 18 months follow up. Regarding the most frequently used coping strategies, adolescents who show relapse more frequently used strategies: to strive and succeed, resolve the problem and professional support. With the results, identifies a high degree of correlation ($r = 0.9951$) between the pattern of consumption, self-efficacy and coping strategies, proving the importance of

these variables in the multifactorial process of maintenance of change (and Marlatt Witkiewitz , 2004). According to the findings in this study were developed some proposed changes in the follow-up phases brief intervention programs.

Key words: Adolescents, Alcohol, Self-efficacy, coping strategies, relapse and maintenance of change.



CAPÍTULO I

**LA ADOLESCENCIA: EPIDEMIOLOGIA DE LA CONDUCTA DE CONSUMO Y
MODALIDADES DE INTERVENCION BREVE**

LA ADOLESCENCIA: EPIDEMIOLOGIA DE LA CONDUCTA DE CONSUMO Y MODALIDADES DE INTERVENCION BREVE

La adolescencia es considerada como uno de los periodos de desarrollo más vulnerables del individuo, debido a la dinámica evolutiva y a las exigencias del entorno; el adolescente entre los 15 y los 18 años, se encuentran en una constante búsqueda de desarrollar su identidad (Erikson, 1963). Es en esta etapa en donde el individuo aprende a alternar con su grupo de pares y enfrentar una gran cantidad de presión social, conflictos y múltiples oportunidades (Compas, Orson y Gran, 1993); por lo que en este periodo puede presentar desajustes entre él y su medio, que le provocan altos niveles de estrés, los cuales puede evaluarlos como amenazantes o desbordantes de sus recursos, poniendo en peligro su estabilidad. Ante esta situación, el adolescente hace uso de procesos que involucran los recursos con los que cuenta para enfrentar las demandas, como puede ser el evitar la situación difícil, resolver el problema, solicitar el apoyo social, entre otros (Frydenberg y Lewis, 1996; Musitu et al., 2002).

Lazarus y Folkman (1986), afirman, que si dichos recursos no son generados por el adolescente, éste entra en conflictos, lo que puede llevarlo a manifestar conductas problemáticas que no había presentado antes. Aún cuando la adolescencia es un periodo vulnerable, y con altas probabilidades de que el individuo se implique en conductas problema, para una gran cantidad de adolescentes estas conductas se limitan a un breve periodo de tiempo transitorio de experimentación (Maggs y Hurrelmann, 1998); sin embargo, para otros, estos primeros contactos van seguidos de una escalada hacia comportamientos más problemáticos o antisociales (Chambers, Taylor y Potenza, 2003; Becoña y Oblitas 2006; Luengo, Romero, Gómez, y Guerra, 1999).

En cuanto a las situaciones que podrían llevar a los adolescentes a experimentar estas conductas, poco saludables, se han encontrado: a) el carácter placentero o reforzante de las consecuencias que siguen a muchos

comportamientos nocivos, b) la inmediatez de sus efectos positivos, y c) la baja percepción de riesgo de los adolescentes (Becoña y Oblitas 2006; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Quiroz et al. 2007; NIDA, 2005). La interacción de estos factores puede influir en conductas desajustadas como por ejemplo, el alto nivel de consumo de alcohol, la falta de control en la ingesta de la bebida o el consumo esporádico explosivo de fin de semana, lo cual frecuentemente puede conducir a una intoxicación y pérdida episódica de conocimiento, falta de coordinación motora y agresividad, entre otras (Medina-Mora, 1997).

Estas conductas desajustadas se han incrementado y ocasionando altos costos al sector público, por lo que a continuación se aborda de manera general algunos datos epidemiológicos.

Datos epidemiológicos del consumo de alcohol.

En el ámbito internacional y nacional existe la preocupación en salud pública, por el incremento constante del consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes, debido a que los primeros contactos con las drogas legales tienen lugar a edad relativamente temprana, y son precisamente aquéllos quienes iniciaron el consumo a edades más tempranas quienes están más expuestos a lo largo de los años siguientes, a iniciarse en el consumo y combinación con otras sustancias adictivas ilegales (Kandel y Logan, 1984; Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995). El promedio de consumo en la edad de inicio se encuentra entre los 12 años en drogas legales e ilegales (Tranquilizantes 1.9%, cocaína 1.9%, marihuana 7.7%, tabaco 1.4%, alcohol 25% e inhalables 45%), el 55% se inicia entre los 10 y 11 años, el 35% entre los 8 y 9 años y el 10% entre los 6 y 7 años, sin embargo, en lugares de la República Mexicana como en el Estado de Aguascalientes, quien se encuentra entre las 19 entidades federativas de abuso-dependencia al alcohol, también inician en el consumo alrededor de los 12 años, situación que se agrava, dado que los menores de 15 años representan el 31.3%

de la población, por lo que una parte importante de individuos de esta población están en edad de riesgo (ENA, 2008).

En México, la Encuesta Nacional de Estudiantes (Villatoro, et. al, 2006), reporta que el consumo de alcohol facilita conductas de alto riesgo como: ideación e intento suicida, trastornos alimentarios, síntomas depresivos y trastornos de atención dispersa, deserción escolar, etc. O'Hara, Parris, Fichtner y Oster (1998), encontraron que una tercera parte de los adolescentes tienen relaciones sexuales después de un consumo excesivo. Por lo que el consumo excesivo de alcohol y otras drogas en los adolescentes provoca elevados costos por la diversidad de problemas que este consumo conlleva, como el alto índice de accidentes automovilísticos de fin de semana, embarazos no deseados, entre otros.

Sin embargo, hay otros estudios en los que se demuestra que aún y cuando los adolescentes consumen y narran experiencias de consumo abusivo los expedientes de diagnóstico de problemas son bajos. Sin embargo, algunos adultos que presentan severos problemas de consumo, manifiestan haber iniciado su consumo a temprana edad (Hemmingsson and Lundberg, 2001; Werch, et al., 2003; Smandal, et al., 2000; Chassin and DeLucia, 1996; Babor, et al., 1999; Bukstein, 1994; Wynn, et al., 1997; y Epstein, et al., 1999).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) reportó que, del año 2006 al 2008 se incrementó de 3.5 millones a 4.5 millones de mexicanos que han experimentado con drogas alguna ocasión en su vida, además revela datos del creciente consumo experimental entre los adolescentes, el cual incremento del 25.2% al 28.9%. En Aguascalientes, esta encuesta reveló que 180 mil 846 personas han consumido 5 copas o más por ocasión, ocupando el primer lugar en consumo alto de alcohol en hombres y las mujeres se encuentran por arriba de la media nacional (19.1%), en cuanto a consumo consuetudinario y el abuso de bebidas alcohólicas, ocupando el 2.7 % de la población. Además Aguascalientes ocupa el cuarto lugar nacional en población dependiente al

consumo de alcohol (ENA, 2008). Por lo que el consumo de drogas en esta población representa uno de los problemas más complejos en salud pública (INEGI, 2009).

Otros datos relevantes del estado, son los proporcionados por la Universidad Autónoma de Aguascalientes en la que se realizó el Examen Médico Automatizado a 1928 aspirantes a ingresar a esta universidad, con el objetivo de conocer el estado de vulnerabilidad (estado de salud, trastornos alimentarios, consumo abusivo de alcohol, relaciones familiares, etc.) de los alumnos de ingreso al nivel superior, encontrando que el 51.2% de la población evaluada presenta mayor vulnerabilidad al consumo alto de alcohol, ocupando el primer lugar con respecto a las demás áreas evaluadas (Dirección General de Servicios Médicos, 2006).

En función a este incremento en conductas adictivas, la situación se ha convertido en un problema social del sector de salud pública, ya que sus consecuencias han llevado a la perturbación de la vida productiva y la paz social, por lo que en el país se han implantado políticas públicas como el establecer 310 unidades medicas de alta especialidad (UNEMES) denominadas Centros de Atención Primarias de las Adicciones (Centros “Nueva Vida”) en zonas estratégicas, la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones y los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones en cumplimiento con lineamientos internacionales y el programa de “Escuela Segura”, cuyos programas inciden en la prevención universal, selectiva o indicada, tratamiento, reinserción social, la investigación, la normatividad y la participación social en el consumo de sustancias adictivas como el alcohol, el tabaco y otras drogas ilegales y no prescritas (Secretaria de Salud, 2008) y sus consecuencias preventivas.

Como parte de estos programas preventivos se han impulsado acciones dirigidos a detectar y atender de manera temprana aquellos individuos que presentan abuso a la sustancia, fortaleciendo medidas de costo-beneficio con

intervenciones breves (Ayala, Echeverría y Sobell, y Sobell, 1998), las cuales son ampliamente abordadas a continuación.

Intervención Breve.

En los años noventas, se comenzaron diversos trabajos sustentados en la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), en los que se estudiaron variables involucradas en la descripción, explicación y predicción del proceso de cambio de conductas adictivas. El desarrollo de estos modelos de intervención breve, por ser de corta duración, han permitido integrar las diferentes técnicas y tratamientos validados en un contexto más propicio para la población que presenta patrón de consumo problemático, sin cubrir los criterios de dependencia (Ayala, Echeverría, Sobell, y Sobell, 1998; Babor y Higgins-Biddle, 2001).

Algunos criterios para determinar la aplicación de las intervenciones breves son los siguientes: 1. Los niveles de prevención y 2. Los factores asociados al consumo.

1. Los niveles de prevención. La investigación, propuesta por el Instituto de Medicina (Gordon, 1985), en el consumo problemático de alcohol en adolescentes, continua poniendo énfasis en la prevención, clasificando las intervenciones preventivas de acuerdo a las características de la población: *universal* (previenen el inicio de drogas en la población en general), *selectiva* (atienden a grupos que comparten factores de riesgo ante el uso de sustancias) e *indicativa* (atienden a población que ya ha iniciado un consumo o abuso de drogas). Esta clasificación ha favorecido el costo-beneficio en el área de adicciones, ya que el reconocer el nivel de consumo del adolescente puede favorecer la eficacia en la intervención.

2. Los factores asociados al consumo. La conducta de consumo es una problemática que surge por la combinación de diversos factores de riesgo (Quiroz et al, 2007; Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Hawkins, Catalano y Miller, 1992), además, se ha establecido una división de los factores de riesgo

que pueden influir para que se presente el consumo de sustancias. Entre estos factores se identifican los siguientes:

- *factores comunitarios* (leyes y normas de uso favorables, disponibilidad de la sustancia en la comunidad, extrema privación económica).
- *factores familiares* (consumo de alcohol y/o drogas por parte de los padres, inconsistencia en las normas familiares, conflictos familiares y escasa supervisión de los padres).
- *factores escolares* (bajo compromiso con la escuela).
- *factores individuales* (problemas de comportamiento tempranos y/o persistentes, asociación con pares que consumen droga, oposición hacia los valores dominantes de la sociedad, percepción positiva hacia los efectos de la droga, inicio temprano del consumo de sustancia).
- *factores fisiológicos* (bioquímicos y genéticos).

Estos factores no implican una causa directa y lineal; ya que ningún factor por si solo permite predecir adecuadamente la conducta de consumo (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Quiroz et al, 2007).

Sin embargo, para la presente investigación se explica que la adquisición de la conducta adictiva es un proceso de socialización y se mantiene mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos de la sustancia y la dependencia física (Bandura, 1985). Por lo que, se propone que el consumo de alcohol puede modificarse mediante situaciones nuevas de aprendizaje, donde el sujeto adquiere una participación activa en el cambio de su consumo. Esto se logra a través del uso de la *Entrevista Motivacional en la que se utilizan las siguientes técnicas* (Miller 1985; Miller y Rollnick, 1991):

- a) Proporcionar retroalimentación, a partir de la evaluación.
- b) Proporcionar consejo directo sobre la necesidad de cambio y como puede lograrse.

c) Intentar remover las barreras significativas para el cambio.

d) Sugerir o proporcionar aproximaciones alternativas, para que el usuario pueda elegir cuál es la más factible para lograr el cambio.

e) Favorecer la discrepancia entre continuar con la conducta de consumo y realizar un cambio.

f) Utilización de contingencias externas o presión para reforzar el compromiso.

g) Desarrollar una serie de metas personales concretas para el cambio y su mantenimiento.

Al usar cada una de estas estrategias, el resultado deseado es incrementar el compromiso del usuario hacia el tratamiento y la disposición para el cambio (DiClemente, 1991). Además, durante el tratamiento se entrena en el autocontrol, con el fin de generalizar los cambios conductuales y controlar conductas que no presentan contingencias negativas mediatas (Marlatt, y Gordon, 1985); así como el que algunas personas se desempeñan mejor bajo estándares auto-seleccionados (Bandura, 1964). Por lo que, el entrenamiento del Autocontrol en las IB involucra un número de pasos que ocurren en el siguiente orden (Cooper, Heron y Heward, 1987):

a) Establecimiento del límite de consumo.

b) Auto-registro de la conducta de consumo.

c) Establecimiento de un sistema de reforzamiento para el logro de las metas.

d) Identificación de las situaciones que anteceden el consumo excesivo.

e) Aprendizaje de estrategias de enfrentamiento que sustituyen el consumo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las intervenciones breves, antes mencionadas, se enmarcan en el modelo cognitivo-conductual, por lo que han surgido diversas formas de tratamientos, en donde el National Institute for Drug Abuse de Estados Unidos (NIDA, 2005), señalan que la intervención psicológica es fundamental a largo plazo, ya que las pruebas empíricas demuestran que los participantes que reciben cierta forma de tratamiento reducen su consumo de sustancias y mejoran otros aspectos de su vida. A este respecto el NIDA recoge las recomendaciones realizadas por la Asociación Psicológica Americana y con base en los estudios de evaluación sobre efectividad de los tratamientos realizados en los últimos años, se han propuesto principios de tratamiento efectivo (Chambless et al, 1996; Chambless y Hodson, 1998; APA, 2002), entre los que se pueden mencionar:

- 1) Accesibilidad del tratamiento.
- 2) Abarcar las múltiples necesidades del individuo.
- 3) Evaluación y modificación continua del tratamiento, en función de las necesidades cambiantes del individuo.
- 4) Considerar el consejo psicológico (individual o grupal).
- 5) Evaluar el mantenimiento del cambio, después del tratamiento.

La Asociación Psicológica Americana, avala que los tratamientos de conductas adictivas al alcohol pertenecen mayoritariamente a un enfoque cognitivo-conductual (Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991), y ha sido este, el más ampliamente validado científicamente y el primero en dar respuesta a los problemas planteados por la adicción a drogas y hasta hoy en día, sigue siendo el más utilizado por los profesionales.

Uno de los modelos basados en la teoría cognitivo-conductual con diferentes tipos de población, son las Intervenciones Breves (IB) para bebedores de alcohol que no presentan dependencia, pero que su consumo les ha traído consecuencias adversas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Inicialmente, los programas de Intervención Breve se enfocaron al trabajo con adultos, un ejemplo de esto lo constituye el Modelo de Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez 1998; Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2004). Este programa de tratamiento está conformado por 5 sesiones. El usuario debe asistir una vez a la semana, durante 45 minutos aproximadamente, por cinco semanas para completar su tratamiento.

Posteriormente, este Modelo de Intervención Breve para Bebedores Problema, fue adaptado para población adolescente a nivel rural y urbana, como un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Abusan del Alcohol o como Consejo Breve, ambos están diseñados para instrumentarse dentro de escenarios escolares de nivel medio y medio superior (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2005).

El Programa de intervención breve para Adolescentes (PIBA) se realiza a través de cinco etapas básicas:

- 1) Detección de casos: Promoción del programa de Intervención Breve para Adolescentes a través de posters, trípticos, pláticas informativas, contacto con el personal de la escuela para la identificación de posibles casos, a través de la aplicación del cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, González- Forteza, Andrade, y Medina-Mora, 1997) en forma grupal.
- 2) Evaluación: tiene el objetivo de conocer si el adolescente cubre con los criterios de inclusión al programa: adolescente entre los 14 y 18 años de edad, estudiantes de nivel medio y medio superior; que presentan indicadores de abuso en el consumo de alcohol o de drogas; que se encuentre en el nivel de riesgo moderado o alto de acuerdo a la OMS; el abuso se identifica como el consumo de 4 o más copas estándar por ocasión y la presentación de consecuencias negativas asociadas (problemas escolares, familiares, económicos, accidentes, etc.) o el

consumo en 5 o más ocasiones de alguna otra sustancia y/o problemas relacionados con la misma. Mientras que los criterios de exclusión son: el adolescente que no asiste a la escuela; que presentan 3 o más indicadores de dependencia hacia la droga; que presentan desórdenes psiquiátricos; que tengan más de 6 meses sin consumir; que su nivel de riesgo sea menor de seis copas, en estos casos se puede aplicar el folleto “Tú Decides”.

- 3) Inducción al tratamiento: pretende promover la disposición del adolescente al cambio a través de estrategias de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002; Salazar, Martínez y Barrientos, 2009), e invitarlo a participar en el programa de intervención para adolescentes.
- 4) Tratamiento: Consta de cinco sesiones individuales, una vez por semana, con una duración de 45 a 60 minutos cada una. En estas sesiones se trabaja de forma específica con material diseñado bajo los objetivos propios del PIBA.
- 5) Seguimiento: Tiene el objetivo de evaluar el patrón de consumo después de 6 meses de haber concluido la intervención. Se siguen los pasos establecidos por el PIBA. El terapeuta puede valorar si es necesario realizar un mayor número de seguimientos.

El Consejo Breve (CB), consiste en una sesión de 90 minutos; esta intervención ha demostrado ser efectiva como un procedimiento relativamente sencillo para ayudar a personas con abuso de alcohol y con poca accesibilidad a un tratamiento más prolongado (Babor y Higgins-Biddle, 2001). Los criterios de inclusión son: Adolescente entre 14 y 18 años de edad; estar inscritos en una escuela de educación media o media superior; presentar consumo mayor de cuatro tragos estándar por ocasión de consumo en más de cinco ocasiones en los últimos seis meses; reportar al menos un problema relacionado con su

consumo de alcohol, pero sin presentar los síntomas físicos de la dependencia; clasificar como consumidor de riesgo moderado a muy alto. Estas intervenciones fueron diseñadas para estimular habilidades de auto-evaluación, auto-regulación y auto-monitoreo de la conducta de los individuos (Miller y Rollinick, 1991). A través de la intervención se incrementa la percepción de los individuos sobre las consecuencias negativas de su forma de consumo, motivándolo al cambio, incrementando su percepción en auto-eficacia y el planteamiento de sus metas para el cambio del patrón de consumo).

Ambas intervenciones breves para adolescentes, mencionadas anteriormente, se caracterizan por utilizar procedimientos que estimulen el compromiso y la motivación al cambio conductual y propone técnicas de autocontrol (Sobell y Sobell, 1993), y prevención de recaídas (Marlatt, 1999), ya que explican el desarrollo, cambio y mantenimiento de la conducta; como la interacción de factores personales, ambientales y la conducta del individuo, y propone que el aprendizaje ocurre al experimentar las consecuencias de la conducta o por la asociación repetitiva de estímulos con una respuesta (Bandura, 1986). De igual manera se resalta la participación de factores cognitivos como la anticipación, autorregulación, auto-eficacia, simbolización y las expectativas de los resultados, las cuales juegan un papel principal como antecedente determinante de la conducta y ayudan a explicar el papel de los individuos en la determinación de su comportamiento.

Existen otros modelos que explican la adquisición de la conducta adictiva en función a los patrones educativos parentales, ya que una escasa disciplina por parte de los padres puede llevar a conductas antisociales en el niño, lo que a su vez puede ocasionar un bajo rendimiento escolar y/o un rechazo de su grupo de iguales, encausando a comportamientos desviados de sus pares y por lo tanto un comportamiento de drogodependencia en la niñez tardía o en la adolescencia (Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989); de igual manera, estos modelos hacen

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

énfasis en la urgente necesidad de hoy en día que los padres sienten por cubrir las necesidades de los hijos, lo que ha llevado a que los jóvenes eviten la postergación de la gratificación y la valoración del trabajo que requiere el cumplir un deseo.

Tanto el programa de intervención breve de varias sesiones y el consejo breve de una sesión, tienen como objetivo que el usuario logre la abstinencia o moderación de su consumo de sustancias (aunque en el caso de drogas siempre se recomienda la abstinencia), que reduzca los problemas y riesgos asociados a su consumo, a través del uso de estrategias de auto-control para su consumo y que el adolescente generalice el aprendizaje a su ambiente natural, logrando mantenerse en el cambio de su patrón de consumo.

Ambos programas han manifestado costo-efectividad para el tratamiento con adolescentes que abusan del alcohol, estos programas han demostrado resultados positivos en cuanto a la disminución en la cantidad y frecuencia de consumo, en la reducción de problemas asociados al consumo y en el incremento en los niveles de auto-eficacia en los adolescentes de nuestro país, tanto en zonas urbanas como en rurales (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008 y Salazar 2008).

Un aspecto relevante de los programas de intervención es su interés por evaluar la eficacia en los resultados y el mantenimiento del cambio, a más largo plazo, así como evaluar las estrategias de enfrentamiento que los adolescentes utilizan ante las situaciones de riesgo de consumo. Por lo que actualmente se realiza un estudio de corte longitudinal a tres años con una muestra de 160 adolescentes rurales y urbanos del estado de Aguascalientes, con el objetivo de incidir en el análisis de las variables relacionadas con el mantenimiento del cambio en comportamiento adictivo –proyecto patrocinado por CONACyT- (Martínez, 2007).

El proyecto retoma constructos teóricos de Marlatt y Gordon (1985), los cuales se basan en la teoría del aprendizaje social, y han desarrollado un modelo de prevención de recaídas que ha recibido considerable atención en el campo de las adicciones. El razonamiento teórico de este modelo, sugiere que después de la cesación inicial del uso de sustancias, comienza el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio y la recaída es vista como parte de la transición.



CAPÍTULO II

MANTENIMIENTO DEL CAMBIO



MANTENIMIENTO DEL CAMBIO

Las primeras aportaciones de explicación científica del fenómeno mantenimiento del cambio en el comportamiento, provienen de los modelos de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aprendizaje por condicionamiento. Existe una gran probabilidad de que ocurra una respuesta ante la presencia de una gama particular de estímulos antecedentes específicos. Los estímulos son sucesos ambientales específicos que influyen o pueden influenciar una conducta (Becker, Engelmann y Thomas, 1971). Estos estímulos pueden aprenderse, mediante la generalización de estímulos, y no solo en función de la contingencia de reforzadores extrínsecos. La conducta continúa presentándose, y se generaliza a tareas o condiciones independientes de aquellas conductas que fueron sometidas a una intervención. El proceso de cambio de conductas requiere de una clara especificación, control y descripción del comportamiento deseado. Es esencial distinguir los estímulos que se encuentran alrededor de la conducta y reconocer que, en este proceso puede salirse de control algunos otros estímulos que no se tenían previstos, por los que se reconoce que un cambio de comportamiento no es fácil y el mantener las conductas nuevas requiere de ajustes significativos en la categoría del aprendizaje.

Al hablar de generalización en el aprendizaje de conductas, se esperaría que no solo se aprenda la conducta en el escenario controlado, como lo es en este caso durante las sesiones o sesión de intervención breve, sino que el individuo genere conductas que le permitan mantenerse en el cambio, aún y cuando este se enfrente ante situaciones de alto riesgo de consumo, e inclusive se muestre la conducta independientemente de la presencia de un reforzador extrínseco. Por lo que, se puede definir que una conducta ha logrado mantenerse en el cambio, cuando ésta muestra durabilidad, persistencia y resistencia a la extinción e incluye generalización de estímulos y ajustes de esta generalización a situaciones nuevas (Cooper, Heron y Heword, 2006). La respuesta de mantenimiento, por tanto, se refiere a aquellos aprendizajes continuos que mejoran los comportamientos iniciales y los cuales aparecen por la repetición de nuevas conductas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Durante algunos años se consideró que el mantenimiento del cambio de conducta, era el último paso dentro del proceso de cambio de cualquier tratamiento y generalmente no se evaluaba su efectividad; sin embargo, es importante señalar que en la actualidad, el mantenimiento del cambio es por sí mismo un proceso y para medir su éxito se debe considerar la permanencia en el cambio de la conducta en un período de al menos 6 meses, después de haber concluido un tratamiento (Marcus, Simkin, Rossi y Pinto, 1996).

De igual manera, se ha puesto énfasis en estudiar la permanencia en el cambio de las conductas adictivas como lo explica Wikler (1965), al reconocer que hay situaciones relacionadas al mantenimiento del nuevo patrón de consumo de conductas adictivas, ya que éstas adquieren propiedades elicitoras de reacciones condicionadas, que producen una intensa motivación para el consumo ante múltiples situaciones cotidianas en el ambiente natural del usuario, el cual trata de mantener su control en el consumo o la abstinencia.

Sin embargo, el individuo puede tener una participación activa en el cambio, ya que puede aprender a controlar su propia conducta, elegir entre varias acciones alternativas, e inclusive, alterar variables externas e internas que le permiten mantener su meta de consumo. En este proceso se involucra el autocontrol, ya que juega un papel fundamental al hacer uso de ciertos aspectos del entorno para controlar la conducta, donde las contingencias tienen en común la inmediatez frente a la demora del reforzamiento o el castigo. La información antes de elegir entre las alternativas, permite predecir la acción como un conjunto de elecciones acumuladas en el tiempo, no solo considerando los posibles resultados inmediatos, sino también los efectos que ésta puede tener en el futuro. En este sentido, el autocontrol es la elección de una recompensa mayor, al aplazar en el tiempo la impulsividad de una recompensa a corto plazo (Rachlin, 2004). Ante esto, Kopel y Arkowitz (1975) y Beck, Wright, Newman y Liese (1993), afirman que una alta capacidad de

autocontrol, como característica individual, determina la capacidad del mantenimiento en el cambio de conductas adictivas.

Por lo tanto, se espera que el comportamiento adquirido en una intervención ya sea abstinencia o moderación se debe realizar en ausencia de recompensas externas y una gran cantidad de actividades están dirigidas a la toma de decisiones en función de la motivación intrínseca (Bandura, 1986). En este proceso de decisión, se involucran la anticipación, las expectativas, la auto-eficacia y los juicios valorativos, como determinantes o intervinientes en el autocontrol, y es este, el que se encuentra involucrado durante todo el proceso de mantenimiento del cambio de conducta, como un elemento cognitivo, el cual se reflejará finalmente en el ámbito conductual, posiblemente a través de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por el individuo (Skinner, 1977; Bandura, 1986; Carver y Scheier, 1990; Wagner, Mayer y Mcininch, 1999).

Algunas investigaciones de las conductas adictivas han desarrollado modelos para explicar el mantenimiento del cambio versus la recaída analizándolo desde la perspectiva del modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982) y el modelo de Marlatt y Gordon (1985) en prevención de recaídas, ya que son modelos que han explicado la secuencia en pasos hacia el mantenimiento, la recaída o el retorno al patrón de consumo inicial.

En la secuencia del cambio, desde el modelo de Prochaska y DiClemente (1982), se explica el por qué cambian las personas independientemente de recibir o no un tratamiento. El concepto central en este modelo, es que el cambio del comportamiento se da en un proceso circular y no lineal, en el cual si la persona recae, puede reentrar en el ciclo e ir a través del proceso varias veces, hasta que el resultado deseado sea alcanzado. Dentro de este proceso circular se encuentran una serie de fases, las cuales son explicadas a continuación:

• La fase de *precontemplación*: que es el período previo a que el individuo reconozca la necesidad de cambiar. La persona no tiene todavía ni idea de que tiene un problema, ni que va a tener que intentar resolverlo.

• La fase de *contemplación*: es en la que la persona reconoce el problema y considera hacer algo al respecto. Es posible para el individuo permanecer en esta fase indefinidamente si la ambivalencia para moverse hacia la siguiente fase no se resuelve.

• La fase de *acción*: es donde el individuo intenta cambiar su comportamiento por su propio esfuerzo o buscando ayuda externa (tratamiento).

• La fase final es la de *mantenimiento*: donde el individuo se esfuerza por no perder lo que ha conseguido en la fase de acción. Supone un trabajo considerable, porque la tarea fundamental es prevenir la recaída.

Dentro de estas fases de cambio, la persona puede salir y entrar nuevamente a la rueda de cambio, a la fase de pre o contemplación, y la recaída es vista como un proceso dinámico.

Otros estudiosos de las recaídas han sido Marlatt y Gordon (1985), quienes han estudiado por más de 20 años el tema de las recaídas, sustentados en la teoría del aprendizaje social de Bandura, (1964). Marlatt y Gordon, explican el desarrollo de los comportamientos adictivos, como la adquisición de una conducta de hábito. En donde el hábito del consumo de las sustancias puede ser estudiado como una forma de enfrentamiento ante situaciones o experiencias desagradables o ante la presencia de emociones positivas. Tal hábito puede estar adquiriéndose por el proceso del condicionamiento clásico y operante (reforzadores) y por tanto, al ambicionar un cambio no siempre se logra con éxito, presentándose la recaída.

Recaídas.

Uno de los más frecuentes resultados después de un proceso de cambio, en comportamiento problemático de consumo de alcohol es la recaída (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson, 1983), ésta es parte del proceso de des-aprendizaje de conductas mal adaptadas y el reaprendizaje de conductas mejor adaptadas. Este proceso conlleva una preparación, un abordaje y el fortalecimiento de estrategias que le permitan al individuo enfrentar las situaciones de alto riesgo las cuales pueden llevar nuevamente a la conducta previa a la intervención (Marlatt y Fromme, 1987). La motivación, el compromiso y el nivel de auto-eficacia, son elementos fundamentales para efectuar un cambio exitoso, ya que cualquier modificación de comportamiento usualmente tiene sentimientos ambivalentes acerca de dejar el comportamiento problemático (Marlatt y Gordon, 1985). Cabe destacar que, estos elementos pueden variar en función de los acontecimientos ocurridos en el tiempo, ya que son múltiples los factores contextuales e individuales los que se involucran en el proceso del cambio y por tanto una persona que se encuentre muy motivada hacia el cambio, puede disminuir dicha motivación al no sentirse con las habilidades para ejecutar los cambios, sobre todo, al enfrentar situaciones de alto riesgo, las cuales son consideradas como las causas principales de una recaída.

La definición de recaída, ha sido hasta el momento, un punto crítico y cuestionable, ya que ésta ha tomado diferentes matices en función del proceso de cambio de conducta que se esté abordando, así como el tipo de población en el que se esté interviniendo. El modelo dinámico de la recaída, considera la existencia de factores de riesgo principales como la percepción de los efectos positivos de la sustancia, patrón de consumo (cantidad y frecuencia), estados afectivos, así como la presencia de otros factores que pueden presentarse a largo plazo: historia familiar de dependencia a la sustancia, procesos cognitivos

(auto-eficacia, expectativas, motivación y deseo), síntomas físicos, entre otros (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Marlatt y Gordon (1985) definen la recaída como una etapa de transición dentro del proceso normal del cambio, la cual representa una serie de eventos que pueden ser seguidos por el regreso a los niveles del consumo inicial. En este proceso de cambio se pueden involucrar factores distintos a los que se presentan en el inicio del consumo, por tanto, es un proceso multifactorial, ya que se ven involucradas expectativas de los efectos positivos de las sustancias, estados emocionales, la motivación, baja auto-eficacia, falta de estrategias de enfrentamiento, entre otros (Connors, Maisto y Zywiak, 1986; Hall, Rugg, Tunstall, Jones, 1994; Miller et al., 1999).

Cabe señalar, que en la literatura se identifica una distinción entre el término recaída (regreso al patrón de consumo inicial) y caída o resbalón, entendiendo este último como el consumo ocasional de alcohol que puede o no sobrepasar la cantidad de tragos estándar y que no llega a los niveles del consumo inicial, pero puede incrementar la probabilidad del regreso al patrón de consumo antes de la intervención breve. En este proceso de la intervención breve, se reconoce que si un individuo considera la caída como parte del aprendizaje, la recaída se vuelve menos probable, ya que aceptan el lapso como un periodo de adquisición de estrategias de enfrentamiento para el futuro y se vuelven más efectivos en las situaciones de alto riesgo (Miller, Westrberg, Harris y Tonigan, 1996).

El modelo de Marlatt y Gordon (1985), explica como estos factores se involucran en el proceso de mantenimiento del cambio de la siguiente manera:

Las *expectativas* de los resultados sobre los efectos positivos del alcohol, son los efectos anticipados que un individuo espera que ocurran como resultado del consumo de la sustancia (Jones, Corbin, Fromme, 2001; Leigh y Stacy, 1991; Stacy, Widaman y Marlatt, 1990); por lo que éstas juegan un papel fundamental

en la determinación de la ocurrencia y la intensidad del deseo de consumir o no consumir. Las expectativas pueden ser físicas, psicológicas o conductuales y los efectos esperados no necesariamente corresponden con los efectos después del consumo. Estudios han demostrado que las expectativas positivas de los efectos de las sustancias son asociadas con pobres resultados en el tratamiento (Connors, Tarbox, y Faillace, 1993) y las expectativas negativas de los efectos son relacionadas con mejores resultados durante el tratamiento (Jones y McMahon, 1994).

Los *estados emocionales*, se han identificado como el afecto negativo y como un motivo principal para el uso de drogas Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, y Fiore (2004). Por tanto, el uso excesivo de alcohol es regulado por los afectos, tanto positivos como negativos (Hodgins, Guabaly y Armstring, 1995). Además, los individuos que experimentan varios disturbios afectivos pueden utilizar el alcohol como una estrategia de enfrentamiento, lo cual puede ser efectiva a corto plazo, pero a largo plazo puede llegar a ser un hábito mal adaptativo.

La *motivación* puede relacionarse con los procesos para lograr un cambio positivo (abstinencia o moderación), y puede ir variando de una motivación extrínseca a una intrínseca, conforme avanzan las etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982; McWhirter, Florenzano y Soublerre, 2002; Llorens, Perelló y Palmer, 2004)

Estos factores, las expectativas, los estados emocionales y la motivación, se reconocen como parte del proceso dinámico en la modificación de conductas adictivas (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Por lo que, el modelo cognitivo conductual de Martatt y Gordon ha pasado de ser lineal a ser un modelo dinámico, dando como resultado una reconceptualización del mismo. Ambos modelos centran su atención en la *prevención de la recaída y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento*. Al estudiar la recaída se han observado diferencias en tipos de población, situaciones de consumo, nivel de abuso o dependencia. En el caso

de los adolescentes Witkiewitz y Marlatt (2004), reconocen que la recaída en esta población, tiene sus propias características, ya que en primer lugar, gran parte de los que consumen alcohol a esta edad, lo hacen de forma explosiva o abusiva, y no muestran signos de dependencia a la sustancia.

La conducta de consumo abusivo de alcohol en población adolescente puede ser modificada con la aplicación de intervenciones basadas en el aprendizaje. Las intervenciones centran su atención en el enfrentamiento de situaciones de alto riesgo, esperando que este aprendizaje se generalice, por lo que, la prevención de recaídas ha sido detallada con el fin de determinar cómo las estrategias tanto intra-personales (Deseo, manejo de la ira, pensamiento negativo, actividades placenteras, toma de decisiones, solución de problemas, planes para emergencias), como interpersonales (Rechazo del alcohol, manejar la crítica, problemas con las relaciones personales, apoyo social, estrategias sociales, entrenamiento de las estrategias de enfrentamiento), que pueden ayudar a identificar las situaciones de alto riesgo y de esta forma prevenir las recaídas (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Se reconoce que el mantenimiento del cambio de comportamiento en consumo abusivo de alcohol, en población adolescente, es complejo y la naturaleza dinámica de este proceso contiene elementos cognitivos, afectivos y de comportamiento. Por lo que después de una recaída, el terapeuta requiere de un microanálisis de estos eventos y del fortalecimiento de la auto-eficacia y en las estrategias de enfrentamiento utilizadas ante estas situaciones de riesgo.

Por lo que la presente investigación, aún y cuando reconoce que el proceso de mantenimiento del cambio es multifactorial, únicamente retoma las estrategias de enfrentamiento y el nivel de auto-eficacia como dos variables eje en el mantenimiento del cambio y considera la recaída en función a los objetivos de los programas de intervención breve, los cuales pretenden un reaprendizaje hacia la moderación en el consumo de alcohol en los

adolescentes o consumo de riesgo moderado (Babor y Higgins-Biddle, 2001), por lo que una recaída en las mujeres se considera cuando éstas consumen cuatro o más tragos estándar por ocasión de consumo y en los hombres cinco o más tragos por ocasión de consumo, en función de los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (Babor y Higgins-Biddle, 2001; Rehm et al. 2003). Véase tabla 1.

Criterios para clasificar los niveles de consumo diarios de bebidas alcohólicas
1 trago=13.6 g de alcohol.

