

01921  
205

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACION DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS  
PACIENTES QUE FINALIZAN Y ABANDONAN UN  
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE ADICCION  
A LA COCAINA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**NADIA ROBLES SOTO**

DIRECTOR: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA  
REVISOR: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE  
ASESOR: MTRO. ROBERTO OROPEZA TENA

SINODALES: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA  
LIC. NOEMI BARRAGAN TORRES  
DR. ADRIAN MUROZ SIGGENZA

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2003

A





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Robles Soto Vadiz

FECHA: 18 - agosto - 2003

FIRMA: Vadiz Robles Soto

DEDICADA A

Mis padres (Abraham y Sofía), por darme su amor y apoyo incondicional para llegar a esta primera parte del camino. Me siento muy orgullosa de ustedes.

A mis hermanos (Julio A. y J. Antonio) por formar parte de una de las cosas más valiosas en mi vida: Mi familia. Parte muy importante de ella también son Jacqueline, Carmen y mis niños (Daniel, Alejandra y Ernesto).  
Los amo a todos

El resto de mi familia, pero en especial a Reina, Eleazar, Concepción y Juan, por el apoyo e interés por mí. Porque dentro de sus familias he podido sentirme como en la mía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADEZCO A

Roberto, por tu gran apoyo, disposición, interés y ayuda desde que ingrese al proyecto, espero que sea así hasta y después de que me vaya (y falta mucho eh!).

Leti Echeverría, por su disposición y atenciones para con este trabajo.

## AGRADEZCO MUY ESPECIALMENTE A

Mis amigas: Mónica, Nanyeli, Carmen y Angélica. Por enseñarme lo valiosa que puede ser la amistad. Son únicas (afortunadamente). Monique: ha sido muy importante para mí el tiempo compartido contigo, eres una gran amiga.

A Jana, por escucharme y ser una amiga muy valiosa (además, por contribuir a que los fines de semana en el museo sean agradables)

Fer Vázquez, por la gran ayuda que me brindo durante la realización de este trabajo.

Adrián Muñoz, por que sus enseñanzas significaron mucho en mi desarrollo profesional.

A mis compañeros y amigos del proyecto: Eiji, Humberto, Bety y Julián. Los buenos momentos con ustedes y su amistad son invaluable para mí. Creo que juntos hacemos un excelente equipo (MJPLC)

Humbert: gracias por la compu y por escuchar.

A todas esas personas (es difícil enumerarlos) que hicieron muy agradable mi estancia en la facultad y con las que comparto muchos recuerdos. Siempre van a estar en mi mente.

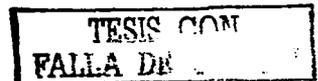
Por ultimo, pero no menos importante a mi querida Universidad por todo lo que me ha dado y me sigue dando. No podría existir una mejor!

C

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INDICE

	Página
Introducción	1
Capítulo 1. Consumo de Cocaína	5
1.1. Uso y abuso de drogas	5
1.2. Consumo de cocaína	8
1.2.1. Historia del consumo de cocaína	8
1.2.2. Acción farmacológica de la cocaína	10
1.2.3. Formas de consumo	12
1.3. Epidemiología del consumo de cocaína en México	16
Capítulo 2. Tratamientos en el manejo del consumo de cocaína	22
2.1. Modelos y teorías en adicciones	22
2.2. Tratamientos en el manejo del consumo de drogas en México	26
2.2.1 Sector Público	28
2.2.2 Servicios de tratamiento privados	31
2.2.3 Asociaciones Civiles	33
2.2.4 Universidad Nacional Autónoma de México	35
Capítulo 3. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína	39



Capítulo 4. Abandono y retención en tratamientos	52
4.1. Creencias de salud y asistencia a los servicios de atención	52
4.2. Abandono y retención en tratamientos de adicciones	55
Método	66
Resultados	71
Discusión y conclusiones	86
Referencias	96
Anexo 1: Instrumentos	101
1.1 Cuestionario de Preselección	102
1.2 Cuestionario de Consumo de Drogas (CAD)	103
1.3 Línea Base Retrospectiva (LIBARE)	104
Anexo 2: Resultados de las pruebas estadísticas aplicadas	105

E

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

El consumo de drogas es un problema de salud que en la actualidad va en aumento. Ejemplo de ello es el consumo de cocaína, el cual casi se ha triplicado en los últimos 10 años y es el consumo que presenta una tendencia más pronunciada al aumento (Secretaría de Salud, 1999). Por lo anterior, las acciones orientadas a la rehabilitación y tratamiento de conductas adictivas llevadas a cabo en México adquieren gran importancia. Dentro de las acciones de tratamiento implementadas actualmente por diversas instituciones en México, hace falta la existencia de tratamientos dirigidos al consumo de drogas específicas como la cocaína. En este sentido, el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2000) representa un gran paso en la creación de tratamientos dirigidos al consumo de drogas específicas en México. Sin embargo, un problema al que se enfrentan éste y otros tantos tratamientos de consumo de drogas es el abandono del tratamiento por parte de los pacientes. El abandono representa un problema en dos sentidos importantes: por un lado, para los sujetos que en ocasiones no alcanzan una recuperación siquiera mínima de su problema de adicción; y por otro lado, los recursos tanto económicos como profesionales destinados a la implementación del tratamiento resultan un gasto infructuoso al no haber resultados tangibles de la recuperación del individuo, y por lo tanto, de la efectividad del tratamiento.

