



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

7ta. Generación

2010 – 2011

Reporte de Investigación Final

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

**¿Qué factores se asocian a la adherencia terapéutica
y al “Programa de Intervención Breve para adolescentes
utilizado por los CAPA en el DF?”**

Alumno:

Tannya Isaura Rubio Jiménez

Asesor:

Mtra. Eva Ma. Rodríguez Ruiz

Firma

Ciudad de México, 29 de marzo de 2012

INDICE

Introducción	3
1. La adolescencia	7
1.1 La etapa de la adolescencia	7
1.2 Adolescencia y consumo de drogas	9
2. Tratamiento	11
2.1 Intervención psicológica	11
2.2 Adherencia terapéutica	12
2.3 Intervención y prevención de adicciones	14
3 Programas y Manuales	20
3.1 Programas sobre la prevención y atención a las adicciones	20
3.2 Manual de tratamiento para adolescentes que inician el consumo de drogas	24
Metodología	31
Resultados	33
Discusión y conclusiones	42
Bibliografía	45
Anexo 1	49
Anexo 2	50
Anexo 3	52
Anexo 4	53

INTRODUCCION

La adolescencia no sólo es un época caótica, también es un tiempo de descubrimientos y experimentación. Los adolescentes experimentan cambios fisiológicos en donde las hormonas están presentes y tienen lugar diversos cambios emocionales, de conducta, de comportamiento social y familiar. La familia deja de ser el grupo social más importante y ahora buscan la compañía de los pares del mismo sexo por lo que comienzan a tomar distancia de la autoridad adulta.

Los adolescentes son sensibles a la interacción de su grupo de pares, en particular a la aceptación y el apoyo emocional que reciben de ellos. Por esa situación, en algunos casos, suelen guardar emociones que podrían ser no muy bien recibidas entre sus compañeros (Oviedo, González y Luna, 2008).

La aceptación social podría convertirse en un factor de riesgo, si en el grupo donde convive es habitual el consumo de drogas (más aún, cuando su consumo forma parte de la cultura y las costumbres comunitarias). De acuerdo con las encuestas sobre consumo de drogas realizadas con población escolar (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán y colaboradores; 2008), han mostrado que la adolescencia es la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas y que generalmente comienza con drogas legales como el alcohol y el tabaco.

Las adicciones constituyen un fenómeno multifactorial debido a que, intervienen factores individuales, familiares, económicos, sociales y culturales, entre otros, que predisponen a los adolescentes al consumo de las diversas sustancias psicoactivas.

Oviedo y cols. (2008) mencionan que entre los elementos individuales, pueden contarse cierta predisposición física, una baja autoestima, una percepción empobrecida de sí mismo, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad profundos y constantes, así como depresión en cualquier grado, sin la debida atención. En las personas jóvenes, cuenta mucho la curiosidad, la presión del grupo de amigos, la necesidad de aceptación y el deseo de experimentar sensaciones fuertes.

En cuanto a los factores familiares, puede haber disfuncionalidad, ausencia de un sentido de pertenencia, falta de límites adecuados, inexistencia del sentido de responsabilidad y respeto, incapacidad para resolver las necesidades emocionales básicas de sus miembros, abandono o muerte de uno o ambos padres, carencia absoluta de supervisión parental, o bien sobreprotección, así como antecedentes de consumo en la familia (Cervantes-Leyzaola; 2007).

Entre los factores sociales, existen la disponibilidad y fácil acceso a las diferentes sustancias psicoactivas, particularmente a las bebidas con alcohol, la venta ilegal de cigarrillos sueltos a menores, el narcomenudeo, los movimientos migratorios, la transculturación, el hacinamiento y la falta de oportunidades para obtener un empleo digno (Oviedo, González y Luna, 2008).

Otro aspecto fundamental además de lo ya descrito tiene que ver con la percepción de la persona sobre sus capacidades y habilidades para resolver problemas y emprender proyectos. De alguna manera, esta percepción de la autoeficiencia o autoconcepto, hace que la decisión de consumir o no consumir alguna sustancia dependa de la persona.

Los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y, con frecuencia, requieren un tratamiento multimodal. Algunos componentes del tratamiento pueden ir orientados directamente a los efectos del uso de la sustancia, mientras que otros se deben centrar en las condiciones que han contribuido o que han sido el resultado del consumo de drogas.

Por lo que no hay duda que los trastornos por abuso de drogas son en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como los problemas derivados son de atención son de preocupación para nuestro país y para muchos otros, es por eso que en los últimos años se han creado diferentes programas con el objetivo de prevenir y tratar el consumo desde una edad temprana.

Selekman (2009) menciona que trabajar con adolescentes con problemas de abuso de sustancias y sus familias puede ser un reto. Muchos de estos jóvenes presentan además autolesiones, bulimia, delincuencia, pertenencia a bandas y comportamientos sexuales de riesgo. A menudo, los terapeutas y otros profesionales de la salud mental cuentan con una formación y experiencia limitadas en el trato de los adolescentes con problemas de abuso de sustancias, pueden tener una amplia experiencia en el trabajo individual y en grupos con adolescentes que abusan de sustancias, pero han tenido poca formación en éstas áreas o poca experiencia en la terapia de familia.

Yahne y Miller (1999) señalan que la mayoría de las intervenciones se han diseñado para aquellas personas que están preparadas para tomar acción y cambiar su patrón de consumo. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes que abusan de alguna sustancia generalmente no han tomado la decisión de hacer un cambio en su conducta, y aún aquellos que se presentan a los programas de intervención están indecisos acerca de dejar de consumir o no. Como también mencionan Martínez y cols (2007), que como parte importante en el trabajo con adolescentes esta la motivación como parte inicial del tratamiento.

Uno de los problemas que regularmente se presentan en la práctica clínica en la atención psicoterapéutica con pacientes adolescentes usuarios de sustancias es la poca adherencia al tratamiento. Asimismo, considero importante agregar, que existen terapeutas que no están capacitados en el tema de las adicciones ni con otros temas relacionados y que por su trabajo se tienen que basar en Manuales que la Institución les indica. En estos Manuales las sesiones ya están establecidas y se siguen independientemente del estado emocional en el que el adolescente llegue al consultorio o dejando a un lado problemas que el adolescente ya tiene en el momento en el que inicia el tratamiento lo que hace que los adolescentes no se apeguen a seguir el tratamiento.

Si partimos de las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra un adolescente podríamos darnos cuenta que es necesario que un psicólogo que lo recibe en el consultorio no lo vea únicamente como un usuario consumidor de drogas, si no como un ser humano que tiene conflictos familiares, escolares, emocionales, etc.; por lo que si esta es la causa o un factor importante para el mantenimiento del consumo, el psicólogo tendría que trabajar con estas situaciones y no solo aplicar el manual como receta de cocina que se lleva a cabo en 5 sesiones.

Por lo que es primordial identificar los factores que intervienen para la adherencia al tratamiento y si uno de éstos es la forma en la que los Psicólogos aplican el Manual que establece la Institución; y proponer así, alternativas que complementen el trabajo en el consultorio y a su vez favorezcan la recuperación del adolescente.

El objetivo no es proponer un modelo o programa que incluya todas estas variables si no de que el psicólogo pueda realizar un análisis de la conducta y de el estado en el que se encuentra el adolescente para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen.

1. LA ADOLESCENCIA

1.1 La etapa de la adolescencia

Como ya se ha mencionado anteriormente la aparición de conductas de riesgo o el inicio del consumo de drogas en su mayoría empieza en la adolescencia por lo que resulta elemental conocer qué está ocurriendo durante este período de la vida que pueda explicar, al menos en parte, esa especial vulnerabilidad ante el riesgo.

La adolescencia trae consigo una serie de cambios (cambios físicos, intelectuales, emocionales...) que van a traer descontrol en el adolescente, por lo que es necesario tener en cuenta que estos cambios no sólo afectan a los individuos sino también, de modo muy importante, a su entorno inmediato y principalmente a la familia.

Algunas de las características que definen la adolescencia como etapa evolutiva y que nos permitirán entender las nuevas necesidades que se plantean en este momento del desarrollo, según Herrero(2003) son:

- **Cambios a nivel corporal.** Con la pubertad aparecen transformaciones fisiológicas importantes y rápidas, unidas al despertar y el empuje de las necesidades sexuales, lo que constituye un acontecimiento que viene a derrumbar el equilibrio logrado hasta el momento, desencadenando una auténtica revolución interna que propiciará las transformaciones que van a producirse en el plano psicológico. El consumo de drogas en adolescentes que atraviesan esta crisis, pueden alimentar una fantasía de control que alivia transitoriamente su malestar.