Niveles de riesgo	Hombres		Mujeres	
	Gramos	Tragos	Gramos	Tragos
Bajo	1 a 40	1 a 2.9	1 a 20	1 a 1.5
Mediano	41 a 60	3 a 4.4	21 a 40	1.6 a 2.9
Alto	61 a 100	4.5 a 7.4	41 a 60	3 a 4.4
Muy alto	101 y más	7.5 y más	61 y más	4.5 y más

Tabla 1. Un trago estándar es igual a 13.6g de alcohol y este se define como una botella o lata de cerveza de 341 ml. (5% alcohol), un vaso de 142 ml. de vino (12% alcohol) o una línea de ron 43ml. (40% alcohol).

CAPÍTULO III

ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO EN EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO EN ADOLESCENTES

ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO EN EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO EN ADOLESCENTES

Estrategias de enfrentamiento.

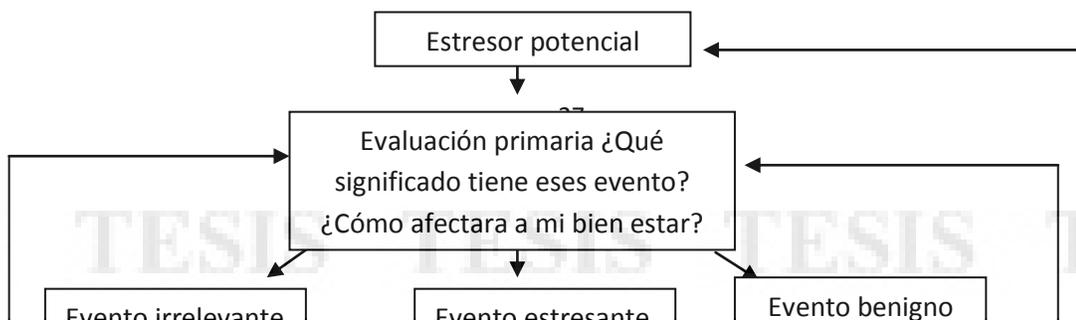
Al explicar el término enfrentamiento, se reconoce que existen diferentes teorías y metodologías en función de los constructos epistemológicos (Suls, David y Harvey, 1996). El enfrentamiento, como mecanismo de defensa, ha sido estudiado a partir de motivaciones internas, que se desencadenan ante la presencia de eventos internos o ambientales (Vaillant, 1994). Este concepto ha sido clasificado como rígido y originado por elementos inconscientes, y por tanto incontrolables.

A partir de los 60's se inició una nueva tendencia en el estudio del comportamiento de enfrentamiento: en función de sus determinantes situacionales. Se le definió como un concepto transaccional entre la persona y el ambiente, y como un proceso que se puede caracterizar como rasgo de la personalidad; posible de ser clasificado, flexible y propositivo, adecuado a la realidad y orientado para el futuro (Suls, David y Harvey, 1996); sin embargo, los factores situacionales, no logran explicar toda una variedad de estrategias de enfrentamiento utilizadas por los individuos (Ebata y Moos, 1994; McCrae y Costa, 1986; O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 1996).

Lazarus y Folkman (1984), definieron el enfrentamiento como un proceso; un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, utilizados con el objetivo de lidiar con demandas específicas, internas o externas, que se presentan ante situaciones de estrés o ante eventos que son evaluados por el individuo, como hechos que sobrepasan sus recursos. Definición que propone categorías funcionales: el enfrentamiento enfocado en el problema; el enfrentamiento enfocado en las emociones; y el enfrentamiento en la búsqueda de apoyo social (Coyne y DeLongis, 1986; O'Brien y DeLongis, 1996).

El proceso de enfrentamiento que sigue un individuo, puede explicarse de la siguiente manera: ante una situación potencialmente estresante, la persona realiza una evaluación primaria: es decir, si el evento es irrelevante, estresante

(prejuicio, amenaza o desafío) o benigno; en caso de que la situación sea valorada como estresante, lleva a cabo una evaluación secundaria, lo que le permite valorar tanto los requerimientos de la situación externa o interna, los recursos personales con los que cuenta, y hacer uso de la (s) estrategia de enfrentamiento, asignándole una categoría, lo cual lo lleva a un resultado ya sea de revaloración, de retorno al estrés o a un estado de bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). Véase esquema del cuadro 1



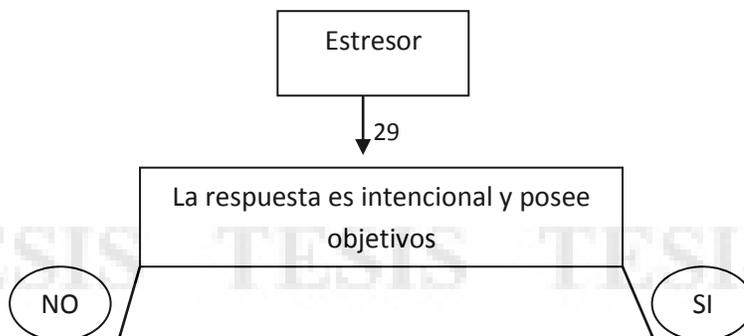


Cuadro1. Modelo de procesamiento de estrés y enfrentamiento (Lazarus y Folkman, 1984)
Fuente: Lazarus y Folkman (1984)

Desde este modelo, el enfrentamiento es también analizado como un episodio mediador entre un estresor y los resultados provocados por éste, lo que

proporciona una alternativa de tres aspectos fundamentales: una respuesta de enfrentamiento, un objetivo subyacente a una respuesta y un resultado. Tal respuesta debe ser diferenciada de una respuesta de estrés, la cual no es intencional y no tiene un objetivo.

El estrés se puede definir como un evento o experiencia que gasta los recursos de un individuo. En general, un mayor estrés se asocia con peores resultados, por ejemplo, salud / funcionamiento del sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Ante una situación de estrés, el individuo puede dar una respuesta con un objetivo claro de enfrentamiento o sin un objetivo claro: si no tiene un objetivo claro, es decir que responda en forma impulsiva, puede clasificarse como una respuesta de estrés, que finalmente puede o no adaptarse, si no se adapta se produce un ajustamiento general negativo y si se adapta puede llegar a un ajuste social positivo. Sin embargo, ante esta misma situación de estrés el individuo puede responder con un objetivo claro, es decir, clasificado como estrategia de enfrentamiento y se esperaría que esta respuesta tenga un resultado exitoso, liberándose de esta manera el estrés, sin embargo, la estrategia de enfrentamiento utilizada puede no alcanzar el objetivo y llegar a no ser exitosa, no ajustarse o no adaptarse a la situación, provocando de esta manera un incremento en los niveles de estrés y aumentando la probabilidad de que se conduzca a la presencia de un ajuste social negativo (Rudolph, Denning y Weisz, 1995; Lazarus y Folkman, 1984). Véase esquema del cuadro 2.





Cuadro2. Esquema de respuesta de estrés y enfrentamiento (Rudolph, Denning y Ewisz, 1995).

Fuente: Lazarus y Folkman (1984).

Esta propuesta considera que una respuesta de enfrentamiento es un acto intencional, físico o psicológico iniciado ante un estresor interno o externo espontáneo, el cual involucra tanto aspectos emocionales como cognitivos.

Además, un episodio de enfrentamiento forma parte de un proceso, el cual sufre influencias de múltiples variables, que afectan directa o indirectamente el enfrentamiento, como sería las variables pre-existentes del individuo (auto-eficacia, género, experiencia previa, etc.), el estresor (tipo y nivel de control) y el contexto (influencia familiar y apoyo social) (Rudolph, Denning y Weisz, 1995; Miller, 1991).

Aunado a este modelo, y en conjunción, Lazarus y Folkman (1984) y Carver y Scheier (1994), han cuestionado la concepción del enfrentamiento como un proceso permanente o continuamente cambiante, determinado por el proceso de evaluación cognitiva. Desde este planteamiento se distingue entre los *estilos de enfrentamiento* y las *estrategias de enfrentamiento*. Los primeros, como patrones de conducta relativamente estables que no necesariamente se puede hablar de que es un rasgo de la personalidad, sino más bien de un estilo que refleja una tendencia de responder ante una forma particular de enfrentar una serie específica de circunstancias.

Estos estilos se han conceptualizado a través de dos niveles: consistencia de los estilos de enfrentar a través de diferentes problemas y consistencia en los estilos de enfrentar a través de circunstancias similares que varían de acuerdo a la apreciación cognitiva del ambiente (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001), en donde el temperamento juega un importante papel en el tipo de estrategias de enfrentamiento que un individuo utiliza en situaciones estresantes, y al mismo tiempo el temperamento afecta los tipos de eventos que son reconocidos como estresantes para un individuo; por tanto, las *estrategias de enfrentamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Endler y Parker, 1990).

Estrategias de enfrentamiento y adolescencia.

Se reconoce que durante muchos años la investigación se preocupó por el modelo de discapacidad o déficit de conducta que se enfoca en lo que los adolescentes no pueden hacer, en lugar de lo que sí pueden hacer. El estudio del enfrentamiento refleja un cambio en este enfoque, ya que se centra en las habilidades que muestra un adolescente para sobrellevar las situaciones, es decir, la acción de enfrentar involucra pensamientos y sentimientos que un individuo usa para lidiar con situaciones de la vida diaria, y el análisis de cómo lo hace conduce a entender la conducta humana (Frydenberg, 1986).

Estas acciones capacitan a los adolescentes para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (Plancherel y Bolognini, 1995). Este enfrentamiento tiene una naturaleza que tiende a la autorregulación, en donde el primer paso es la toma de conciencia del problema y la percepción de sus propias capacidades. Los adolescentes que creen que pueden ejercer control, no se hunden en pensamientos aprehensivos y no les molestan las amenazas o los retos; en contraste, aquellos que creen que no pueden mejorar situaciones amenazantes son más propensos a experimentar altos niveles de ansiedad, la cual puede ir acompañada de secreciones de catecolamina, confirmando así el miedo del adolescente a no poder enfrentar la situación, lo cual empeora su ineficacia (Frydenberg, 1986).

Además, la adolescencia está considerada como un periodo de transición, el cual es percibido por el adolescente como un reto, despertando en ellos el optimismo, entusiasmo y deseo de trabajar para lograr buenos resultados; paralelamente se incrementan las habilidades para solucionar problemas, madurez socio cognitiva y el aprendizaje de las estrategias centradas en las emociones; pero con el paso del tiempo, muchos ven frustradas sus expectativas y se van haciendo más pesimistas con respecto a sus capacidades y recursos, de esta forma se produce en ellos un incremento en el uso de estrategias de enfrentamiento centrados en la evitación, en la reducción de la tensión y, conforme se incrementa la edad, utilizan con mayor

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuencia las estrategias de apoyo social (Compas, Orson y Gran, 1993; Ebata y Moos, 1994; Frydenber, 1997; Seiffge-Krenke, 1995).

Otro aspecto a distinguir, en el estudio de las estrategias de enfrentamiento en adolescentes está en función del género, encontrándose que la estrategia focalizada en las emociones se asocia mayormente a las mujeres, mientras que los varones utilizan más la búsqueda de la diversión relajante y la distracción física (Frydenberg y Lewis, 1996; Plancherel y Bolognini, 1995) y en ambos sexos, la solución de problemas parece estar asociado a un mayor bienestar psicológico (Seiffge-Krenke, 1995).

Para algunos adolescentes una misma situación puede ser apreciada como amenazante, mientras que para otros es percibida como desafiante, esto puede estar en función de los factores de riesgo y los protectores por lo que, aquellos adolescentes que reportan grandes angustias son más propensos a usar la evitación cognitiva, resignada aceptación y descarga emocional, sin embargo, los esfuerzos de enfrentamiento pueden ser variados y no necesariamente llevan a la solución del problema, el proponerse corregirlo o controlarlo puede ayudar al adolescente a cambiar su percepción sobre la discrepancia, tolerancia o aceptación del daño, escape o evitación de la situación (Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Schaefer, 1986).

Las estrategias de enfrentamiento y el consumo de alcohol en adolescentes.

El estudiar las estrategias de enfrentamiento, ha proporcionado información en el campo de las conductas mal adaptadas, como lo es el consumo abusivo de alcohol, ya que para los adolescentes, el alcohol regula los estados emocionales desagradables y encuentran en el consumo soluciones aparentes a sus problemas. La percepción de ausencia de apoyo por parte de la familia, la presión social, la percepción positiva de los efectos de la sustancia y la falta de estrategias de enfrentamiento son los principales predictores del consumo

abusivo de alcohol; por lo que estudios empíricos han demostrado que el incremento en el uso de estrategias de enfrentamiento y técnicas de tipo conductual colaboran en el mantenimiento del cambio y evitan la recaída (Hamdan-Mansour, Puskar y Sereika, 2007; Cooper, Russell y George, 1988; Wills y Hirky, 1996; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002; Niaura, Shadel, Britt y Abrams, 2002; Connors, Tarbox y Faillace, 1993; Jones y McMahon, 1994; Morgenstern y Longabaugh, 2000; Litt, Kadden, Cooney y Kabela, 2003; Brown, Vik y Creamer 1989; Myers y Brown, 1990).

Estudios realizados para validar empíricamente el modelo de enfrentamiento al estrés, obtenidas del instrumento Escala de Estrategias de Enfrentamiento para adolescentes (Frydenberg y Lewin, 1996), comprobaron que los adolescentes que consumen menos alcohol, utilizan estrategias centradas en la solución de problemas como son: estrategias positivas hacia la acción, buscar apoyo social, hacerle frente al problema, distracción relajante y los adolescentes que tienden a presentar consumo abusivo de alcohol utilizan estrategias centradas en la evitación y negativas hacia la acción como son: hacerse ilusiones, ignorar el problema, etc., similares resultados se han encontrado en población adulta (Wagner, Myers y Inunch, 1999).

Otros estudios han detectado que los adolescentes que utilizan más habilidades asertivas y habilidades en la toma de decisiones, consumen menos alcohol (Barkin, Smith y DuRant, 2002). La estrategia de enfrentamiento “pensar en las consecuencias negativas del consumo” disminuye la probabilidad de un consumo abusivo hasta en un 40%, y el sentirse una persona disciplinada lo disminuye en un 33 %.Y que los que abusan de las sustancias tienden a presentar déficit de habilidades sociales (Chaney, Roszell y Cummings, 1982; Marlatt y Gordon, 1985; Monti, Abrams, Binkoff y Zwick, 1986).

Además, Luengo, Romero, Gómez y Guerra (1999), señalan que las estrategias de enfrentamiento más utilizadas por una muestra de 371 adolescentes (12.5 años) son: distracción física, búsqueda de diversión

relajante, invertir en amigos íntimos, preocuparse, buscar pertenencia, esforzarse y tener éxito. Las menos utilizadas son: reducción de la tensión, no enfrentar, ignorar el problema, búsqueda de apoyo espiritual y el mostrarse reservado. Al analizar las estrategias individualmente observaron que los no consumidores decían usar con mayor frecuencia las estrategias de concentrarse en resolver el problema, esforzarse, fijarse en lo positivo o buscar ayuda profesional.

Por otra parte, los programas de intervenciones breves en la tercera sesión del tratamiento, Planes de acción, se le pide al sujeto que desarrolle estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo, para cada una de las tres situaciones de alto riesgo que describió en la sesión anterior. Estas se usan como ejemplos de cómo enfrentarse a sus problemas en forma constructiva. Al usuario se le recuerda que las opciones no deben limitarse sólo a lo que lo hace sentirse cómodo; se le explica que experimentar algo de incomodidad en un corto plazo, puede llevarlo a una buena recompensa a largo plazo. Puede ser de gran ayuda considerar a corto y largo plazo las consecuencias positivas y negativas de cada opción. Los planes de acción deben subdividirse en pasos realistas. Si un plan no funciona se debe animar al usuario a que analice por qué se da esta situación y a que considere otras alternativas. Para concluir se hace un resumen de la sesión con los puntos más importantes de ésta, señalando las dos mejores opciones que eligió el usuario para cada una de sus situaciones de consumo y los planes de acción que desarrolló para enfrentar sus situaciones de riesgo y controlar su consumo. Además, se le pueden proporcionar estrategias de enfrentamiento ante las situaciones de momentos agradables, con el fin de lograr un consumo moderado, como por ejemplo: pensar cuánto va a consumir antes de salir de casa; pensar en las cosas negativas que le pueden pasar al consumir en exceso; comer antes del evento; llegar más tarde al

evento; agregar refresco a la comida; consumir una copa en el transcurso de una hora; comer durante el consumo de alcohol, etc.



CAPÍTULO IV

LA AUTO-EFICACIA EN EL PROCESO DE MANTENIMIENTO DEL CAMBIO EN ADOLESCENTES



LA AUTO-EFICACIA EN EL PROCESO DE MANTENIMIENTO DEL CAMBIO EN ADOLESCENTES

Auto-Eficacia.

Bandura (1977), reconocido como uno de los teóricos más importantes del cognoscitivismo, ha puesto gran interés en el estudio de la auto-eficacia durante el cambio conductual y en los factores socio-cognitivos, enfatizando el papel de los autorreferenciales (lo que uno se dice a sí mismo), lo cual es considerado por el autor como la clave del control y la confianza en que tiene la persona de sus capacidades o de su potencial. Para Bandura, los individuos son vistos como creados y creadores de su propio ambiente y de su propio sistema social, en un determinismo recíproco (Bandura, 1986).

Esta teoría de la cognición social define a la auto-eficacia como la creencia determinante más aproximada de la acción humana; También se define como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras y funge como mediador o determinante prácticamente de todos los procesos cognitivos y afectivos, y que si la auto-eficacia, por definición es específica, también ha de ser específica para los distintos tipos de conducta; esto sucede siempre y cuando, la tarea exija la intervención de la auto-eficacia (si para ejecutar una conducta de “enseñar”, hay que juzgarse capaz), lo cual tiene lugar solamente cuando la tarea exige cierto esfuerzo, e involucra la motivación, la oportunidad y la racionalidad para hacerlo, por lo que, el control ejercido de la persona sobre su propia conducta es inconmensurable, por tanto, la *auto-eficacia* es definida como la creencia en la capacidad para organizar y ejecutar el curso de la acción requerida para el cumplimiento de un fin (Bandura, 1997).

La teoría cognitivo conductual, menciona que la apreciación de auto-eficacia está basada en cuatro fuentes principales de información: las propias realizaciones de uno mismo en el pasado, la observación vicaria de las ejecuciones de otros, la influencia de persuasión externa e influencia social y los estados de activación emocional. La información de cualquiera de estas fuentes es cognitivamente valorada por el individuo, por lo que las diferencias individuales distinguirán la manera en cómo cada persona selectivamente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

atiende a cierta información o desarrolla sus inferencias, influenciando sus expectativas (Bandura, 1997). Además, la teoría cognitivo conductual menciona que la auto-eficacia puede aprenderse, lo mismo que puede aprenderse la demora en la gratificación (Bandura y Mischel, 1965).

La percepción de auto-eficacia ejerce influencia directa sobre la toma de decisiones. Por tanto, altos niveles de auto-eficacia permiten que los individuos confíen más en sus propias capacidades, en cambio las personas con baja auto-eficacia son susceptibles a dudar sobre sus capacidades, (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler y kelley).

Desde este modelo cognitivo-conductual se distinguen de la auto-eficacia los conceptos de auto-concepto y auto-control.

Auto-concepto es una descripción global de la persona de sí misma, elaborada en función del medio ambiente, a partir del cual cada ser humano deriva el concepto de él mismo y cuán valioso es uno como un todo y se refiere a la apreciación del ser (Bandura, 1977).

Auto-control tiene dos componentes: el locus de control externo: la causa de un suceso es atribuido a la creencia de que éste sucedió por el azar, el destino, la suerte o el poder y por tanto no pueden ser controlados por esfuerzo y dedicación propia, mientras que el locus de control interno es lo atribuido de un hecho en función de la propia conducta y tiene la percepción de que el individuo controla su vida y está en función de sus habilidades, responsabilidad y esfuerzo externo.

En el campo de las adicciones, un pobre autocontrol lleva a una baja auto-eficacia en la planeación del comportamiento y por tanto a una pobre actitud frente al uso y abuso de sustancias (Allahverdipour, et. al 2006). Por lo que, en este campo, el término auto-eficacia se refiere a la expectativa del individuo de resistirse a la urgencia de consumir drogas en situaciones estresantes o de alto riesgo (Sklar, Annis y Turner, 1997). Según Marlatt y Gordon (1985), una elevada

auto-eficacia está fuertemente relacionada con estrategias de enfrentamiento eficaces. Marlatt, Baer y Quigley (1995), han identificado 5 categorías de auto-eficacia relacionada con las conductas adictivas: (a) auto-eficacia de resistencia, capacidad percibida para resistir el contacto inicial con sustancias recreacionales (Belcher y Shinitzky, 1998; Scott y McWhirter, 1997); (b) auto-eficacia de reducción de daños, capacidad percibida de reducir el consumo de sustancias habitual para prevenir los problemas derivados del abuso (Tatarsky, 1998); (c) auto-eficacia de acción, capacidad percibida de cesar en el consumo de sustancias que se perciben como perjudiciales (Prochaska y Prochaska, 1993); (d) auto-eficacia de enfrentamiento, capacidad percibida para sobreponerse a situaciones de alto riesgo de consumo (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002); y (e) auto-eficacia de recuperación, capacidad percibida de superar una “caída” (entendiendo ésta como la violación, en alguna ocasión, a su meta establecida durante el tratamiento) y recuperar nuevamente la abstinencia (Haaga y Stewart, 1992). Ya identificadas estas categorías, resulta retador el conocer las características que la auto-eficacia mantiene a lo largo de un proceso de cambio.

Auto-eficacia en el mantenimiento del cambio.

Ante el cambio, la auto-eficacia se reconoce como el grado de acuerdo en el cual el individuo siente confianza y capacidad de actuar adecuadamente ante una situación específica (Bandura 1964). La persona elige mantener una conducta en el sentido de preservar una situación favorable y que compite con evitar una alternativa, un estado menos favorable. Altos niveles de auto-eficacia son predictores de mejores resultados en personas que consumen alcohol (Connors, Maisto, y Zywiak, 1996; Rychtarik, Prue, Rapp y King, 1992; Burling, Reilly, Molten y Ziff, 1989; Annis y Davis, 1988 y Project MATCH Research Group, 1977).

Por tanto, la auto-eficacia percibida es la mejor predictora de la conducta de cambio, ya que es el juicio autorreferente de la capacidad para ejecutar todo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un curso de acciones, si es que la persona se siente motivada para el cambio. Sus fuentes son la propia ejecución del sujeto, el modelado, la persuasión y la inferencia de los estados fisiológicos y mentales. Quien se siente capaz de realizar una conducta se propone hacer el esfuerzo requerido y, cuando fracasa, no decae de su empeño.

El hacer uso de estrategias de enfrentamiento exitosas ante una variedad de situaciones de alto riesgo, incrementa la sensación de auto-eficacia y reduce la probabilidad de recaída, mientras que experimentar una falla tienden al efecto opuesto; la fuerza de la auto-eficacia puede determinar el tipo de conducta de enfrentamiento y cuánto tiempo dicha conducta será mantenida frente a obstáculos y consecuencias adversas (Bandura, 1997). Sin embargo, si el individuo se sigue sintiendo capaz de ejecutar su meta, esta percepción de auto-eficacia hará que busque nuevos campos y modos de conseguir lo que se ha propuesto. Un fracaso en una persona que se juzga auto-eficaz no hace más que aumentar su esfuerzo, su perseverancia y desplegar todos los procesos cognitivos para visualizar nuevos campos y formas de actuación. Si logramos éxito en este proceso más central de la conducta, estaríamos más cerca de lograr que esa persona deje de consumir.

La percepción de apoyo social de la familia, amigos, grupos de autoayuda y pares (Grant, Kim y Kuskowski, 2004; Gartner y Reissman, 1984), la realización de actividades sociales, las situaciones de consumo, la motivación y la auto-eficacia (Miller, 1985; Marlatt y Gordon, 1985) se consideran determinantes en el mantenimiento del cambio conductual, por lo que identificar estos factores en el post tratamiento, hace referencia a los recursos cognitivos y educacionales con los que cuenta el individuo.

Las variables involucradas en el proceso de la adquisición de conductas adictivas, el reaprendizaje de conductas nuevas y el mantenimiento de dichas conductas, puede aportar medidas preventivas e inclusive aportar elementos

que puedan contribuir en los programas de intervención breve en su fase del mantenimiento del cambio.

Por lo que el objetivo de esta investigación es: determinar la correlación entre las variables: patrón de consumo de alcohol, nivel de auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento en 29 adolescentes, en la fases de línea base, a los 6, 12 y 18 meses, una vez que los participantes han concluido la Intervención Breve (PIBA o CB).

Objetivos específicos.

1. Evaluar en los adolescentes participantes el patrón de consumo de alcohol en cuatro fases, línea base y a los 6, 12 y 18 meses después de haber concluido la intervención. Comparando el patrón de consumo de alcohol en el grupo completo, por modalidad de intervención y por género. Así como, encontrar diferencias entre los adolescentes que recaen y aquellos que no recaen en el seguimiento.
2. Describir el nivel auto-eficacia ante las situaciones de riesgo de consumo en cuatro fases, línea base y a los 6, 12 y 18 meses de haber concluido la intervención, Comparando el nivel auto-eficacia por el grupo completo, por modalidad de intervención y por género. Así como, encontrar diferencias entre los adolescentes que recaen y aquellos que no recaen en el seguimiento.
3. Evaluar la continuidad o discontinuidad en la frecuencia de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los participantes en su vida cotidiana y ante las situaciones de riesgo de consumo; al comparar tres fases, a los 6, 12 y 18 meses después de haber concluido la intervención. Comparando las estrategias de enfrentamiento utilizadas por el grupo completo, por modalidad de intervención y por género. Así como,

encontrar diferencias entre los adolescentes que recaen y aquellos que no recaen en el seguimiento.

4. Determinar si existe relación del patrón de consumo con la auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento en cada uno de los tres seguimientos, con ambas modalidades de intervención.

Método

Participantes.

Este estudio se realizó, tomando una muestra de 29 adolescentes del estudio longitudinal a tres años con un total de participantes de 160 adolescentes rurales y urbanos del estado de Aguascalientes, este estudio tiene como objetivo el análisis de las variables relacionadas con el mantenimiento del cambio en comportamiento adictivo –proyecto patrocinado por CONACyT- (Martínez, 2007). Estos 29 adolescentes fueron elegidos en función de que ya habían concluido la intervención en PIBA (5 sesiones) o CB (1 sesión), y se podía acceder en tiempo para realizar las fases de seguimiento a 6, 12 y 18 meses de seguimiento. Cabe señalar que el resto de los participantes e inclusive estos mismos adolescentes continúan participando en el proyecto a 3 años. Estos 29 adolescentes fueron Estudiantes de secundaria y bachillerato de la ciudad de Aguascalientes. La edad promedio de los adolescentes fue de 15.5 ($DE=.92$). Siendo 15 hombres y 14 mujeres; 17 de ellos fueron tratados con PIBA (5 mujeres y 12 hombres); 12 fueron tratados con CB (9 mujeres y 3 hombres). Hasta el seguimiento a 12 meses se obtuvieron los resultados de la muestra completa, sin embargo, 3 adolescentes desertaron al seguimiento de 18 meses, el participante número 7 cambio de residencia, el participante 17 se canalizó por sus altos consumos y el participante 20 ya no fue posible localizarlo (2 de la modalidad PIBA, un hombre y una mujer y 1 hombre de la modalidad de CB). Y 3 participantes (21, 24 y 25)

no alcanzaron a evaluarse en el seguimiento a 18 meses, al término de esta investigación.

Diseño de investigación.

El diseño de la investigación fue de corte longitudinal, prospectivo acelerado (Kazdin, 2006), con tres fases a 6, 12 y 18 meses.

Escenarios.

Esta investigación se realiza dentro de las instalaciones de escuelas de secundaria y bachilleratos públicas dentro del estado de Aguascalientes, en los municipios de Aguascalientes, Jesús María y San Francisco de los Romo y/o en la casa del adolescente. El mobiliario requerido para la investigación fue una habitación con sillas y mesas.

Variables.

Definición de variables a estudiar durante la investigación:

1) Mantenimiento del cambio: la tarea fundamental es prevenir la recaída y por tanto la permanencia en el cambio de la conducta en un período. Algunos autores consideran que el mantenimiento del cambio se comienza a los 6 meses de producido un cambio y termina cuando la conducta adictiva o de riesgo finaliza (Prochaska y DiClemente, 1982), mientras que otros consideran la permanencia en el cambio al menos 6 meses, después de haber concluido un tratamiento (Marcus, Simkin, Rossi y Pinto, 1996). La permanencia en el cambio en esta investigación se valora en función de las recaídas que presente el adolescente, de tal manera que aquellos adolescentes que no muestren recaídas en cada uno de los seguimientos, es considerado como un adolescente que logró el cambio y además permanece en él. Sin embargo, es importante aclarar que la recaída es vista como parte del proceso de cambio, por lo que, aún y cuando el adolescente muestre una o dos recaídas y no

regresa al patrón de consumo inicial (número de copas consumidas por ocasión antes de la intervención), se puede considerar que se está manteniendo en el cambio. Por tanto, aquellos adolescentes que muestran 3 o más recaídas de un seguimiento a otro, se considera que está incrementando la probabilidad del retorno al patrón de consumo inicial.

2) Patrón de consumo: es la frecuencia con que se consume y la cantidad consumida por ocasión. En el caso de consumo de alcohol se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar (una onza de alcohol). El patrón de consumo antes del tratamiento y al término del tratamiento (durante el seguimientos a 6, 12 y 18 meses), se midió con el instrumento LIBARE.

3) En esta investigación se define recaída cuando el adolescente hombre consume más de 4 copas por ocasión de consumo y en las mujeres cuando consumen más de 3 copas por ocasión de consumo, este criterio se estableció en función a uno de los objetivos de la intervención breve, el cual tiene la finalidad de disminuir las situaciones de riesgo en el cliente por lo que se busca la abstinencia o la moderación del consumo en función a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud Babor y Higgins-Biddle (2001). Esta es medida en cada una de las fases línea base 6, 12 y 18 meses te concluida la intervención breve.

4) Estrategia de enfrentamiento: esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1987). Esta variable fue medida con la Escala de Enfrentamiento para Adolescentes [ACS] (Frydenberg y Lewin, 1996), el cual fue validado con 800 estudiantes de Aguascalientes; el Registro de Estrategias de Enfrentamiento (Bárceñas y Martínez, 2008), y los planes de acción (ejercicio realizado durante la tercera sesión de la intervención). Este folleto puede revisarse en el Apéndice C.

5) Nivel de auto-eficacia: es la percepción del sujeto sobre su habilidad para enfrentar sus situaciones principales de consumo. Esta variable se mide a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, adaptado a población adolescente en México (Echeverría y Ayala, 1997).

6) PIBA (Programa de Intervención Breve para adolescentes). Los programas de intervención breve se dirige a jóvenes estudiantes de nivel medio superior entre los 14 y 18 años de edad, con un consumo de alcohol en un periodo no mayor a los dos años y tienen como objetivo: que el usuario logre la abstinencia o moderación de su consumo; reduzca los problemas y riesgos asociados a su consumo y mantenga el cambio en su patrón de consumo. El programa incluye 5 etapas básicas: a) detección de casos; b) evaluación; c) inducción al tratamiento; d) tratamiento y e) seguimiento. En función al tratamiento este consta de 5 sesiones: 1er. sesión balance desicional y establecimiento de la meta de consumo; 2a. sesión situaciones de riesgo; 3a. sesión planes de acción; 4a. sesión metas de vida y 5a. sesión cruzando la meta Estas sesiones tienen una duración aproximada de 50 minutos. En cuanto al seguimiento, este tiene la finalidad de evaluar el mantenimiento del cambio a través de la medición de las variables: patrón de consumo (LIBARE), número de recaídas (LIBARE), auto-eficacia (CCS), estrategias de enfrentamiento (ACS y Registro de enfrentamiento) y sociales, familiares y escolares (Cuestionario Villatoro). El terapeuta puede definir específicamente los seguimientos de acuerdo a los resultados del tratamiento (Martínez, 2003). Cabe señalar que se elige aplicar ésta intervención cuando el riesgo es alto, es decir cuando el consumo es mayor a 7copas por ocasión.

7) CB (Consejo Breve): es una intervención que permite una rápida evaluación e implementación de estrategias que favorecen el cambio conductual. Este tipo de intervención es limitada a una sesión de 90 minutos e incluye una evaluación inicial, asesoramiento breve, evaluación final y seguimiento a los 30 días y posteriormente seguimientos cada 6 meses (Miller y Rollinck, 1990). Cabe

señalar que esta intervención se decide aplicar cuando el riesgo es moderado, es decir, el consumo es de 4-6 copas por ocasión.

Instrumentos.

Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Cooper, 1979), es un instrumento en forma de calendario de los últimos 6 meses del año, fue diseñado para identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo, y la cantidad consumida en un día típico. En el caso del consumo de alcohol, se evalúan días de consumo y cantidad consumida con la medida de trago estándar. Esta técnica tiene la ventaja de una gran sensibilidad para medir las diferencias individuales, además de estimar el consumo actual sobre un periodo de tiempo (6 meses). No es auto-aplicable, requiere que el terapeuta proporcione al adolescente la explicación de lo que es un trago o copa estándar.

A partir del instrumento LIBARE se obtiene la siguiente información en relación a la forma de consumo del individuo:

- Total de Copas Consumidas: Se suman todas las copas que consume durante los 6 meses.
- Días de consumo: Se suman los días de consumo durante los 6 meses.
- Cantidad Máxima: Se indica cual es la mayor cantidad de copas consumidas en una ocasión.
- Cantidad Mínima: Se indica cual es la menor cantidad de copas consumidas en una ocasión.
- Promedio de Copas por Ocasión: Se suma el total de copas consumidas en los seis meses y se divide entre el total de días de consumo.
- Abstinencia: Total de días de no consumo.

Características Psicométricas: La confiabilidad y validez ha sido establecida en población de bebedores de sustancias (Sobell, Sobell, Klanjer, Pavan y Basian, 1986). La validez se ha obtenido en su aplicación clínica, se comparó el reporte de la línea base con registros oficiales, indicando suficiente grado de correspondencia tanto en datos de duración como incidencia. Así mismo se han encontrado correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y las de otros informantes (Echeverría y Ayala, 1997).

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) adaptado a población adolescente en México (Echeverría y Ayala, 1997). Este cuestionario tiene como objetivo medir el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción que el sujeto tiene sobre su habilidad para enfrentar las situaciones principales de consumo. Consta de 8 reactivos, se le pide al individuo que valore el porcentaje de seguridad percibida (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones. Estas situaciones están agrupadas en *Situaciones personales* (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir) y en *Situaciones de grupo* (conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros).

Características Psicométricas: Se adaptó a población mexicana, traduciendo y analizando cada uno de los reactivos. Se obtuvo la consistencia interna del instrumento 0.977 (Echeverría y Ayala 1997).

Entrevista de Seguimiento, esta fue construida y estandarizada en población mexicana (Martínez, Ruiz y Ayala, 2005), especialmente para el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, tomando como base la entrevista utilizada en el programa de auto-cambio para Bebedores Problema y el Tratamiento Breve para Jóvenes desarrollado en Canadá (Breslin, Sdao-Jarvie, Li, S., Tupker, E., y Itting-Deland, V. 2000). Está constituida por 30 reactivos, es una parte paralela a la entrevista inicial. El objetivo de la entrevista es obtener información general sobre el cumplimiento de las metas, la revisión de

los folletos proporcionados en la intervención, indagar sobre su auto registro, el cual es cotejado con la el instrumento LIBARE, las situaciones de riesgo a las cuales se ha enfrentado y como ha respondido ante ellas, si ha presentado recaídas y cuáles fueron los motivos de lo llevaron a ella.

Escala de Enfrentamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1996), es un instrumento conformado por 80 reactivos que permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de enfrentamiento que se han identificado conceptual y empíricamente; dirigido a evaluar el bienestar psicológico de adolescente entre los 14 y 18 años y las estrategias utilizadas para enfrentar las dificultades. De los 80 reactivos 79 son cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1. No me ocurre nunca o no lo hago; 2. Me ocurre o lo hago raras veces; 3. Me ocurre algunas veces; 4. Me ocurre o lo hago a menudo; 5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia. Y el reactivo 80 es abierto. Estas puntuaciones son sumadas y ajustadas en función a lo establecido por el instrumento. Las 18 estrategias pueden agruparse en: dirigidas a la resolución del problema, enfrentamiento en relación con los demás y enfrenamiento improductivo. Las 18 estrategias de enfrentamiento se describen brevemente a continuación:

1. *Buscar apoyo social (As)*: Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en sus relaciones.
2. *Concentrarse en resolver el problema (Rp)*: Estrategia dirigida a resolver el problema, lo estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opciones.
3. *Esforzarse y tener éxito (Es)*: Estrategia que describe compromiso, ambición y dedicación.
4. *Preocuparse (Pr)*: Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.

5. *Invertir en amigos íntimos (Ai)*: Búsqueda de relaciones personales íntimas

6. *Buscar pertenencia (Pe)*: Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente preocupación, por lo que otros piensan.

7. *Hacerse ilusiones (Hi)*: Estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.

8. *Falta de enfrentamiento (Na)*: Consiste en elementos que expresan la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicósomáticos.

9. *Reducción de la tensión (Rt)*: Se caracteriza por elementos que manifiestan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión.

10. *Acción social (So)*: Hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades.

11. *Ignorar el problema (Ip)*: Estrategia de rechazar conscientemente la existencia del problema.

12. *Autoinculparse (Cu)*: Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.

13. *Reservarlo para sí (Re)*: Estrategia expresada por elementos que muestran que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.

14. *Buscar apoyo espiritual (Ae)*: Se trata de elementos que expresan el empleo de la oración y la creencia de la ayuda de un líder o un Dios.

15. *Fijarse en lo positivo (Po)*: Estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación. Incluye el ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado.

16. *Buscar ayuda profesional (Ap)*: Estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales.

17. *Buscar diversiones relajantes (Dr)*: Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer o pintar.

18. *Distracción física (Fi)*: Elementos que se refieren a buscar deporte y mantenerse en forma.

En función al análisis de las escalas de enfrentamiento se siguen cuatro dimensiones:

1.- *Acción positiva y esforzada* incluye las acciones: Concentrarse en resolver el problema (Rp), Esforzarse y tener éxito (Es), Preocuparse (Pr) y atacar el problema es decir, requiere obtener un peso negativo en Ignorar el problema (Ip).

2.- *Huida intrapunitiva* incluye las acciones: No enfrentamiento (Na), Reducción de la tensión (Rt) y autoinculparse (Cu).

3.- *Acción positiva hedonista* incluye las acciones: Buscar diversión relajante (Dr), Fijarse en lo positivo (Po), Hacerse ilusiones (Hi), Buscar pertenencia (Pe), Invertir en amigos íntimos (Ai), Distracción física (Fi).

4.- *Postura de introversión* incluye las acciones: Reservar el problema para sí (Re), se evitan (pesos negativos en las siguientes subescalas): Acción social (So), Buscar ayuda profesional (Ap), Apoyo espiritual (Ae) y Buscar apoyo social (As).

Características Psicométricas: es un instrumento, estandarizado en población española, aplicado a población de adolescentes consumidores de alcohol. Debido a que no existía una versión estandarizada de la escala para población mexicana, se realizó en Aguascalientes la estandarización con una muestra de 800 adolescentes (ver características descritas en los resultados de

la validación) obteniendo un índice de confiabilidad interna, alpha de Cronbach de 0.899; además se pidió a un grupo de 10 jueces que clasificaran los reactivos en las diferentes estrategias que mide el instrumento, el porcentaje de acuerdo fue del 98%.

Registro de Estrategias de Enfrentamiento (Bárceñas y Martínez, 2008). Mediante este instrumento, el individuo que ya se encuentra en una situación de abstinencia o una reducción en su nivel de consumo, reporta las situaciones de riesgo (momentos o situaciones agradables o desagradables), y la estrategia de enfrentamiento que utiliza para controlarlo. Este instrumento fue piloteado y evaluado cualitativamente con 4 adolescentes elegidos al azar, dos de ellos habían concluido su tratamiento y el resto solo eran consumidores de alcohol. La consigna fue “Trata de recordar dos momentos en los que te encontraste ante una situación de consumo (momentos o situaciones agradables o desagradables) y CUMPLISTE tu meta, ahora descríbelas y cuenta los más detalladamente posible qué hiciste para cumplirla”. En el espacio para describir lo que hicieron se especifica pensamientos, acciones, otros. Los participantes reportaron que las instrucciones eran claras y además arrojaron información pertinente en el uso de estrategias que les ayudan en la evitación de un consumo problemático, por lo que este instrumento podría ser considerado como un componente activo en el mantenimiento del cambio, ya que proporciona feedback, de las situaciones de riesgo a las que se enfrenta comúnmente el individuo y lo que hace él para no recaer. La información proporcionada por el adolescente es categorizado en función a las estrategias del cuestionario ACS. Este registro permitirá al terapeuta conocer la efectividad de los planes de acción propuestos por el individuo en el tratamiento.

Los instrumentos empleados en esta investigación pueden revisarse en el apartado de Apéndice A.

En función al objetivo de la investigación se determinaron las variables a estudiar. En el siguiente cuadro se describen en función a la categoría, la variable y el instrumento con el cual se realiza su evaluación (Véase tabla 2).



TABLA DE VARIABLES DE ESTUDIO

<i>CATEGORIA</i>	<i>APLICACIÓN</i>	<i>VARIABLES</i>	<i>INSTRUMENTOS</i>
------------------	-------------------	------------------	---------------------

		Cumplimiento de la meta, cumplimiento de metas de vida, revisión de material, auto registro, situaciones de riesgo y recaídas.	Entrevista de seguimiento
INTERVENCIÓN		Meta de consumo Planes de acción (estrategias de enfrentamiento)	PIBA Primera sesión y CB (única sesión) PIBA Tercera sesión y CB.
Mantenimiento del cambio	Seguimiento a 6, 12 y 18 meses Línea base, seguimiento a 6, 12 y 18 meses	Patrón de consumo Estrategias de enfrentamiento Nivel de auto-eficacia percibida por el adolescente Recaída	LIBARE (Sobell y Cooper, 1979) Escala de Enfrentamiento para adolescentes ACS (Frydenberg y Lewis, 1996) y aplicación del Registro de estrategias de enfrentamiento. (Bárceñas y Martínez, 2008) Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)(Echeverría y Ayala, 1997) Libare y entrevista de seguimiento

Tabla2. Categorías, variables e instrumentos de la presente investigación.

Criterios éticos.

Desde que se establece contacto con el adolescente se le explican las características de los programas de intervención breve, se resalta la confidencialidad de los datos, además se les da la libertad de aceptar o no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aceptar participar en los programas como parte de una investigación y de abandonar en el momento que así lo decidan, sin que esto tenga una repercusión en sus derechos u obligaciones académicas. Si el adolescente decide participar se firma un consentimiento informado. Cabe mencionar que la investigación se sujeta al código ético del psicólogo en los apartados referentes a calidad de la enseñanza/supervisión e investigación, relación de autoridad y consentimiento informado (Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. 2007).

Procedimiento.

De la investigación de estudio longitudinal en población rural y urbana del estado de Aguascalientes, con una muestra total de 160 participantes, se eligió una muestra ex post facto de 29 adolescentes, aquellos que al momento de iniciar la presente investigación ya habían concluido un Programa de Intervención breve (PIBA) o Consejo Breve (CB). Tanto los 29 participantes como el resto de los 160 continúan participando en el proyecto a tres años de CONACyT (Martínez, 2007). Cabe señalar que el instrumento ACS y el registro de enfrentamiento son instrumentos propios de esta investigación, por lo que no se cuenta con la aplicación de ellos en línea base o previos a la intervención.

Se siguieron los siguientes pasos.

1. Los seguimientos fueron realizados por un grupo de 6 terapeutas, estudiantes del último grado de psicología de ambos sexos y capacitados en la aplicación y evaluación de los programas de intervención breve y no necesariamente fueron los que aplicaron la intervención. La capacitación de los terapeutas fue llevada a cabo por la coordinadora de los programas de intervención breve en México, fue impartida durante un semestre con una duración de dos horas por sesión a la semana, una vez recibido los conocimientos teóricos se realizó juego de roles dentro del salón de clase entre los mismos terapeutas con el fin de entrenarse en el proceso de evaluación, intervención y seguimiento, además de familiarizarse con el material. Además

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como parte de la capacitación se revisan audios y videos de terapeutas en sesiones reales. Al concluir la practica en el aula, los terapeutas acompañan a otro terapeuta experto a escenario real, con el fin de observarlos durante un tiempo y durante varias sesiones, y por último el terapeuta en entrenamiento lleva a cabo un caso con el monitoreo directo de un terapeuta experto, desde el inicio hasta el seguimiento. En este proceso se retroalimenta al terapeuta en entrenamiento y se determina si cumple los criterios para llevar a cabo la intervención de forma individual.

Por otra parte, los terapeutas en el momento que terminan la evaluación del adolescente y justo antes de la intervención, le solicitan al participante que firme una carta de consentimiento (Ver Apéndice B). En esta carta se le explica al adolescente que se llevaran a cabo seguimientos cada seis meses por tres años, y que en ellos se les aplicaran instrumentos psicométricos y una entrevista breve de seguimiento, con el fin de revisar cómo se encuentran, si ha revisado el material que se le proporcionó durante la intervención y si ha presentado recaídas. En caso de presentar recaídas, se le recuerda su meta de consumo, los planes de acción y sus metas de vida.

Por lo que, a los 6 meses de haber concluido la intervención se acudió a la institución en donde el adolescente estudia o se localizó en su hogar y se realizó la aplicación de la sesión de seguimiento con una duración aproximada de 50 minutos. Además, tras iniciada la investigación y con el fin de mantener interesados a los adolescentes participantes, se promovió que se les obsequiaran dos boletos para entrar al cine, en cada uno de los seguimientos (lo cual no fue estipulado en el consentimiento ya que esta decisión se tomo posterior a la intervención).

2. Uno de los primeros pasos, en la investigación y con el fin de evaluar las estrategias de enfrentamiento que los adolescentes utilizan en su vida cotidiana, fue la elección de aplicar del instrumento Estrategias de Enfrentamiento para Adolescentes (ACS), ya que fue el único instrumento que

se identificó para la medición de la variable estrategias de enfrentamiento en población adolescente.

Por lo que, fue necesario realizar la validación en población de Adolescentes mexicanos, ya que solo se contaba con la validación en población Australiana y Española. Se llevo a cabo la aplicación a 800 estudiantes, entre los 15 y 18 años de edad, de dos centros de estudio superiores: Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio 155 (12 grupos) y del Centro de Bachillerato de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (10 grupos), ambos ubicados en el estado de Aguascalientes, Ags. El proceso de aplicación fue apoyado con 20 estudiantes de la carrera de psicología 6° semestre, los cuales fueron capacitados para la aplicación del instrumento. La consigna fue la siguiente “los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele enfrentar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la hoja de respuestas las letras A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que creas que se ajusta mejor a tu forma de actuar”. Se les proporcionó un ejemplo y se les solicitó a los participantes que respondieran el cuestionario con 79 reactivos cerrados en escala Likert, estas se puntúan del 1 al 5 respectivamente en la hoja de respuestas (con el fin de evitar evidencias en la puntuación). Además, se les pidió llenaran el espacio en blanco del reactivo 80 el cual es un reactivo abierto que contiene la consigna “Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para enfrentar tus problemas”. Se procedió a la recopilación de los datos en hoja de Excel y posteriormente se efectuaron los estadísticos correspondientes.

3. Entre los periodos de evaluación de los seguimientos a los adolescentes y con el fin de conocer cualitativamente cuáles eran las situaciones de riesgo a las que se estaba enfrentando el adolescente y cuáles eran las estrategias de enfrentamiento que seguía para evitar las recaídas.

4. Una vez obtenidos los datos, se procedió a recopilarlos en una base de Excel con el fin de manipulación en software estadístico "R" (Ihaka y Gentleman, 1995) y efectuar el análisis en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Este procedimiento se realizo de igual manera a los 6, 12 y 18 meses de haber concluido la intervención.

5. Una vez recopilados los datos de los tres seguimientos, se procedió a realizar diferentes análisis estadísticos del patrón de consumo, número de recaídas, nivel de auto-eficacia y las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los 29 adolescentes y del registro de enfrenamiento.

RESULTADOS

Con la finalidad de disponer de un instrumento adaptado a población mexicana, que permitiera evaluar las estrategias de enfrentamiento, valido y confiable se corrieron los análisis estadísticos correspondientes. Para su validación, se trabajo con una muestra de 800 alumnos de enseñanza media superior, con una edad promedio de 16 años ($de= 1.04$), procedentes de la Centro de

Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio 155 y del Centro de Bachillerato de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, ubicadas en el Estado de Aguascalientes, Ags. En la tabla 3 se describen las características generales, en donde se organizan los datos por edad, sexo y grado de estudio.

Características generales de la población evaluada con el instrumento ACS.

Edad	%	n	Sexo	%	n	Grado escolar	%	n
15 años	40.0	320	Mujer	59.9	463	2°	58.9	471
16 años	26.0	208	Hombre	42.1	337	4°	17.2	138
17 años	22.5	180				6°	23.9	191
18 años	11.5	92						

Tabla3. Descripción porcentual de la edad, el sexo y el grado escolar, de los 800 individuos evaluados de ambas instituciones, para la validación del ACS en población Aguascalientes.

Cabe señalar que, en relación al lenguaje y contenido de los elementos, en general fue comprensible para los adolescentes, a excepción de que surgieron dudas en cuanto al reactivo 5 y 44. El 5 establece la acción de: *reunirme con mis amigos*, el cual pertenece a la agrupación de la estrategia de enfrentamiento Invertir en amigos íntimos (Ai), varios participantes preguntaron “se refiere a verlos físicamente o por internet”, se les pidió que se ubicaran en un contexto físico. El reactivo 44 creo incertidumbre ya que establece la acción de *me pongo mal* y pertenece a la agrupación de No enfrentamiento (Na), “no entiendo a que se refiere la frase de -me pongo mal-”, es decir no comprendían a que se refiere esta afirmación, se les explico que era sentirse mal anímicamente o enfermos. Sin embargo, estadísticamente hablando, ninguno de los dos ítems, mostraron comportamiento atípico.

En cuanto al reactivo 80, el cual es abierto y presenta la alternativa “anota cualquier otra cosa que sueles hacer para enfrentar tus problemas”, se identifica que más del 90% de los participantes contestan opciones que se colocan dentro de las 18 factores del test, predominando en su mayoría resolver el problema, seguido de hablar con un familiar o con amigos, divertirse y hacer ejercicio. Se identifican algunas estrategias que usan actualmente los

adolescentes y que difieren de las establecidas en el test como son: conectarse al internet, chatear, ver anime (término que identifica a los dibujos animados de procedencia japonesa), leer manga (cómic japonés), graffitear, jugar Nintendo o xbox y manejar su auto, sin embargo estas estrategias ocupan el 1.2% de las respuestas dadas por los adolescentes.

En cuanto a las instrucciones y correcciones, se siguieron las normas de la prueba sugerida por la aplicación colectiva española en su forma general, la cual fue claramente comprendida por los adolescentes y no fue necesario llevar a cabo ninguna cambio y análisis de los datos arrojados por la prueba se utilizaron métodos estadísticos como: correlación test-retest; descriptivos; Alfa de Cronbach global y por ítem; t-student y ANOVA.

Con el fin de encontrar una correlación global entre individuos se realizo un método estadístico de correlación test-retest, sin la aplicación doble a los mismos adolescentes. Se realizaron 24 posibles combinaciones, tomando los característicos de edad, grupo escolar y sexo, y las frecuencias de cada posible combinación (véase tabla 4).

Agrupamiento en función a las características de los participantes.

		HOMBRES			MUJERES		
		2º	4º	6º	2º	4º	6º
EDAD	15	118	0	0	202	0	0
	16	57	45	1	46	58	1
	17	6	10	69	6	18	71
	18	7	4	20	29	3	29

Tabla 4. Características del grupo global, en función de las características similares de la población.

De acuerdo a las frecuencias de la tabla total se formaron dos nuevas tablas de contingencia. Grupo 1 (tabla 5) y grupo 2 (tabla 6) con el fin de obtener las correlaciones 1-1 de individuos con características similares. Cada uno con 395 individuos.

Grupo 1

		HOMBRES			MUJERES		
		2º	4º	6º	2º	4º	6º
EDAD	15	59	0	0	101	0	0
	16	24	22	0	23	29	0
	17	3	5	34	3	9	35
	18	3	2	10	14	1	14
Total n=395							

Tabla 5. División del grupo 1 para encontrar la consistencia en la correlación de los individuos con características similares.

Grupo 2

		HOMBRES			MUJERES		
		2º	4º	6º	2º	4º	6º
EDAD	15	59	0	0	101	0	0
	16	24	22	0	23	29	0
	17	3	5	34	3	9	35
	18	3	2	10	14	1	14
Total n=395							

Tabla 6. División del grupo 2 para encontrar la consistencia en la correlación de los individuos con características similares.

De esta manera se obtuvieron 395 correlaciones del grupo 1 con sus correspondientes del individuo del grupo 2 de acuerdo a la puntuación ajustada de las 18 estrategias de enfrentamiento del instrumento ACS. Algunos estadísticos descriptivos de las 395 correlaciones se muestran en la tabla 7. De donde se obtuvo que la correlación mínima fue de -0.78, el primer Cuantil es de 0.40, la mediana de 0.56, la media de 0.52, tercer Cuantil de 0.70 y Máximo de 0.93. Los estadísticos de resumen son los siguientes.

Resumen estadístico de correlación

Mínimo	1er Quantil	Mediana	Media	3er Quantil	Máximo
-0.789	0.4039	0.5682	0.5204	0.7031	0.9304

Tabla 7. Esta tabla muestra las puntuaciones mínimas, máximas, los cuantiles y la media obtenida en la correlaciones del test.

Para medir el índice de consistencia interna, en la aplicación a población mexicana, se aplico el método de fiabilidad Alfa de Cronbach global obteniéndose un valor de 0.8997555 y por ítem se presentan en la tabla 8, de donde se concluyen altos índices de homogeneidad del instrumento.



Alfa de Cronbach por ítem

ITEM	EE	α	ITEM	EE	α	ITEM	EE	α	ITEM	EE	α	ITEM	EE	α
1	As1	0.8981	19	As19	0.8966	37	As37	0.8966	55	As55	0.8963	71	As71	0.8968
2	Rp2	0.8990	20	Rp20	0.8983	38	Rp38	0.8971	56	Rp56	0.8975	72	Rp72	0.8976
3	Es3	0.8998	21	Es21	0.9001	39	Es39	0.8989	57	Es57	0.8988	73	Es73	0.8992
4	Pr4	0.8987	22	Pr22	0.8980	40	Pr40	0.8975	58	Pr58	0.8971	74	Pr74	0.8972
5	Ai5	0.8994	23	Ai23	0.8976	41	Ai41	0.8984	59	Ai59	0.8967	75	Ai75	0.8990
6	Pe6	0.8980	24	Pe24	0.8966	42	Pe42	0.8977	60	Pe60	0.8966	76	Pe76	0.8991
7	Hi7	0.8987	25	Hi25	0.8974	43	Hi43	0.9000	61	Hi61	0.8971	77	Hi77	0.8970

8	Na8	0.9004	26	Na26	0.9000	44	Na44	0.8989	62	Na62	0.8994	78	Na78	0.8996
9	Rt9	0.8990	27	Rt27	0.9002	45	Rt45	0.8993	63	Rt63	0.8983	79	Rt79	0.8994
10	So10	0.8978	28	So28	0.8990	46	So46	0.8986	64	So64	0.8978			
11	Ip11	0.9008	29	Ip29	0.9004	47	Ip47	0.8998	65	Ip65	0.8991			
12	Cu12	0.8991	30	Cu30	0.8991	48	Cu48	0.8985	66	Cu66	0.8988			
13	Re13	0.9013	31	Re31	0.9006	49	Re49	0.9007	67	Re67	0.9008			
14	Ae14	0.8996	32	Ae32	0.8972	50	Ae50	0.8996	68	Ae68	0.8980			
15	Po15	0.8984	33	Po33	0.8986	51	Po51	0.8984	69	Po69	0.8982			
16	Ap16	0.8974	34	Ap34	0.8974	52	Ap52	0.8977	70	Ap70	0.8970			
17	Dr17	0.8991	35	Dr35	0.8986	53	Dr53	0.8989						
18	Fi18	0.9007	36	Fi36	0.8991	54	Fi54	0.8997						

Tabla 8. Grado de homogeneidad entre los 79 ítems cerrados del instrumento ACS.

Se realizó una t-student para detectar las diferencias entre la población de hombres y de mujeres y para medir la fiabilidad de los reactivos se considero el nivel de significancia de 95%, es decir, los valores de $p < 0.05$ (5%) se tomaron como diferencias no significativas. Véase tabla 9.

Media, desviación estándar, el valor t y valor p, así como la conclusión de la puntuación ajustada global y por sexos de las estrategias de enfrentamiento en población Aguascalientes.

18 EE	μ	DE		DE		DE	Diff.				
ACS	Global	Global	μ H	H	μ M	M	H-M	V t	p-V	Conclusión	
As	65.44	16.85	62.03	16.81	67.92	16.45	-5.89	-4.9396	0	Diferencia Significativa	
Rp	71.7	14.33	70.75	14.6	72.4	14.1	-1.65	-1.5951	0.1111	Diferencia No Significativa	
Es	74.31	12.44	74.1	12.11	74.47	12.69	-0.37	-0.418	0.676	Diferencia No Significativa	
Pr	73.44	14.44	70.99	14.41	75.21	14.2	-4.22	-4.1165	0	Diferencia Significativa	
Ai	66.78	15.14	66.11	15.7	67.27	14.71	-1.16	-1.053	0.2927	Diferencia No Significativa	
Pe	69.05	13.68	67.12	13.8	70.45	13.43	-3.33	-3.4098	0.0007	Diferencia Significativa	

Hi	58.34	15.11	55.6	14.89	60.33	14.97	-4.73	-4.429	0	Diferencia Significativa
Na	38.88	11.77	37.01	11.01	40.24	12.12	-3.23	-3.9288	0.0001	Diferencia Significativa
Rt	39.1	12.77	35.1	11.23	42.01	13.04	-6.91	-8.031	0	Diferencia Significativa
So	38.26	12.04	38.28	12.5	38.25	11.7	0.03	0.0326	0.974	Diferencia No Significativa
Ip	39.6	12.8	40.24	12.99	39.14	12.66	1.1	1.1968	0.2318	Diferencia No Significativa
Cu	48.88	15.42	45.43	14.58	51.39	15.55	-5.96	-5.5526	0	Diferencia Significativa
Re	50.92	14.93	50.1	14.36	51.51	15.32	-1.41	-1.3308	0.1837	Diferencia No Significativa
Ae	52.64	15.28	50.36	15.04	54.3	15.25	-3.94	-3.6388	0.0003	Diferencia Significativa
Po	72.21	14.47	70.79	14.53	73.24	14.35	-2.45	-2.3709	0.018	Diferencia Significativa
Ap	54.04	19.04	54.63	19.96	53.62	18.35	1.01	0.732	0.4644	Diferencia No Significativa
Dr	74.47	15.43	75.21	15.62	73.93	15.28	1.28	1.1576	0.2474	Diferencia No Significativa
Fi	67.23	21.03	74.32	20.28	62.06	20.06	12.26	8.4806	0	Diferencia Significativa

Tabla 9. La media en el uso de las estrategias de enfrentamiento de forma global, en función al sexo.

En la figura 1, se puede observar, en adolescentes mexicanos la frecuencias en la puntuación ajustada de las estrategias utilizando ante las situaciones cotidianas de la vida,: concentrarse en resolver el problema (Rp), esforzarse y tener éxito (Es), preocuparse (Pr), fijarse en lo positivo (Po), y búsqueda de diversión relajante (Dr), se encuentran por encima del 70%; buscar pertenencia (Pe), distracción física (Fi), invertir en amigos íntimos (Ai), buscar apoyo social (As), se identifican por encima del 60%, mientras hacerse ilusiones (Hi), buscar apoyo profesional (Ap), buscar apoyo espiritual (Ae), y reservarlo para sí (Re), se localizan en el 50% y el resto de las estrategias como son autoinculparse (Cu), No enfrentar (Na), reducir la tensión (Rt), acción social (So), e ignorar el problema (Ip) obtienen las puntuaciones más bajas en la frecuencia de su uso.

Otro punto a resaltar, es el hecho de que no se encuentran diferencias significativas en el uso de las estrategias entre los hombres y las mujeres, sin embargo, un análisis visual en general, permite observar que la media de las mujeres se encuentra ligeramente por encima de la media obtenida por los

hombres en algunas de las estrategias de enfrentamiento figura 1.

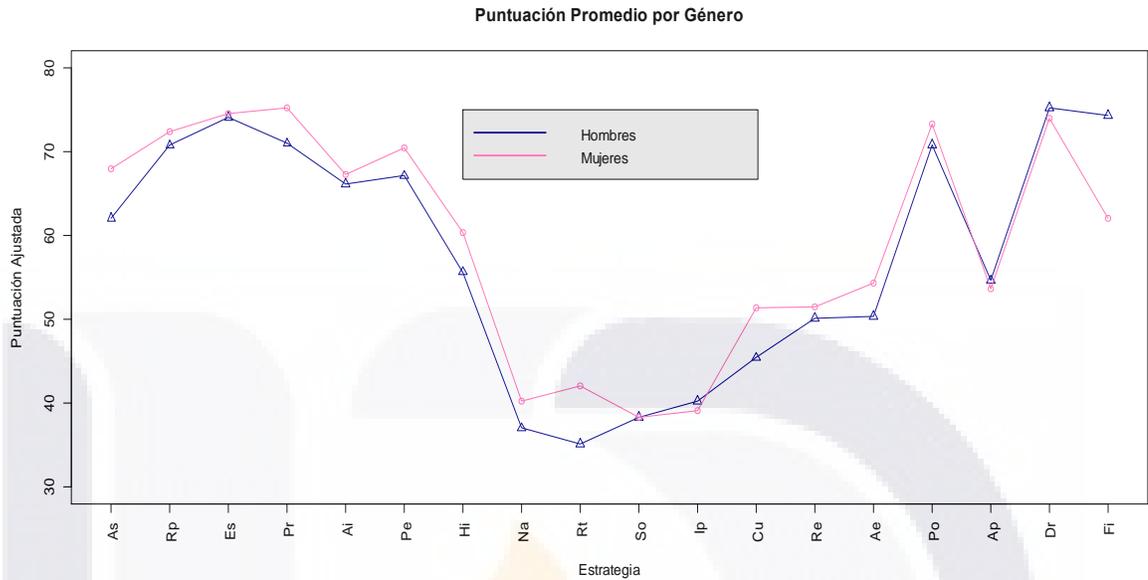


Figura 1. Puntuaciones promedio de las 18 categorías evaluadas por instrumento ACS en promedio por género.

Tras realizar un análisis de varianza ANOVA no se encuentran diferencias significativas en la puntuación obtenidas en los diferentes grados de estudio (2°, 4° y 6°), e inclusive se identifica una diferencia no significativa del 99% en las estrategias de preocuparse (Pe) y en la de No enfrentamiento (Na), lo que puede indicar que no están presentando variaciones conforme avanzan en el grado escolar, por lo que es necesario evaluar en los grados de secundaria, con el fin de encontrar diferencias. A excepción de la estrategia Ignorar el problema (Ip), la cual muestra una disminución en la frecuencia de su uso, conforme van avanzando en grado escolar. Esto se puede observar en la tabla 10 y en la figura 2.

Desviación estándar, el valor F y p, así como la conclusión por grado escolar

EE	Media. 2º	Des.Est. 2º	Media. 4º	Des.Est. 4º	Media. 6º	Des.Est. 6º	Valor F	p-Valor	Conclusión
As	66.2	16.69	63.77	17.51	64.77	16.72	1.30841	0.27083	Diferencia No Significativa

Rp	71.95	14	70.12	14.94	72.25	14.66	1.05633	0.34821	Diferencia No Significativa
Es	74.06	13.03	73.88	11.64	75.25	11.51	0.7129	0.49053	Diferencia No Significativa
Pr	72.62	14.93	75.36	13.8	74.05	13.54	2.16166	0.11581	Diferencia No Significativa
Ai	67.04	15.21	67.45	15.38	65.65	14.79	0.73225	0.48115	Diferencia No Significativa
Pe	69.88	13.62	69.28	14.01	66.85	13.42	3.37393	0.03474	Dif. No. Sign. Al 99%
Hi	59.08	15.65	57.33	14.76	57.21	13.9	1.40735	0.2454	Diferencia No Significativa
Na	39.75	11.82	38.72	12.68	36.84	10.7	4.22047	0.01502	Dif. No. Sign. Al 99%
Rt	38.72	12.81	40.61	12.45	38.95	12.88	1.18777	0.30544	Diferencia No Significativa
So	38.52	12.02	37.79	11.49	37.96	12.5	0.27841	0.75706	Diferencia No Significativa
Ip	41.32	12.94	37.61	12.63	36.81	11.91	10.70225	0.00003	Diferencia Significativa
Cu	49.31	15.41	48.91	17.18	47.8	14.1	0.65011	0.52227	Diferencia No Significativa
Re	50.58	14.64	50.58	15.57	51.99	15.22	0.64436	0.52527	Diferencia No Significativa
Ae	53.06	15.06	50.87	14.75	52.88	16.15	1.1262	0.32478	Diferencia No Significativa
Po	71.85	14.73	71.81	14.4	73.38	13.85	0.8217	0.44006	Diferencia No Significativa
Ap	54.06	18.38	53.99	20.96	54.06	19.27	0.00078	0.99922	Diferencia No Significativa
Dr	74.87	15.54	74.87	16.04	73.19	14.68	0.86713	0.42055	Diferencia No Significativa
Fi	66.91	20.76	65.79	20.88	69.05	21.79	1.09182	0.33611	Diferencia No Significativa

Tabla 10. Media de la puntuación ajustada, desviación estándar, valor de F y p y el grado de significancia por grado escolar (2°, 4° y 6°).

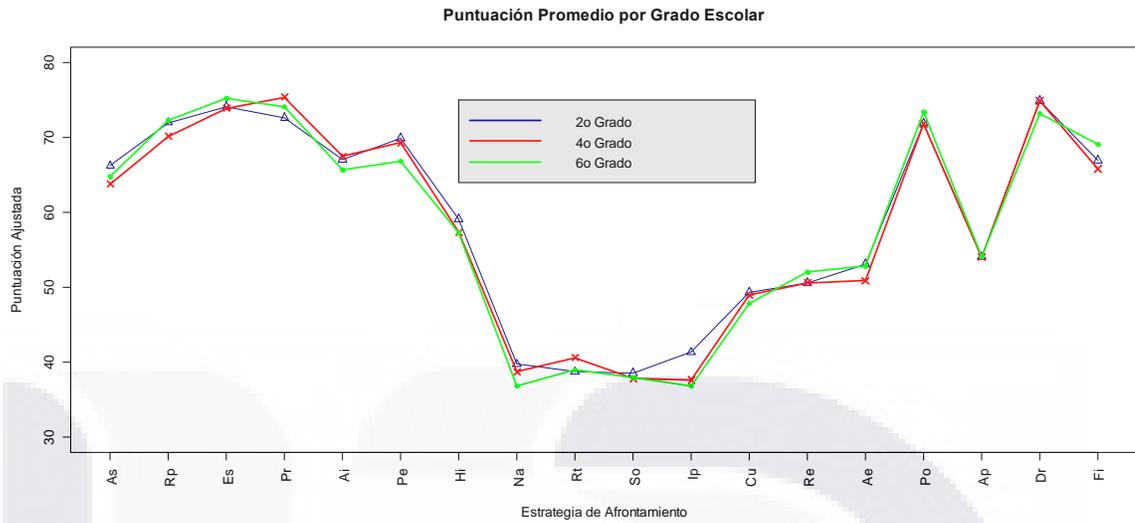


Figura 2. Media de la puntuación ajustada obtenida por el instrumento ACS por grado escolar (2°, 4° y 6°).

En la tabla 11 se reportan los datos obtenidos tras el análisis de varianza ANOVA en función a las diferentes rangos de edad (15, 16, 17 y 18) de la población, en donde se identifican diferencias no significativas del 95% y por encima de él, por cada rango de edad en las estrategias preocuparse (Pe), hacerse ilusiones (Hi) y autoinculparse (Cu), estos datos también se muestran en la figura 3.

Media, desviación estándar, valor f y p y grado de significancia en función a la edad.

EE	μ 15 Años	DE 15 Años	μ 16 Años	DE 16 Años	μ 17 Años	DE 17 Años	μ 18 Años	DE 18 Años	Valor F	p-Valor	Conclusión
As	66.66	16.56	65.04	17.06	64.56	17.04	63.83	16.93	1.04827	0.37045	Diferencia No Significativa
Rp	71.9	13.98	71.62	14.01	70.91	15.55	72.78	13.87	0.37937	0.76791	Diferencia No Significativa
Es	74.16	13.58	73.94	11.97	74.62	11.35	75.09	11.53	0.23212	0.87403	Diferencia No Significativa
Pr	73.22	14.96	73.06	14.43	74.13	14.08	73.65	13.45	0.21666	0.88487	Diferencia No Significativa
Ai	67.01	15.57	68.06	14.72	65.49	15.56	65.61	13.56	1.14014	0.33192	Diferencia No Significativa
Pe	70.3	13.89	69.58	13.35	66.6	14.16	68.3	12.16	3.03283	0.0286	Dif. no Significativa al 99%
Hi	60.15	15.46	57.17	14.59	57.24	15.29	56.78	14.21	2.60242	0.05092	Dif. no Significativa al 99%
Na	39.31	11.99	38.71	12.06	37.6	11.07	40.26	11.59	1.29186	0.27601	Diferencia No Significativa
Rt	38.65	12.64	38.73	12.83	40.24	13.14	39.26	12.38	0.67653	0.56656	Diferencia No Significativa
So	38.78	12.61	38.03	11.37	38.58	12.76	36.36	9.78	1.03397	0.37679	Diferencia No Significativa
Ip	41.3	13.03	39.69	12.99	38.11	11.94	36.41	12.45	4.6514	0.00313	Diferencia No Significativa
Cu	48.75	15.78	48.65	15.91	47.47	14.87	52.61	13.68	2.32614	0.07343	Dif. no Significativa al 95%
Re	51.03	15.14	49.57	14.48	50.94	15.69	53.53	13.5	1.51638	0.20883	Diferencia No Significativa
Ae	53.55	15.01	51.56	14.71	52	16.37	53.15	15.29	0.86005	0.46143	Diferencia No Significativa
Po	72.77	14.97	71.78	14.33	72.14	14	71.36	14.01	0.3258	0.80672	Diferencia No Significativa
Ap	54.94	18.7	53.12	19.72	53.47	18.96	54.13	18.95	0.45041	0.71708	Diferencia No Significativa
Dr	74.46	15.43	76.16	15.94	72.84	15.3	73.88	14.28	1.54953	0.20031	Diferencia No Significativa
Fi	67.75	21.05	67.88	20.14	67.28	22.08	63.84	20.85	0.92901	0.42616	Diferencia No Significativa

Tabla 11. Grado de significancia en función a la edad.

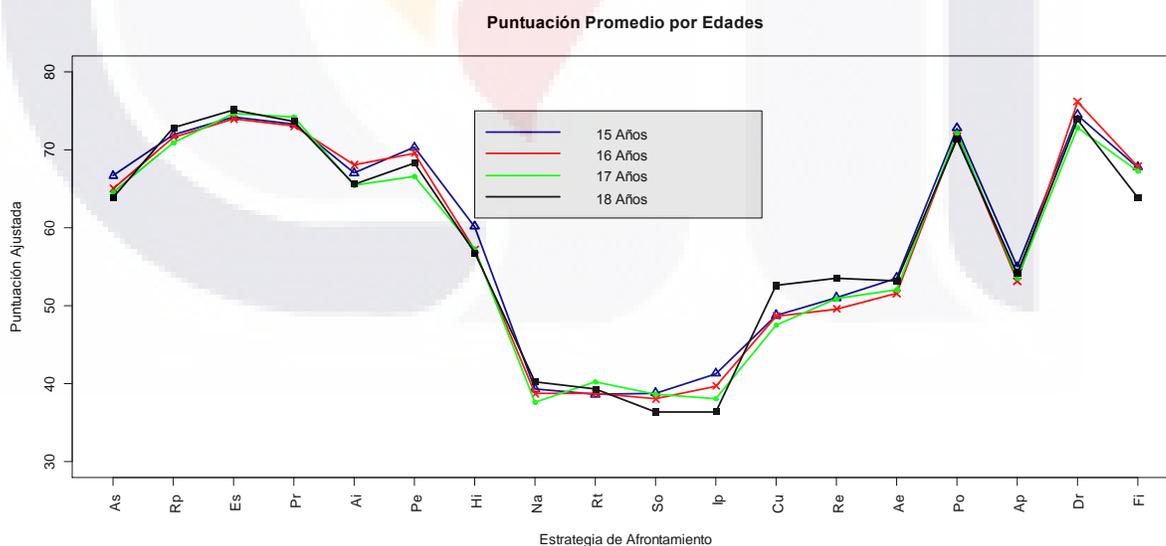


Figura 3. Media de la puntuación ajustada por el instrumento ACS en función a la edad (15, 16, 17 y 18 años).