- **La adolescencia como época de duelos.** Los cambios que afectan a esta etapa de la vida suponen logros y adquisiciones importantes, pero también, paralelamente, se producen pérdidas que precisan de una elaboración. Autores como A. Aberastury (1978), citado en Herrero (2003), describen tres duelos importantes que deben realizarse durante la adolescencia: El duelo por el

cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantiles, que obligan a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades, y el duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente se trata de retener buscando refugio y protección. En algunos casos, el consumo de drogas se da por el deseo de aliviar o posponer el dolor que acompaña a estos procesos.

- **Cambios en la visión de los padres y otras figuras de autoridad.** La idealización de los padres y otras figuras como profesores, familiares, etc., que se mantiene hasta la entrada en la adolescencia, a veces con el “necesario” paso intermedio de ruptura y desprecio hacia los antiguos modelos infantiles. Como consecuencia de este proceso se produce un cierto distanciamiento entre el adolescente y sus padres, donde el grupo de pares pasan a ocupar un lugar importante, convirtiéndose en ocasiones en el refugio y la sustitución de la relación perdida. Si bien la capacidad de influencia de los padres y del medio familiar no tiene por qué desaparecer completamente durante esta etapa, especialmente cuando los vínculos familiares han sido sólidos.

- **Búsqueda de nueva identidad.** Durante la adolescencia se reedita de alguna forma todo el proceso de identificación progresiva que se inicia desde el comienzo de la vida y que surge ahora como una nueva búsqueda. Los cambios acontecidos en todos los planos de la vida, obligan al adolescente a buscar nuevos modelos de identificación que le faciliten el tránsito hacia un nuevo concepto de sí mismo como persona adulta. Para lograrlo, exploran otros lugares de identificación fuera de la familia. Las amistades entre los iguales cobran en esta etapa una gran fuerza e importancia, llenando el vacío que producen las pérdidas y los duelos infantiles y actuando como soporte en esa búsqueda de la identidad de adulto.

1.2 Adolescencia y consumo de drogas

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al costo social y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad en general; más preocupante cuando el comienzo del uso de sustancias ocurre en su mayor parte durante la adolescencia y juventud temprana.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) reporta que más del 50% de la población consumidora de drogas inició antes de los 17 años y que aquellos que iniciaron a estas edades, lo hicieron con alcohol o tabaco, de tal forma que aquellos adolescentes que consumieron este tipo de sustancias antes de la mayoría de edad tenían mayores probabilidades de consumir algún tipo de droga ilegal.

En el caso específico del abuso de alcohol se encontró un incremento de poco más del 1%, de manera que actualmente 25.2% de los/as adolescentes han consumido por lo menos 5 copas en la misma ocasión durante el último mes previo al estudio. Como se puede apreciar, el consumo de drogas se está incrementando en la población adolescente y los estudiantes no son la excepción; sin embargo los índices de consumo en la población que se mantiene escolarizada es menor cuando se le compara con otros grupos y es mayor en los jóvenes que dejan de estudiar algún tiempo (Villatoro et al., 2007).

La deserción escolar, los problemas familiares, conflictos emocionales son algunos factores de riesgo que pueden propiciar el consumo en los adolescentes, y en muchas ocasiones cuando se realiza una intervención terapéutica estos aspectos no son tomados en cuenta.

Otros factores de riesgo para el consumo son la impulsividad, la conducta en ocasiones desafiante y temeraria, la necesidad de independencia, los valores alejados de los convencionales (especialmente de los padres y autoridades), la

adopción de riesgos y el sentido de pertenencia a un grupo con el que compartes ciertas características.

En las últimas décadas se han registrado importantes avances a nivel mundial en la prevención tanto para evitar el consumo de drogas a edades tempranas o retardar el inicio; como para evitar que los que tienen un consumo experimental pasen a un consumo habitual que los lleve a la adicción.

Los enfoques preventivos que han demostrado ser más efectivos, son los que se derivan de teorías psicosociales y se enfocan en la atención primaria y en los factores protectores que previenen la iniciación del consumo de drogas en etapas tempranas (Botvin y Kantor, 2000). Otro enfoque es el relacionado con las habilidades de resistencia social para prevenir el uso y/o abuso de drogas, el cual reconoce el papel de diversas influencias sociales, incluyendo el modelamiento directo de la conducta de uso de drogas y la presión del grupo de pares (Botvin, 2000).

La OMS ha denominado a estas habilidades como “habilidades para la vida”, que las define como: *“aquellas destrezas que permiten que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria”* (OMS, 1993) y las ha dividido en tres categorías: sociales, cognitivas y emocionales. Han demostrado ser eficaces en la prevención de una amplia gama de conductas de riesgo en niños y adolescentes: prevención del abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales; prevención del embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual y resistencia a la presión de pares.

Una de las habilidades que más se ha estudiado en referencia a la prevención del consumo de drogas es la resistencia a la presión del grupo de pares, es decir, la resistencia del joven ante la expresión abierta de conductas que incitan al consumo como burlas, peticiones o acciones manifiestas realizadas por los pares ya que se ha comprobado que las influencias sociales son determinantes en la iniciación del consumo de drogas y en la búsqueda de tratamiento (Calleja y Aguilar, 2008).

2. Tratamiento

2.1 Intervención psicológica

A lo largo del tiempo, se ha ido dejando de lado la consideración de que la persona que demanda tratamiento está preparada para iniciar un cambio, sin embargo hay que considerar que no todo paciente parte de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva.

Prochaska y DiClemente señalan que hay que identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva que tiene ver con la motivación para que se dé dicho cambio ya que puede incrementarse esta disposición al cambio cuando se adquiere conciencia del problema y se ha desarrollado las estrategias necesarias para superarlo de forma progresiva. Estas etapas son la precontemplación en la que no se tiene intención de cambiar porque la persona no tiene conciencia del problema o desconoce las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. En la contemplación se tiene conciencia de que existe un problema y se considera abandonar la conducta pero no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. En la etapa de preparación o determinación se llevan a cabo pequeños cambios y hay un compromiso de la persona la persona para realizar metas a muy corto plazo. Para la etapa de Actuación o acción se realizan cambios notorios y fácilmente observables en la conducta adictiva y es aquí donde existe alto riesgo de recaída. En la etapa final que es la de mantenimiento del cambio se trabaja para consolidar los cambios realizados durante la etapa de acción y es aquí donde se manejan estrategias para prevenir posibles recaídas.

Por otro lado, existen discrepancias respecto a la duración del tratamiento para que sea efectivo esto depende del enfoque con el que se trabaje y el tipo de usuario que se trate. Autores como Diamond, Liddle, Wintersteen, Dennis, Godley y Tims, (2006) mencionan que otro aspecto que hay que tomar en cuenta es la relación entre el paciente y el terapeuta la cual se establece desde

las primeras sesiones y que esta es el mejor predictor de resultados que la modalidad de terapia o la duración.

2.2 Adherencia ó abandono al tratamiento

Las intervenciones en salud mental y en trastornos adictivos comparten el elevado y prematuro abandono del tratamiento. Una revisión de Walitzer et al. (1999) muestra que entre un 20 y un 57% de los pacientes interrumpen su tratamiento después de la primera sesión, encontrándose entre los posibles factores explicativos las actitudes de los pacientes, así como las expectativas del propio terapeuta.

En cuanto a la deserción Jo y Almas en el 2001, realizaron un estudio en Venezuela sobre abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, se encontró que aunque este ha sido un tema poco estudiado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas (Alcázar, 2007).

Esto es claramente insuficiente si se tiene en cuenta que la efectividad máxima de tratamiento se consigue entre las sesiones ocho y 12 (Steenbarger, 1994)

Existe gran diversidad de variables que determinan la no adherencia del paciente a un proceso psicoterapéutico, entre las cuales, se encuentran las características tanto del paciente como del terapeuta, el tipo de trastorno y las condiciones ambientales e institucionales entre otras; autores como Jo y Almas (2001) y Buena, Sierra, López y Rodríguez (2001), han clasificado dichas variables de acuerdo a su origen; sin embargo, los resultados de las investigaciones no permiten afirmar que la presencia de una sola variable pueda predecir lo que sucederá con la adherencia terapéutica.

Factores asociados al usuario

Un factor determinante para la adherencia al tratamiento es la percepción que el paciente tiene acerca de la necesidad de recibir atención psicológica, cuando el paciente acude de manera voluntaria y por iniciativa propia, es más alta la probabilidad de adherencia al tratamiento (Mahoney, 1991). La mayoría de los pacientes suelen tener ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y este encuentro puede ser fundamental en la decisión de asistir a sesiones futuras (Alcázar,2007).

Factores asociados al terapeuta

Factores como la personalidad del terapeuta, los rasgos propios de su individualidad, los intereses y actitudes que manifieste ante la presencia del usuario, son variables que pueden ser determinantes en la decisión de continuar con la terapia. Además de los conocimientos que el terapeuta posee, Buela, Sierra, López y Rodríguez (2001) mencionan como habilidades indispensables la capacidad para direccionar la terapia, la asertividad, la habilidad al utilizar instrumentos de evaluación, la capacidad para incentivar la participación del usuario en el proceso, la habilidad para organizar la información y realizar informes y las habilidades comunicativas para dar a entender lo que realiente quiere expresar en el contexto terapéutico.

Factores asociados a la terapia

Beck (1995), menciona factores como la mala elección de instrumentos de evaluación, o de problemas más complejos como la falta de efectividad al intervenir un diagnóstico realizado; estos problemas se pueden dar en el diagnóstico, conceptualización y plan de tratamiento, en la alianza terapéutica, en la estructura y/o ritmo de la sesión, en la socialización e instrucción con el usuario, en el trabajo sobre pensamientos automáticos, el logro mismo de los objetivos terapéuticos a lo largo de las sesiones y en el procesamiento del contenido de las sesiones por parte del usuario.

Factores asociados a la institución

Los errores institucionales que se pueden cometer, pueden ser las fallas en procesos de derivación, en la recepción de datos, en el manejo de información, largos plazos para acceder a las citas, cambios frecuentes de terapeuta, o problemas para encontrar cupos en centros de salud mental, fuerzan a los usuarios a abandonar la terapia (Jo y Almao, 2001) y se podría agregar las instrucciones que marca la Institución para seguir ciertos pasos en los tratamientos y dejar a un lado la individualidad de cada uno de los usuarios que llegan a tratamiento.

Factores situacionales

Jo y Almao (2001) realizan una recopilación de investigaciones en las que se reconoce factores ambientales tales como la distancia del centro de atención terapéutica, el nivel socioeconómico, motivos laborales, académicos o económicos, descomposición familiar, bajo apoyo o ausencia de redes sociales, ausencia de seguro médico y que son determinantes de la asistencia y permanencia de usuarios en tratamientos psicoterapéuticos.

Por ultimo, Buéla-Casal, Sierra, López y Rodríguez (2001), afirman que al analizar los datos obtenidos con respecto a la deserción es posible confirmar la multifactorialidad del fenómeno, ya que son pocos los casos en los cuales una sola razón motivó el abandono; la tendencia más bien se inclina hacia la configuración de dos o más factores que en cada caso llevan al paciente a no continuar el proceso terapéutico.

2.3 Intervención en prevención y tratamiento de adicciones

La intervención temprana y el tratamiento de los adolescentes deben ser diseñados de modo sustancialmente diferente al de los individuos adultos, debido a sus especiales y cambiantes características relativas al desarrollo, creencias, valores e influencias ambientales.

El aumento de la población consumidora de drogas y la disminución en la edad de inicio de los adolescentes ha sido tema de estudios, evidencias científicas, el surgimiento de nuevos fármacos y tratamientos psicológicos para trastornos por consumo de sustancias que han aportado conocimientos para la optimización de resultados en los tratamientos.

Peredo y cols. (2003), realizó una recopilación de este conocimiento con una Guía Clínica, con la finalidad de que sea de utilidad para los profesionales que trabajan con los problemas relacionados con los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Haciendo uso de los Principios para el tratamiento efectivo que menciona el NIDA.

El principio tercero dice que “El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas”, y el cuarto afirma que “Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona”. Ambos principios están claramente vinculados con varias ideas directamente relacionadas con los modelos y las técnicas de intervención psicológica. Estas ideas conforman que es necesario que el tratamiento que reciben los usuarios no se oriente únicamente al consumo de sustancias si no tener habilidad para detectar otras necesidades que el usuario tenga para que el tratamiento sea funcional.

Otros dos de los principios hacen mención a la necesidad de atender a la variabilidad psicológica. El primer principio indica que “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos”, es decir que utilizar un manual al pie de la letra para todos los pacientes estaría lejos de este principio; y el octavo advierte que “Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada”, por su parte este menciona que el tratamiento debe tratar a la par aspectos de salud mental y el tema del consumo.

Por otro lado, en los tratamientos a adolescentes, en las primeras fases de aparición de un problema se puede considerar como la modalidad de prevención denominada terciaria. Atendiendo a la presencia o no de los primeros consumos, viéndolo como una etapa preventiva o correctiva según el criterio. En lo que se refiere a la etapa preventiva el objetivo es desarrollar en el adolescente habilidades personales y sociales para que se puedan enfrentar a situaciones en riesgo que los lleven al consumo; y en la etapa correctiva o de intervención temprana se busca detener el deterioro de la situación problemática modificando comportamientos inadecuados o las variables ambientales que hacen que se mantenga o empeore el problema.

Arruabarrena (2001) distingue entre tres tipos de intervención con adolescentes en riesgo:

- a) En crisis, cuando el tratamiento tiene una duración breve (4-8 semanas) y el objetivo es aliviar la crisis y superarla con éxito. Suelen ser programas intensivos de atención continua.
- b) Tratamientos a medio plazo, con una duración entre 3 meses y 5 años, persiguen acabar con la situación y promover habilidades parentales;
- c) Tratamientos a largo plazo, con una duración algo mayor que los anteriores, se prolongan hasta que el niño o adolescente alcanza la suficiente autonomía personal.

Por su parte, Espada y cols (2003) señalan que dado que las situaciones de riesgo o descuido de un menor, se dan por factores de tipo social, biológico y psicológico o conductual, es necesario atender a todos ellos en la intervención preventiva. Propone Algunos principios.

Principio 1. Atención a los momentos críticos de riesgo. Hay que elegir el mejor momento para intervenir. En el campo de la salud mental, se ha comprobado que, para reducir la incidencia y la gravedad de los problemas infantiles, las intervenciones deben realizarse tempranamente, de ser posible antes del desarrollo de síntomas significativos.

Principio 2. Potenciación de los factores de protección y reducción de factores de riesgo. Es necesario atender las causas que originan los problemas de forma temprana. Tradicionalmente, se identifican factores de riesgo que facilitan la aparición del trastorno o situación problema, y factores de protección, que garantizan el afrontamiento por parte del menor de las situaciones de riesgo. Por ejemplo, en el ámbito del abuso de drogas, un adolescente con baja autoestima y con un déficit en habilidades de resolución de problemas es más proclive al consumo que otro que posea estas aptitudes.

Principio 3. Nivel de focalización sobre el problema Se debe prestar atención también a los posibles trastornos comórbidos que pueda presentar el menor o su familia.

Principio 4. Intervención con los niños, padres y educadores

A la hora de disminuir o eliminar riesgos, la acción sobre los menores puede ser directa o indirecta. Dado que la actuación de los adultos determina en gran medida la conducta del menor, resulta preciso involucrar a los padres para modificar la conducta ya que este es un factor importante para que la intervención sea exitosa.

Principio 5. Ajuste de la intervención a las características personales, familiares y sociales

Es necesario que el programa preventivo o el tratamiento esté adaptado al máximo a las peculiaridades de los destinatarios. Los protocolos deben atender y ser diseñados en función de las características de sus destinatarios, como edad, sexo, raza, para mejorar la efectividad del mismo.

Principio 6. Protocolización de las intervenciones

Existen varias razones que apoyan la necesidad de contar con un protocolo de actuación preventiva o de intervención precoz. Es importante disponer de material escrito sesión por sesión que permita la aplicación del mismo programa preventivo en otros contextos o con diferentes poblaciones. En otro caso la replicación y mejora de las intervenciones resulta inviable

Principio 7. Selección de los encargados de desarrollar la intervención

Los programas deben estar implementados por personas que sean fiables para el menor, y preferentemente que el mensaje llegue por múltiples canales. Y dependiendo del problema en el que esté centrada la intervención, conviene que ésta sea desarrollada por profesores, psicólogos, monitores, educadores sociales, padres y a través de mensajes en el entorno del menor.

Principio 8. Desarrollo de intervenciones continuadas

Los programas preventivos deberían ser de duración prolongada y con sesiones de recuerdo para reforzar los objetivos iniciales. Ya que esa forma es posible el mantenimiento de los cambios logrados y evitar la recaída. En un metaanálisis de programas preventivos del abuso de drogas en (Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgilés y Rosa, 2002) se comprobó que los programas más eficaces tenían una mayor duración. Dentro del rango observado (5-17 sesiones), los programas con mayor número de sesiones fueron más eficaces.

Principio 9. Intervención con una metodología interdisciplinar

Los programas eficaces integran la labor de diferentes agentes socioeducativos en la planificación y aplicación de las actividades del programa. En la intervención directa con los destinatarios participan profesionales con formación pedagógica (maestros y educadores), psicólogos, personal sanitario, trabajadores sociales, etc.