En la tabla 12, se observa las puntuaciones obtenidas en la versión original, la adaptación española y la adaptación mexicana, lo cual demuestra una consistencia en la preferencia por las elección de las estrategias en las tres poblaciones, así como el rechazo a el uso de otras estrategias, sin embargo muestran aún más similitud la población española y la mexicana y aún son más parecidas las estrategias Resolverlo para sí (Re), Esforzarse y tener éxito (Es), Invertir en amigos íntimos (Ai), Hacerse ilusiones (Hi), Falta de enfrentamiento (Na), Reducción de la tensión (Rt), Buscar diversión relajante (Dr) y Distracción física (Fi). Las únicas dos estrategia que muestran mayor diferencia es la estrategia autoinculparse (siendo menos utilizada por población mexicana) y fijarse en lo positivo (siendo esta más frecuentemente utilizada en población mexicana).

Comparación de la media de tres países

18 EE ACS	Australia	España	México
Buscar apoyo social (As)	56	71	65
Concentrarse en resolver el problema (Rp)	63	73	71
Esforzarse y tener éxito (Es)	72	73	74
Preocuparse (Pr)	61	76	73
Invertir en amigos íntimos (Ai)	60	67	66
Buscar pertenencia (Pe)	59	72	69
Hacerse ilusiones (Hi)	60	57	58
Falta de enfrentamiento (Na)	43	39	38
Reducción de la tensión (Rt)	46	38	39
Acción social (So)	35	41	38
Ignorar el problema (Ip)	46	36	39
Autoinculparse (Cu)	53	57	48
Resolverlo para sí (Re)	54	50	50
Buscar apoyo espiritual (Ae)	37	50	52
Fijarse en lo positivo (Po)	58	67	72
Buscar apoyo profesional (Ap)	34	56	54
Buscar diversión relajante (Dr)	76	73	74
Distracción física (Fi)	65	66	67

Tabla 12. Resultados obtenidos en la adaptación del instrumento ACS en tres países: Australia, España y México.

En función al análisis de las escalas de enfrentamiento se siguen cuatro dimensiones:

1.- *Acción positiva y esforzada* incluye las acciones: Concentrarse en resolver el problema (Rp), Esforzarse y tener éxito (Es), Preocuparse (Pr) y atacar el problema es decir, requiere obtener un peso negativo en Ignorar el problema (Ip).

2.- *Huida intrapunitiva* incluye las acciones: No enfrentamiento (Na), Reducción de la tensión (Rt) y autoinculparse (Cu).

3.- *Acción positiva hedonista* incluye las acciones: Buscar diversión relajante (Dr), Fijarse en lo positivo (Po), Hacerse ilusiones (Hi), Buscar pertenencia (Pe), Invertir en amigos íntimos (Ai), Distracción física (Dr).

4.- *Postura de introversión* incluye las acciones: Reservar el problema para sí (Re), se evitan (pesos negativos en las siguientes subescalas): Acción social (So), Buscar ayuda profesional (Ap) y Buscar apoyo social (As).

Por lo que la población evaluada muestra mayor coincidencia con las acciones positivas y esforzarse para resolver los problemas a los que se enfrenta en su vida cotidiana.

Una vez concluida la validación se procedió al análisis de las variables patrón de consumo, auto-eficacia y estrategias de enfrenamiento de la muestra.

La edad promedio de los adolescentes fue de 15.5 ($DE=.92$). Siendo 14 mujeres y 15 hombres; 17 de ellos fueron tratados con PIBA (5 mujeres y 12 hombres); 12 fueron tratados con CB (9 mujeres y 3 hombres). 3 adolescentes desertaron al seguimiento de 18 meses, el participante número 7 cambio de residencia, el participante 17 se canalizó por sus altos consumos y el participante 20 ya no fue posible localizarlo (2 de la modalidad PIBA, un hombre y una mujer y 1 hombre de la modalidad de CB). Y 3 participantes (21, 24 y 25) no

alcanzaron a evaluarse en el seguimiento a 18 meses, al término de esta investigación.

Con el fin de conocer de forma general el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo de alcohol en los 29 adolescentes se elaboro una figura del total y el promedio de día a día, a partir de línea base (90 días previos al tratamiento), hasta los 18 meses de seguimiento (540 días), encontrándose que de línea base al termino del tratamiento, el patrón de consumo disminuye y se mantiene hasta los 6 meses de seguimiento, y posteriormente presenta variaciones que son descritas a detalle más adelante. Véase figura 4.

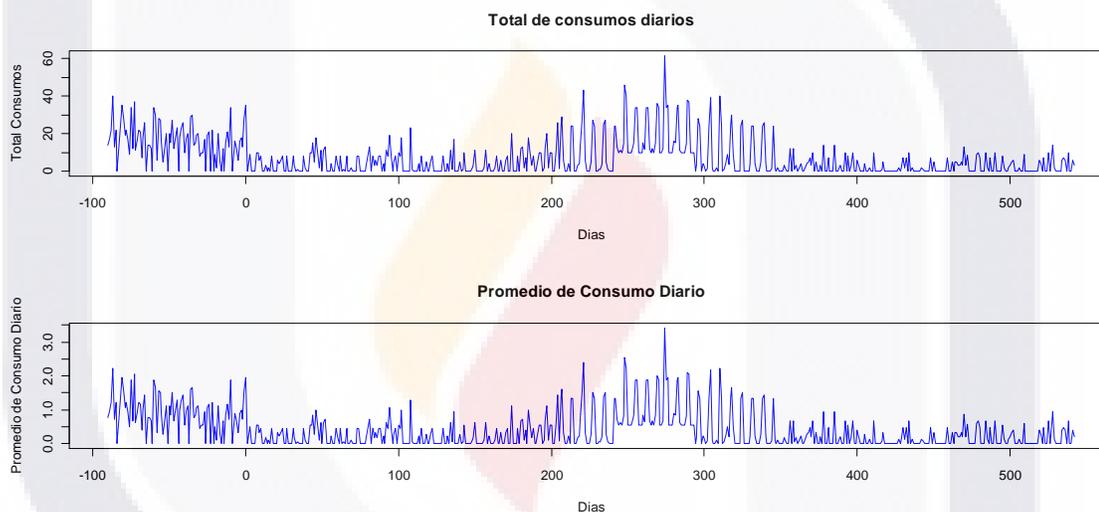


Figura 4. Día a día (90 días previos al tratamiento, 540 días de seguimiento) del total y el promedio de consume en línea base y en cada corte.

En función al objetivo del patrón de consumo de alcohol, en la figura 5 se puede observar el promedio de tragos estándar por ocasión de consumo de alcohol del grupo en general ($n=29$), el cual disminuyo de línea base ($\bar{x}=5.94$, $DE=2.58$), al seguimiento a los 6 meses ($\bar{x}=3.26$, $DE=1.31$), e incremento a los 12 meses ($\bar{x}=4.07$, $DE=1.78$) y continua incrementando hacia los 18 meses ($\bar{x}=4.18$, $DE=2.72$). Es importante señalar que aún y cuando se está presentando

un incremento a lo largo de las fases de seguimiento, este no regresa al patrón de consumo inicial.

En cuanto al promedio de tragos estándar por ocasión de consumo en función a los resultados obtenidos por la modalidad de intervención, se encontró que los participantes del PIBA obtuvieron en línea base una puntuación mayor ($\bar{x}=6.42$, $DE=2.81$), que a los 6 meses de seguimiento ($\bar{x}=3.22$, $DE=0.76$), sin embargo, a los 12 meses incrementan su promedio ($\bar{x}=4.55$, $DE=2.10$), variando al incrementar mínimamente a los 18 meses ($\bar{x}= 4.76$, $DE=2.07$). Mientras que, los participantes de CB obtuvieron en línea base un promedio menor ($\bar{x}=5.25$, $DE=2.27$) que los participantes de PIBA y este disminuyó en menor grado que los del PIBA a los 6 meses de seguimiento ($\bar{x}=4.05$, $DE=1.98$), y no muestra variación a los 12 meses ($\bar{x}=4.11$, $DE=2.18$), ni a los 18 meses ($\bar{x}=4.15$, $DE=2.13$). Estos datos se ven reflejados en la figura 5.

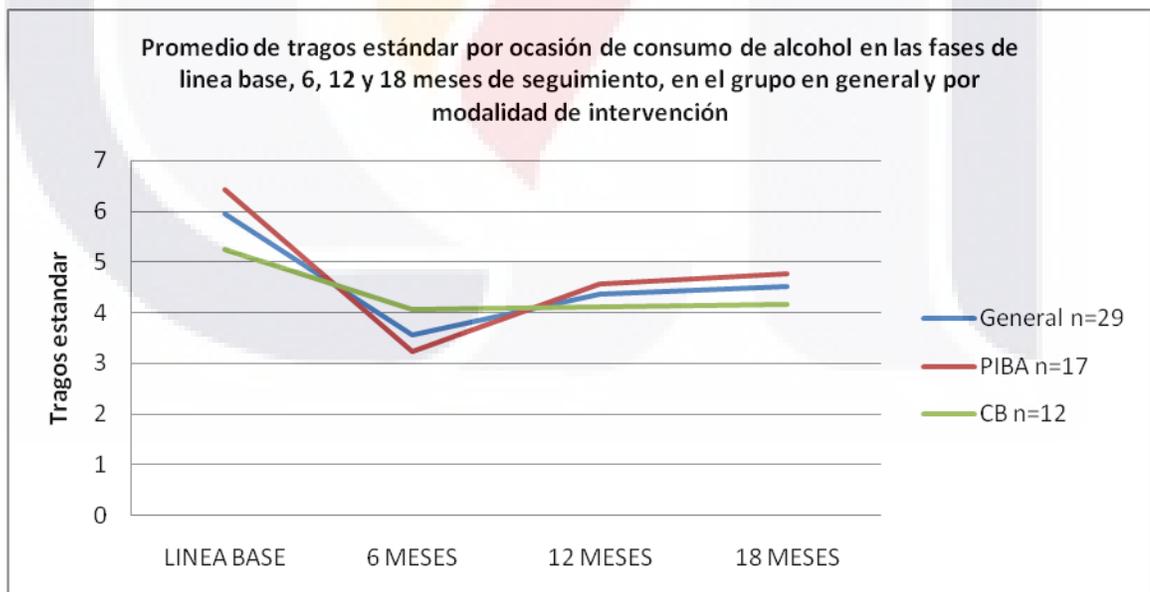


Figura 5. Promedio de tragos estándar por ocasión de consumo por fases en el grupo en general y en las diferentes modalidad de intervención PIBA y CB.

Para determinar cambios estadísticos significativos entre los promedios del patrón de consumo de alcohol entre el grupo en general y las modalidades de intervención, en las diferentes fases, se realizaron prueba *t* para muestras igualadas. Los resultados muestran que en el grupo en general existen diferencias significativas de línea base a los 6 meses de seguimiento $t(28)=3.52$ y $p=.001$, en cambio del seguimiento de 6 a 12 meses $t(28)=-0.92$ y $p=0.36$ y de los 12 a 18 meses $t(22)=-0.30$ y $p=0.76$, no se distingue diferencia significativa. De igual manera se presentan cambios con diferencias significativas en los participantes del PIBA, de línea base a los seis meses de seguimiento $t(28)=3.47$ y $p=.003$, y no se muestran diferencias significativas de los 6 a los 12 meses $t(28)=1.21$ y $p=0.24$, ni de los 12 a los 18 meses $t(22)=-0.50$ y $p=0.62$. Sin embargo, en los participantes de CB no muestra grado de significancia de línea base, aún cuando este disminuye a los 6 meses de seguimiento $t(28)=1.32$ y $p=0.21$, ni de los 6 a los 12 meses $t(28)=-0.03$ y $p=0.97$, ni de los 12 a los 18 meses $t(22)=0.19$ y $p=0.85$, es decir, su nivel de consumo casi permanece estable. Estos resultados se muestran en la tabla 13.

Diferencias del promedio de tragos estándar por ocasión de consumo de alcohol entre las cuatro fases, línea base y los tres seguimientos 6,12 y 18 meses, en el grupo en general y por modalidad de intervención

		LB a 6 meses de seguimiento	6 a 12 meses de seguimiento	12 a 18 meses de seguimiento
Grupo n=29	Valor <i>t</i>	3.5286	-0.9292	-0.304
	<i>p</i> valor	0.001463	0.3607	0.764
	Significancia	Diferencia Significativa	Dif. No Significativa	Dif. No Significativa
PIBA n=17	Valor <i>t</i>	3.4742	-1.2127	-0.5015
	<i>p</i> valor	0.00313	0.2428	0.6244
	Significancia	Diferencia Significativa	Dif. No Significativa	Dif. No Significativa
CB n=12	Valor <i>t</i>	1.3264	-0.0332	0.1943
	<i>p</i> valor	0.2116	0.9741	0.8508
	Significancia	Dif. No Significativa	Dif. No Significativa	Dif. No Significativa

Tabla 13. Diferencias significativas en el grupo en general y por modelo de intervención de la fase de línea base a los 6, de los 6 a los 12 y de los 12 a los 18 meses de seguimiento.

En la figura 6 se puede observar el promedio general de tragos estándar por ocasión de consumo de los 29 adolescentes. El cual disminuyó de línea base ($\bar{x}=5.94$, $DE=2.58$) al seguimiento a los 6 meses ($\bar{x}=3.26$, $DE=1.31$), e incremento a los 12 meses ($\bar{x}=4.07$, $DE=1.78$) y continuo incrementando hacia los 18 meses ($\bar{x}=4.18$, $DE=2.72$). En cuanto al promedio de tragos estándar por ocasión de consumo en función al género se encontró que los hombres obtuvieron en línea base una puntuación mayor ($\bar{x}=6.19$, $DE=2.74$), que a los 6 meses de seguimiento ($\bar{x}=3.41$, $DE=1.09$). Sin embargo, a los 12 meses incrementan su promedio ($\bar{x}=5.02$, $DE=1.98$), incrementando en un mínimo porcentaje a los 18 meses ($\bar{x}=5.26$, $DE=2.07$). Mientras que las mujeres en línea base obtienen un promedio de consumo menor ($\bar{x}=5.68$, $DE=2.27$) que los hombres y este disminuyó a los 6 meses de seguimiento ($\bar{x}=3.35$, $DE=1.93$), y tiene un mínimo incremento a los 12 meses ($\bar{x}=3.66$, $DE=1.92$), aumentando un poco más a los 18 meses ($\bar{x}=3.85$, $DE=1.15$).



Figura 6. Promedio de consumo del grupo en general, en hombres y mujeres, en las fases de línea base, a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento.

Para determinar cambios estadísticos significativos entre los promedios del patrón de consumo de alcohol entre el grupo en general y por género en las diferentes fases, se realizaron prueba t para muestras pareadas. Como ya se menciono, los resultados del grupo en general presentan diferencias significativas de línea base a los 6 meses de seguimiento $t(28)=3.52$ y $p=.001$, en cambio del seguimiento de 6 a 12 meses $t(28)=3.52$ y $p=.001$ $t(-0.92) = y p(0.36)$ y de los 12 a 18 meses $t(22)=-0.30$ y $p=0.76$, no se distingue diferencia significativa. Se presentan cambios con diferencias significativas en la disminución del consumo de alcohol en los hombres, de línea base al término del tratamiento y se mantiene a los seis meses de seguimiento $t(28)= 3.41$ y $p=0.04$. Se incrementa su consumo de los 6 a los 12 meses $t(28)=1.02$ y $p=0.32$ y no muestra diferencias significativas, en el incremento que presenta a los 12 ni a los 18 meses $t(22)=-0.30$ y $p=0.76$. Sin embargo, la disminución en el consumo de alcohol en las mujeres muestra diferencia significativa al 92% de línea base a los 6 meses de seguimiento $t(28)=1.94$ y $p=0.07$, no mostrando diferencias significativas de los 6 a los 12 meses $t(28)=0.25$ y $p=0.80$, ni de los 12 a los 18 meses $t(22)=0.07$ y $p=0.93$, es decir su nivel de consumo casi permanece estable una vez que disminuyó. Estos resultados se muestran en la tabla 14.

Diferencias del promedio de tragos estándar por ocasión de consumo de alcohol entre las cuatro fases, línea base y los tres seguimientos 6,12 y 18 meses, del grupo general y por género

	DE LB A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO				DE LOS 6 A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO				DE LOS 12 A LOS 18 MESES DE SEGUIMIENTO			
	\bar{x} LB	\bar{x} 6 Meses	<i>t</i>	<i>p</i>	\bar{x} 6 Meses	\bar{x} 12 Meses	<i>t</i>	<i>p</i>	\bar{x} 12 Meses	\bar{x} 18 Meses	<i>t</i>	<i>p</i>
Grupo n=29	5.9 4	3.57	3.5 2	0.0 1	3.57	4.37	- 0.9 2	0.3 6	4.37	4.52	- 0.3 0	0.7 6
H n=15	6.1 9	3.77	3.4 1	0.0 4	3.77	5.02	- 1.0 2	0.3 2	5.02	5.26	- 0.3 0	0.7 6
M n=14	5.6 8	3.35	1.9 4	0.0 7	3.35	3.66	- 0.2 5	0.8 0	3.66	3.85	0.0 7	0.9 3

Tabla 14. Diferencias significativas de la media de tragos estándar por ocasión de consumo de alcohol de la fase de línea base a los 6 meses de seguimiento, de los 6 a los 12 y de los 12 a los 18 meses de seguimiento, del grupo en general y por género.

Los adolescentes fueron variando en el número de recaídas a lo largo de los seguimientos. Por lo que se analizó el número de recaídas de cada uno de los adolescentes en cada una de las fases y con el fin de analizar el avance en el número de recaídas se realizó un conteo de la cantidad de veces que el adolescente consumió mayor cantidad que la establecida por la OMS en el periodo de línea base, considerando una recaída en las mujeres cuando consumieron 3 o más tragos estándar por ocasión de consumo y en los hombres 4 o más tragos por ocasión de consumo.

Esta decisión fue considerada en función de que los programas de intervención breve contemplan 2 dimensiones: la cantidad de consumo de alcohol y los problemas relacionados con él. Por lo que, uno de los criterios de inclusión al tratamiento es el que el adolescente no presente dependencia al alcohol, por lo que, a partir de este sustento, los programas de intervención breve buscan la disminución de riesgo a través de un consumo moderado, partiendo de la propuesta de la OMS, la que indica como consumo regular

diario de 20g a 40g (trago estándar= 1.6 a 2.9) de alcohol en mujeres y de 40g a 60g (trago estándar= 3 a 4.4) diarios en hombres (Rehm et al. 2004).

En la tabla 15 se muestra la modalidad de la intervención, el sexo, la edad de los participantes y el número de recaídas presentadas en cada fase, los participantes con NA (No aparecen datos) abandonaron el seguimiento a 18 meses, como el participante número 7 (cambio de residencia), el 17 (se canalizo por sus altos consumos) y 20 (no fue posible localizarlo). Además, 3 participantes el 21, 24 y 25 no alcanzaron a evaluarse en el seguimiento a 18 meses, al término de esta investigación. En esta tabla se puede observar que si se considera recaída a los excesos de trago estándar que se tenían previos a la intervención, estos se ven disminuidos a lo largo de los tres seguimientos en la mayoría de los participantes. De igual manera, se puede observar que en una gran cantidad de los adolescente participantes las recaídas son 1 o 2 durante los 6 meses entre seguimiento y seguimiento, a excepción del participante 17 quien mantiene altos índices de recaída a lo largo de los seguimientos y el participante 9 quien presenta 20 recaídas únicamente en el seguimiento a 12 meses.

Número de recaídas de los 29 participantes en las fase de seguimiento, 6, 12 y 18 meses.

Participante	modalidad	sexo	edad	línea base	6 meses	12 meses	18 meses
1	PIBA	H	15	4	0	0	1
2	PIBA	H	15	3	0	0	3
3	CB	H	15	13	2	3	5
4	CB	M	17	3	0	0	1
5	PIBA	M	16	7	2	1	0
6	PIBA	M	15	2	0	2	2
7	PIBA	M	16	5	0	0	NA
8	CB	M	15	2	0	3	1
9	CB	M	16	8	0	20	0
10	PIBA	H	15	13	0	2	0
11	PIBA	H	15	8	1	0	1
12	PIBA	M	15	4	0	4	4
13	PIBA	H	15	2	1	1	2
14	PIBA	H	14	2	0	2	1
15	PIBA	H	14	5	0	0	0
16	CB	M	14	24	2	0	1
17	PIBA	H	18	31	20	21	NA
18	CB	M	15	3	1	4	1
19	CB	M	15	14	2	1	1
20	CB	M	15	4	2	1	NA
21	CB	H	16	0	0	0	NA
22	PIBA	H	15	4	2	1	3
23	CB	M	14	3	0	0	0
24	PIBA	H	17	1	0	0	NA
25	CB	H	17	4	1	0	NA
26	CB	M	15	5	1	2	2
27	PIBA	H	17	4	1	0	2
28	PIBA	H	17	3	2	1	2
29	PIBA	M	14	1	0	0	1

Tabla 15. Número de participantes, modalidad de intervención, sexo, edad y número de recaídas en cada una de las fases, línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A continuación se reporta la media de los datos obtenidos del grupo en general al medir la variable auto-eficacia (CCS) en cada una de las fases, línea base, a los 6 12 y 18 meses de seguimiento. Estos datos se pueden visualizar en la figura 7.

En línea base los resultados obtenidos del análisis de frecuencia de las 8 categorías (CCS), utilizadas para identificar la variable auto-eficacia del grupo en general, presenta un promedio bajo 49.57% en el nivel de auto-eficacia. ya que se identifican puntuaciones que fluctúan ante las *Situaciones intrapersonales*: emociones desagradables ($\bar{x}=46.55$, $DE=33.17$); malestar físico ($\bar{x}=68.62$, $DE=39.37$); emociones agradables ($\bar{x}=45.28$, $DE=34.60$); probando auto-control ($\bar{x}=46.97$, $DE=34.60$); necesidad física o urgencia por consumir ($\bar{x}=70.45$, $DE=32.38$) y en *Situaciones de grupo*: conflicto con otros ($\bar{x}=56.90$, $DE=40.12$), presión social ($\bar{x}=39.52$, $DE=35.44$) y momentos agradables con otros ($\bar{x}=27.41$, $DE=28.46$).

Mientras que a los 6 meses de seguimiento cada una de las categorías que evalúan el nivel de auto-eficacia presentan un porcentaje de 78.61%, es decir más elevado que en línea base, encontrándose ante *Situaciones personales*: emociones desagradables ($\bar{x}=78.10$, $DE=29.22$); malestar físico ($\bar{x}=92.41$, $DE=18.11$), emociones agradables ($\bar{x}=62.41$, $DE=30.26$); probando auto-control ($\bar{x}=83.62$, $DE=26.56$), necesidad física o urgencia por consumir ($\bar{x}=90.00$, $DE=19.09$) y en *Situaciones de grupo*: conflicto con otros ($\bar{x}=82.41$, $DE=21.61$), presión social ($\bar{x}=73.10$, $DE=33.12$) y momentos agradables con otros ($\bar{x}=65.86$, $DE=61.66$).

A los largo de los 12 meses, las puntuaciones anteriores se presentan relativamente constantes, es decir el promedio solo aumenta a 79.38%, a excepción de la necesidad física la cual disminuye. *Situaciones personales* como: emociones desagradables ($\bar{x}=83.55$, $DE=21.41$); malestar físico

(\bar{x} =91.03, DE =18.11), emociones agradables (\bar{x} =62.41, DE =30.26); probando auto-control (\bar{x} =84.79, DE =27.27), necesidad física o urgencia por consumir disminuye (\bar{x} =76.21, DE =30.61) y en *Situaciones de grupo como*: conflicto con otros (\bar{x} =82.41, DE =25.52), presión social (\bar{x} =75.79, DE =28.39) y momentos agradables con otros (\bar{x} =62.66, DE =35.01).

A los 18 meses, los resultados obtenidos en el nivel de auto-eficacia muestran consistencia con los 12 meses, ya que presentan un elevación mínima al 80.31% a excepción de la elevación en presión social y en conflictos con otros y la disminución ante momentos agradables con otros quedando los resultados de la siguiente manera: *Situaciones personales*: emociones desagradables (\bar{x} =82.73, DE =21.70); malestar físico (\bar{x} =95.23, DE =12.95), emociones agradables (\bar{x} =61.82, DE =32.50); probando auto-control (\bar{x} =90.23, DE =21.63), necesidad física o urgencia por consumir (\bar{x} =82.09, DE =23.96) y en *Situaciones de grupo*: conflicto con otros (\bar{x} =92.95, DE =25.52), presión social (\bar{x} =82.27, DE =21.53) y momentos agradables con otros (\bar{x} =55.23, DE =30.26).

Con el fin de resumir los datos anteriores y tener una visión más clara de las diferencias en los promedios de auto-eficacia en las fases de línea base y 6,12 y 18 meses de seguimiento, se promediaron las 8 categorías en general y se realizaron pruebas *t* pareada en el grupo en general. Encontrándose de línea base en general 49.57% a los 6 meses 78.61%: $t(28)=-7.39$ y $p=0$ se observándose diferencia significativa de 99%. De los 6 meses 78.61% a los 12 meses 79.38%: $t(28)=0.12$ y $p=0.89$, no se encuentra diferencia significativa debido a que la p es muy grande. Y de los 12 meses 79.38% a los 18 meses 80.3175%: $t(22)=0.88$ y $p=0.38$, no se encuentra diferencia significativa. Estos resultados se muestran en la figura 7.

Media del nivel de auto-eficacia del grupo en general en las fases de línea base, 6,12 y 18 meses de seguimiento

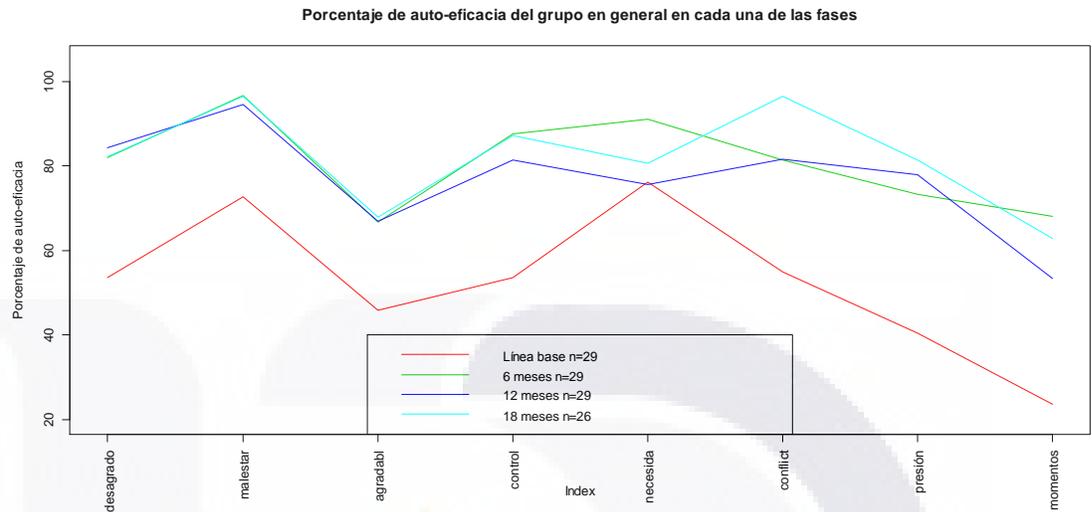


Figura 7. Media del grupo en general según las respuestas dadas en las 8 categorías del instrumento CCS en las fases de línea base y 6,12 y 18 meses de seguimiento.

Cubriendo el objetivo de distinguir ante las dos modalidades de intervención, se reportan los datos de la variable auto-eficacia (CCS) en los participantes del PIBA n=17 y los de CB n=12 en las fases de línea base y a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento. Estos datos se pueden observar en la figura 8.

Haciendo una distinción entre las dos modalidades de intervención breve en línea base se identifica que los participantes del PIBA 53.29%, obtienen puntuaciones mayores en las 8 categorías (CCS) que los participantes de CB 45.84%: *Situaciones intra-personales como:* emociones desagradables en PIBA (\bar{x} =50.88, DE =36.32) y en CB (\bar{x} =40.42, DE =28.48); malestar físico en PIBA (\bar{x} =69.12, DE =32.30) y en CB (\bar{x} =67.92, DE =42.50); emociones agradables en PIBA (\bar{x} =51.65, DE =38.33) y en CB (\bar{x} =36.25, DE =37.12); probando auto-control en PIBA (\bar{x} =44.71, DE =31.99) y en CB (\bar{x} =36.25, DE =37.12); necesidad física o urgencia por consumir en PIBA (\bar{x} =82.65, DE =21.80) y en CB (\bar{x} =53.17, DE =37.70) y en *Situaciones de grupo como:* presión social en PIBA (\bar{x} =45.00,

DE=31.02) y en CB (\bar{x} =31.75, DE=41.05) y momentos agradables con otros en PIBA (\bar{x} =32.06, DE=29.95) y en CB (\bar{x} =20.83, DE=26.01). En conflicto con otros, es la única estrategia que se identifica una menor puntuación en PIBA (\bar{x} =50.29, DE=42.07) que en CB (\bar{x} =66.25, DE=36.87).

A los 6 meses de seguimiento se encuentran que el nivel de auto-eficacia en general se mantiene elevado de 49.57% en línea base a 78.61%. Presentándose puntuaciones ligeramente más bajas en los participantes de PIBA 77.90% que en los participantes de CB 79.32%: sin embargo a esta fase de seguimiento se distinguen a detalle de cada una de las 8 categorías diferencias en ambas modalidades. Por ejemplo: en PIBA se identifican puntuaciones más elevadas en: emociones desagradables en PIBA (\bar{x} =81.76, DE=28.56) y en CB (\bar{x} =72.92, DE=30.34); malestar físico en PIBA (\bar{x} =94.12, DE=13.72) y en CB (\bar{x} =90.00, DE=23.45); emociones agradables en PIBA (\bar{x} =65.88, DE=34.06) y en CB (\bar{x} =57.50, DE=24.45); necesidad física o urgencia por consumir en PIBA (\bar{x} =91.18, DE=19.65) y en CB (\bar{x} =88.33, DE=18.99); conflicto con otros en PIBA (\bar{x} =84.12, DE=22.65) y en CB (\bar{x} =80.00, DE=20.78). Identifica una menor puntuación en PIBA en probando auto-control (\bar{x} =77.65, DE=31.13) y en CB (\bar{x} =92.08, DE=15.88); presión social en PIBA (\bar{x} =65.29, DE=38.22) y en CB (\bar{x} =84.17, DE=20.98) y momentos agradables con otros en PIBA (\bar{x} =63.24, DE=37.79) y en CB (\bar{x} =69.58, DE=31.66).

A los 12 meses de seguimiento disminuye el porcentaje en los participantes de PIBA a 75.82% e incrementan los porcentajes en los participantes de CB 82.94%. Identificándose puntuaciones más elevadas en PIBA solo en las categorías: emociones desagradables en PIBA (\bar{x} =83.82, DE=19.16) y en CB (\bar{x} =83.17, DE=25.14); emociones agradables en PIBA (\bar{x} =69.71, DE=28.53) y en CB (\bar{x} =66.67, DE=34.40). En el resto de las categorías se identifican puntuaciones más elevadas en CB: malestar físico en

PIBA ($\bar{x}=85.29$, $DE=34.30$) y en CB ($\bar{x}=99.17$, $DE=2.89$); probando auto-control en PIBA ($\bar{x}=78.82$, $DE=35.17$) y en CB ($\bar{x}=93.17$, $DE=11.26$); necesidad física o urgencia por consumir en PIBA ($\bar{x}=71.47$, $DE=35.17$) y en CB ($\bar{x}=82.92$, $DE=22.41$) y en *Situaciones de grupo como:* conflicto con otros en PIBA ($\bar{x}=78.24$, $DE=26.81$) y en CB ($\bar{x}=88.33$, $DE=23.39$); presión social en PIBA ($\bar{x}=73.53$, $DE=28.66$) y en CB ($\bar{x}=79.00$, $DE=28.94$) y momentos agradables con otros en PIBA ($\bar{x}=56.47$, $DE=36.22$) y en CB ($\bar{x}=69.00$, $DE=33.33$).

De los 12 a los 18 meses de seguimiento y aún cuando el nivel de auto-eficacia es elevado en el promedio general en los participantes de PIBA 79.28% y los de CB 81.80% disminuyen, continúan más elevados los promedios en los participantes de CB. Es importante reconocer que una de las categorías que manca diferencia significativa en la disminución de los participantes del PIBA, es momentos agradables con otros, lo cual coincide con el elevado nivel de consumo en los adolescentes a los 18 meses. Además, presentan puntuaciones más elevadas los participantes del PIBA que los de CB en las categorías: emociones desagradables en PIBA ($\bar{x}=80.38$, $DE=20.86$) y en CB ($\bar{x}=72.92$, $DE=30.34$); malestar físico en PIBA ($\bar{x}=91.92$, $DE=16.27$) y en CB ($\bar{x}=90.00$, $DE=23.45$); emociones agradables en PIBA ($\bar{x}=66.54$, $DE=31.58$) y en CB ($\bar{x}=57.50$, $DE=24.45$); conflicto con otros en PIBA ($\bar{x}=90.38$, $DE=15.06$) y en CB ($\bar{x}=80.00$, $DE=20.78$); mientras que los participantes de CB en este seguimiento obtienen puntuaciones más altas en: probando auto-control en PIBA ($\bar{x}=84.23$, $DE=26.72$) y en CB ($\bar{x}=92.08$, $DE=15.88$); necesidad física o urgencia por consumir en PIBA ($\bar{x}=82.00$, $DE=20.62$) y en CB ($\bar{x}=88.33$, $DE=18.99$); en presión social en PIBA ($\bar{x}=80.38$, $DE=24.87$) y en CB ($\bar{x}=84.17$, $DE=20.98$) y momentos agradables con otros en PIBA ($\bar{x}=58.46$, $DE=28.82$) y en CB ($\bar{x}=69.58$, $DE=31.66$).

Con el fin de resumir los datos anteriores y tener una visión más clara de las diferencias en los promedios de auto-eficacia en las fases de línea base y 6, 12 y 18 meses de seguimiento, se promediaron las 8 categorías en general y se realizaron pruebas *t* pareada en ambas modalidades de intervención. Encontrándose en PIBA de línea base 53.29% a los 6 meses 77.905%: $t(16) = -5.80$ y $p = 0$, diferencia significativa de 99%. De los 6 meses 77.905% a los 12 meses 75.82%: $t(16) = 0.62$ y $p = 0.54$, no se encuentra diferencia significativa. De los 12 meses 75.82% a los 18 meses 79.286%: $t(12) = 0.62$ y $p = 0.54$, no se encuentra diferencia significativa.

En la modalidad CB de línea base 45.84% a los 6 meses 79.32%: $t(11) = -4.79$ y $p = 0$, se observándose diferencia significativa de 99%. De los 6 meses 79.32% a los 12 meses 82.94%: $t(11) = 0.62$ y $p = 0.54$, no se encuentra diferencia significativa. Y de los 12 meses 82.94% a los 18 meses 81.80%: $t(8) = 0.68$ y $p = 0.51$, no se encuentra diferencia significativa. Solo se muestran diferencias significativas de línea base a los 6 meses de seguimiento y en el resto del proceso de cambio estos promedios permanecen relativamente estables en ambas modalidades.

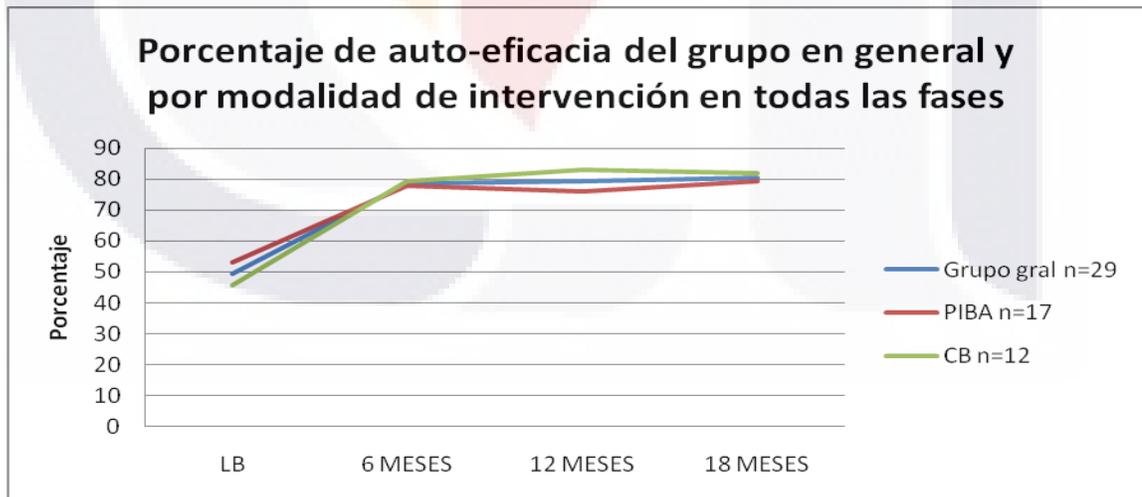


Figura 8. Porcentaje de las 8 categorías de auto-eficacia obtenidas por el grupo en general y por ambas modalidades de intervención en las fases de línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.

En función al género, los datos obtenidos en la variable auto-eficacia en línea base, muestra puntuaciones ligeramente más elevadas en los hombres 51.06% que en las mujeres 49.29%. los hombres presentan puntuaciones más elevadas que las mujeres en: emociones desagradables en hombres ($\bar{x}=52.33$, $DE=34.69$) y en mujeres ($\bar{x}=40.36$, $DE=31.53$); malestar físico en hombres ($\bar{x}=74.00$, $DE=36.49$) y en mujeres ($\bar{x}=62.86$, $DE=42.55$); necesidad física o urgencia por consumir en hombres ($\bar{x}=76.67$, $DE=26.30$) y en mujeres ($\bar{x}=63.79$, $DE=37.69$); conflicto con otros en hombres ($\bar{x}=58.00$, $DE=41.44$) y en mujeres ($\bar{x}=55.71$, $DE=40.19$); presión social en hombres ($\bar{x}=42.67$, $DE=33.43$) y en mujeres ($\bar{x}=36.14$, $DE=38.45$), mientras que las mujeres presentan puntuaciones más elevadas que los hombres en: emociones agradables ($\bar{x}=43.20$, $DE=37.93$), en mujeres ($\bar{x}=47.50$, $DE=31.91$); probando auto-control en hombres ($\bar{x}=38.67$, $DE=32.43$) y en mujeres ($\bar{x}=55.86$, $DE=35.22$); y momentos agradables con otros en hombres ($\bar{x}=23.00$, $DE=24.91$) y en mujeres ($\bar{x}=32.14$, $DE=32.09$). Estos datos se muestran en la figura 9.

A los 6 meses de seguimiento, muestra puntuaciones relativamente iguales entre los hombres 78.75% y las mujeres 78.21%. Presentando puntuaciones más elevadas los hombres. Por ejemplo: emociones desagradables ($\bar{x}=80.00$, $DE=30.00$) y en mujeres ($\bar{x}=76.07$, $DE=29.10$); malestar físico en hombres ($\bar{x}=94.00$, $DE=14.54$) y en mujeres ($\bar{x}=90.71$, $DE=21.74$); emociones agradables en hombres ($\bar{x}=70.67$, $DE=34.69$) y en mujeres ($\bar{x}=53.57$, $DE=22.65$); conflicto con otros en hombres ($\bar{x}=87.00$, $DE=22.02$) y en mujeres ($\bar{x}=77.50$, $DE=20.82$) y momentos agradables con otros en hombres ($\bar{x}=67.00$, $DE=38.90$) y en mujeres ($\bar{x}=64.64$, $DE=31.53$). Mientras que las mujeres presentan mayores puntuaciones en presión social: en hombres ($\bar{x}=70.33$, $DE=37.58$) y en mujeres ($\bar{x}=76.07$, $DE=28.70$) probando auto-control en hombres

(\bar{x} =74.33, DE =32.01) y en mujeres (\bar{x} =93.57, DE =14.47); necesidad física o urgencia por consumir en hombres (\bar{x} =86.67, DE =22.89) y en mujeres (\bar{x} =93.57, DE =137.93). Estos datos se muestran en la figura 9.

A los 12 meses de seguimiento en general, muestra puntuaciones ligeramente menores los hombres 77.37% que las mujeres 78.63%. Específicamente los hombres obtienen puntuaciones mayores que las mujeres en: emociones desagradables (\bar{x} =84.33, DE =23.37) y en mujeres (\bar{x} =82.70, DE =19.94); malestar físico en hombres (\bar{x} =96.67, DE =12.91) y en mujeres (\bar{x} =85.00, DE =36.11); emociones agradables en hombres (\bar{x} =69.67, DE =29.79) y en mujeres (\bar{x} =67.14, DE =32.39); y en *Situaciones de grupo como: conflicto con otros* en hombres (\bar{x} =80.00, DE =28.35) y en mujeres (\bar{x} =71.29, DE =33.06); presión social en hombres (\bar{x} =80.00, DE =28.35) y en mujeres (\bar{x} =71.29, DE =33.06). Mientras que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en probando auto-control en hombres (\bar{x} =83.33, DE =27.95) y en mujeres (\bar{x} =86.29, DE =27.49); necesidad física o urgencia por consumir en hombres (\bar{x} =75.00, DE =29.46) y en mujeres (\bar{x} =77.50, DE =32.86) y momentos agradables con otros en hombres (\bar{x} =50.00, DE =38.17) y en mujeres (\bar{x} =74.14, DE =27.31). Estos datos se muestran en la figura 9.

A los 18 meses de seguimiento muestra puntuaciones más bajas los hombre 78.47% que las mujeres 82.15%. Los hombres obtienen puntuaciones más elevadas que la mujeres en: emociones agradables en hombres (\bar{x} =62.27, DE =32.35) y en mujeres (\bar{x} =61.36, DE =34.21); necesidad física o urgencia por consumir en hombres (\bar{x} =84.18, DE =19.91) y en mujeres (\bar{x} =80.00, DE =28.28) conflicto con otros en hombres (\bar{x} =94.09, DE =15.30) y en mujeres (\bar{x} =91.82, DE =11.68). *Mientras que en el resto de las categorías las mujeres presentan puntuaciones más elevadas como en:* emociones desagradables en hombres (\bar{x} =80.91, DE =23.00) y en mujeres (\bar{x} =84.55, DE =21.27); malestar físico en

hombres ($\bar{x}=95.00$, $DE=11.18$) y en mujeres ($\bar{x}=95.45$, $DE=15.08$); probando auto-control en hombres ($\bar{x}=83.18$, $DE=28.83$) y en mujeres ($\bar{x}=97.27$, $DE=6.47$); y en presión social en hombres ($\bar{x}=75.45$, $DE=26.59$) y en mujeres ($\bar{x}=89.09$, $DE=12.81$); momentos agradables con otros en hombres ($\bar{x}=52.73$, $DE=28.67$) y en mujeres ($\bar{x}=57.73$, $DE=32.97$). Estos datos se muestran en la figura 9.

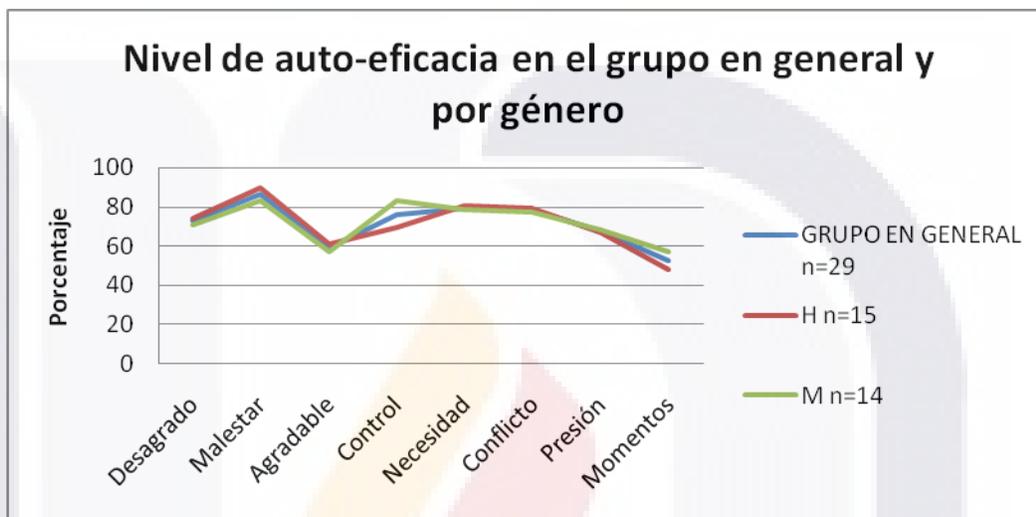


Figura 9. Porcentaje de las 8 categorías de auto-eficacia obtenidas por el grupo en general y por género en las fases de línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.

Con el fin de presentar un resumen y tener una visión más clara de las diferencias en los promedios de auto-eficacia en las fases de línea base y 6, 12 y 18 meses de seguimiento, se promediaron las 8 categorías en ambos sexos y se realizaron pruebas t pareada. Encontrándose en los hombres de línea base 51.06% a los 6 meses 78.75%: $t(14)=-5.48$ y $p=0.000$ observándose diferencia significativa de 99%. De los 6 meses 78.75 a los 12 meses 77.37%: $t(14)=0.023$ y $p=0.81$ no observándose diferencia significativa debido a que el valor de p es muy grande. Y de los 12 meses 77.37% a los 18 meses 78.47%: $t(10)=0.01$ y $p=0.98$ no observándose diferencia significativa debido a que el valor de p es muy grande.

Y en las mujeres de línea base 49.29% a los 6 meses 78.21%: $t(13)=-4.82$ y $p=0.0$ observándose diferencia significativa de 99%. De los 6 meses 78.21% a los 12 meses 78.63%: $t(13)=0.07$ y $p=0.94$, no observándose diferencia significativa. De los 12 meses 78.63% a los 18 meses 82.15%: $t(10)=1.23$ y $p=0.24$ no observándose diferencia significativa. Por lo tanto, solo se muestran diferencias significativas de línea base a los 6 meses de seguimiento y en el resto del proceso de cambio estos promedios permanecen relativamente estables en ambos sexos. Los resultados se muestran en la figura 10.

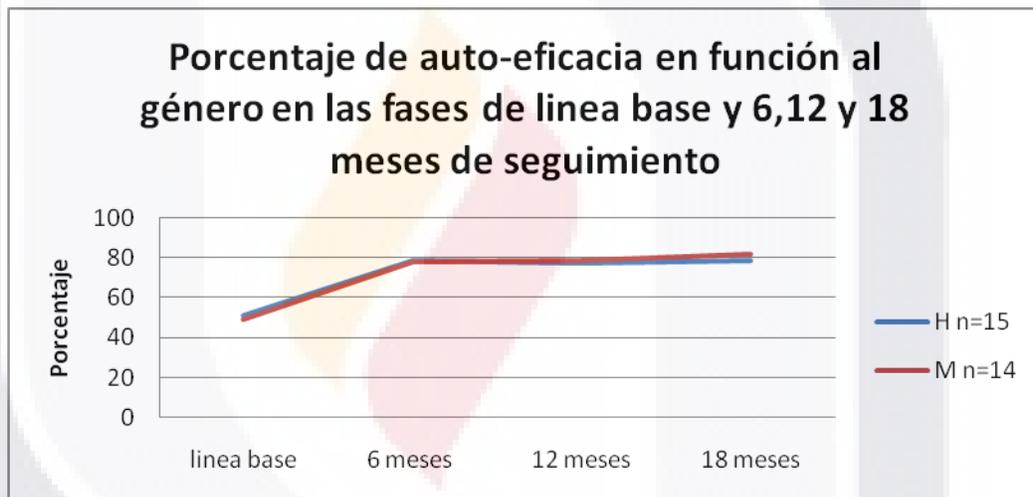


Figura 10. Porcentaje del nivel de auto-eficacia obtenidas por los hombres y mujeres en las fases de línea base, 6, 12 y 18 meses de seguimiento.

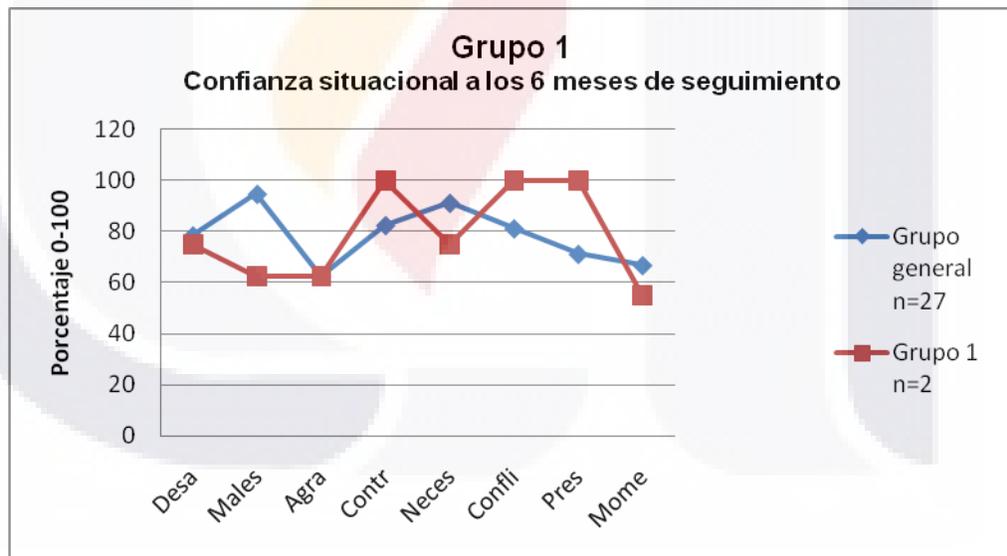
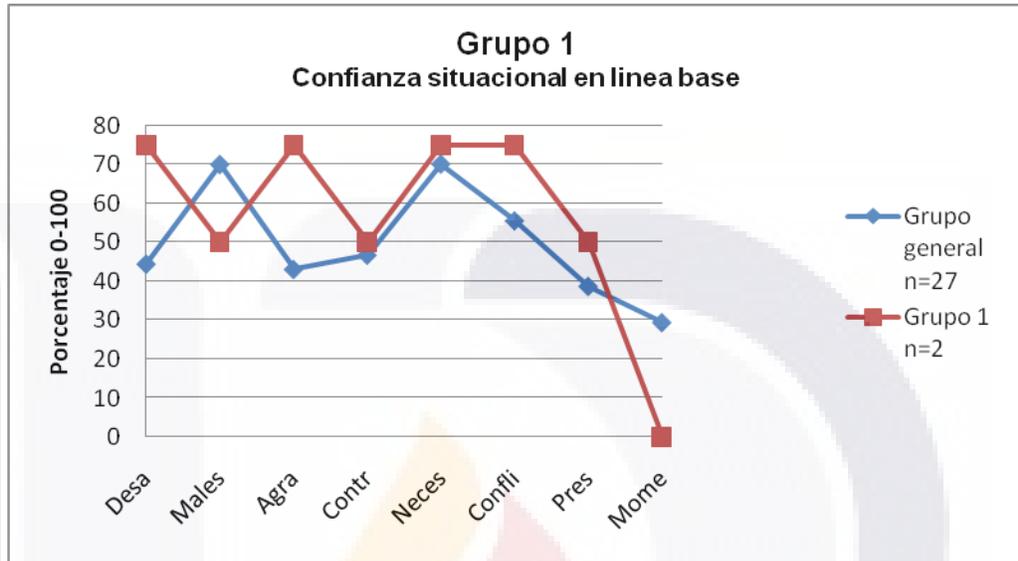
Al encontrar estas diferencias no significativas en la variable auto-eficacia se realizó un análisis comparativo de aquellos participantes que presentaban ciertas similitudes, formando 3 grupos. Grupo 1: participantes que en ninguna de las fases de seguimiento presento recaídas; Grupo 2: no recaen ni a los 6 ni a los 12 meses de seguimiento; Grupo 3; recaen en las tres fases de seguimiento; Todos estos grupos se compararon contra el resto del grupo. Véase cuadro 3.

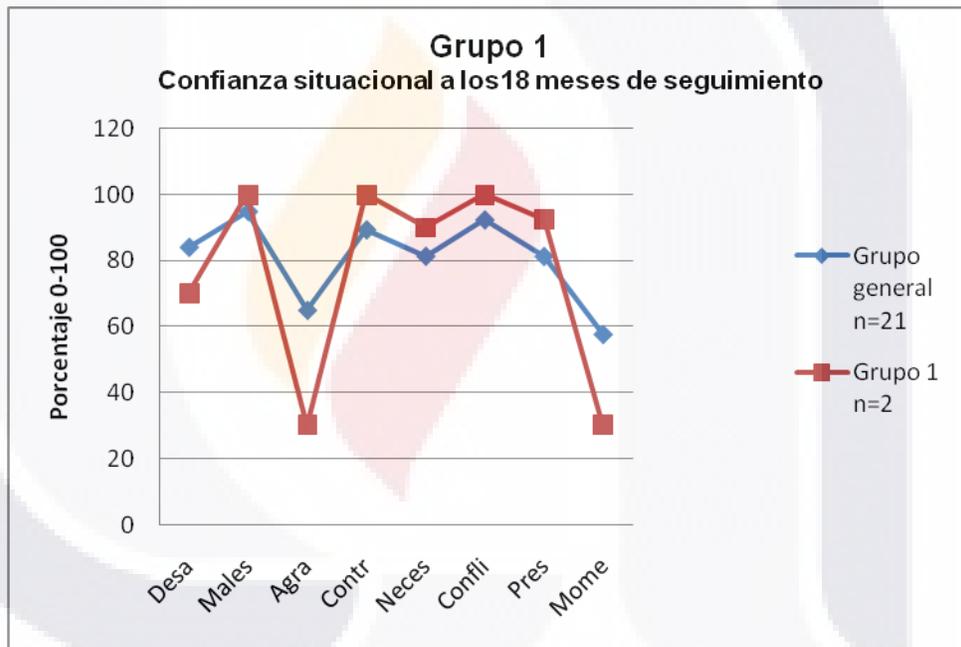
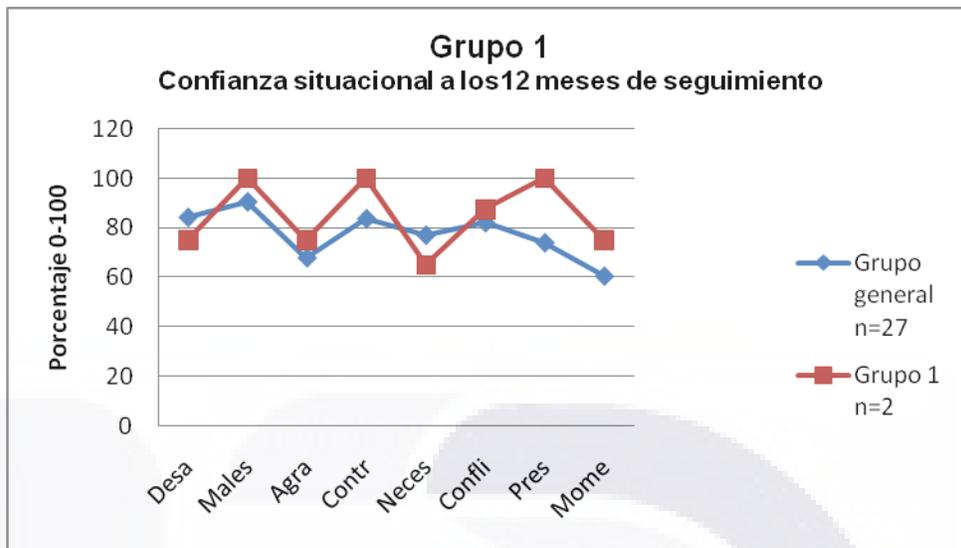
Grupo	Grupo atípico y excluyente	Grupo en general	No. de participantes	Características de los participantes
1	n= 2	n= 27	15 y 23	No recaen en ninguna fase del seguimiento
2	n= 4	n=25	1,2,4,29	No recaen ni a los 6 ni a los 12 meses de seguimiento
3	n= 6	n= 23	13,18,19,22,26, 28	Presentan recaídas en las tres fase de seguimiento

Cuadro 3. División de grupos, en función de características similares entre los participantes a los largo de las fases de seguimiento.

Con el fin de reconocer variaciones en la variable de auto-eficacia en los participantes del grupo 1, el cual está conformado por los individuos que no recaen en ninguna de las tres fases de seguimientos, se obtuvieron promedios de las 8 categorías del instrumento CCS, tanto del grupo general como del grupo 1. Se observa que en línea base el promedio de auto-eficacia es menor en el grupo en general que en el grupo 1 (grupo general=49.76 □ grupo 1=56.25), mientras que a los 6 meses de seguimiento, el promedio de ambos grupos se eleva, presentándose promedios muy semejantes el grupo en general y el grupo 1 (grupo general=78.47 □ grupo 1=78.75), sin embargo el nivel de auto-eficacia disminuye levemente en el grupo en general y aumenta en el grupo 1 a los 12 meses de seguimiento (grupo general=77.48 □ grupo2=84.68). Es a los 18 meses que el grupo en general eleva su promedio y el grupo 1 lo disminuye (grupo general=80.69 □ grupo 1=76.56). Cabe señalar que la disminución del porcentaje en el grupo 1 es principalmente por 2 de las categorías: emociones agradables (\bar{x} =30) y momentos agradables con otros (\bar{x} =30). Véase cuadro 4

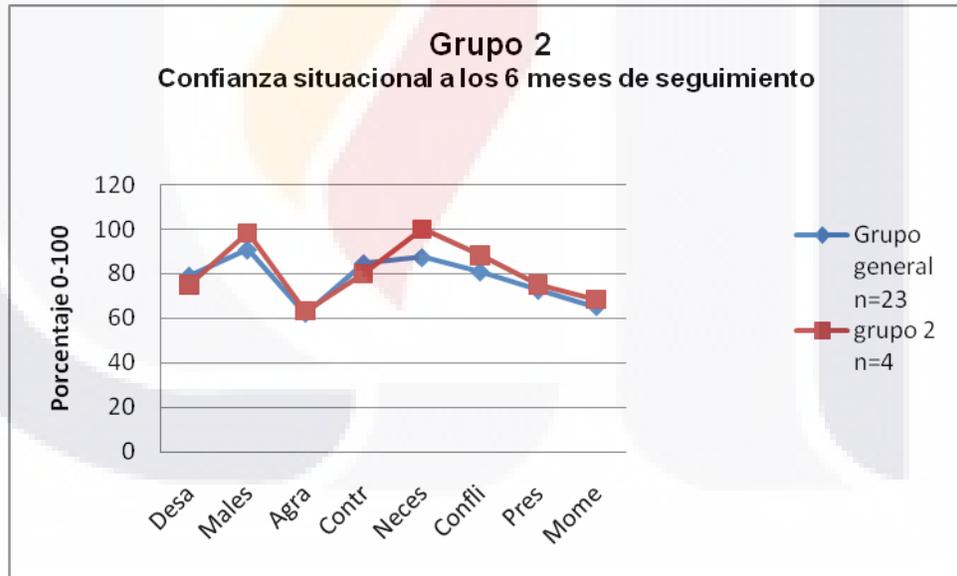
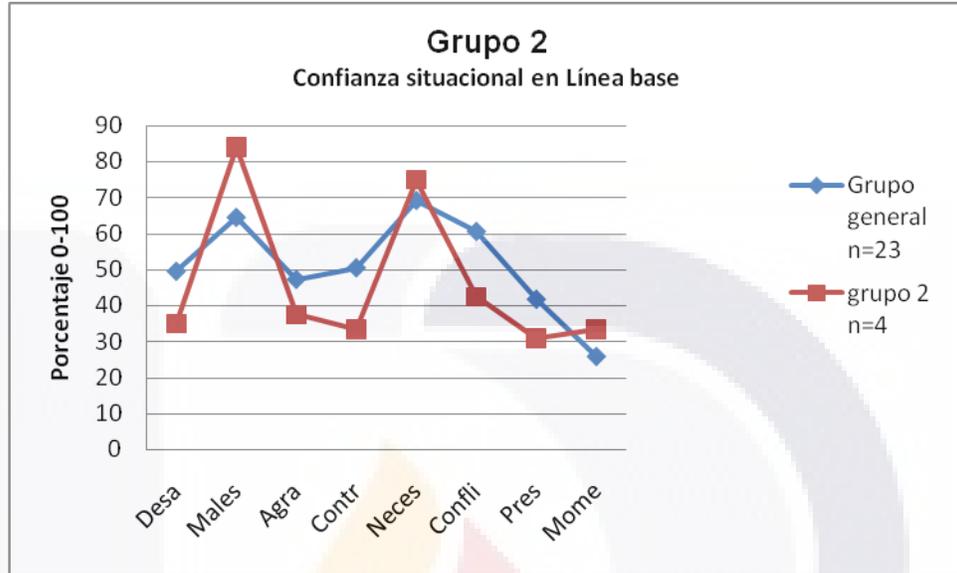
Cuadro 4 Auto eficacia grupo 1

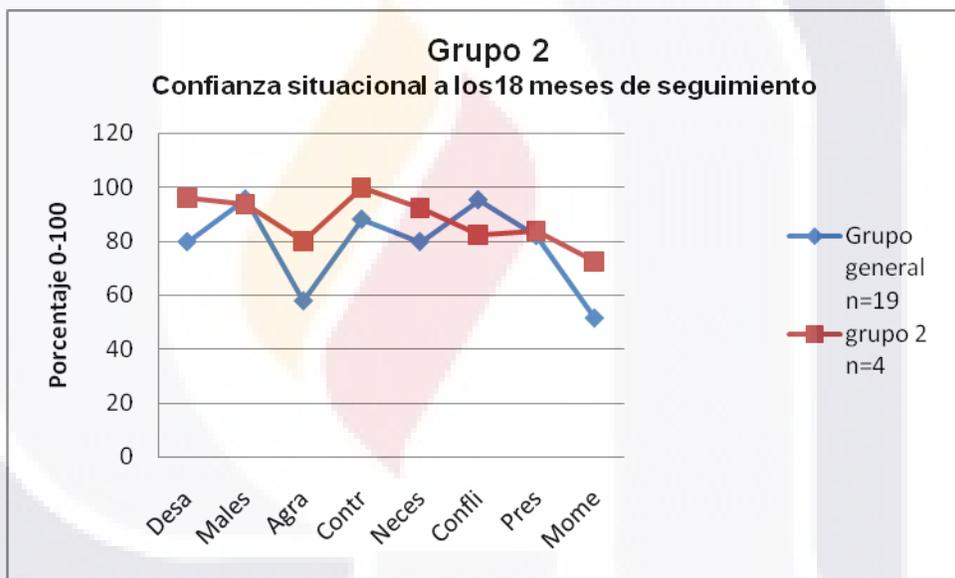
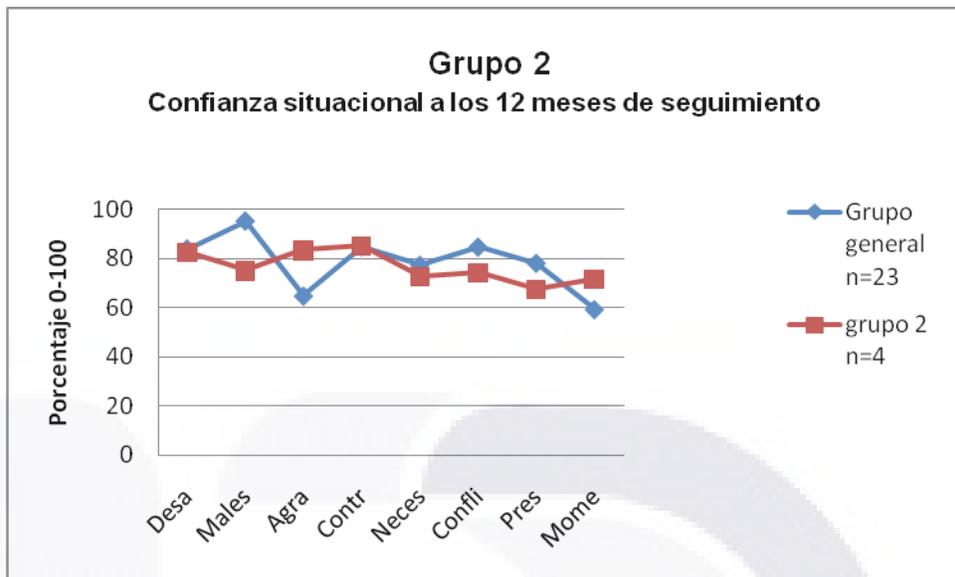




Se llevo a cabo el mismo procedimiento con el grupo 2, el cual está conformado por los individuos que no recaen a los 6 y 12 meses de seguimientos, se obtuvieron promedios de las 8 categorías del instrumento CCS, tanto del grupo general como del grupo 2. Se observa que en línea base el promedio de auto-eficacia es mayor en el grupo en general (grupo general=51.19 □ grupo 2=46.45), mientras que a los 6 meses de seguimiento, en donde los participantes del grupo 2 no muestran recaídas, el promedio de ambos grupos se eleva, presentándose promedios más bajos en el grupo en general (grupo general=77.82 □ grupo 2=81.04), sin embargo el nivel de auto-eficacia disminuye a los 12 meses en el grupo 2, aún y cuando se mantiene sin recaídas, y el grupo en general eleva su puntuación (grupo general=78.38 □ grupo2=76.45). Es a los 18 meses que el grupo 2 presenta recaídas y su nivel de auto-eficacia se observa más elevado que en ninguno de los seguimientos, mientras que el grupo en general se mantiene constante en sus puntuaciones (grupo general=78.68 □ grupo 2=87.65). Estos datos los observamos en los siguientes cuadros. Véase cuadro 5.

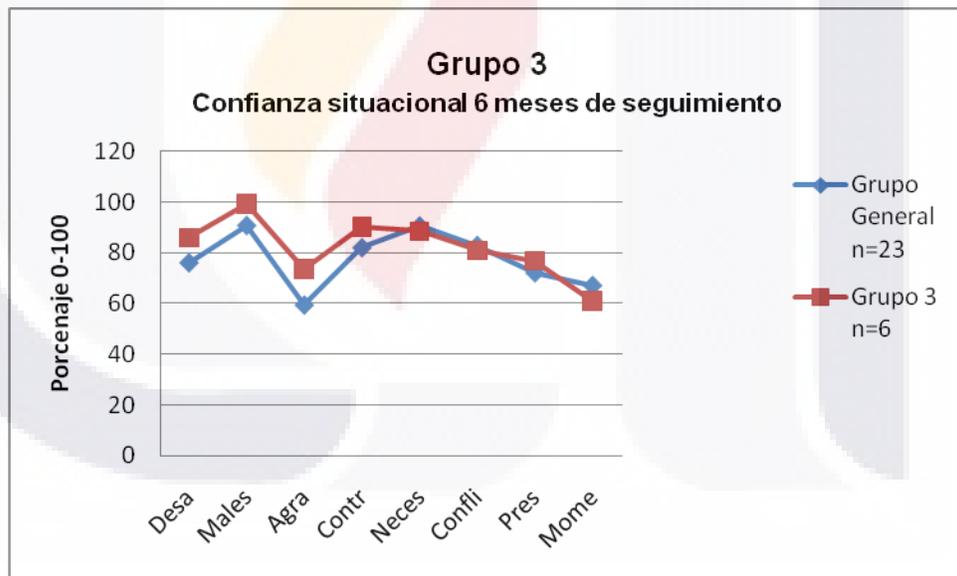
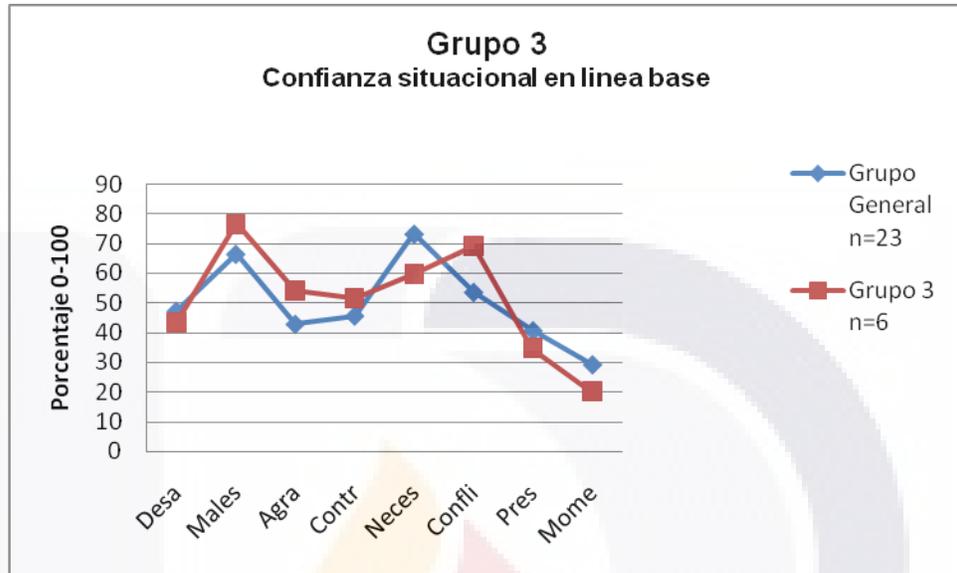
Cuadro 5 Auto eficacia grupo 2

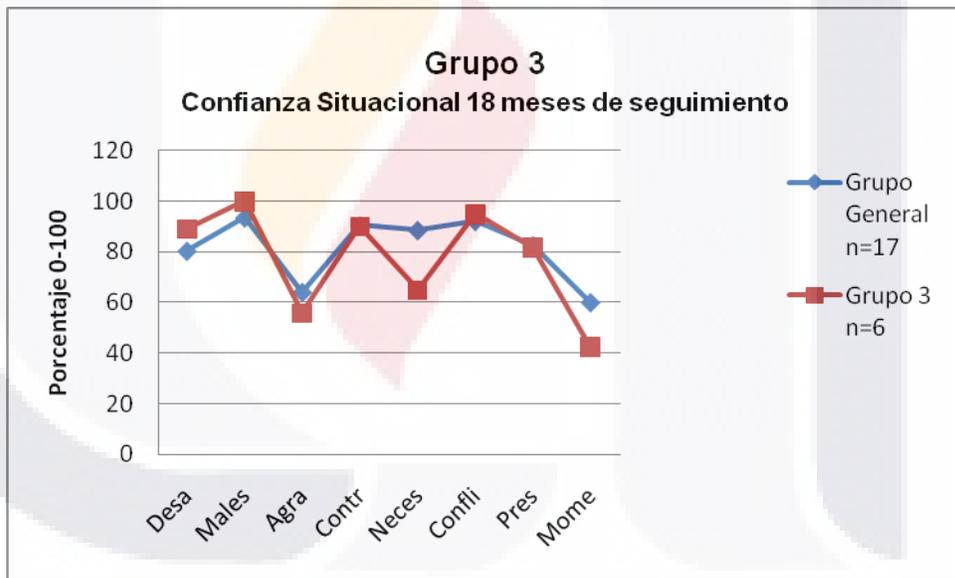
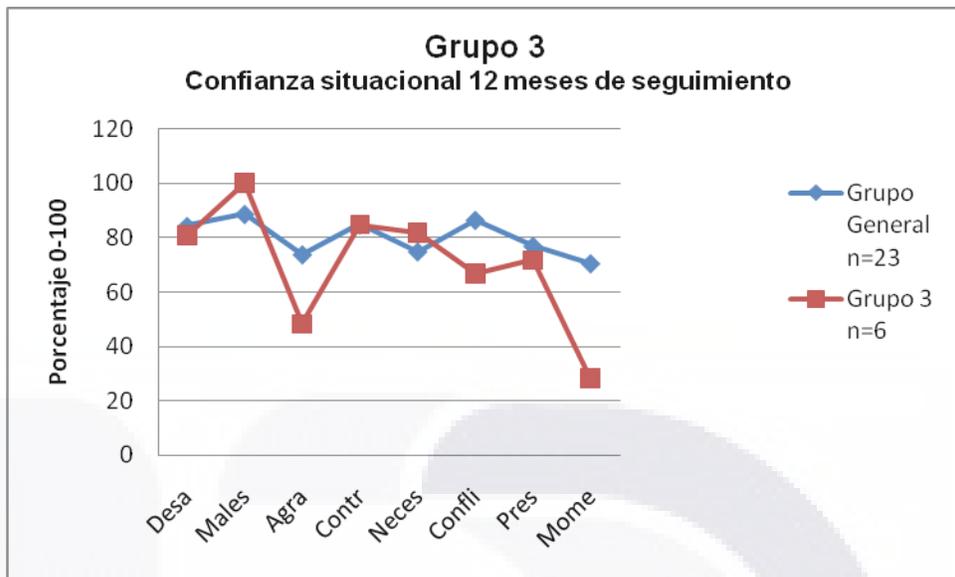




En el grupo 3, el cual está conformado por los participantes que presentan recaídas en cada una de las fases de seguimiento, se siguió el mismo procedimiento que en el grupo 1 y 2. Obteniéndose en línea base en el grupo en general puntuaciones bajas y menores que el grupo 3 (grupo general=49.96 □ grupo 3=51.16), a los 6 meses se ven incrementados los promedios de ambos grupos estando más elevado en el grupo 3 (grupo general=77.60 □ grupo 3=81.87), a los 12 meses de seguimiento en el grupo en general se eleva y el del grupo 3 se disminuye (grupo general=78.68 □ grupo 3=70.27) y a los 18 meses en ambos grupos elevan su promedio, sin embargo el grupo en general obtiene mayores promedios que el grupo 3 (grupo general=81.41 □ grupo 3=77.39). Reconociéndose que una de las categorías que influye en esta disminución es la de momentos agradables con otros, la cual disminuye hasta ($\bar{x}=42.5$). Véase cuadro 6.