Principio 10. Intervención a través de todos los canales disponibles

La intervención a nivel familiar en el campo de la prevención se justifica por el papel crucial que desempeñan los padres en la formación de la personalidad y adquisición de hábitos de los hijos.

Asimismo, López y cols. (2002) por su parte señalan que los modelos de intervención para la promoción y prevención para la salud, en jóvenes y adolescentes, se implementan desde diversas instituciones públicas y, en cierto modo, de forma sectorial en tanto que no existe una reflexión común sobre el

tema; es por esto que las acciones encaminadas a dicho fin adolecen de una perspectiva integradora que, repercute en la eficacia de las mismas.

También se han diseñado diversos programas para la prevención y la atención o tratamiento de adicciones, así como artículos que han sido publicados sobre la aplicación y evaluación de estos programas selectivos e indicados, a continuación se presentan algunos de ellos.

3. Programas y manuales

3.1 Programas sobre prevención y atención a las adicciones

Brief Strategic Family Therapy, BSFT (Breve Terapia Familiar Estratégica).

Es un programa de prevención indicada, dirigido a alumnos de 6 a 17 años, que tiene como objetivo eliminar los factores de riesgo para el abuso de sustancias y los problemas de conducta. Aporta a la familia herramientas para reducir los factores de riesgo individuales y familiares, y se centra en mejorar las relaciones y en fortalecer a la familia. Diferentes evaluaciones de la eficacia de este programa han obtenido resultados que demuestran una reducción en los problemas de conducta, una mejora del autoconcepto y del funcionamiento familiar en los alumnos más pequeños y sus familias. En los adolescentes, también se observa una reducción en el uso de sustancias, en la asociación con pares antisociales y un incremento de la participación familiar en la terapia.

Reconnecting Youth, RY (Reuniendo a la Juventud)

Programa de intervención indicada para jóvenes entre 14 y 18 años con riesgo de abandonar la escuela, problemas de conducta, como el abuso de sustancias, agresión, depresión o comportamientos suicidas. Consta de ochenta sesiones dedicadas a tratar temas relacionados con la autoestima, la toma de decisiones, el autocontrol y la comunicación interpersonal y actividades recreativas que estrechan los vínculos con la escuela. Los resultados de la evaluación de este programa muestran una mejoría en el rendimiento académico, y un descenso en los problemas relacionados con las drogas y en el estrés.

First Contact. A Brief Treatment for Young Drug Users

Éste es un programa de prevención indicada, dirigido a menores, adolescentes y adultos jóvenes consumidores de drogas y en situación de riesgo para el abuso o dependencia de drogas. Los objetivos son la reduzcan el consumo de drogas a través del desarrollo de actividades recreativas saludables, mejorar las habilidades personales y sociales, mejorar las relaciones familiares y mayor acceso a los servicios comunitarios. Los resultados a los seis meses de seguimiento incluyen la reducción significativa del consumo de drogas y consecuencias adversas asociadas al consumo (Roberts et al., 2001).

Personal Growth Class

Es un programa de prevención indicada para menores en edad escolar, diseñado para reducir el uso y abuso de drogas y mejorar el estatus psicológico (depresión y salud mental) y el desempeño escolar. Se fundamenta en las teorías del aprendizaje social-cognitivo, y se dirige hacia la intervención sobre las redes de apoyo social y práctica de habilidades sociales y de resolución de problemas. Los resultados muestran reducciones del uso y abuso de drogas y de sus consecuencias negativas, mejoras en la autoestima y el estatus psicológico y en el funcionamiento escolar durante el programa. (Roberts et al., 2001).

Creating Lasting Family Connections (CLFC)

Programa que abarca la prevención universal, selectiva e indicada del uso y abuso de alcohol y drogas y la conducta violenta. Sus fundamentos basados en la resiliencia. Enfatizan el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento de situaciones de riesgo que precipitan o mantienen el consumo de drogas, el desarrollo de redes de apoyo social y alternativas de conductuales saludables. La evaluación muestra en los factores de resiliencia individuales reducción del uso y abuso del alcohol y otras drogas (Roberts et al., 2001).

Project Towards No Drug Abuse (Project TND)

Este programa de prevención indicada se dirige hacia menores en edad escolar, con el objetivo de prevenir la transición desde el uso al abuso de drogas. Está diseñado para fortalecer la motivación hacia el cambio, la corrección de percepciones erróneas, habilidades sociales y de autocontrol, y entrenamiento en la toma de decisiones. Las conductas de riesgo consideradas son el uso de drogas legales e ilegales, las conductas violentas y antisociales. Los resultados se muestran positivos en las conductas de riesgo y algunos efectos positivos se mantienen en el seguimiento a los dos años (NIDA, 2003).

PLEFSI: Intervención temprana para adolescentes consumidores de drogas y sus familias. Intervención temprana en comunidad terapéutica

Es un programa desarrollado en Atenas, dirigido a adolescentes y menores de edad entre los 13 y 20 años, consumidores de drogas en situación de riesgo para la dependencia y necesitan apoyo en las áreas educacionales y de empleo y en la mejora de relaciones familiares. Siguiendo un modelo de intervención ecléctico, los resultados de la evaluación muestran mejoras en la situación de los participantes.

“Programa de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana”

Este programa también conocido también por las siglas TEM/TCC5, forma parte de un proyecto desarrollado por el “*Cannabis Youth Treatment Trials*” (CYT). El CYT es un estudio experimental multicéntrico, aleatorizado, diseñado para probar la eficacia de cinco intervenciones ambulatorias con adolescentes que abusan y dependen de la marihuana.

El resultado del estudio ofrece una tasa de cumplimiento de la terapia del 70% y un seguimiento de 9 meses posteriores a la terapia del 95%. Estos resultados superan a los obtenidos por otro tipo de intervenciones en las que no se requiere la participación de ningún familiar, sin embargo el tener una tasa relativamente baja de abandonos tiene que ver con el hecho de que la involucración familiar dentro del trabajo terapéutico ya que favorece que las

instrucciones terapéuticas y los compromisos adquiridos en los espacios terapéuticos sean compartidos por los familiares y reproducidos en el marco de la vida cotidiana. Los resultados obtenidos a partir de la intervención familiar, en cuanto a reducción de la frecuencia e intensidad del consumo o la obtención de la abstinencia.

Como se puede observar de acuerdo a la revisión de estudios señalados anteriormente nos permite deducir que un tratamiento requiere más que unas cuantas sesiones en donde se aborde el consumo de sustancias psicoactivas sino que también es importante tomar en cuenta para la adherencia y permanencia en el tratamiento que se incluya la intervención de la familia, ya que los abordajes familiares obtienen en general buenos resultados en cuanto a la reducción del nivel de consumo de drogas postratamiento y algunos estudios encuentran superioridad frente a otras modalidades. Asimismo nos sirve para desarrollar buenas prácticas de intervención temprana y tratamiento en adolescentes con abuso de drogas.

Peredo y cols (2003)., concluye tras su recopilación que en un tratamiento se debe combinar la información (sobre drogas y alcohol, sobre las influencias del entorno social e interpersonal, etc.) con el desarrollo y práctica de habilidades: habilidades de afrontamiento, búsqueda de recursos y de apoyo, resolución de conflictos y de problemas, toma de decisiones y habilidades de comunicación. Enfocar esta información y desarrollo de habilidades en los asuntos de la mayor importancia para los propios adolescentes y que tienen mayor relación con las drogas. Utilizar procesos interactivos de grupo para las experiencias de reflexión, discusión, comunicación sobre metas, aprendizaje y práctica de nuevas habilidades.

Asimismo sugiere prestar especial atención a las cualidades y competencias de los profesionales de la intervención, además de estar bien formados y entrenados periódicamente en la prevención del abuso de drogas con

adolescentes, que se sientan cómodos desde un papel facilitador e interactivo, con facilidades para la empatía y fortalecer la motivación de los jóvenes.

3.2 Manual de tratamiento para adolescentes que inician el consumo de drogas

Este programa está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo (peleas, resaca, accidentes etc.), y que no presentan dependencia hacia la droga, canalice a otras intervenciones especializadas de atención para adolescentes. Este Manual es el que se utiliza para el tratamiento con adolescentes en los centros Nueva Vida y da pie al objetivo de la investigación.

Es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes, tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y su objetivo es promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener dicho cambio.

La información que se maneja en el programa incluye:

*Evaluación del patrón de consumo, así como de los problemas asociados, el nivel de auto eficacia, las situaciones de consumo y el nivel de riesgo del adolescente.

*Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.

*Cinco sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base a los siguientes tópicos:

1. Discusión de los costos y los beneficios de cambiar el consumo de sustancias.

2. Establecimiento de una meta de consumo.
3. Registro diario de consumo.
4. Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
5. Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
6. Análisis del impacto del consumo de alcohol otras drogas en el logro de sus metas de vida.

Es una intervención breve, estas intervenciones son de tipo motivacional, lo que implica que permiten incrementar en el usuario su disposición al cambio y su compromiso para cambiar su conducta. Los objetivos principales de estas intervenciones son:

- a) Que el usuario logre la abstinencia o moderación de su consumo de sustancias
- b) Que el usuario reduzca los problemas y riesgos asociados a su consumo, a través del uso de estrategias de auto-control para su consumo.
- c) Que el adolescente que participa en el Programa mantenga el cambio en su consumo.

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes está diseñado para implementarse dentro de las escuelas de nivel medio y medio superior, incluye cinco etapas básicas para su desarrollo.

a) DETECCIÓN DE CASOS.

Esta fase se realiza en el caso de que el programa sea aplicado dentro de alguna institución educativa. Para ello se recomienda hacer contacto con los directivos de la institución, explicándoles la forma en que se trabajará con el Programa; posteriormente se aplica el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (Mariño, González- Forteza, Andrade, & Medina-Mora, 1997) en forma grupal. En caso de que el propio adolescente acuda a

alguna institución de salud a solicitar ayuda, esta fase se omite y el Cuestionario de Tamizaje se aplica como parte de la sesión de evaluación.

Este cuestionario de Tamizaje se aplica en las escuelas con el fin de identificar adolescentes que consumen alcohol en exceso u otras drogas; ó bien que se encuentran en riesgo de consumo.

b) EVALUACIÓN.

En esta fase se evalúa si el adolescente cubre los criterios y aspectos como la cantidad que el adolescente consume por ocasión, la frecuencia con que lo hace y los problemas que esto le ha generado.

Es donde se establece el contacto con el adolescente, en donde se recaba información valiosa respecto al patrón de consumo, se valora el nivel de severidad (uso, abuso, dependencia) y problemas relacionados; es una labor compleja que involucra más que la simple cuantificación de la cantidad de alcohol, es necesaria una evaluación detallada, que permita desarrollar y programar estrategias de intervención para el adolescente.

Los criterios de inclusión son: adolescentes de entre los 14 y 18 años, que sean estudiantes de nivel medio y medio superior, que presentan indicadores de abuso en el consumo de alcohol o de drogas y que se encuentre en el nivel de riesgo moderado o alto de acuerdo a la OMS.

El abuso se identifica como el consumo de 5 o más copas estándar por ocasión y la presentación de consecuencias negativas asociadas o el consumo en 5 o más ocasiones de alguna otra sustancia y/o problemas relacionados con la misma.

Los criterios de exclusión son adolescentes que no asisten 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 y que su nivel de riesgo sea menor de seis copas, en estos casos se puede aplicar el consejo breve o el folleto "Tú Decides".

El terapeuta habrá de identificar si el adolescente cumple con los criterios de inclusión al programa de intervención breve, así como obtener información sobre la vida familiar-social en general del adolescente, la habilidad percibida por él mismo de controlar su consumo, además de su forma de actuar en diversas situaciones o eventos ante los que podría tener problemas por su forma de beber.

c) INDUCCIÓN AL TRATAMIENTO.

Esta fase consta de una sesión que tiene como objetivo promover la disposición de los adolescentes para realizar un cambio e ingresar al Programa de Intervención Breve para Adolescentes, a través de algunas estrategias de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002; Salazar, Martínez & Barrientos, 2009).

Las estrategias utilizadas por este programa se basan en los supuestos de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991), que se emplean con el propósito de que los adolescentes incrementen su disposición al cambio y acepten entrar a tratamiento. Los componentes de la Entrevista Motivacional son: la retroalimentación, brindar un consejo activo, remover las barreras importantes para el cambio, brindar aproximaciones alternativas, analizar las consecuencias negativas y riesgos asociados.

Al término de la sesión el terapeuta habrá retroalimentado al usuario sobre su patrón de consumo, situaciones de riesgo, factores protectores, consecuencias a corto y largo plazo, identificación y definición del problema, elaboración de opciones para resolverlo y presentar el programa de intervención breve.

d) TRATAMIENTO.

Consta de cinco sesiones con el adolescente de forma individual, las cuales tienen una duración de 45 a 60 minutos cada sesión, una vez a la semana. Se trabajan a través de materiales especialmente diseñados para cada sesión.

En todas las sesiones de tratamiento se inicia con un report, se pasa al llenado de autoregistro, el resumen de la sesión anterior, la lectura del material y la realización de los ejercicios correspondientes.

1ª sesión. Balance Decisional y Establecimiento de Meta de consumo

Uno de los componentes fundamentales del programa de intervención breve es el entrenamiento en Auto-regulación de la conducta adictiva que consiste en técnicas conductuales que incluyen el planteamiento de metas, auto-registro, dirección y orientación para el logro de metas, análisis funcional de las situaciones de consumo, y el desarrollo de alternativas de enfrentamiento.

El proceso de elección de su meta empieza en la primera sesión, misma que se revisa en cada sesión de tratamiento y en la fase de seguimiento. También se revisa de las ventajas y desventajas de continuar o cambiar el consumo de la sustancia. A este ejercicio se le conoce como “balance decisional” y está basado en el trabajo de Jannis y Mann (1977).

La evaluación de los “pros y contras” de consumir o no consumir es una estrategia para crear la discrepancia e incrementar la disposición al cambio (Prochaska & Diclemente, 1986).

2ª Sesión. Situaciones de riesgo.

Esta sesión ha sido diseñada para que el usuario de este programa identifique situaciones que representan un riesgo para el consumo de alcohol y/o drogas, de esta forma se incorpora el componente de prevención de recaídas de

Marlatt y Gordon (1985) que aborda la identificación de situaciones en donde existe un alto riesgo de recaída, lo cual da lugar a preparar al individuo a tratar efectivamente con esas situaciones.

3ª Sesión . Planes de Acción

Durante la sesión el usuario diseñará junto con el terapeuta estrategias para el manejo de una recaída con base en lo visto en la sesión anterior. Se describe una estrategia básica de solución de problemas, así mismo, se identifican los recursos propios del usuario (estilos de enfrentamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que puede utilizar para cambiar su conducta. El terapeuta debe poner especial énfasis en que los planes de acción que desarrolle el adolescente sean claros y lo más precisos posibles para que le ayuden en el cumplimiento de su meta de consumo y de esta forma, en la reducción de los problemas derivados de su forma de consumir alcohol o drogas.

4ª Sesión. Metas de vida.

La sesión 4 se apoya fundamentalmente en las aproximaciones terapéuticas de solución de problemas y entrevista motivacional, que apoyan el uso de las experiencias de vida, las metas y los valores (Berg, 1995).

En esta sesión se realiza el ejercicio “Las cosas que quiero lograr” el cual se relaciona con las metas de vida y los valores del usuario. Esta sesión intenta favorecer el reconocimiento de sus aspiraciones y competencias, más que enfocarse exclusivamente en las áreas problemáticas de sus vidas, fomentando así una perspectiva enfocada en la solución (Berg,1995).

El ejercicio incluye la revisión de los pasos específicos que los usuarios pueden dar para empezar a alcanzar sus metas, utilizando una estrategia general de solución de problemas.

5ª sesión Cruzando la Meta

En esta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso en que se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

e) SEGUIMIENTO.

Se recomienda para evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento a los seis meses de concluido el tratamiento. El terapeuta pueden definir específicamente los seguimientos de acuerdo a los resultados del tratamiento.

Los seguimientos son intervalos programados, sistemáticos, estructurados, de contacto individual, una vez que se concluye un programa de tratamiento (Hester & Miller, 1989).

Por lo anterior es importante tomar en cuenta las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra un adolescente e identificar los factores que intervienen para que haya apego al tratamiento que tienen que ver cómo viven el proceso de la adolescencia hasta la forma en que los psicólogos abordan el problema de las adicciones.

METODOLOGIA

OBJETIVO GENERAL:

Identificar si la adherencia terapéutica está relacionada con el Programa de intervención breve para adolescentes que se utiliza en los CAPA del DF

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar qué agentes favorecen o impiden la adherencia del paciente al tratamiento.
2. Conocer si estos agentes están relacionados con la aplicación del Manual.

La metodología con la que se realizó la investigación fue Cualitativa porque pareció la más adecuada para obtener la información ya que ésta nos permite comprender la percepción que pueden tener los psicólogos y la forma en que aplican el manual y la adherencia, así mismo nos permite interpretar los factores alternos que hacen que los adolescente abandonen el tratamiento (Bagdon y Taylor, 1988).

INSTRUMENTO

Para recabar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y un cuestionario auto-aplicable. Anexo 2 y 3.

SUPUESTO:

Se parte del supuesto que “Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol u otras drogas” aplicado por si solo no funciona en el Tratamiento de usuarios adolescentes de drogas.