Cuadro 6 Auto eficacia grupo 3





En función al objetivo de analizar las estrategias de enfrentamiento (Escala de Enfrentamiento para Adolescentes, Frydenberg y Lewis, 1996), se obtuvieron los siguientes datos: puntuaciones por encima del 70% en *Acción positiva y esforzada* es decir las acciones: Concentrarse en resolver el problema (Rp), Esforzarse y tener éxito (Es), Preocuparse (Pr); puntuaciones por encima del 60% *Acción positiva hedonista* como las acciones: Distracción física (Fi), Buscar diversión relajante (Dr), Fijarse en lo positivo (Po), Hacerse ilusiones (Hi), Buscar pertenencia (Pe), Invertir en amigos íntimos (Ai); promedios del 50% en *Postura de introversión* incluye las acciones: Reservar el problema para sí (Re), Acción social (So), Buscar ayuda profesional (Ap), Apoyo espiritual (Ae) y Buscar apoyo social (As). Quedando promedios por debajo del 40% en *Huida intrapunitiva* incluye las acciones: No enfrentamiento (Na), Reducción de la tensión (Rt) y auto-inculparse (Cu) e Ignorar el problema (Ip).

Se puede observar gráficamente que no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas del grupo en general en las tres fases de seguimiento. Figura 11.

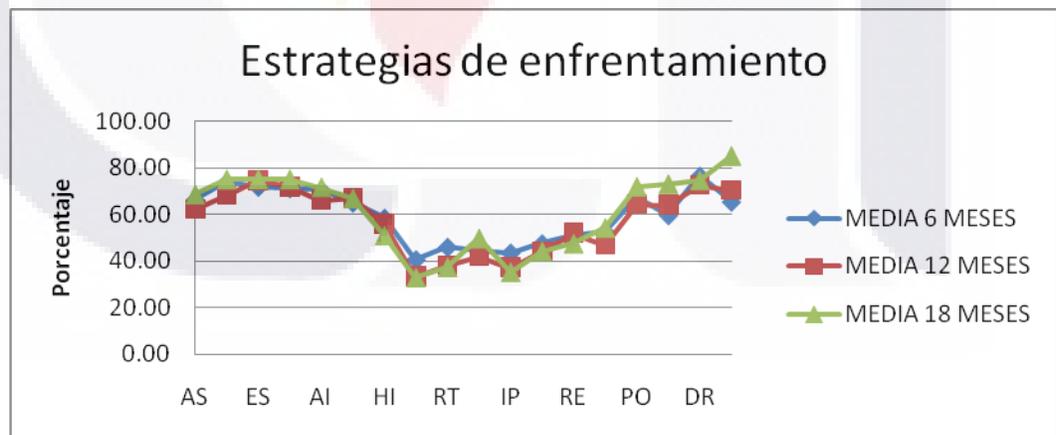


Figura 11. Promedio de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los 29 adolescentes en los tres momentos de seguimiento.

En la tabla 16 se encuentran los datos arrojados por el análisis t-student para detectar las diferencias en la puntuación obtenida por los adolescentes tratados con PIBA y CB en el cual no se encuentran diferencias significativas en el uso de las estrategias entre ambas modalidades y continua presentándose el mismo patrón en el uso de las estrategias de enfrentamiento independientemente de la modalidad de la intervención.

Promedios del instrumento ACS en función a las intervenciones n=29

Modalidad	6 MESES	AS	RP	ES	PR	AI	PE	HI	NA	RT	SO	IP	CU	RE	AE	PO	AP	DR	FI
PIBA	MEDIA	63.765	74.353	69.412	70.824	69.647	63.294	59.647	39.765	44.471	42.059	47.941	47.059	54.118	52.353	69.118	57.353	74.588	65.529
	DES.EST.	20.81	13.20	11.22	12.23	16.44	15.89	14.84	11.27	16.85	13.70	18.03	18.46	16.79	13.59	14.06	23.39	12.93	18.27
CB	MEDIA	70	73	75.333	72	71.667	67.667	56.667	41.667	48	47.083	37.083	47.917	45.833	52.917	64.583	62.917	79.333	65.333
	DES.EST.	21.41	15.55	17.96	13.86	21.54	18.95	22.1	20.64	20.04	15.14	17.9	16.98	22.55	16.85	20.83	18.02	18.48	23.94
Modalidad	12 MESES	AS	RP	ES	PR	AI	PE	HI	NA	RT	SO	IP	CU	RE	AE	PO	AP	DR	FI
PIBA	MEDIA	56.25	67	75.75	68.25	66.5	66.75	57	35.5	39.5	39.063	43.438	47.813	58.125	48.438	60.938	59.688	72.188	69.125
	DES.EST.	21.74	18.68	14.86	16.87	17.34	18.97	14.27	12.30	12.03	12.68	14.69	16.02	17.31	18.32	19.34	21.72	19.59	23.82
CB	MEDIA	70	70	73	76.667	65.667	67.333	54.333	30.333	36.333	45.833	28.75	39.167	43.75	44.583	68.75	69.583	72.917	71.75
	DES.EST.	21.81	20.99	18.38	15.05	19.85	15.8	17.43	10.44	11.11	20.76	9.324	9.252	17.21	16.44	18.6	20.83	17.27	23.9
Modalidad	18 MESES	AS	RP	ES	PR	AI	PE	HI	NA	RT	SO	IP	CU	RE	AE	PO	AP	DR	FI
PIBA	MEDIA	66.167	72.667	76	75	74.167	69	51.667	36	37.667	50.417	39.167	45.417	48.75	55.833	72.917	73.333	77	86.333
	DES.EST.	20.31	21.09	15.35	14.88	12.52	10.25	20.99	8.70	11.87	16.02	15.20	14.84	15.39	20.76	14.84	25.52	17.91	22.99
CB	MEDIA	73.333	80	73.333	75.333	66.667	62.667	49.667	26.667	36.667	48.333	27.5	41.667	45	50.833	70	72.5	70	82.833
	DES.EST.	19.7	15.39	9.004	21.97	16.52	16.33	12.16	7.448	11.43	21.13	10.37	15.06	22.8	14.63	14.49	20.19	19.8	29.51

Tabla 16. Promedio de las estrategias de enfrentamiento medidas por el instrumento ACS en función a la intervención de los 29 participantes.

Se realizó una t-student para detectar las diferencias entre la población de hombres y mujeres en general y no se encuentran diferencias significativas en el uso de las estrategias utilizadas entre ambos sexos, sin embargo se detecta una ligera puntuación mayor en el uso de las 18 estrategias en los hombres. Esto se puede observar en la Tabla 17.

Promedios de la variable estrategias de enfrentamiento en función al género n=29

SEXO	6 MESES	AS	RP	ES	PR	AI	PE	HI	NA	RT	SO	IP	CU	RE	AE	PO	AP	DR	FI
HOMBRE	MEDIA	70.13	76.80	70.13	72.53	74.40	68.53	63.73	38.67	44.00	42.33	50.00	51.33	53.33	53.67	70.00	62.67	78.93	64.00
	DES. EST.	21.69	14.75	12.55	11.30	17.16	13.51	12.96	10.76	14.58	10.60	17.42	12.55	16.11	13.69	12.23	26.85	14.67	18.22
MUJER	MEDIA	62.29	70.57	73.71	70.00	66.29	61.43	52.71	42.57	48.00	46.07	36.43	43.21	47.86	51.43	64.29	56.43	74.00	67.00
	DES. EST.	20.01	12.80	16.43	14.36	19.32	20.01	20.99	19.63	21.40	14.36	17.48	13.23	12.34	16.22	12.33	12.92	16.18	23.09
SEXO	12 MESES	AS	RP	ES	PR	AI	PE	HI	NA	RT	SO	IP	CU	RE	AE	PO	AP	DR	FI
HOMBRE	MEDIA	60.27	72.27	77.60	70.93	69.07	69.60	57.87	34.67	38.93	41.33	40.67	48.67	57.00	48.33	65.00	63.33	74.67	70.93
	DES. EST.	23.15	18.05	13.34	16.18	18.23	16.55	14.41	12.62	12.04	22.41	15.80	12.22	16.88	17.49	22.31	23.43	21.11	21.63
MUJER	MEDIA	64.31	63.69	71.08	72.92	62.77	64.00	53.54	31.69	37.23	42.69	33.08	38.85	46.15	45.00	63.46	64.62	70.00	69.46
	DES. EST.	22.36	20.56	18.91	17.22	18.07	18.48	16.86	10.64	11.36	20.55	12.17	8.45	19.06	17.68	12.34	20.05	14.85	26.26
SEXO	18 MESES	AS	RP	ES	PR	AI	PE	HI	NA	RT	SO	IP	CU	RE	AE	PO	AP	DR	FI
HOMBRE	MEDIA	66.89	73.78	76.44	73.78	73.56	70.67	52.00	34.22	33.78	50.56	41.11	46.11	48.89	56.67	74.44	75.00	75.44	92.56
	DES. EST.	22.65	21.64	16.55	14.58	12.72	11.31	22.89	9.40	9.61	22.21	16.16	21.22	12.69	23.21	21.22	24.62	20.34	16.70
MUJER	MEDIA	70.22	76.44	73.78	76.44	69.78	63.11	50.00	31.56	40.89	48.89	29.44	42.22	46.11	51.67	69.44	71.11	73.89	77.78
	DES. EST.	17.79	17.71	10.02	19.74	15.63	13.08	13.19	9.48	12.45	11.56	10.74	12.40	22.19	12.25	23.21	23.15	17.19	29.58

Tabla 17. Promedio de las estrategias de enfrentamiento medidas por el instrumento ACS distinguiendo por género.

Considerándose únicamente las estrategias de enfrentamiento que presentaran diferencias por 10. Se obtuvo que, los adolescentes que muestran recaídas utilizan con mayor frecuencia las estrategias: esforzarse y tener éxito (Es: $\bar{x}=73.7$) vs los que no recaen (Es: $\bar{x}=62.3$); resolver el problema (Rp: $\bar{x}=77.4$) vs los que no recaen (Rp: $\bar{x}=66$) y apoyo profesional (Ap: $\bar{x}=69.8$) vs (Ap: $\bar{x}=58.3$). Mientras que las estrategias que utilizan menos los que siempre recaen son: no afrontar (Na: $\bar{x}=27.3$) vs los que no recaen (Na: $\bar{x}=37.3$); ignorar el problema (Ip: $\bar{x}=31.3$) vs los que no recaen (Ip: $\bar{x}=50$); culparse a sí mismo (Cu: $\bar{x}=35$) vs los que no recaen (Cu: $\bar{x}=53.3$); reservarlo para sí (Re: $\bar{x}=41$) vs los que no recaen (Re: $\bar{x}=57$) y distracción física (Fi: $\bar{x}=73.8$) vs los que no recaen (Fi: $\bar{x}=86$). Véase figura 12.

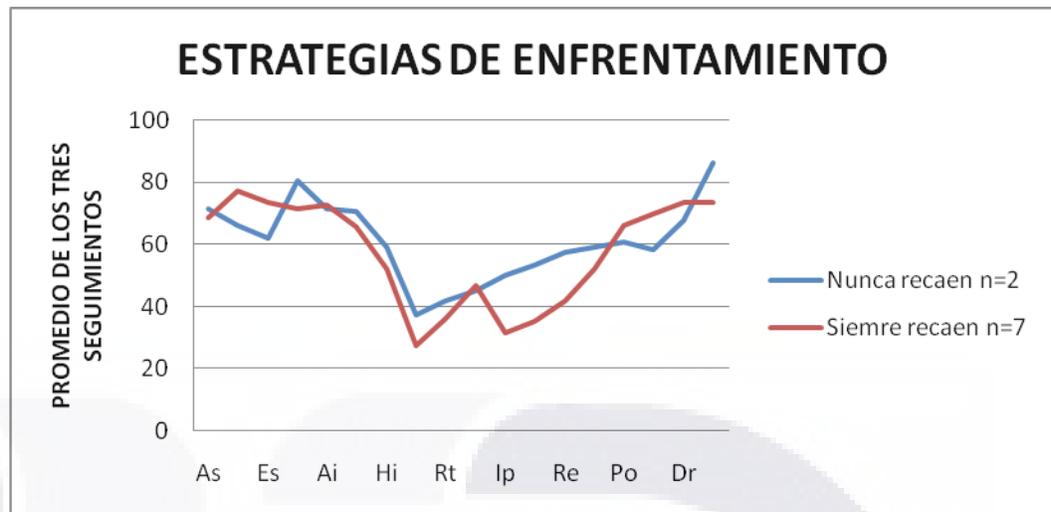


Figura 12. Diferencias en el promedio de los tres seguimientos, entre los adolescentes que recaen y los que no recaen.

Con el fin de analizar las estrategias de enfrentamiento ante situaciones específicas de consumo de alcohol (Registro de enfrentamiento, Bárcenas y Martínez, 2008), se examinó la narración de los adolescentes, los cuales reportan los siguientes resultados: hacen énfasis en que continuamente se enfrentan a situaciones que consideran de alto riesgo, ya que principalmente continúan asistiendo a fiestas y reuniones con sus amigos, situaciones que hasta antes de la intervención breve los han llevado a consumos excesivos, sin embargo, ellos explican que al ir avanzando en las sesiones de intervención, ellos se sienten con mayores habilidades para decidir consumir de forma moderada, hecho que es generalizado en los seguimientos.

Entre los contextos en las que los adolescentes se enfrentan ante situaciones de riesgo de consumo de alcohol son: reunión con amigos (67%), reuniones familiares (14%), problemas familiares (8%), eventos luctuosos (4%) y otros (3%). Véase figura 13.

Porcentaje de situaciones de riesgo de consumo excesivo a los que se enfrentan los adolescentes

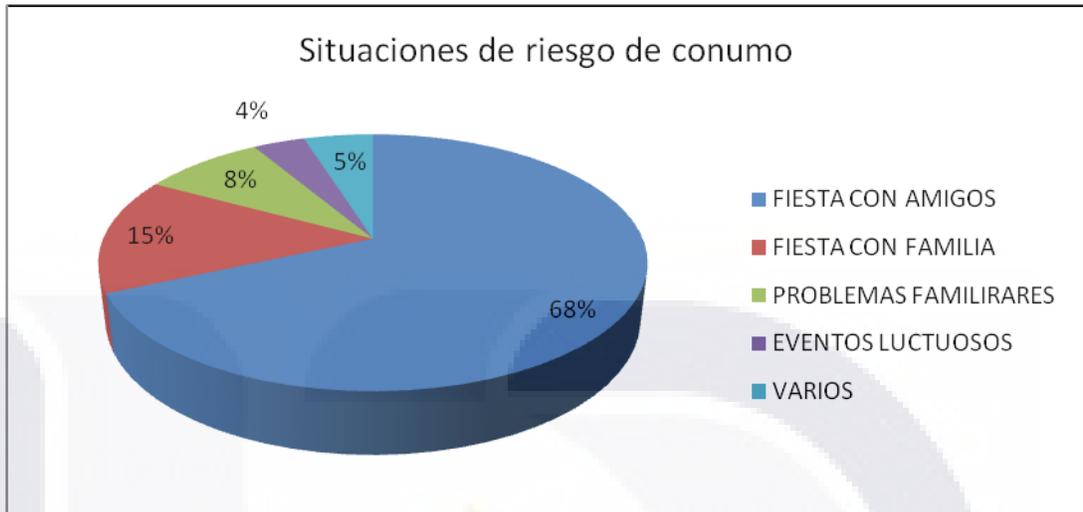


Figura 13. Resultado en porcentaje de las situaciones de riesgo a las que se enfrentan los adolescentes.

Los pensamientos y acciones que ellos realizan, según el registro de enfrentamiento, para evitar un consumo excesivo son: pensar en las consecuencias negativas de consumir en exceso (17%); platicar y bailar (10% c/u); recordar la meta de consumo que ellos se propusieron durante la intervención breve y retirarse del lugar (8% c/u), cuando al novio no le gusta que tomen (7%); comer durante la fiesta y decir que ellos no toman (6% c/u); ponerle refresco a su bebida, hacer deporte, echar relajo (4% c/u); cuando el contexto es desconocido para ellos, cuando tienen que trabajar o clases al día siguiente (3% c/u) y otros como: por ahorrar, dormir, no tener ganas (1% c/u). Véase figura 14.

Porcentaje de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los adolescentes para evitar el consumo excesivo

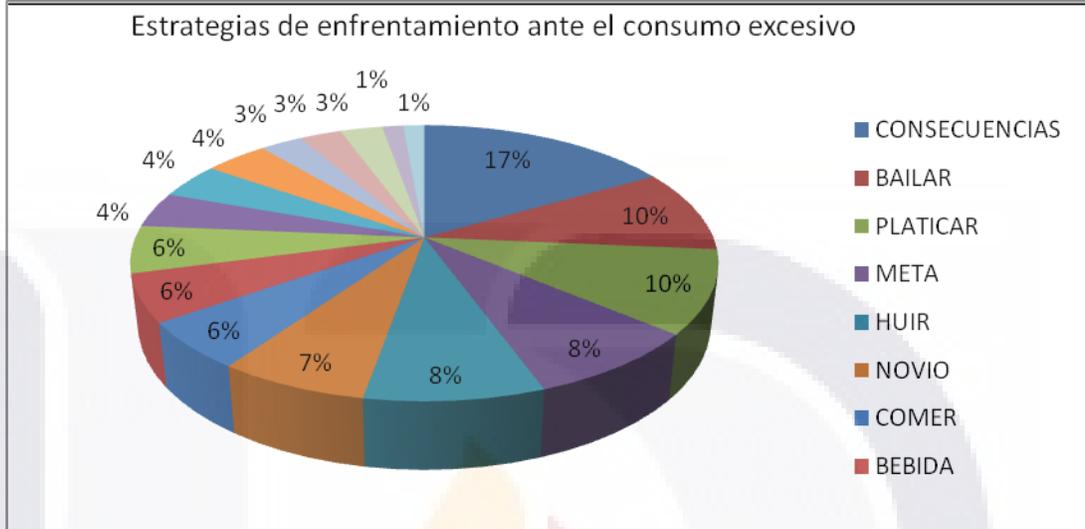


Figura 14. Porcentaje de los pensamientos y acciones que siguen los adolescentes para evitar consumir de forma excesiva ante situaciones de riesgo de consumo.

Con el fin de dar cumplimiento al último de los objetivos de la investigación se identificó la correlación entre las variables estrategias de enfrentamiento, auto-eficacia y recaídas, se determinó agrupar en 26 respuestas (los 18 categorías del instrumento ACS y los 8 factores del CCS) como variables independientes y las recaídas como la variable dependiente, para cada uno de las tres fases.

Debido a la cantidad de variables observadas en el tiempo, no es útil obtener correlaciones bivariadas, por lo que se optó por un análisis de regresión en el cual se observó los valores de $R^2_{ajustada}$, los cuales determinan el nivel de relación de la variable dependiente con las variables independientes.

Se observa que la variables “número de recaídas en cada una de las fases” la cual por tratarse de una variable de conteo en un periodo de tiempo sigue una distribución Poisson, por lo que es necesario realizar una transformación,

para que dicha variable siga una distribución aproximadamente normal. La transformación fue realizada de la siguiente manera: la cual nos indica así que dicha variable se le aplicara la siguiente transformación:

$$\text{Nueva Variable} = \sqrt{1 + \text{No.Recaídas}}$$

Ya con esta nueva variable se ajustó el modelo de regresión para lo correspondiente a los 6 meses obteniéndose un valor de $R^2=0.9951$ y $R^2_{ajustada}=0.9312$, lo cual es considerado como un alto grado de correlación del 93% entre las variables dependientes y la independiente.

A los 12 meses se observó valores de $R^2= 0.9878$ y $R^2_{ajustada}= 0.6716$, esta puntuación, si bien es menor a la anterior, aún se encuentra con un buen nivel de correlación entre las variables dependientes y la independiente.

A los 18 meses se observa que no respondieron 6 personas quedándonos solamente 26 personas y continuando con 26 variables, originándose el problema de singularidad en la matriz a invertir para la estimación de parámetros del modelo, así que se optó por eliminar ciertas categorías, las menos significativas en los 2 anteriores modelos ajustados y trabajar solamente sobre el valor de R^2 no ajustada; las variables eliminadas fueron nec4, pres4, lp3, Ap3, Ae3, Rt3. Al ajustar el modelo se observó un valor de $R^2= 0.9279$ lo cual equivale a un alto nivel de correlación entre ambas variables.

Discusión.

El objetivo de la presente investigación fue analizar el mantenimiento del cambio, mediante tres variables: patrón de consumo, nivel de auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento en 29 estudiantes adolescentes consumidores de alcohol, pertenecientes al estado de Aguascalientes. De los cuales 15 son hombres y 14 mujeres, las edades oscilan entre los 14 y 18 años.

El mantenimiento del cambio de conductas adictivas es una variable que se ha estudiado a 6 y 12 meses después de haber concluido una intervención (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008; Salazar, 2008; Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio, 2010; Barragán, 2005; Oropeza, 2003). Sin embargo, es importante conocer si el cambio realizado durante el tratamiento se mantiene en un lapso de tiempo mayor a 12 meses, por lo que el presente estudio constituye uno de los primeros esfuerzos por evaluar el mantenimiento del cambio a más largo plazo (18 meses). Analizando las recaídas desde el modelo dinámico de Witkiewitz y Marlatt (2004), quienes reconocen que es el autocontrol el que se encuentra inmerso dentro del proceso de mantenimiento del cambio, evitando la recaída a través de la adquisición de habilidades de enfrentamiento que conllevan a una elevación en el nivel de auto-eficacia.

Entre las variables estudiadas, se destaca que, el promedio de consumo de alcohol entre los participantes, muestra una permanencia en la disminución del consumo a los 6 meses posteriores al tratamiento, estos resultados coinciden con los reportados por los estudios realizados para mostrar la eficacia de los programas de intervención breve en adolescentes consumidores de alcohol (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008 y Salazar 2008). Estas modalidades han manifestado ser costo-efectivas para el tratamiento con adolescentes que abusan del alcohol, demostrando resultados positivos en la cantidad y frecuencia de consumo, así como en la reducción de problemas asociados al consumo y en el incremento en los niveles de auto-eficacia en los adolescentes, tanto de zonas urbanas como rurales

Las intervenciones psicológicas han demostrado ser fundamentales a mediano plazo, encontrando que los participantes que reciben cierta forma de tratamiento, reducen el consumo de sustancias y mejoran otros aspectos de su vida (NIDA, 2003). Hecho que se demuestra en la presente

investigación, con los resultados encontrados en el patrón de consumo en la fase de seguimiento a 6 meses. Sin embargo, a los 12 Y 18 meses de seguimiento, se detecta un ligero incremento en el promedio de consumo de alcohol. Aunque el incremento, no logra alcanzar el regreso al patrón de consumo inicial. Estos resultados son congruentes con el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1986) y el modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), donde se señala al proceso de cambio como una serie de pasos donde se presentan recaídas, incluso posibles retornos al patrón de consumo inicial.

Continuando con la variable patrón de consumo, se destaca que, el promedio de consumo entre ambos sexos, antes de la intervención muestra una mínima diferencia, lo cual coincide con los datos proporcionados por la ENA (2008), y por otros investigadores, en donde se menciona que existe una tendencia por la igualación en los patrones de consumo (Orgaz, Segovia, López, y Tricio, 2005). De igual manera, se reconoce que ambos sexos disminuyeron su consumo al concluir el tratamiento y permanecen en el cambio a los 6 meses. Sin embargo, a los 12 meses, el sexo masculino muestra un incremento en el promedio de consumo de alcohol y continúa elevándose a los 18 meses; mientras que las mujeres permanecen casi estables en el promedio obtenido de los 6 y 12 meses y así continua con una ligera elevación a los 18 meses. Con estos datos pareciera que son las mujeres quienes logran mantenerse con mayor éxito en el cambio del patrón de consumo, ya que una vez que ambos sexos disminuyen su promedio de consumo, son los hombres quienes muestran una mayor elevación en el promedio de consumo a lo largo de los seguimientos.

Posiblemente el análisis de estos resultados esté en función de lo señalado por Cortés, Espejo, Giménez, 2008; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2005, quien sugiere que algunos factores, como el modelaje, la presión social, vinculación social, permisividad y accesibilidad del alcohol

representa un mayor impacto en los hombres. Además, otros estudios han identificado que las intervenciones de reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, son más exitosas en las mujeres, ya que por lo general tienden a presentar menores problemas asociados, (American Collage Health Association, 2007).

Otro dato a resaltar, es la variación que se identifica en cuanto al patrón de consumo en función de la modalidad de la intervención. Los adolescentes que participaron en PIBA presentan un promedio de consumo más elevado que los que participaron en CB durante línea base. Los adolescentes del PIBA muestran una disminución abrupta posterior al tratamiento y este cambio se mantiene hasta los 6 meses de seguimiento. Sin embargo, su promedio de consumo se eleva significativamente a los 12 meses de seguimiento y continúa en esta tendencia hacia los 18 meses. Por lo que, se está identificando en los participantes del programa de cinco sesiones, falta de permanencia en el cambio a más largo plazo, sin embargo, se reconoce que no se está regresando al patrón de consumo inicial. Mientras que, al analizar el CB, los resultados muestran diferencias en la secuencia del proceso de cambio, es decir, de la línea base (antes del tratamiento) a los 6 meses de seguimiento, se muestra una leve disminución sobre el patrón de consumo; hacia los 12 meses de seguimiento continúa disminuyendo lentamente, presentándose una ligera elevación en el promedio de consumo a los 18 meses, sin alcanzar la disminución en el promedio que presentaron a los 6 meses. Por lo que, los participantes del PIBA muestran mayor movilidad en el patrón de consumo, a diferencia de aquellos que participaron en CB, quienes tienden a permanecer en el cambio durante los 18 meses de seguimiento.

Las posibles explicación a estos hallazgos, podrían ser, por una parte, que el patrón de consumo de los adolescentes que participan en el CB, muestra niveles de consumo más bajos que los participantes de PIBA,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

antes de la intervención breve y posiblemente se encuentren con una menor cantidad de factores asociados al consumo de alcohol, como podrían ser, las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol, que pudrían estarse presentando con mayor fuerza en los adolescentes que tienen promedios de consumo más elevados, ya que estudios han demostrado que las expectativas positivas de los efectos de las sustancias son asociadas con pobres resultados en el tratamiento (Connors, Tarbox, y Faillace, 1993) y las expectativas negativas de los efectos son relacionadas con mejores resultados durante el tratamiento (Jones y McMahon, 1994). Hecho que es necesario indagarlo en futuras investigaciones. Además, por otra parte, en investigaciones previas, las cuales han tenido como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones breves, haciendo distinción entre el CB y el PIBA, se ha encontrado que el programa de 5 sesiones, ha obtenido mejores resultados en la disminución del patrón de consumo a 6 y 12 meses de seguimiento en comparación con el CB (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, Ayala, 2008 y Salazar 2008). Esto debido a que, la modalidad del PIBA permite al adolescente un mayor entrenamiento en la identificación de situaciones de riesgo, planteamiento de metas, retroalimentación de su patrón de consumo y monitoreo. Estos resultados coinciden con la presente investigación, solo hasta los 6 primeros meses de seguimiento, sin embargo hacia los 12 meses de seguimiento los resultados son distintos, ya que los adolescentes participantes del PIBA mostraron una recuperación en el patrón de consumo de alcohol y los de CB continúan disminuyendo ligeramente su nivel de consumo. Se sugiere realizar nuevas investigaciones en función a estas diferencias encontradas en el patrón de consumo en ambas modalidades y con un mayor número de participantes.

De acuerdo con Marlatt y Gordon (1985), después de la cesación inicial del uso de sustancias, comienza el desarrollo de un estado crítico del

proceso de cambio, y la recaída es vista como parte de la transición; por lo que la presencia de recaídas durante el proceso de cambio es considerado como normales y esperadas (Marlatt y Gordon, 1985). En este estudio se identifican participantes que no muestran ninguna recaída en los tres seguimientos, sin embargo, la mayor parte de los adolescentes recae en uno, dos o en los tres seguimientos. El número de recaídas, en su mayoría en una o dos ocasiones, por lo que a partir de estos resultados, podrían surgir varias preguntas, como por ejemplo: la recaída está formando parte del proceso de cambio; cuando y cuantas recaídas pone al adolescente en riesgo de incrementar la probabilidad de un posible regreso al patrón de consumo; en cuantas ocasiones de posible consumo abusivo si recayó y en cuantas mantuvo un consumo moderado o se mantuvo en abstinencia (a pesar de que las circunstancias, estuvieran propicias para un consumo abusivo, como lo era antes de la intervención); cuales fueron las circunstancias que lo llevaron a una recaída. Otro punto a considerar en función a futuras investigaciones, es el hecho de determinar que una recaída no es igual cuando el consumo sobrepasa por un trago estándar que por seis o más tragos.

Otra variable estudiada en este trabajo, es la auto-eficacia, la cual mostró un claro incremento en el promedio en las 8 categorías evaluadas por el cuestionario breve de confianza situacional, de línea base al término del tratamiento, este cambio perduró hasta los 6 meses de seguimiento, mostrando ligeras variaciones en la disminución del promedio general a los 12 y 18 meses de seguimiento. En éste sentido, se identifican con menores porcentajes de auto-eficacia, aquellas situaciones que tienen relación con emociones agradables y situaciones agradables con otros, en tanto que los promedios más altos de auto-eficacia se encuentran en situaciones de malestar físico y necesidad de consumo, es decir, los adolescentes manifiestan mayor confianza en sí mismos de no consumir

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ante la presencia de malestar físico, de igual manera la necesidad de consumir no es una situación riesgosa para ellos. Lo que nos demuestra que las intervenciones breves favorecen el incremento en la percepción de auto-eficacia en aquellas situaciones de riesgo, debido en gran parte al entrenamiento en estrategias de enfrentamiento que se realiza durante las sesiones.

Por otra parte, podría decirse que, se identifica que a menor porcentaje obtenido en los niveles auto-eficacia, los adolescentes también presentan una elevación en el nivel en el patrón de consumo. Datos que concuerdan con la teoría, es decir, altos niveles de auto-eficacia son predictores de mejores resultados en personas que consumen alcohol (Greenfield, Hufford, Vagge, Costello y Weiss, 2000; Maistor, Connors y Zywiak, 1996; Solomon y Annis, 1990; Rychtarik, Prue, Rapp y King, 1992; Burling, Reilly, Molten y Ziff, 1989; Solomon y Annis, 1990; Project MATCH Research Group, 1998).

Igualmente, se reconoce que a los 6 meses de seguimiento en la categoría de momentos agradables con otros da como resultado promedios de auto-eficacia elevados, sin embargo, ésta va disminuyendo a lo largo de los seguimientos y se observa una disminución significativa en los adolescentes que muestran recaídas. De lo cual, podría explicarse que es ante los pares en donde se identifican con menor capacidad para evitar consumos de alcohol que sobrepasan los límites de la moderación, lo que coincide con la literatura, en donde se menciona que en la etapa de la adolescencia es en donde el individuo aprende a alternar con su grupo de pares y enfrentar una gran cantidad de presión social, conflictos y múltiples oportunidades (Compas, Orson y Gran, 1993).

Se identifica en ambas modalidades de intervención las diferencias en los resultados obtenidos en la variable auto-eficacia. Encontrándose en esta investigación, una mínima variación en el nivel de auto-eficacia en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

línea base en ambas modalidades. Sin embargo, a los 6 meses de seguimiento se identifica que el promedio en el nivel de auto-eficacia se encuentra elevado en ambas modalidades, y aún más en los participantes de CB continuando así hasta los 12 meses. Las tres categorías principales en las cuales disminuye el nivel de auto-eficacia en los participantes del PIBA son: probando auto-control, presión social y momentos agradables con otros. A los 12 meses de seguimiento se identifica una mayor diferencia entre ambas modalidades, disminuyendo aún más su promedio general los participantes del PIBA, quedando únicamente superior en su puntuación de la categoría emociones agradables y emociones desagradables. Esto podría significar que, el PIBA está cumpliendo con el objetivo de fortalecer la auto-eficacia, ya que emociones agradables es una de las situaciones de consumo más frecuente entre los adolescentes y emociones desagradables es en sí misma una situación de riesgo.

A los 18 meses, en ambas modalidades se identifican puntuaciones con un patrón semejante de auto-eficacia al obtenido en línea base (antes de la intervención) en algunas de las categorías, hecho que coincide con la elevación en el patrón de consumo de alcohol en los adolescentes en esta fase. Por lo que se propone realizar análisis a mayor plazo, con el fin de observar la efectividad en los resultados de la auto-eficacia en ambas modalidades.

Otras de las variaciones de la auto-eficacia están en función del sexo. En la línea base, los promedios en el nivel de auto-eficacia se encuentra por debajo de la media, a excepción de malestar físico y necesidad física. En los hombres se presenta ligeramente más elevado que en las mujeres en las 8 categorías del cuestionario de confianza situacional. Sin embargo, las mujeres elevan por encima de los hombres su percepción de auto-eficacia al término del tratamiento y mantienen este promedio en los primeros 6 meses de seguimiento, sobre todo en las categorías probando control, necesidad física y presión social; quedando únicamente una

percepción baja de auto-eficacia en la categoría de emociones agradables. Por lo que surgen algunas interrogantes sobre: que factores se encuentran involucrados para que las mujeres tiendan a mantener un nivel mayor de auto-eficacia que los hombres; el que ellas observen que van cumpliendo sus metas de consumo las motiva para permanecer en el cambio; son los roles de hombre y mujer lo que hace que las mujeres se ven menos presionadas socialmente para consumir.

A partir de estos resultados, es importante cuestionarnos acerca de las variables que influyen para que la auto-eficacia, una vez que ha conseguido altos niveles al término del tratamiento y se mantengan por un tiempo, posteriormente éstos tiendan a disminuir a largo plazo. Por lo que, se considera necesario continuar investigado la variable de auto-eficacia a mayor tiempo, con el fin de identificar si estas variaciones son propias del proceso de cambio (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Es ésta investigación, uno de los primeros trabajos realizados en el estudio de 18 estrategias de enfrentamiento en el mantenimiento del cambio a 18 meses en adolescentes consumidores de alcohol que han concluido un programa de intervención breve. Los resultados obtenidos de esta variable muestran puntuaciones superiores en *Acción positiva y esforzada* y en *Acción positiva hedonista*; puntuaciones en la media en *Postura de introversión* y promedios bajos en *Huida intrapunitiva*. De lo cual podría decirse que, los adolescentes están haciendo mayor uso de estrategias como: concentrarse en resolver el problema y esforzarse y tener éxito, estas estrategias son trabajadas durante las sesiones de intervención breve, cuando al adolescente a través de la entrevista motivacional, se le invita al cambio en su comportamiento ante el consumo de alcohol y se le hace consciente que el proceso de cambio es requiere de esfuerzo y perseverancia (montaña del cambio). Preocuparse, fijarse en lo positivo y hacerse ilusiones son estrategias trabajadas con las consecuencias negativas y positivas del cambio y el establecimiento

de metas de vida. Distracción física, es una alternativa que los adolescentes suelen tomar para evitar el consumo o el consumo abusivo, por ejemplo suelen decir que “decido no consumir si tengo un partido de fut bol al día siguiente o en lugar de seguir consumiendo alcohol mejor me voy a jugar o a bailar”. Unas de las estrategias que suelen utilizar con mayor frecuencia los adolescentes y que pasa a ser una situación de riesgo son: diversión relajante, invertir en amigos íntimos y buscar pertenencia, ya que los adolescentes reportan los niveles más bajos de auto-confianza ante los momentos agradables con otros.