Procedimiento

A continuación se describen los pasos que se siguieron para obtener los datos.

1. Se seleccionaron los Centros y los Psicólogos y se les aplicaron los instrumentos; sólo se escogieron a aquellas personas dispuestas a participar con el trabajo de investigación.
2. Se asistió a los Centros nueva Vida que han sido seleccionados para la realización del estudio.
3. En un consultorio cerrado se aplicó el cuestionario y posteriormente se hizo la entrevista.

Población:

Para llevar a cabo la investigación se entrevistaron a los Psicólogos de los UNEME-CAPA, DF, que trabajaban con adolescentes y que utilizan el Manual "Tratamiento breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol u otras drogas" para identificar si el manual era efectivo o era la corriente con la que los psicólogos para la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS

El total de la muestra fue de 20 psicólogos, de los cuales 12 fueron mujeres y 8 hombres con un mínimo de edad de 28 años y con un máximo de 42 años de edad. Se les aplicó el cuestionario y la entrevista semiestructurada en sus centros de trabajo que se encuentran en las siguientes delegaciones: Coyoacán, Venustiano Carranza, Iztapalapa, Xochimilco, Tlalpan, Atzacapozalco, Tlahuac y Gustavo A. Madero.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, más de la mitad de la población maneja la corriente cognitivo-conductual para trabajar con los adolescentes en los Centros Nueva Vida; que como ya se comentó es la corriente en la que están basadas las sesiones del Manual para adolescentes. Sin embargo, al momento de la aplicación se pudo observar que la mitad de los psicólogos no tiene formación académica en esta corriente; entre ellos, los 6 que no la utilizan, el resto lo hacen porque la institución se los marca guiándose en los manuales.

Tabla 1. Corriente psicológica

Cognitivo Conductual	14
Psicoanálisis y C.C.	2
Humanista y C.C	2
Aprendizaje social	1
Sistémica	1

La mayoría de adolescentes que se atienden al mes en los centros es de 6 a 10 con, seguido de 10 a 15, después de 1 a 5 y solo uno de los psicólogos atiende más de 15. De estos 16 aplican el manual solo con algunos de los pacientes, 3 lo aplican con todos y 1 nunca lo aplica.

Los motivos son por lo que no lo aplican son:

- Porque la demanda es otra y no la cubre el manual= 7
- Porque no cubren los criterios de inclusión= 9
- No funciona 1

Los motivos por los que si lo aplican son:

- Llegan por consumo= 2
- Es sencillo= 1

Una de las preguntas del cuestionario se refería a como calificaban el Manual; se puede observar que nadie piensa que es excelente, nadie piensa que es pésimo y la mayoría lo ubica como bueno; entre los aspectos positivos y negativos que detectan al momento de su aplicación se mencionan en la Tabla 2.

Tabla 2. Que observan al aplicar el manual.

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> * Ayuda a clarificar la toma de decisiones y a enfrentar los problemas relacionados con adicciones * Desarrolla habilidades básicas * Los temas son funcionales y aplicables a otras conductas * Ayuda al adolescente a reflexionar * Apoya en la modificación de 	<ul style="list-style-type: none"> * No les gusta escribir * No cubre las necesidades * No considera factores emocionales * Difícil que los jóvenes se identifiquen con el * Falta adaptarlo a la población que se atiende * No funciona con adolescentes

conducta del usuario * Es sencillo de aplicar	sin red de apoyo familiar. * Las sesiones deberían de ir dirigidas a cada una de las drogas
--	--

En cuanto a las sesiones que utilizan para el tratamiento con los adolescentes la mayor frecuencia se encuentra entre 6 y 15 sesiones en la Tabla 3 se exponen las razones de las que depende que el tratamiento sea más largo o más corto; entre las que destacan: la etapa de cambio en la que se encuentren los usuarios cuando llegan a solicitar atención, tienen otros problemas que nos necesariamente el consumo de drogas y no se les atiende esa parte, también depende el apoyo de la familia y de la falta de interés.

Tabla 3. Sesiones de trabajo

¿CUÁNTAS SESIONES TRABAJAN CON ELLOS?		¿DE QUE DEPENDE?
Menos de 5	-	
De 6 a 10	10	<ul style="list-style-type: none"> * No se adhieren al tratamiento * Tiene otras problemáticas y al no ser atendidas se van. * No tienen disposición e interés * De las técnicas que se utilicen para trabajar sus problemáticas * Del trabajo motivacional y la etapa de cambio en la que se encuentren * Poco apoyo familiar
De 11 a 15	9	<ul style="list-style-type: none"> * Tienen otras problemáticas

		<ul style="list-style-type: none"> * No tienen disposición e interés * De la etapa de cambio en la que lleguen * De su historia de vida * Si se detectan otras áreas de oportunidad para trabajar con él * Que haya apoyo familiar
De 15 a 20	1	<ul style="list-style-type: none"> * Etapa de cambio en la que se encuentre

El porcentaje de tratamientos concluidos los psicólogos reportan que las razones que tienen éxito para concluir son la disposición del paciente y porque no se aplica el manual; por otro lado, cuando los porcentajes son bajos se exponen factores como poco apoyo de la familia, que no tienen disposición al cambio, es aburrido y mencionan también el componente relacionado a la preparación del terapeuta.

Tabla 4. Porcentaje de éxito en los tratamiento.

Del 80% al 100%	2	<ul style="list-style-type: none"> * Ellos quieren asistir * Porque no aplican el manual tal cual esta estipulado
Del 50% al 70%	6	<ul style="list-style-type: none"> * Asisten por obligación * Sus padre dejan de llevarlos I * La etapa de cambio en la q se encuentren I * Habilidades del terapeuta II

		* Falta de cultura terapéutica
Del 30% al 50%	6	<ul style="list-style-type: none"> * Se desesperan con el tratamiento * Se aburren * La familia no apoya * Deseo de cambio * Por la percepción del riesgo * El compromiso
Menos del 30%	6	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de apoyo de la familia * Carencia del componente emocional en el tratamiento * Se pierde el interés al aplicar el manual * Es tedioso el llenado de las actividades * Los padres los dejan de llevar * Acuden por obligación al tratamiento

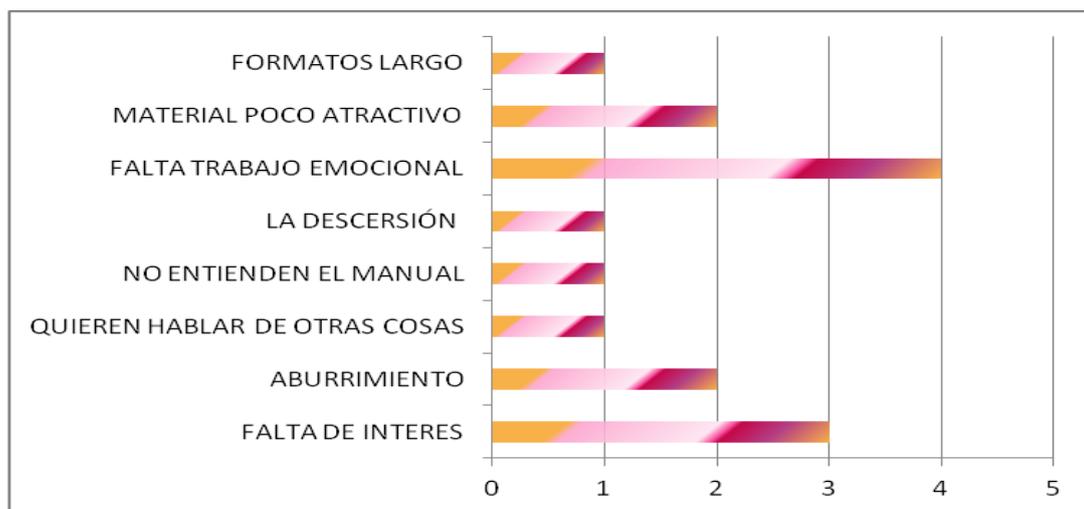
En la tabla 5 se refiere a si los psicólogos utilizaban el manual sus respuestas fueron diversas y divididas. Desde los que definitivamente no lo aplican que son la mayoría, hasta los que lo hacen si cubren los criterios de inclusión, así también están los que van modificando las sesiones o complementándolas con el uso de técnicas terapéuticas.

Aquellos terapeutas que aplican el manual se enfrentan a diferentes situaciones, que se muestran en la grafica 1 en donde la falta de sesiones con el objetivo de tratar cuestiones emocionales es la más mencionada, seguida de

la falta de interés por parte de los pacientes, además del aburrimiento y lo poco atractivo que resulta ser el manual.