Por otra parte, utilizan con poca frecuencia las estrategias de no enfrentamiento, reducción de la tensión, auto-inculparse e ignorar el problema. Por lo que se podría decir que, el hecho de que el adolescente acepte e inclusive muestre interés en participar en los programas de intervención breve, refleja el compromiso del adolescente por cambiar su comportamiento ante el consumo de alcohol, por hacer frente a la situación ya que la mayor parte de los adolescentes han vivido consecuencias negativas asociados a su patrón de consumo.

Los datos identificados en las estrategias de enfrentamiento coinciden en las puntuaciones encontradas por autores como Frydenberg y Lewin (1996); Wagner, Myers y Inunch, (1999); Luengo, Romero, Gómez, Villar y Sabral, (2006); González, Elzo, González-Anleo, López y Valls (2006) y Bárcenas, Martínez y Pedroza (2009), quienes han estudiado con consumidores habituales, consumidores ocasionales y no consumidores.

De manera más específica, se realizó una comparación entre las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los adolescentes que presentaban recaídas, contra aquellos que no recayeron en ninguno de los seguimientos. Los participantes que muestran un mayor número de recaídas utilizan con mayor frecuencia estrategias que no están enfocadas a favor de un cambio, como sería: auto-inculparse, reservarlo para sí y buscar apoyo espiritual; además presentar puntuaciones aún más altas en

la estrategia de riesgo, es decir en las situaciones en las que ellos se sienten con menor confianza de no consumir de forma abusiva, como lo es diversión relajante. De igual manera, presentan puntuaciones más elevadas que los participantes que no muestran recaídas, en las estrategias de acción social y ayuda profesional, situación que es necesario indagar ya que, podría decirse que quizá estén buscando un cambio y requieran un apoyo terapéutico más cercano.

A partir de estos hallazgos, surge la inquietud de indagar con mayor precisión hasta qué punto el uso elevado de una estrategia de enfrentamiento enfocada hacia la acción positiva está favoreciendo el regreso al patrón de consumo inicial, como lo es la búsqueda de diversión relajante, la acción social y la búsqueda de ayuda profesional. Por lo que se propone complementar con nuevas formas de evaluar las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los adolescentes participantes en los procesos de intervención breve.

En el presente estudio, se logran observar algunas distinciones en la variable estrategias de enfrentamiento utilizadas por los hombres y las mujeres. En investigaciones previas, se ha presentado que las estrategias focalizadas en las emociones se asocian mayormente a las mujeres, y los varones utilizan con mayor frecuencia la búsqueda de diversión relajante y la distracción física (Frydenberg y Lewis, 1996; Plancherel y Bolognini, 1995). Sin embargo, los resultados encontrados nos señalan que las variaciones obtenidas entre ambos sexos son mínimas, registrándose que son los hombres quienes presentan promedios ligeramente más elevados en el uso de las 18 estrategias en los tres seguimientos.

Podría cuestionarse a partir de esta información la importancia en el entrenamiento del uso de estrategias de enfrentamiento, principalmente en la estrategia diversión relajante, ya que su uso pone en riesgo de consumo abusivo al adolescente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con el objetivo de tener datos más concretos acerca del tipo de estrategias utilizadas por los adolescentes en diversas situaciones de consumo en las que no hayan presentado recaídas, se diseñó un instrumento denominado, Registro de Enfrentamiento (Bárceñas y Martínez 2008), el cual fue elaborado bajo la iniciativa de conocer cuáles son las acciones específicas que los adolescentes en proceso de cambio, realizan al enfrentarse ante las situaciones de consumo de alcohol y que previas a la intervención eran motivo de consumo abusivo. Este instrumento proporcionó datos muy interesantes, de las situaciones a las que los adolescentes suelen enfrentarse y son valoradas por ellos mismos como de alto riesgo de consumo: reuniones con amigos, reuniones con familiares, problemas con familiares y eventos luctuosos. Los adolescentes narran que una vez concluida la intervención breve, ellos suelen llevar a cabo acciones y pensamientos que les han ayudado a mantenerse en el cambio, como: piensan en las consecuencias negativas de consumir en exceso y suelen recordar su meta de consumo, se ponen a bailar, platicar o deciden retirarse del lugar. Cabe señalar, que sólo algunos adolescentes y ante algunas ocasiones logran un consumo moderado o la abstinencia. A partir de estos datos, obtenidos del instrumento registro de enfrentamiento, surgen propuestas para futuras investigaciones, las cuales son mencionadas más adelante.

Como punto final de los resultados de esta investigación se realizó un análisis de correlación (Montgomery, 2001), el cual permitió observar la intensidad en la asociación entre la variable dependientes (patrón de consumo) y las variables independiente (auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento), encontrando alto grado de correlación entre ambas variables. Esta información confirma lo afirmado por el modelo dinámico de Witkiewitz y Marlatt (2004) y por los hallazgos encontrados en estudios que describen que la percepción de ausencia de apoyo por parte de la familia, la presión social, la percepción positiva de los efectos de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sustancia y la falta de estrategias de enfrentamiento, son los principales predictores del consumo abusivo de alcohol y han demostrado que el incremento en el uso de estrategias de enfrentamiento y técnicas de tipo conductual colaboran en el mantenimiento del cambio y evitan la recaída (Hamdan-Mansour, Puskar y Sereika, 2007; Cooper, Russell y George, 1988; Wills y Hirky, 1996; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney y Abrams, 2002; Niaura, Shadel, Britt y Abrams, 2002; Connors, Tarbox y Faillace, 1993; Jones y McMahon, 1994; Morgenstern y Longabaugh, 2000; Litt, Kadden, Cooney y Kabela, 2003; Brown, Vik y Creamer 1989; Myers y Brown, 1990). Sin embargo el dato encontrado en la presente investigación no logra proporcionar una mayor información de cómo esas variables se están relacionando.

Por otra parte, entre los objetivos de esta investigación sólo se planteó el estudio de las variables patrón de consumo, auto-eficacia y estrategias de enfrentamiento, sin embargo, se reconoce como una limitante la falta del estudio de otras variables que han sido identificadas como parte del proceso dinámico en la modificación de conductas adictivas (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Dentro de estos componentes se encuentran las expectativas de los resultados sobre los efectos positivos del alcohol, los cuales se reconocen como los efectos anticipados que un individuo espera que ocurran como resultado del consumo de la sustancia (Jones, Corbin, Fromme, 2001; Leigh y Stacy, 1991; Stacy, Widaman y Marlatt, 1990); los estados emocionales, los cuales se identifican como el afecto negativo y como un motivo principal para el uso de sustancias (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, y Fiore, 2004); la motivación, que como menciona la literatura, el individuo determina el inicio del cambio, la continuación y el mantenimiento, puede ir variando de una motivación extrínseca a una intrínseca, conforme avanzan las etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982; McWhirter, Florenzano y Soublerre, 2002; Llorens, Perelló y Palmer, 2004). Además, el auto control, ya que el

individuo puede tener una participación activa, aprender a controlar su propia conducta, elegir entre varias acciones alternativas, e inclusive, alterar variables externas e internas que le permiten mantener su meta de consumo (Rachlin, 2004). Estos componentes se identifican como posibles determinantes en el proceso natural de la recaída y la falta del cambio en alguno de ellos podría estar determinando la recaída (Marlatt y Gordon, 1985), por lo que un análisis más detallado de cada uno de ellos proporcionaría mayor información sobre el mantenimiento del cambio.

Existe otra limitante, como el hecho de que en el estudio se inició ex post facto y por tanto no se incluyó la evaluación de la variable de estrategias de enfrentamiento previo al seguimiento (evaluación en línea base), lo cual no permitió, confirmar si el patrón en el uso de las estrategias fue modificado durante la intervención breve.

Una propuesta de investigación, a partir de los hallazgos y las limitantes en esta investigación es sobre la complejidad al establecer el término recaída. Se determino en este trabajo, considerar la recaída como aquel consumo que sobrepasara lo establecido por la Organización Mundial de la salud (OMA), la cual establece que tres copas por ocasión de consumo en las mujeres y cuatro en los hombres, es un consumo que incrementa las situaciones de riesgo en los adolescentes y por tanto es considerado como un abuso en el consumo. Esta decisión fue tomada en función de uno de los objetivos de las intervenciones breves, el cual acuerda la disminución de las situaciones de riesgo; por lo tanto, el terapeuta trabaja desde la entrevista motivacional en la promoción del cambio hacia la abstinencia o la moderación en el consumo. Sin embargo, está determinación solo permite saber cuantas ocasiones el adolescente sobrepaso el consumo moderado y limita el hecho de conocer cuáles fueron las circunstancias y/o el contexto específico que lo condujo a recaer. Además, en los adolescente participantes en cualquiera de las dos modalidades de intervención breve, es necesario tener presente que, no muestran signos de dependencia al alcohol, lo que marca el hecho de que si en alguna ocasión el adolescente consume de

manera abusiva, esto no determina que continúe recayendo en cada uno de los futuros consumo, sin embargo, la literatura establece que a mayor número de recaídas, se incrementa la posibilidad del regreso al patrón de consumo inicial (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Otro punto a discutir, es que una recaída es valorada de la misma forma cuando el adolescente, por ejemplo: un hombre consumo 4 copas por ocasión, que cuando consume 6 o más copas, por lo que este dato podría estar perdiendo su función de ser un criterio determinante del mantenimiento del cambio. Otro punto es el hecho de que los adolescentes por las características propias de su edad, un consumo abusivo podría estar determinado por razones muy distintas a la recaída en un usuario dependiente.

Por lo que, se considera que en los seguimientos de las intervenciones breves, que hasta el momento han aportado datos valiosos, en función a la medición de las variables, se retomen los fundamentos de la entrevista motivacional, y pase a ser una entrevista de seguimiento que facilite el apoyo necesario para el mantenimiento del cambio del adolescente. Se sugiere la realización de un seguimiento estructurado de la siguiente manera:

- 1. Se realice el seguimiento a un mes.**
- 2. Después de establecido el raptor en la primera sesión del seguimiento, se aplique el instrumento LIBARE y el CIDI alcohol. En función a los resultados obtenidos en estos dos instrumentos, el terapeuta realice una entrevista de seguimiento a profundidad bajo la perspectiva de la entrevista motivacional (Miller 1985; Miller y Rollnick, 1991) y será necesario que se encuentre capacitado en el programa de intervención breve para adolescentes PIBA y se apoye en el material ya existente, ya que puede suceder lo siguiente:**

2.1. En caso de no presentar recaídas: Fortalecer las acciones que lo han llevado a mantenerse en el cambio, recordar el valioso uso de los materiales y dar una nueva cita a los 3 meses.

2.2. En caso de presentar de una a más recaídas, el terapeuta requiere estar capacitado para identificar los requerimientos del caso y deberá hacer uso de las sesiones necesarias del programa PIBA. Una vez concluidas la sesión o sesiones, el terapeuta establecerá una nueva cita de seguimiento a los 3 o 6 meses, en función de lo que el caso requiera y realizará una nueva entrevista de seguimiento motivacional. A los 3 o 6 meses del seguimiento (según el caso), aplicara nuevamente una entrevista de seguimiento a profundidad y determinara si es necesario continuar reforzando el mantenimiento del cambio, haciendo uso de alguna de las sesiones del PIBA.

Todo lo anterior con el fin de llevar a cabo un acercamiento terapéutico con cada uno de los adolescentes involucrados. En caso de que las condiciones, no permitan el seguimiento de forma más continua será necesario indagar sobre posibles apoyos que se puedan proporcionar a través de las redes sociales.

Otra propuesta de investigación, con base en los resultados encontrados en el patrón de consumo de ambas modalidades, se presenta en función a los terapeutas encargados de realizar las intervenciones breves, ya que se han realizado estudios sobre estilos terapéuticos, en donde se concluye que la personalidad del terapeuta ha sido determinante en el modo de comunicación e interacción que establece con el paciente (Corbella y Fernández, 2006), pero no se han encontrado estudios específicos sobre los terapeutas que llevan a cabo este tipo de intervenciones breves. De igual manera, no se ha identificado la influencia que puede tener en el mantenimiento del cambio, el hecho de que el terapeuta que realiza la intervención sea el mismo que realiza los seguimientos o en caso de cambiar de terapeuta como afecta el proceso de mantenimiento.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Otra de las propuestas en este estudio longitudinal a 18 meses, está en función al alto índice de correlacionan encontrado entre el patrón de consumo, la auto-eficacia y las estrategias de enfrentamiento, en el proceso del cambio. Ya que los resultados estadísticos permitieron encontrar que el patrón de consumo está determinado por el nivel de eficacia y el uso de estrategias de enfrentamiento, sin embargo, este dato no ha proporcionado información de cómo éstas variables se influncian. Por lo que se propone realizar, una modificación al instrumento Registro de enfrentamiento de la siguiente forma:

Se especificará por lo menos 4 situaciones de consumo: reunión con amigos, reuniones familiares, problemas familiares, eventos luctuosos (estas situaciones están determinadas en función a los datos reportados por el registro de enfrenamiento).

- 1.1 Se indagará sobre si su consumo fue moderado, abusivo o no consumió.
- 1.2 Se indagara sobre el nivel de auto-eficacia que sentía en esa circunstancia. Esto puede hacerse en función a las 8 categorías evaluadas en el instrumento CCS, solo que con instrucciones específicas en esa situación.
- 1.3 Se indagara sobre las acciones realizadas en ese momento. El terapeuta deberá estar capacitado en las 18 estrategias de enfrentamiento medidas por el instrumento ACS, con la finalidad de identificar a que categoría pertenece la acción realizada.
- 1.4 A partir de la identificación de estas tres variables (consumo, auto-eficacia y estrategia de enfrentamiento), el terapeuta podría determinar cómo se están correlacionando estas tres variables y estará capacitado para retroalimentar y fortalecer al adolescente para futuras situaciones de consumo.

En conclusión, este trabajo ha proporcionado conocimiento de las variables patrón de consumo y auto-eficacia, desde antes de la intervención y en cada uno de los 6, 12 y 18 meses de seguimiento, así como de la variable estrategias de enfrenamiento, en las tres fases del seguimiento. Es a partir de estos hallazgos que se han realizado algunas propuestas que posiblemente permitirán el fortalecimiento del cambio en el patrón de consumo de los adolescentes participantes del los programas de intervención breve.



REFERENCIAS

Allahverdipour H, Hidarnia A, Kazemnegad A, Shafii F, Azad Fallah P, Emami A (2006). The status of self-control and its relation to drug abuse related behaviors among Iranian male high school students. *Soc Behave Peers*, 34: 413-24.

Annis, H. M. y Davis, C. S. (1988). *Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial*. In T. B. Baker y D. Cannon (Eds.). *Addictive Disorders: Psychological Research on Assessment and Treatment* 88-112). New York. Praeger.

American Collage Health Association 2007. The American Collage Health Association National Collage Health Assessment (ACHA-NCHA) spring 2006 reference group date report (abridged). *J Am Coll Health*; 55:195-2006

APA, (2002). *Society of Clinical Psychology, a Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments*. American Psychological Association.

Ayala, H. Cárdenas, G. Echeverría, L. Gutiérrez, M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas con su forma de beber. México: Porrúa.

Ayala, H., Echeverría, L. Sobell, M & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta comportamentalía*, 1, 71-93.

Babor, T. & Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención Breve para el consume de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud.

Babor, T., M. Aguirre-Molina, G.A. Marlatt, and R. Clayton (1999). Managing alcohol problems and risky drinking. *American Journal of Health Promotion*, v.14, No.2: 98-103.

Baker, T. & Piper, M., McCarthy, D., Majeskie, M. & Fiore, M. (2004). *Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement*. *Psychological Bulletin*, 111, 33-51

Bandura, A. (1964). The Stormy Decade: Fact or Fiction? *Psychology in the School*, 1, 224-231.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.

Bandura, A., & Kupers, C. J. (1964). Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(1), 1-9.

Bandura, A., & Mischel, W. (1965). The influence of models in modifying delay of gratification patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 698-705.

Barkin, S.L, Smith, K.S y DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30. 448–454

Barragán, T. L. (2005). Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. México: UNAM.

Beck, A., Wright, Newman & Liese. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York. Guilford Press.

Becker, W.C., Engelman, S. & Thomas, D.R. (1971). *Teaching: A course in applied psychology*. Palo Alto, California: Science Research Associates.

Bear, J. S. Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). High-risk drinking across the transition from high school to collage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 54-61.

Becoña, E. y Oblitas, L. (2006). Promoción de estilos de vida saludables. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (2 ed., pp. 83-109). México: Thomson.

Belcher H. M. y Shinitzky, H. E. (1998). Substance abuse in children: prediction, protection and prevention. *Archives of Pediatric Medicine* 152 (10): 952-960.

Breslin, C. Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E. & Itting-Deland, V. (2000). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 10-16.

Brown, S. A. Vik, P.W., & Creamer, V. A. Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 1989; 14: 291-300.

Bukstein, O.G. (1994). Treatment of adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health & Research World*, vol. 18. Academic Search Premier.

Burling, T. A., Reilly, P. M., Molten, J. O. & Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(4), 354-360.

Burling, T., Reilly, P., Molten, J. & Ziff, D. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (4), 354-360.

Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19-35.

Chambers, R., Taylor, J. & Potenza, M. (2003). Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.

Chambless, D, Sanderson, W., Shoham, V., Bennett J., Pope, K., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, D., Sue, S., Beutler, L., William, D., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5.18.

Chaney, E.F., Roszell, D.K. y Cummings, C. (1982). Relapsed in opiate addicts: A behavioral analysis. *Addictive Behaviors*, 7, 291-297.

Chassin, L. And Ch. DeLucia (1996). Drinking during adolescence. *Alcohol Health & Research World*, vol. 20, n.3.

Compas, E., Connor-Smith, K., Saltzman, H., Thomsen, H. & Wadsworth, E. (2001). Coping with stress during Childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.

Compas, E., Orson, G., & Gran, E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.

Connors, G., Tarbox, A., & Faillace, L. (1993). Changes in alcohol expectancies and drinking behavior among treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 676-683.

Connors, G., Maistor, S. & Zywiak, (1986). Extensions of relapse predictors beyond high-risk situations: Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91 (Suppl.), 173-189.

Cooney, N.L.; Zweben, A.; Fleming, M.F. (1995) Screening for alcohol problems and at-risk drinking in health-care settings, En: Hester, R.K.; Miller,

W.R. (Eds.) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives (Massachusetts, Allyn & Bacon).

Cooper, M., Russell, & George, W. (1998) Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*; 97: 218-230.

Cooper, O. J., Heron, E. T. & Heward, L. W. (1987). Auto-control. En *Applied Behavior Analysis*. Columbus Ohio: Merrill Publishing Company.

Cooper, O. J., Heron, E. T. & Heward, L. W. (2006). Mantenimiento del cambio. En *Applied Behavior Analysis*. 2a. Ed. Pearson.

Corbella, S., y Fernández Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y constructivistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebe.

Cortés, M.T., Espejo, B., y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20 (3), 396-402.

Coyne, J. & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationship in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454-460.

DiClemente, C. (1991). Motivational Interviewing and the Stages of Change, In W, Miller & S Rollnick Motivational Interviewing. New York: Guilford Press.

Dirección General de Servicios Médicos, UNAM (2006). Examen Médico Automatizado. Resultados preliminares de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ebata, A.T. y Moos, R. H. (1994). Personal, Situational and contextual correlates of doping in adolescence. *Journal of Research in Adolescence*, 4, 99-125.

Echeverría, L. & Ayala, H. (1997b). Cuestionario Breve de Confianza Situacional: traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Echeverría, L., Ruiz, M., Salazar, L. & Tiburcio, A., (2004). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud, México, Facultad de Psicología.

Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2008. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática.

Endler, S. & Parker, D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evolution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58.

Epstein, J.A., G.J. Botvin, T. Díaz (1999). Etiology of alcohol use among hispanic adolescents. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* Vol. 153: 1077-1084.

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.

Espada, J. Mendez, X. Griffin, K. & Botvin, G. (2003). *Adolescencia: consume de alcohol y otras drogas*. *Papeles del psicólogo*. No. 84, España.

Fillmore, M. (1988). Alcohol use across the life course. Toronto, Ontario, Canada: Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation.

Frydenberg, E. & Lewis, R. 1996. Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) Madrid, España, S.

Gartner, A. y Riessman, F. (1984). *The self-help revolution*. New York: Human Sciences Press.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gordon, R.(1985). An operation definition of prevention. Public Health Reports, 98, 107-109.

Grant JE, Kim SW, Kuskowski M (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Compr Psychiatry*; 45:83-87

Greenfield, Hufford, Vagge, Costello y Weiss, 2000. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: A prospective study. *Journal of Studies on alcohol*, 61, 345-351.

Haaga, D. A., Stewart, B. L. (1992). Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *J Consult Clin Psychol*. 60(1): 24-28.

Hall, S., Rugg, D., Tunstall, C. & Jones, R. (1984). Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 372-382.

Hamdan-Mansour, A., Puskar, K. & Sereika, S. M. Perceived Social Support, Coping Strategies and Alcohol Use among Rural Adolescents/USA Sample. *Mental Health Addiction*; 2007; 5: 53–64.

Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112, 64-105.

Hemmingsson, T., and I. Lundberg (2001). Development of alcoholism: interaction between heavy adolescent drinking and later low sense of control over work. *Alcohol and Alcoholism*, vol. 36, No.3: 207-212.

Hodgins, D., Guabaly, N. & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 400-407.

Holder, H. D., Longabaugh R, Miller, W. R., Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation *J. Stud Alcohol*; 52:517-540.

Ihaka R, & Gentleman R. 1996 A language for data analysis and graphics. *Journal of computational and graphical statistics*; 5:299–314.

Jones, B. & McMahon, J. (1994). Negative and positive alcohol expectancies as predictors of abstinence after discharge from a residential treatment program. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 543-548.

Jones, B., Corbin, W. & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, 95, 57-72.

kandel, D. & Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*. 74. 660-668.

Kazdin, A. E. (2006). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. México: Prentice Hall.

Kiecolt-Glaser J, McGuire L , Robles TF, Glaser R. 2002. *Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 70: 537 - 547.

Kopel, S. & Arkowitz, H. (1975). The role of attribution and self-perception in behavior change: implications for behavior therapy, *Genetic Psychology Monographs*, 92, 175-212.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. En L. Laux & G. Vossel (Eds.), *Personality in biographical stress and coping research*. European Journal of Personality, 1, 141-169.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraise, and coping*. New York: Springer

Leigh, B. & Stacy, A. (1991). On the scope of alcohol expectancy research: Remaining issues of measurement and meaning. *Psychological Bulletin*, 110, 147-154.

Lira, M. J. (2002). Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina. México: UNAM.

Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapsed. *British Journal of Addictions*, 78, 381-389.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1:118-128.

Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). *Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis*. Centro de Aplicaciones Psicológicas. Universidad de las Islas Baleares.

Luengo, M., Romero, T., Gómez, J. & Guerra, L. (1999). *La prevención del consumo de droga y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Universidad de Santiago de Compostela. Plan Nacional sobre drogas. España.

Luengo, M., Otero, J., Mirón, L. y Romero, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Colección

drogodependencias. Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais. Xunta de Galicia. Santiago.

Maggs, J. L., & Hurrelmann, K. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioural Development*, 22, 367–388.

Maistor, S.; Connors, G. & Zywiak, W. (1996). Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse presipitants, *Addiction*, 91: Supplement, S37-S50.

Marcus, B.H., Simkin L.R., Rossi, J.S. and Pinto, B.M. (1996). Longitudinal shifts in employees stages and processes of exercise behavior change. *American Journal of Health Promotion* 10(3), 218-221.

Mariño, M. C., González-Forteza, G, C., Andrade, P. & Medina Mora, M. E. (1997). Validación de un Cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21, 27-36.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Marlatt, G. A. (1999). *Effective Relapse Prevention and Harm Reduction Therapy*. AABT Workshop Handout February. 20.

Martínez K. I., Salazar, M. L., Ruiz, G.M., Barrientos, C. V. & Ayala, H. E. (2005). Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; Recuperado de: (<http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/intervencion.html>) Visita el 21 de Abril de 2008

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Martínez, K. (2003). Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis Doctoral. UNAM, Facultad de Psicología, D.F.

Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M. y Vacio, M. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes.

Martínez, k., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*; 31:2

McCrae, R. & Costa, P. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.

McWhirter, Paula T., Florenzano U., Ramón and Soublette L., María Paz El modelo transteorico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolesc. Latinoam.*, Nov. 2002, vol.3, no.2, p.0-0. ISSN 1414-7130

Medina-Mora. (1997). Los conceptos de uso, abuso y dependencia y su medición. En *Las adicciones, dimensiones, impacto y perspectivas*. México. (2ª. ed.) Manual Moderno.

Miller, W. R. & Rollnick, S (1991). *Motivational interviewing: Preparing people it change addictive behavior*. New Yorck: Guilford Press.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*. 98. 84-107.

Miller, W. R. (1999). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35. U.S. Department of Health and Human Services.

Montgomery, D. (2001). Intruduction to linear regression analysis. CECSA.

Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. 2002. Treating Alcohol Dependence: A coping Skills Training Guide. 2. New York: Guilford.

Monti, P.M., Abrams, D.B., Binkoff, J.A. y Zwick, W.R. (1986). Social skills training and substance abuse. En C.R. Hollin y P. Tower (eds.), Handbook of social skills training, Nueva York, Pergamon Press.

Moos, R. & Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moss (Ed.) *coping with life crises: An integrated approach*. New Moos, R. H. (1993). Coping responses inventory. CRI-Adult Form. Manual. Odessa, Florida: *Psychological Assessment Resources*, Inc.

Moral, M. V., Sirvent, C., Ovejero, A. y Rodríguez, J. F. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 6, 248-261.

Morgenstern J. & Longabaugh R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction* 95:1475-1490.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

Myers, M. & Brown, S. Coping responses and relapse among adolescent substance abusers. *Journal of Substance Abuse*; 1990; 2: 177-189.

National Institute on Drug Abuse 2005. Monitoring the Future, National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings 2004. NIH Pub. No. 05-5726. Washington, DC:Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., *Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Niaura, R., Shadel, W. G., Britt, D. M., & Abrams, D. B. (2002). Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 27, 241–250.

O'Brien, T. & DeLongis, A. (1996). The international context of problem, emotion, and relationships-focused coping: the role of the big five personality factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.

O'Hara, P., Parris, D., Fichtner, R. y Oster, R. (1998). Influence of alcohol and drug use on AIDS risk behavior among youth in dropout prevention. *Journal of Drug Education*, 28, 2, 159-168.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Estados Unidos: Autor www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2010/alcohol_20100521/es/

Orgaz, M.P., Segovia, M., López, F., y Tricio, M.A. (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*, 36(6), 297-305.

Oropeza, t. r. (2003). Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína. México: UNAM.

Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. y Ramsey, E. (1989). A Developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.

Plancherel, B. y Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474

Prochaska, J. O & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J. O & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.) *Tratamientos*

Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones Neurociencias, 85-136.

Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakawsky, W., Fiore, C., Harlow, L., Redding, C., Rosenbloom, D., & Rossi, S. (1994). Stage of Change a decisional Balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 19, 39-46.

Project MATCH Research Group, (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 22(6), 1300-1311.

Quiroz, N., Villatoro Velázquez, J., Juárez, F., Gutiérrez, M., Amador, N. & Medina-Mora, M. 2007. La familia y el maltrato como factor de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*, 30 (4).

Rachlin, Howard. 2004. *The Science of Self-Control*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rehm J., Room R. & Monteiro M. 2003. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: World Health Organisation

Rudolph, K., Denning, M. & Weisz, J. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.

Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R., & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program from alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 435-440.

Salazar, M. L. 2008. Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F. UNAM.

Samdal, O., B. Wold, K. Klepp, L. Kannas (2000). Students' perception of school and their smoking and alcohol use: A cross-national study. *Addiction Research*, vol. 8, Fasc. 2.

Scott H. D. & McWhirter J. J. (1997). Refusal and Resistance Skills for Children and Adolescents: A Selected Review. *Journal of Counseling and Development*, 75; 3: 177-188.

Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Skinner, B. (1969). *Ciencia y Conducta Humana* (una psicología científica). Fontanella.

Sklar, S. M., Annis, H.M. y Turner, N.E. (1997). Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22, 655-670.

Sobell, L.C., Maisto, S., Sobell, M. B., & Cooper, A. 1979. Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*.17, 157-160

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En Baer, J.; Marlatt, G. y MvMahon, R. (Eds.). *Addictive Behaviors Accros the Life Span: Prevention, Treatment and Policy issues*. Newbury park: Sage.

Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas; 2007.

Solomon, K. & Annis, H. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 85 (5), 659-665.

Stacy, A., Widaman, K. & Marlatt, G. (1990); Expectancy models of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 58 (5), 918-928

Suls, J., David, J., & Harvey, J. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 711-736.

Tatarsky, A. (1998). *An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression*. In Session: Psychotherapy in Practice, 4, 9 – 24.

Tiburcio, M. & Natera, G. (2003). Evaluación de un Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas. Un Estudio Piloto. *Salud Mental*, 26, 5

Vaillant, G., (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Amador, N., Bermúdez, P., Hernandez, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. y Ramos, A. (2008). La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de Mexico: Dirección de investigación Epidemiológica y Psicosociales. *Revista de Salud Mental*, 30, 4.

Wagner, E., Myers, M. & Mcininch, J. (1999). *Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use*. *Addictive behaviors*. Vol.24, no.6 USA, pág. 769-779.

Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64,737-774.

Werch, C.E., D.M. Owen, J.M. Carlson, C.C. Di Clemente, P. Edgemon and M Moore (2003). One-year follow-up results of the STARS for families alcohol prevention program. *Health Education Research*, vol. 18, No. 1: 74-87.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Wikler, A. (1965). Conditioning factors in operate addiction and relapse. En D.I. Wilner & G.G, Kassenbaum (Eds.). *Narcotics*. New York: McGraw-Hill.

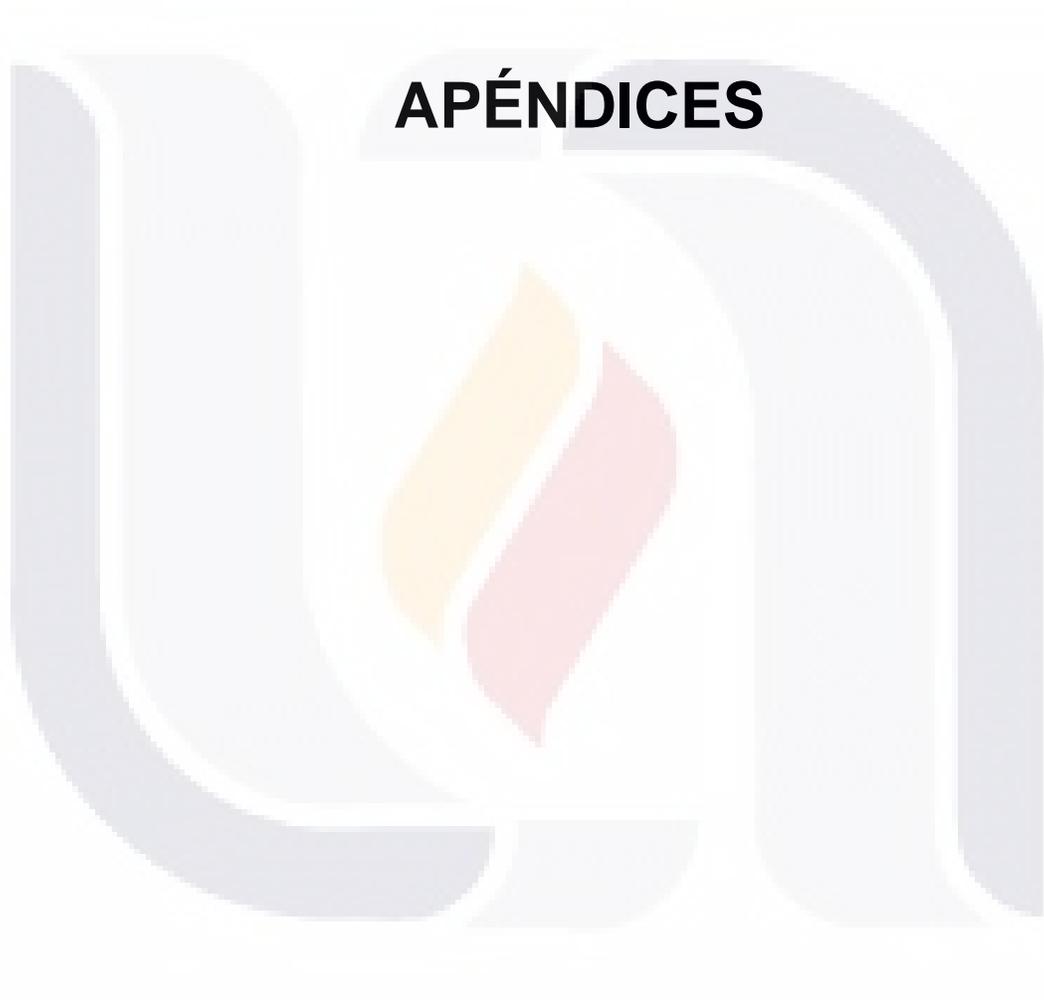
Wills, T.A. y Hirky, A.E. (1996). Coping and substance abuse. A theoretical model and review of the evidence .En .M. Zeidner y N.S. Endler (Eds). Handbook of coping. Theory rescooh applications (pp.279-305). Nueva York: John Wiley Y Sons

Winters, K. (2001). Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functions: State of the Art. En Monti, M. Peter, Colby, M. Suzanne, & Zuckerman, M (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Combridge: Combridge University Press.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.

www.inegi.org.mx

Wynn S.R., J. Schulenberg, D. Kloska and V.B. Laetz (1997). The mediating influence of refusal skills in preventing adolescent alcohol misuse. *Journal of School Health*, vol. 67, n.9. Academic Search Premier.



APÉNDICES

APÉNDICE A

Instrumentos empleados en la investigación

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

(Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979)

Fecha: _____ Nombre _____

<u>enero</u>	<u>febrero</u>	<u>marzo</u>
lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
<u>abril</u>	<u>mayo</u>	<u>junio</u>
lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
<u>julio</u>	<u>agosto</u>	<u>septiembre</u>
lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
<u>octubre</u>	<u>noviembre</u>	<u>diciembre</u>
lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	lu ma mi ju vi sa do 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

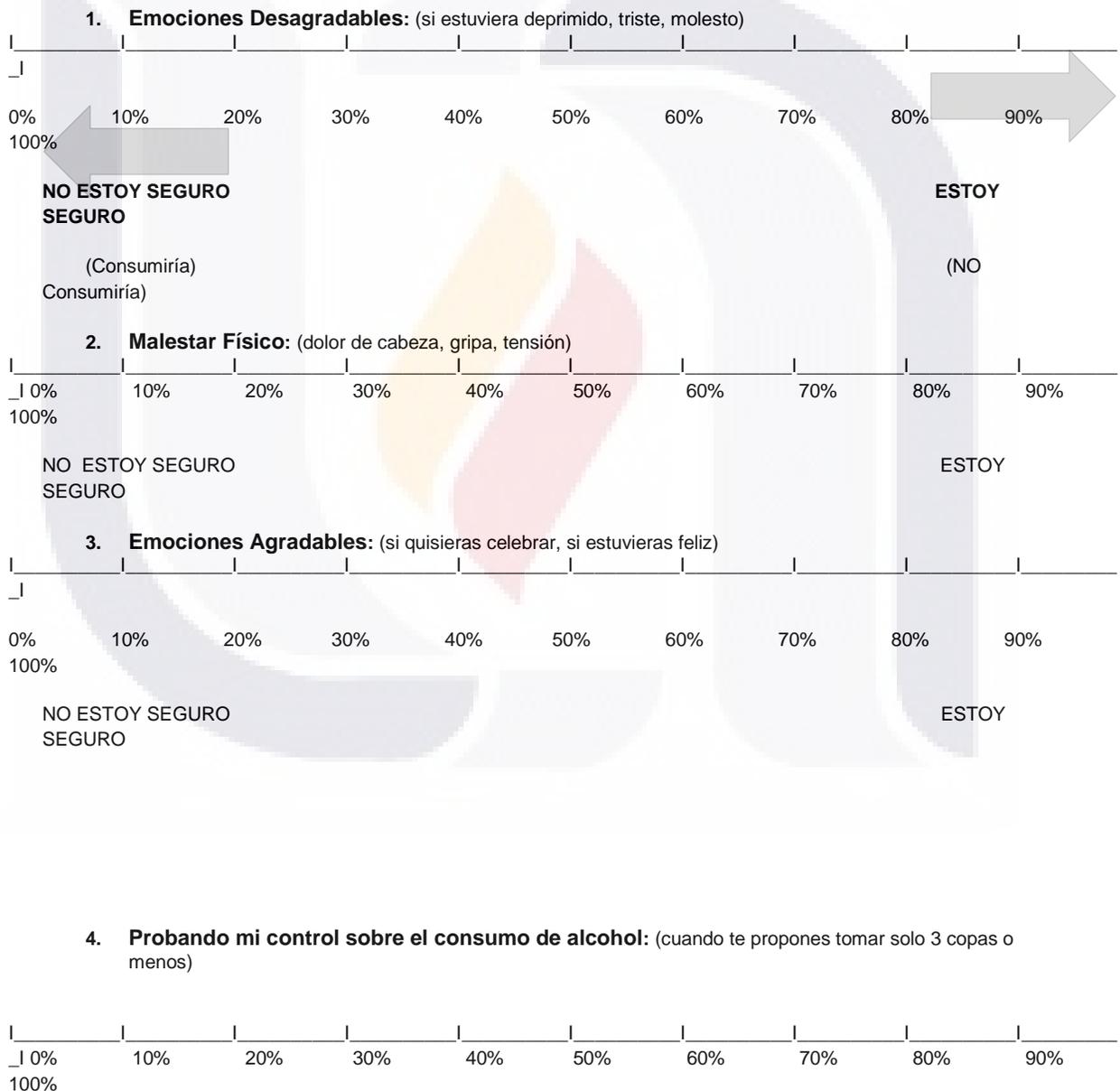
Fecha: ___/___/___ Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Terapeuta: _____

Instrucciones: A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunos jóvenes tienen problemas por su forma de **beber o consumir alguna droga**.

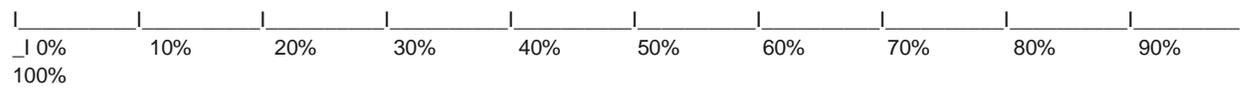
Imagínate que estás en este momento en cada una de las siguientes situaciones, e indica en la escala, que tan seguro te sientes de poder resistir la tentación de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% sí “NO ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO” ante esa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



NO ESTOY SEGURO
SEGURO

ESTOY

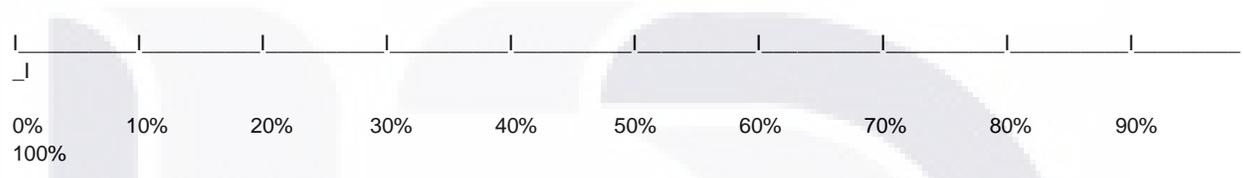
5. Necesidad Física: (si tuvieras necesidad y urgencia de tomar y no puedes hacer nada más)



NO ESTOY SEGURO
SEGURO

ESTOY

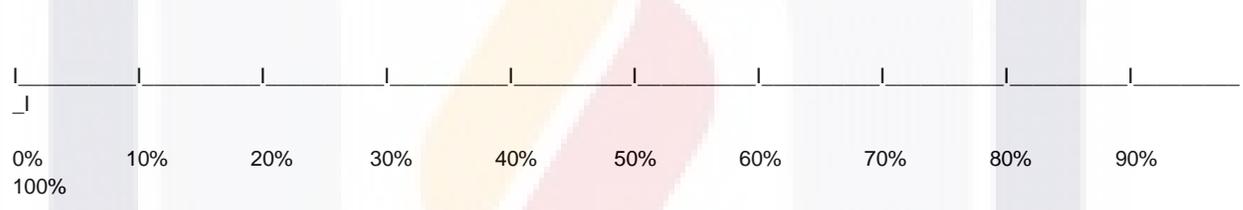
6. Conflicto con otros: (peleas con amigos, familia o pareja)



NO ESTOY SEGURO
SEGURO

ESTOY

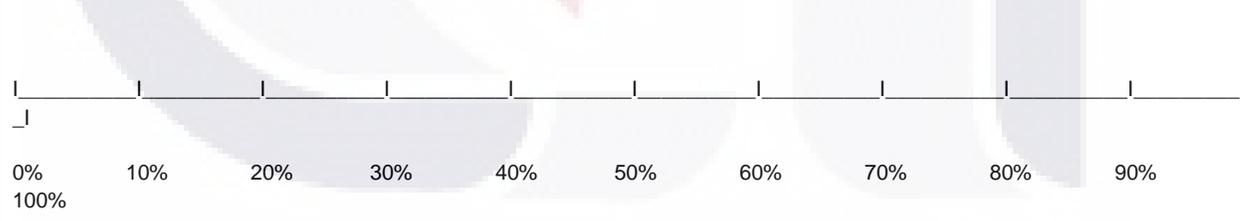
7. Presión social: (si te presionaran amigos o familiares para que tomaras)



NO ESTOY SEGURO
SEGURO

ESTOY

8. Momentos agradables con otros: (si estuvieras en una celebración de un amigo o familiar)



NO ESTOY SEGURO
SEGURO

ESTOY

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO
(ACS)

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele enfrentar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que creas que se ajuste mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si algunas veces te enfrentas a tus problemas mediante la acción de “hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema”, deberías marcar la C como se indica a continuación.

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema
- A B C D E
-

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA **HOJA DE RESPUESTAS**. NO ESCRIBIRÁS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

1. **Hablar** con **otros** para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.

2. **Dedicarme a resolver** lo que está provocando el problema.

3. **Seguir** con mi **tarea** como es debido.
4. **Preocuparme** por mi futuro.
5. **Reunirme** con mis **amigos**.
6. **Producir** una **buena impresión** en las personas que me importan.
7. **Esperar** que ocurra lo mejor.
8. No **puedo hacer nada** para resolver el problema, así que **no hago nada**.
9. **Llorar o gritar**.
10. **Organizar** una **acción o petición** en **relación** con mi problema.
11. **Ignorar** el problema.
12. **Criticarme** a mi mismo.
13. **Guardar** mis sentimientos.
14. **Dejar** que **Dios** se ocupe de mis problemas.
15. **Acordarme** de los que tienen problemas peores, de forma que **los míos** no parezcan tan graves.
16. **Pedir consejo** a una persona competente.
17. Encontrar una **forma de relajarme**; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver televisión.
18. **Hacer deporte**.
19. **Hablar** con **otros** para **apoyarnos** mutuamente.
20. **Dedicarme** a **resolver** el problema poniendo en juego todas mis capacidades.
21. **Asistir** a clase con regularidad.
22. **Preocuparme** por mi felicidad.

23. **Llamar** a un **amigo íntimo**.
24. **Preocuparme** por mis **relaciones** con los demás.
25. **Desear** que suceda un **milagro**.
26. **Simplemente**, me **doy por vencido**.
27. **Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol**, fumando o tomando drogas (no medicamentoso).
28. **Organizar** un grupo que se **ocupe** del problema.
29. **Ignorar conscientemente** el problema.
30. **Darme cuenta** que **yo mismo** me hago **difíciles** las cosas.
31. **Evitar estar** con la **gente**.
32. **Pedir ayuda** y **consejo** para que todo se resuelva.
33. **Fijarme** en el **aspecto positivo** de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. **Conseguir ayuda** o **consejo** de un **profesional**.
35. **Salir** y **divertirme** para **olvidar** mis dificultades.
36. **Mantenerme** en **forma** y con buena salud.
37. **Buscar ánimo** en **otros**.
38. **Considerar otros puntos** de **vista** y tratar de tenerlos en cuenta.
39. **Trabajar** intensamente.
40. **Preocuparme** por lo que está pasando.
41. **Empezar** una **relación personal** estable.
42. Tratar de **adaptarme** a mis **amigos**.
43. **Esperar** que el problema se **resuelva por sí solo**.

44. **Me pongo malo.**
45. **Trasladar mis frustraciones a otros.**
46. **Ir a reuniones** en las que se **estudia** el problema.
47. **Borrar el problema** de mi **mente.**
48. **Sentirme culpable.**
49. **Evitar** que **otros** se **enteren** de lo que me **preocupa.**
50. **Leer un libro sagrado** o de religión.
51. **Tratar** de **tener** una **visión alegre** de la vida.
52. **Pedir ayuda** a un **profesional.**
53. **Buscar tiempo** para **actividades** de **ocio.**
54. **Ir al gimnasio** a hacer ejercicio.
55. **Hablar** con **otros** sobre mi **problema** para que **me ayuden** a salir de el.
56. **Pensar** en lo que **estoy haciendo** y porque.
57. **Triunfar** en lo que **estoy haciendo.**
58. **Inquietarme** por lo que **me pueda ocurrir.**
59. **Tratar** de **hacerme amigo íntimo** de un chico o de un a chica.
60. **Mejorar mi relación personal** con los demás.
61. **Soñar despierto** que las cosas irán mejorando.
62. **No tengo forma** de **afrentar** la situación.
63. **Cambiar** las **cantidades** de lo que como, bebo o duermo.
64. **Unirme** a **gente** que **tiene** el **mismo** problema.
65. **Aislarme** del problema para poder **evitarlo.**

- 66. **Considerarme culpable.**
- 67. **No dejar** que **otros sepan** cómo me siento.
- 68. **Pedir** a **Dios** que cuide de mí.
- 69. **Estar contento** de cómo van las cosas.
- 70. **Hablar del tema** con **personas competentes.**
- 71. **Conseguir apoyo** de **otros**, como mis padres o amigos.
- 72. **Pensar** en distintas **formas** de **afrontar** el problema.
- 73. **Dedicarme** a mis **tareas** en vez de salir.
- 74. **Inquietarme** por el futuro del mundo.
- 75. **Pasar más tiempo** con el **chico** o **chica** que suelo salir.
- 76. **Hacer** lo que **quieren** mis amigos.
- 77. **Imaginar** que las cosas van a ir mejor.
- 78. Sufro de dolores de cabeza o de estómago.
- 79. **Encontrar** una **forma** de **aliviar** la **tensión**, por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
- 80. En la hoja de respuesta anota **cualquier otra cosa** que sueles **hacer** para **afrontar** tus problemas.

Entrevista Breve de Seguimiento

Fecha: _____ Nombre: _____ Terapeuta _____

Periodo de seguimiento: _____

1.-Materiales:	
¿Has revisado el folleto (s) que revisamos durante la sesión?.....	SI.....NO
¿Has hecho tu auto-registro?.....	SI.....NO
¿Tienes dudas acerca del material?.....	SI.....NO
¿Cuáles? _____	
2.-Establecimiento de metas:	
¿Cuál es tu meta? _____	
¿Has cumplido tu meta?.....	SI.....NO
c) ¿Por qué? _____	

d) ¿Sigues teniendo problemas por la manera en que tomas o te drogas?.....	
SI.....NO	
e) ¿Cuáles? _____	

3.-Manejo de Recaídas:	
¿Has tenido algún resbalón?.....	SI.....NO
¿Cuántas veces? _____	
¿Cuánto consumiste? _____	
¿Qué situaciones se presentaron? _____	

¿Cuáles fueron las cosas buenas? _____	

¿Cuáles fueron las cosas malas? _____	

4.-Planes de Acción o alternativas de solución:	
¿Los has podido seguir?.....	SI.....NO
¿Por qué? _____	

¿Hiciste cambios en tus planes de acción?.....	SI.....NO
¿Cuáles? _____	

d) ¿Cosas buenas de cambiar el plan? _____	

e) ¿Cosas malas de cambiar el plan? _____	

5.-Metas de vida (solo para Programa de Intervención Breve)	
a) ¿Estás logrando tus metas de vida?.....	SI.....NO
b) Razones _____	

c) ¿Qué te falta hacer para lograr tus metas? _____	

d) ¿Qué vas hacer para lograrlas? _____	

6.- Observaciones:	
Fecha próximo seguimiento:	



APÉNDICE B

Carta de consentimiento

Convenio de asesoría individual: Programa Breve

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

REUNIDOS _____ por _____ un _____ lado
_____, en calidad de
orientador y _____, como
usuario del programa de intervención breve.

MANIFIESTAN QUE:

_____, esta de acuerdo en participar como
usuario en una investigación sobre el estudio e intervención por el consumo de alcohol y
drogas. Este programa está integrado por cinco sesiones semanales y seis seguimientos, por
tal motivo, las partes acuerdan firmar dicho convenio que se regirá por las siguientes cláusulas:

1.-Como parte del programa, el usuario contestará cinco breves folletos y hará cinco ejercicios
relacionados con los mismos. También, cada semana informará al orientador sobre su manera
de tomar y/o consumir drogas.

2.-Los presentes se comprometen a mantener la más estricta confidencialidad con relación a
todo aquello que sea tratado y acordado durante el tratamiento. La información que proporcione
el usuario solo será conocida por el orientador el cual esta obligado a resguardar en todo
momento el anonimato del paciente.

3.-Usuario y orientador se comprometen a respetar el cumplimiento de los objetivos de la
asesoría, tiempo y las siguientes normas generales:
a) Una sesión semanal en horarios convenidos entre las partes
b) El tiempo de sesión será de 1 hora
c) Usuario y orientador se comprometen a acudir puntualmente a las sesiones
d) En caso de inasistencia, se notificara a la otra parte con 24 horas de anticipación

4.- El usuario autoriza al orientador para que se ponga en contacto con él después de terminada
la intervención, para programar y realizar una entrevista breve 6 meses después de haber
concluido el tratamiento. La cual tendrá como propósito el seguimiento posterior, y se
preguntará acerca del consumo de alcohol y/o uso de drogas y otras conductas relacionadas.

En prueba de su conformidad con el presente escrito, los presentes firman este documento en
_____. Ags; el día ___de _____de

Nombre del ADOLESCENTE _____ Firma _____

Nombre y firma del ORIENTADOR _____ Firma _____



APÉNDICE C

Folleto de Planes de Acción

Plan de ACCIÓN

Sesión 3



**Planeando tus situaciones
de consumo**

PIENSA qué puedes hacer

Una vez que revisaste las situaciones en que consumes, es momento de planear estrategias que te sirvan para el logro de tu meta.

situación

Primera opción _____

Plan 1	
Consecuencias positivas	Consecuencias negativas

2

PIENSA qué puedes hacer

1

situación

Segunda opción _____

Plan 2

Consecuencias positivas

Consecuencias negativas

3

PIENSA qué puedes hacer

2

situación

Segunda opción _____

Plan 2

Consecuencias positivas

Consecuencias negativas

5

PIENSA qué puedes hacer



situación

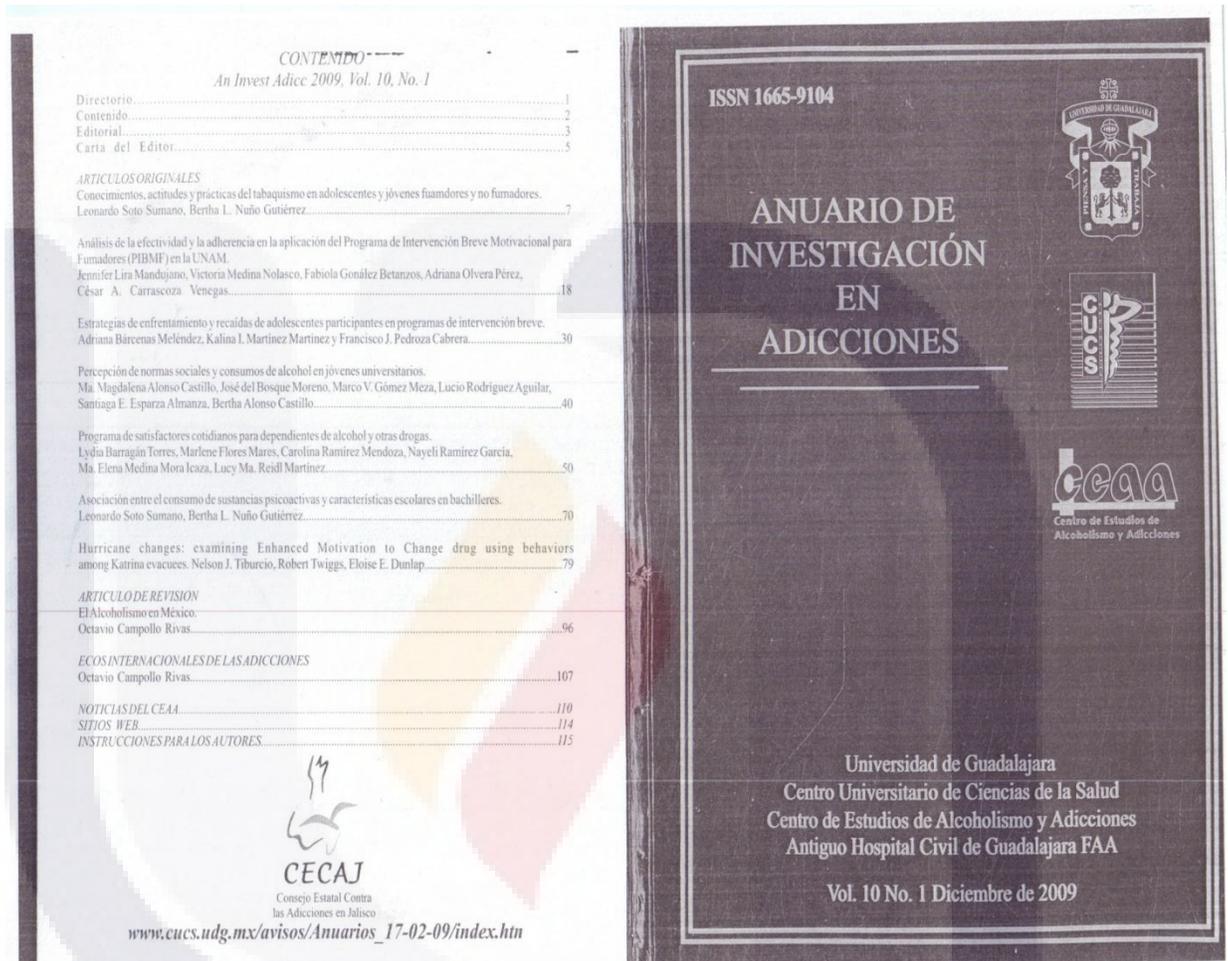
Segunda opción

Plan 2	
Consecuencias positivas	Consecuencias negativas

7

APÉNDICE D

Estrategias de Enfrentamiento y Recaídas de Adolescentes Participantes en Programas de Intervención Breve



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO Y RECAÍDAS DE ADOLESCENTES PARTICIPANTES EN PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE

Adriana Bárcenas Meléndez, Kalina Isela Martínez Martínez y Francisco Javier Pedroza Cabrera
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Correspondencia:

Adriana Bárcenas Meléndez
Departamento de Psicología, Centro de ciencias Sociales y Humanidades,
Universidad Autónoma de Aguascalientes
Avenida Universidad No. 940
Aguascalientes, Ags., México. C.P. 20100
e-mail: abarcena@correo.uaa.mx

Recibido: 10 de Sept 2009
Aceptado: 23 Nov 2009.

RESUMEN

Objetivo. Describir las estrategias de enfrentamiento y su posible relación con las recaídas de adolescentes que recibieron un programa de intervención breve. Método. Las estrategias de enfrentamiento se evaluaron mediante la Escala de Enfrentamiento para Adolescentes (ACS) y el número de recaídas con la Línea Base Retrospectiva (LIBARE). Los participantes fueron divididos en dos grupos: los que no tuvieron recaídas (G1) y con recaídas (G 2). Adicionalmente los adolescentes con recaídas se dividieron en dos grupos; con una o dos recaídas y con tres o más recaídas. Resultados. Los adolescentes del G1 y G2 sólo mostraron diferencias en el tipo de estrategias; inculparse y reservar el problema para sí. Sin embargo al comparar el grupo que recayó en tres o más ocasiones se encontraron diferencias en las estrategias auto-inculparse, reservar el problema para sí, ignorar el problema, acción social, búsqueda de apoyo espiritual y hacerse ilusiones. Discusión. Los programas de intervención breve disminuyeron el patrón de consumo de los adolescentes, sin embargo aquellos con tres o más recaídas no mostraron una disminución significativa en el patrón de consumo. Tampoco se observan diferencias

significativas en las estrategias de enfrentamiento en los G1 y G2, sin embargo el número de recaídas parece asociarse con el uso de estrategias negativas a la acción. Palabras claves: Adolescentes. Abuso de alcohol. Estrategias de enfrentamiento. Intervención breve. Recaída.

COPING STRATEGIES AND RELAPSES IN ADOLESCENTS PARTICIPATING IN BRIEF INTERVENTION PROGRAMS

ABSTRACT

Objective. Describe coping strategies and number of relapses at 6 months after completion of a Brief Intervention Program for Adolescents (PIBA) or Brief Advice (CB) to reduce the pattern of alcohol consumption in 27 teenagers, high school students in the urban area of the city of Aguascalientes. Method. The coping strategies were assessed by the Coping Scale for Adolescents (ACS) and the number of relapses with the Baseline Archival (LARB). Participants were divided into two groups: those that did not relapse (G1) and those that did (G 2). Moreover, adolescents with relapses were divided into two groups: those with one or

two relapses and those with three or more relapses. Results. Adolescents in the G1 and G2 only showed differences in the types of strategies; incrimination and keeping the problem to themselves. However, a comparison of the group of those that relapsed on three or more occasions revealed differences in the strategies of self-incrimination, keeping the problem to themselves, ignoring the problem, social action, seeking spiritual support and wishful thinking. Discussion. Brief intervention programs decreased consumption patterns of adolescents. However those with three or more relapses did not show a significant decrease in their consumption patterns. There were no significant differences in coping strategies between G1 and G2, but the number of relapses appears to be associated with the use of negative strategies to action.

Keywords: Adolescents. Alcohol abuse. Brief intervention. Coping strategies. Relapse.

INTRODUCCIÓN

Entre los años 2006 a 2009 la Encuesta Nacional de Salud (1) reportó un incremento de 3.5 millones a 4.5 millones de mexicanos que han experimentado con drogas alguna ocasión en su vida. Otro dato relevante de la encuesta es el crecimiento en el consumo experimental entre los adolescentes, el cual incremento del 25.2% al 28.9%. En función a este incremento, se continúan impulsando programas preventivos dirigidos a detectar y atender, de manera temprana, aquellos individuos que presentan abuso a la sustancia (2, 3), como ejemplo el Gobierno Federal creó los Centros Nueva Vida.

Una de las alternativas para los adolescentes que abusan de las sustancias son las intervenciones breves (IB), ya que se dirigen particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia, pero que pueden tener algunas consecuencias negativas por su consumo (2). Estas intervenciones tienen un menor tiempo de duración, en comparación con tratamientos tradicionales, e incluyen una evaluación global, un asesoramiento breve y seguimientos (4). Estas intervenciones pueden ser aplicadas en

diferentes modalidades: consejo breve de una sola sesión de 90 minutos; intervenciones de cinco sesiones con una duración de 60 minutos cada una, y manuales de autoayuda. Este tipo de intervenciones se apoyan en el Modelo de Atención Escalonada (5), en el que se plantea que la intensidad de las intervenciones puede variar dependiendo de la problemática y de las características de la población.

Un aspecto relevante en que se hace hincapié en los programas de intervención son la prevención de recaídas. Marlatt y Gordon (6), basándose en la teoría del aprendizaje social, desarrollaron un modelo de prevención de recaídas. Este modelo sugiere que después de la cesación inicial del uso de sustancias comienza el desarrollo de un estado crítico del proceso de cambio (7) y la recaída es vista como un proceso de transición, como una serie de eventos que pueden o no ser seguidos por el retorno a los niveles de consumo de la línea base.

Desde la perspectiva de Marlatt y Gordon, el proceso de recaída inicia con la ocurrencia de una situación de alto riesgo de consumo, ante la cual existen dos respuestas posibles: 1) la utilización de una estrategia de enfrentamiento efectiva, que ayude al individuo a disminuir las posibilidades de consumir en esa situación de riesgo, y 2) la ausencia de una estrategia efectiva de enfrentamiento para controlar la situación de riesgo de consumo. La falta de respuestas de enfrentamiento puede conducir a una disminución del nivel de auto-eficacia (8) y ser considerado por el sujeto como el incumplimiento de la meta. En cambio, cuando el individuo es capaz de ejecutar conductas efectivas de enfrentamiento en una situación de consumo de riesgo, la posibilidad de recaída disminuye y, además, se incrementa la percepción de auto-eficacia.

Las estrategias de enfrentamiento son definidas como: "aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales, permanentemente cambiantes que se desarrollan para la conducción de aspectos específicos externos y/o internos que son evaluados como abrumadores o desbordantes de los recursos del individuo" (9). Se ha encontrado que los individuos que incrementan sus habilidades de enfrentamiento

reducen la probabilidad de recaer (10, 11, 12). Además, se ha reportado que el consumo de alcohol está relacionado con la falta de estrategias de enfrentamiento y con la percepción positiva de los efectos de la sustancia, lo que impedía a los sujetos enfrentarse de manera efectiva a ciertas situaciones de consumo (13). Estos resultados coincidieron con los reportados por Connors, Tarbox y Faillace (14), y por Jones y McMahon (15), quienes encontraron que tanto la falta de estrategias de enfrentamiento funcionales como la percepción positiva de los efectos del alcohol, son predictores del abuso de las sustancias y de posibles recaídas. Brown, Vik y Creamer (16) encontraron que las recaídas en los adolescentes ocurren en situaciones de presión social y emociones negativas.

En acuerdo con lo revisado se considera que el estudio de las estrategias de enfrentamiento puede incrementar la comprensión del proceso de cambio de los adolescentes que consumen alcohol en exceso. Por lo tanto el objetivo del estudio fue describir las estrategias de enfrentamiento y su posible relación con las recaídas de adolescentes que recibieron un programa de intervención breve.

MÉTODO

Participantes:

Participaron 27 adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve, de los cuales 15 recibieron el Programa de Intervención Breve (PIBA) y 12 el Consejo Breve (CB). La edad promedio de los sujetos fue de 15 años (DE = 0.92). De los 27 sujetos 15 fueron hombres y 12 mujeres. En la Tabla 1 se muestran algunas características de los adolescentes agrupados de acuerdo al número de recaídas que presentaron a los seis meses de concluida la intervención.

La muestra se obtuvo a partir de 228 adolescentes que participaron en un estudio más amplio, sin embargo sólo 27 de ellos había contestado la Escala de Enfrentamiento para Adolescentes. Instrumento que posteriormente se añadió en el estudio para el análisis de las estrategias de enfrentamiento en las situaciones de consumo.

Escenario:

Esta investigación se realizó dentro de las instalaciones de escuelas de secundaria y bachillerato públicos del estado de Aguascalientes.

Instrumentos:

A fin de recolectar los datos, se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Escala de Enfrentamiento para Adolescentes [ACS] (17), es un instrumento, estandarizado en población española, aplicado a población de adolescentes consumidores de alcohol (18,19). Este instrumento está conformado por 80 reactivos (confiabilidad 0.71), que permite evaluar 18 estrategias de enfrentamiento que han sido identificadas conceptual y empíricamente. Los reactivos se puntúan mediante una escala tipo Likert de cinco puntos: 1. No me ocurre nunca o no lo hago; 2. Me ocurre o lo hago raras veces; 3. Me ocurre algunas veces; 4. Me ocurre y lo hago a menudo; 5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia. Cabe mencionar que un reactivo es abierto. Las 18 estrategias de enfrentamiento se mencionan a continuación: Buscar apoyo social (As); Concentrarse en resolver el problema (Rp); Esforzarse y tener éxito (Es); Preocuparse (Pr); Invertir en amigos íntimos (Ai); Buscar pertenencia (Pe); Hacerse ilusiones (Hi); Falta de enfrentamiento (Na); Reducción de la tensión (Rt); Acción social (So); Ignorar el problema (Ip); Autoinculparse (Cu); Reservarlo para sí (Re); Buscar apoyo espiritual (Ae); Fijarse en lo positivo (Po); Buscar ayuda profesional (Ap); Buscar diversiones relajantes (Dr); Distracción física (Fi).

Aunque no existe una versión estandarizada de la escala para población mexicana, a partir de una muestra de 100 adolescentes se obtuvo un índice de confiabilidad interna, alpha de cronbach de 0.76; además se pidió a un grupo de 10 jueces que clasificaran los reactivos en las diferentes estrategias que mide el instrumento, el porcentaje de acuerdo fue del 98%.

2. Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (20, 21). Se trata de un instrumento estandarizado en población mexicana que evalúa el patrón de consumo de alcohol (cantidad y frecuencia) de los últimos 6 meses (confiabilidad 0.89). Esta

técnica tiene la ventaja de una gran sensibilidad para medir las diferencias individuales, además de estimar el consumo actual sobre un periodo de tiempo (6 meses). No es auto-aplicable, requiere que el terapeuta proporcione al adolescente la explicación de lo que es un trago o copa estándar. A partir del instrumento LIBARE se obtiene el: Total de Copas Consumidas: se suman todas las copas que consume el adolescente durante los 6 meses. Cantidad Máxima: se indica cuál es la mayor cantidad de copas consumidas en una ocasión. Cantidad Mínima: se indica cual es la menor cantidad de copas consumidas en una ocasión. Promedio de Copas por Ocasión: se suma el total de copas consumidas en los seis meses y se divide entre el total de días de consumo. Abstinencia: total de días de no consumo. Procedimiento:

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia que tuvo por objetivo validar dos programas de intervención breve para la reducción del consumo de alcohol y otras drogas: a) Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA), que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas, el cual tuvo una duración de cinco sesiones, de 60 minutos cada una, y b) Consejo Breve para Adolescentes que iniciaban el Consumo de Alcohol y otras Drogas (CB), el cual está conformado por una sola sesión de 90 minutos (21). Estos programas ya han demostrado ser efectivos en la reducción del patrón de consumo y problemas relacionados de adolescentes que abusan del alcohol (22, 23). Ambos programas constan de varias fases que son: Detección de casos, Línea base, Tratamiento (PIBA 5 sesiones de 60 minutos y CB una sola sesión de 90 minutos) y Seguimiento.

Consideraciones éticas:

Desde que se establece contacto con el adolescente se le explican las características de los programas de intervención breve, se resalta la confidencialidad de los datos, además se les da la libertad de aceptar o no aceptar participar en los programas como parte de una investigación y de abandonar en el momento que así lo decidan, sin que esto tenga una repercusión en sus derechos u obligaciones

académicas. Si el adolescente decide participar se firma un consentimiento informado. Cabe mencionar que la investigación se sujeta al código ético del psicólogo en los apartados referentes a calidad de la enseñanza/supervisión e investigación, relación de autoridad y consentimiento informado (24).

Análisis de datos:

Para la realización de los análisis se utilizaron datos recabados en línea base y en la fase de seguimiento a los 6 meses, específicamente los relacionados con el patrón de consumo de alcohol y el número de recaídas.

La línea base retrospectiva y la fase de seguimiento tuvieron una duración de 180 días cada una. Al final de la fase de seguimiento se hizo la aplicación del ACS. Para objetivos de esta investigación, la recaída fue considerada cuando en una ocasión de consumo se superaba la meta de consumo de alcohol propuesta por el adolescente, cabe mencionar que la meta de consumo no debía superar los 4 tragos estándar.

En la sección de resultados primero se muestran los análisis realizados al patrón de consumo de alcohol de los adolescentes. Se utilizó una prueba t para datos relacionados para determinar cambios, entre la línea base y el seguimiento, en el patrón de consumo del total de la muestra. Posteriormente, se dividió a los adolescentes en grupos: los que no tuvieron recaídas (G1) y los que tuvieron recaídas (G2) durante los seis meses posteriores a la terminación de la intervención, y se aplicó un estadístico no paramétrico para datos relacionados (Wilcoxon), esto con el propósito de identificar cambios en el patrón de consumo de cada grupo antes y después de la intervención.

Respecto al análisis de la estrategias de enfrentamiento se hicieron comparaciones entre los grupos G1 y G2, para ello se emplearon pruebas no paramétricas para datos independientes, específicamente U de Mann-Whitney. Posteriormente, los adolescentes del G2 fueron divididos de acuerdo al número de recaídas reportadas, así en un grupo quedaron los adolescentes que tuvieron una o dos recaídas (G2A) y otro grupo quedó conformado por

Tabla 1. Se muestran algunas características de los 27 participantes divididos de acuerdo a si presentaron o no recaídas en el seguimiento. G1 (n=11) sin recaídas y G2 (n=16) adolescentes que recayeron.

Características de los participantes (n=27)

Grupo	Edad promedio	Hombres	Mujeres	Modalidad CB	Modalidad PIBA
1	15.0	5	6	3	8
2	15.1	8	8	7	9

Tabla 2. Se muestra el promedio de consumo en la línea base y el seguimiento, así como la meta de consumo y el número de recaídas que tuvieron a los seis meses de seguimiento.

Modalidad de la intervención, promedios de consumo y número de recaídas los 6 meses de seguimiento

Número de caso	Modalidad	Meta de consumo (cantidad de copas)	Promedio de consumo línea base	Promedio de consumo seguimiento	Recaídas
1	PIBA	2	7	1.6	0
2	CB	0	5	0	0
3	PIBA	4	11.03	4	0
4	PIBA	1	7.42	0	0
5	PIBA	0	7.33	0	0
6	CB	4	6.6	3	0
7	PIBA	3	11.6	0	0
8	CB	0	5.66	0	0
9	PIBA	0	8.69	0	0
10	PIBA	4	6.33	4	0
11	PIBA	0	9.5	0	0
12	CB	0	5.3	3	1
13	PIBA	4	5.11	2.2	1
14	PIBA	2	5	3.5	2
15	PIBA	5	7.33	4.5	2
16	CB	3	7.38	4	2
17	PIBA	3	5.42	3.6	2
18	CB	2	6.66	6	2
19	CB	3	7.42	4	2
20	CB	0	10.15	6.5	2

21	CB	2	5.4	3.6	3
22	PIBA	0	9.0	6	3
23	CB	0	7.2	5	3
24	CB	0	7.5	4.2	4
25	CB	3	9.2	5.85	4
26	PIBA	0	5.7	6.4	10
27	PIBA	0	5.2	6.2	11

Tabla 3. Se muestran las medias y desviaciones estándar de las estrategias utilizadas por los adolescentes de acuerdo a las recaídas que presentaron en el seguimiento.

Medias y desviación estándar de la estrategias de enfrentamiento de los adolescentes (n=27)

	Adolescentes sin recaídas G1 n=11	Adolescentes que recayeron G2 n=16	Adolescentes que recayeron en una o dos ocasiones G2A n=9	Adolescentes que recayeron tres o más ocasiones G2B n=7
Ignorar el problema	\bar{X} = 62.18 DE = 16.13	\bar{X} = 64.5 DE = 14.22	\bar{X} = 61.33 DE = 15.36	\bar{X} = 68.57 DE = 12.52
Acción social	\bar{X} = 45.45 DE = 14.22	\bar{X} = 43.44 DE = 14.22	\bar{X} = 46.67 DE = 16.2	\bar{X} = 39.29 DE = 10.96
Auto-inculparse	\bar{X} = 43.64 DE = 15.98	\bar{X} = 56.28 DE = 17.78	\bar{X} = 56.11 DE = 17.63	\bar{X} = 56.43 DE = 17.72
Reservarlo para si	\bar{X} = 46.36 DE = 20.62	\bar{X} = 54.06 DE = 18.99	\bar{X} = 48.89 DE = 18.5	\bar{X} = 60.71 DE = 18.80
Buscar apoyo espiritual	\bar{X} = 47.73 DE = 16.33	\bar{X} = 53.75 DE = 12.71	\bar{X} = 52.78 DE = 13.48	\bar{X} = 55 DE = 12.58
Hacerse ilusiones	\bar{X} = 56 DE = 18.67	\bar{X} = 60.38 DE = 16.94	\bar{X} = 57.11 DE = 16.40	\bar{X} = 64.57 DE = 17.95