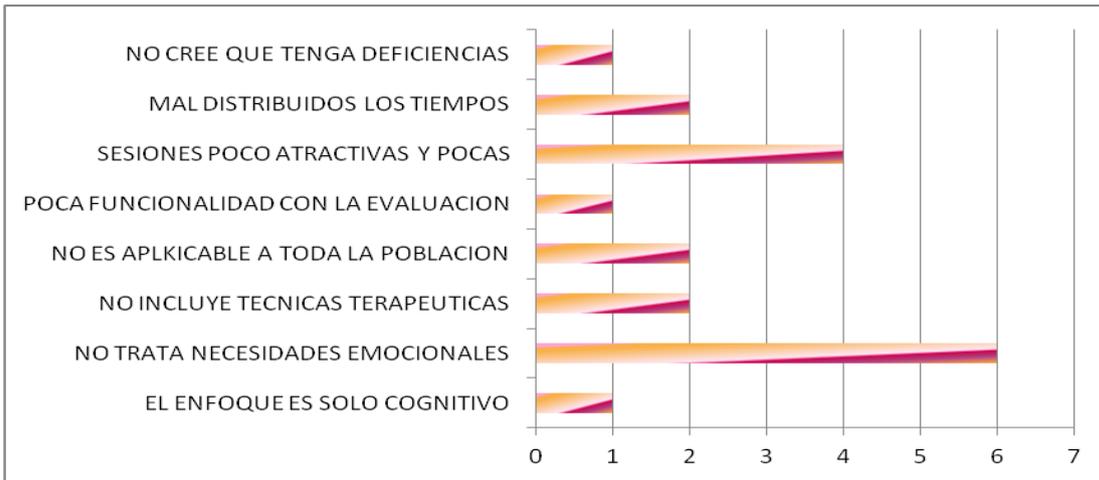
Tabla 5. ¿Los psicólogos utilizan el manual?

No, solo una parte	2
Lo voy adaptando según las necesidades del usuario	4
Si pero no en el tiempo que lo marca, si el paciente requiere atención en otra área, me detengo	3
Definitivamente No	6
Si solo si cubre los criterios de inclusión	4



Grafica 1. Situaciones a las que se enfrentan al aplicar el Manual

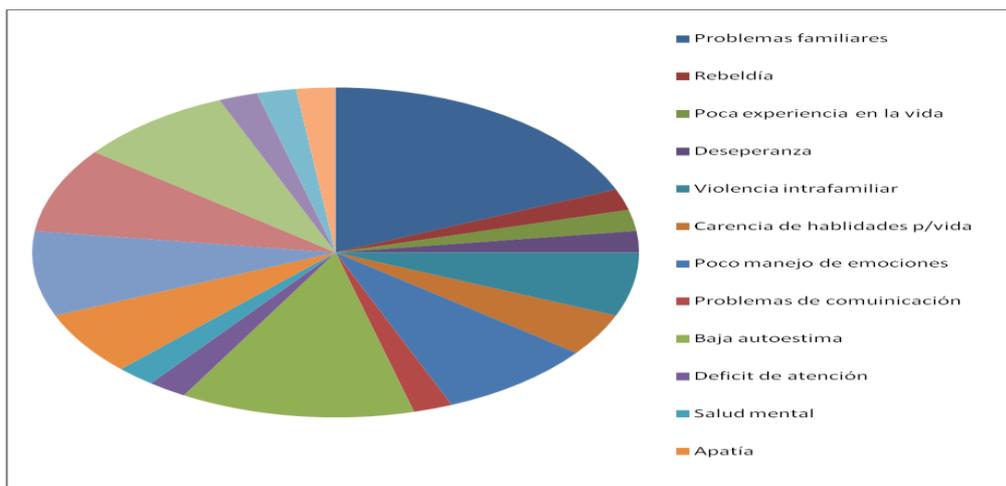
No solo se les pregunto a qué situaciones se enfrentaban al aplicarlo si no las deficiencias que puede tener, como se puede ver en la grafica 2 y coincide con la grafica anterior, el no tratar con las necesidades emocionales de los adolescentes resulta deficiente para que terminen exitosamente el tratamiento, asimismo el hecho de que el manual o los ejercicios son pocos atractivos.



Grafica 2. Deficiencias en el Manual

Estas deficiencias las han cubierto de diferente manera, la frecuencia más alta coinciden 9 psicólogos en aplicar otras técnicas terapéuticas, 7 psicólogos implementan sesiones extras al programa para incluir el trabajo emocional, 3 lo van modificando conforme a las necesidades del usuario y 1 incluye a la familia en el proceso psicoterapéutico.

Las respuestas proporcionadas demuestran que los adolescentes que se presentan a tratamiento por uso o abuso de drogas muestran otras dificultades alternas que se muestran en la siguiente grafica (Grafica 3), en donde lo más común son los problemas familiares y la baja autoestima.



Cuando se presentan estos conflictos que no están incluidos en las sesiones de tratamiento del programa, la mitad de los psicólogos (10) echan mano de otras técnicas terapéuticas, 8 detienen el programa para intervenir en estas necesidades que los adolescentes van presentando, uno de los psicólogos canaliza a otra institución y otro sigue el manual sin hacer caso de estas dificultades.

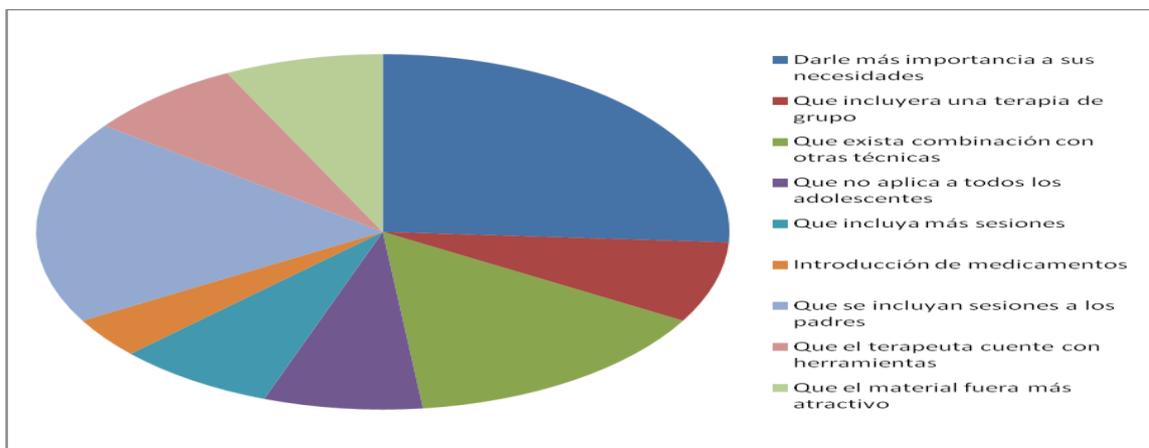
Por otro lado, cuando se les cuestiona sobre el motivo por el que los adolescentes no concluyen sus tratamientos mencionan varios factores, en el que más coinciden es en la falta de apoyo por parte de la familia y comentan también, que no se atienden sus necesidades primordiales. En la tabla 5 se pueden observar todas las razones por las que creen que no se adhieren al tratamiento.

Tabla 5. Motivos de falta de adherencia al tratamiento

No se atienden sus necesidades	4
Las sesiones son reiterativas y se pierde el interés	3
Se aburren	3
Se desesperan	1
No hay apoyo de la familia	5
La distancia	1
No hay cultura de la atención psicológica	1
Mal Manejo del terapeuta	2
Van por obligación	1
No tiene deseos de cambiar	1
No tiene tiempo	1
Presión social	1

Características del paciente	1
VARIABLES RELACIONADAS A LA INSTITUCIÓN	1

Con respecto a esto, más de la mitad de los psicólogos comentan que la falta de adherencia tiene relación con la aplicación del manual y a las características del tratamiento. Por lo que sugieren algunos puntos para mejorar el tratamiento, entre las que destacan: “darle más importancia a sus necesidades” y “que se incluya a los padres” esto se puede ver en la grafica 4.



DISCUSION Y CONCLUSIONES

Cuando se habla de adolescencia nos referimos a un grupo vulnerable que por la etapa de desarrollo en la que se encuentra y las situaciones por las que pasa, como por ejemplo la búsqueda de identidad y la necesidad de aceptación por el grupo de pares, es propenso a caer en conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas; como lo menciona la ENA (2008), cada vez se reduce más la edad de inicio en los adolescentes consumidores; es indispensable atender a esta población con los conflictos que contribuyeron a la aparición del primer consumo y no solo atacar este.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, la adherencia al tratamiento, en parte depende de la etapa de cambio en la que el usuario se presente a solicitar atención. Los adolescentes no llegan solos, si no llevados por la familia por lo que se puede deducir que no están en una etapa de cambio donde deseen dejar o modificar su consumo.

Si bien, los psicólogos que participaron en este estudio consideran que el Manual es bueno encuentran algunas deficiencias en el, como lo es, que se centra el consumo de sustancias y deja a un lado las necesidades y factores emocionales que el adolescente pudiera estar presentando; si a esto le agregamos el factor anterior, de la etapa de cambio, es más factible pensar que no concluirá el tratamiento.

Es importante señalar que el trabajo que realizan los psicólogos es parte fundamental en el tratamiento y aunque no fue de las frecuencias más altas; la bibliografía apoya la idea de que desde la actitud con la que se dirige al usuario, la forma de llevar las sesiones, las técnicas terapéuticas y en general los conocimientos y habilidades de las que disponga estarán relacionadas con la adherencia al tratamiento. En el trabajo que se realiza en Instituciones como los Centros Nueva Vida existen manuales en donde los profesionales deberá ir siguiendo y aunque esto no lo señale la bibliografía la institución colabora en la

deserción del paciente al exigir cierto trabajo para todos los usuarios dejando a un lado la individualidad.

Al revisar diversos estudios sobre la eficacia de programas para adolescentes que presentan factores de riesgo podemos observar que en la mayoría de estos está involucrada la familia, se encontraron buenos resultados en cuanto a la reducción del nivel de consumo de droga cuando se incluyó a la familia. Son programas que incluyen varias sesiones y que resultan suficientes para empezar a ver un cambio. Algunos de los terapeutas en los resultados manifiestan que las 5 sesiones que el manual plantea, son muy pocas para lograr ver un cambio no solo en el consumo si no en los factores asociados.

El Manual para tratamiento de Adolescentes que inician el Consumo de Drogas resulta tener deficiencias importantes que están relacionadas con el abandono del tratamiento o el poco funcionamiento. Así mismo se observan cualidades como el trabajo de reflexión que se realiza en lagunas de las sesiones, algunos psicólogos dicen es fácil de aplicar y de entender.

Por lo que sugiero agregar al trabajo con adolescentes, al manual, el trabajo de algunas necesidades detectadas, como ya dijimos altamente vinculadas y que pudieran estar manteniendo el consumo o llevar a una recaída, en el adolescente por medio de técnicas terapeutas diversas; asimismo agregar sesiones de apoyo con los padres.

Por lo tanto se concluye que el Manual no es malo pero presenta diversas deficiencias por no cubrir con la atención con otras situaciones; es importante reconocer que algunos de los psicólogos mencionan cualidades como ayudarles a tomar decisiones con respecto al consumo, permite desarrollar habilidades básicas, los temas pueden aplicarse a otras conductas, es sencillo de aplicar y ayuda al adolescente a reflexionar.

Sin embargo, las deficiencias sirven de apoyo para mejorar el trabajo con adolescentes y ayudar a este grupo vulnerable, que ya empieza a tener dificultades, en su proceso de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

-  Taylor, S. y Bogdan, R. (1988) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paidós: México.
-  Beck, Wright, Newman y Liese. Terapia cognitiva de las drogodependencias. PAIDOS: Barcelona; pag. 87-116.
-  Botvin, G. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
-  Calleja, N., y Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20, 387-394.
-  Cervantes Leyzaola, Y (2007). La familia y las adicciones. Anudando. Edición Especial Familia y Adicciones. [en línea] Mayo-junio. Disponible en: http://www.conadiv.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_fam.pdf
-  Echeverría, S.L., Carrascoza, V.C., Reidl, M.L. (2007). Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. México: UNAM, Facultad de Psicología.
-  Principios y dimensiones de la intervención con menores en riesgo. Jose Pedro Espada Sanchez, Xavier Mendez Carrillo, mireya Orguiles Amoros. Universidad miguel Hernández. Colegio oficial de psicólogos, 2003
-  Fernández Ballesteros, R. (1995). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En Fernández Ballesteros, R. (Ed.) *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
-  Fernández H. y Secades V. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. Universidad de Oviedo *Psicothema*, Vol. 11, nº 2, pp. 279-291

- 
 Fernández H., Secades V., Benavente Y., y Riestra del Rosal C. (1998). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes. Comunicación presentada en el V Congreso de Evaluación Psicológica, Benalmádena - Málaga.

- 
 Fernández Hermida, J.R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos, *Psicothema*, 13, 337-344.

- 
 Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11, 279-291.

- 
 Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.

- 
 Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3), 365-380.

- 
 Girón García, S., y Martínez Delgado, J.M. (1998). Seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de tratamiento: Relación del tiempo de permanencia con la evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(1), 25-34.

- 
 Herrero Yuste (2003), Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. Madrid: El Tema

- 
 Hubbard, R. L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Carvannah, E.R., y Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: A

national study of effectiveness. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

- López Paloma, Cirne Roberta y Matihieu Gladys (2002). La intervención con adolescentes y jóvenes en el prevención y promoción de la salud. Madrid: Revista Española de Salud Pública; 76: 577-584

- López Ríos, F. y Gil Roales-Nieto, J. (1996). Conductas adictivas: modelos explicativos. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las Adicciones*. Granada: Ediciones Némesis.

- Oviedo G., González A. y Luna E. (2008). Programa Nacional de Escuela Segura: Orientación para prevención de adicciones en escuelas de Educación Básica. Manual para profesores de secundaria. México: SEP

- Salazar, M. L. (2008). Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales de Aguascalientes. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México

- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. & Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México.

- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., et al. (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

- Yahne, C.E. & Miller, W.R. (1999). Enhancing Motivation for Treatment and Change. En: B.S. McCrady y E. E. Epstein (Eds). Addictions. A Comprehensive Guidebook, New York: Oxford University Press.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	NO V	DIC	ENE	FEB	MAR
1.- Proyecto de investigación					
2. Exposición del proyecto					
3.- Aplicación de instrumentos					
4. Análisis y evaluación de datos					
5.- Conclusiones y entrega del trabajo					

CUESTIONARIO

Instrucciones. A continuación se presentan una serie de preguntas, subraya la respuesta que consideres de acuerdo a tu experiencia en el trabajo con adolescentes en el CAPA,

El propósito de éste cuestionario es obtener datos para un trabajo de investigación, por lo que te pido contestes con la mayor franqueza posible.

Edad. _____ Fecha. _____

Capa. _____ Delegación. _____

Formación como Psicólogo

(a). _____

1. ¿Cuántos adolescentes de primera vez recibes al mes?

a) 1 a 5

b) 6 a 10

c) 10 a 15

d) Más de 15

2. ¿Con cuántos de tus pacientes adolescentes aplicas el manual para adolescentes que establece la Institución?

a) Con todos

b) Con algunos

c) Con ninguno

¿Por qué?

3. Consideras que el Manual es:

a) excelente

b) bueno

c) malo

d) pésimo

¿Por qué?

4. ¿Cuántas sesiones utilizas para trabajar con un adolescente, desde su llegada por primera vez al consultorio?

a) menos de 5 b) de 6 a 10 c)de 10 a 15 d) más de 15

5. ¿De que depende

6. ¿Qué porcentaje de tus pacientes adolescentes concluyen exitosamente el Tratamiento?

Del 80 al 100% b) Del 50 al 80% c)Del 30 al 50% d)Menos del 30%

6. A que lo atribuyes

ENTREVISTA

1. ¿Qué corriente manejas al trabajar con adolescentes?
2. ¿Aplicas el Manual tal como lo especifica el programa?
3. ¿Para el trabajo con adolescentes crees que exista alguna deficiencia en el manual?
4. ¿Qué haces para cubrir las deficiencias?
5. ¿A que situaciones te enfrentas cuando lo aplicas?
6. Además del consumo de drogas, identificas que el adolescente presenta otro problema; cual es el más frecuente?
7. ¿Qué haces con ese conflicto si el Manual no te refiere trabajar con ello?
8. ¿Utilizas otros instrumentos, manuales, técnicas o procedimientos además de las que marca la Institución?
9. ¿Porqué crees que el adolescente abandona el tratamiento?
10. ¿Crees que tenga algo que ver el uso del manual con esto?
11. ¿Qué sugieres para mejorar el tratamiento?

Consentimiento Informado

Por medio de la actual yo,
_____ acepto participar en el proyecto de investigación: “¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica y al funcionamiento del Manual para adolescentes utilizado por los CAPA en el DF?”, por medio del llenado de cuestionarios y dando una entrevista. Tengo información respecto a sus características y estoy de acuerdo en los requerimientos necesarios para su aplicación.

Esta investigación tiene como objetivo conocer qué factores están relacionados al funcionamiento del Manual para adolescentes que se utiliza en los CAPA del DF y si está relacionado con la adherencia terapéutica.

Toda la información que proporcione es de carácter confidencial y no podrán ser identificados.

México, DF a _____ de _____ de 200_____

Nombre y firma