Dentro de éste fenómeno del abandono, la presente investigación se abocó a comparar las características de los sujetos que finalizaron (grupo ST) un tratamiento breve para consumidores de cocaína y de los que lo abandonaron una vez iniciado éste (grupo NT) con el objetivo de identificar posible variables asociadas al abandono del tratamiento o a la finalización de él. Se tomaron en cuenta variables como características sociodemográficas, variables relacionadas con el consumo de los sujetos y la existencia de tratamientos previos por consumo de drogas.

Los resultados muestran que en general entre ambos grupos no existen diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, a través del análisis

F

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

con estadística descriptiva se pudo encontrar que el grupo NT estuvo integrado por personas más jóvenes y con más escolaridad, en comparación con el grupo ST. Por su parte, éste último estuvo integrado por una mayor proporción de sujetos con consumo moderado en comparación con el grupo NT, quienes presentaron una mayor proporción de consumo sustancial. El grupo ST presentó mayor número de años de consumo y estuvo constituido en su mayoría por sujetos que consumían cocaína de 1 a 3 veces por semana. En el grupo NT hubo una mayor proporción de sujetos que consumían diariamente en comparación con el grupo ST. El grupo NT consumió más cocaína por ocasión que el grupo ST. Y por último, una mayor proporción de sujetos del grupo NT habían sido tratados previamente por consumo de drogas, en comparación con el grupo ST.

En un segundo análisis, relacionado con el tiempo de permanencia del grupo que abandonó el tratamiento, se compraron las características de dos grupos: el primero, integrado por los sujetos que abandonaron el tratamiento después de la primera sesión (grupo NT1) y el segundo, integrado por los sujetos que abandonaron el tratamiento en sesiones posteriores a la segunda (grupo NT2).

En este análisis los resultados muestran que el grupo que permaneció más tiempo en tratamiento estuvo integrado por personas más jóvenes que el grupo que abandonó en la primera sesión de tratamiento. En el grupo NT2 hubo una mayor proporción de sujetos solteros que en el grupo NT1. Por otro lado, éste último tuvo, en promedio, mayor número de años de estudio y presentó una mayor proporción de sujetos con consumo moderado en comparación con el grupo NT2. Por su parte éste grupo presentó una mayor proporción de sujetos con consumo sustancial.

En el grupo NT2 hubo una mayor proporción de sujetos con consumo de 1 a 3 veces por semana, en tanto que en el grupo NT1 una mayor proporción de personas consumió diariamente en comparación con el grupo NT2. Por otro

lado, éste último consumió, en promedio, más cocaína por ocasión que el grupo NT1. Estos resultados no resultan muy consistentes con los encontrados en la comparación de los grupo ST y NT ya que el grupo que permaneció más tiempo en tratamiento presentó un consumo de cocaína más fuerte. Sin embargo, cabe mencionar que cerca del 88% de los sujetos que abandonaron el tratamiento lo hicieron antes de la primera mitad de éste, por lo que no es posible discriminar claramente la situación, en cuanto a tiempo de permanencia de los dos grupos (NT1 y NT2).

La presente investigación representa una primera aproximación al fenómeno del abandono en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Sin embargo, se destaca la importancia de la continuación de futuros estudios con muestras más grandes que permitan identificar más claramente posibles predictores de abandono con la finalidad de crear estrategias que permitan, por un lado, prevenir el abandono y por el otro, promover la permanencia y finalización del tratamiento.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INTRODUCCIÓN

El problema de las adicciones en México es un tema al que se le ha puesto un especial interés en los últimos tiempos debido a que, en la actualidad, representa un importante problema de salud. El consumo de drogas ilegales (como la marihuana, la cocaína, los alucinógenos y la heroína) ha presentado un notable aumento, un caso particular es el del consumo de cocaína que presenta una marcada tendencia al aumento. En los últimos 10 años, el consumo de cocaína casi se ha triplicado (Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1999), debido a ello, ha sido importante tanto al abordaje de la naturaleza del problema del consumo, como la planeación de acciones orientadas a enfrentar éste último.

Dentro de las acciones desarrolladas en México, existen numerosos programas tanto de prevención como de tratamiento que son implementados actualmente; dentro de éstos últimos, tanto en instituciones privadas como públicas se llevan a cabo diversas modalidades de tratamiento, todas ellas orientadas a rehabilitar, mantener la abstinencia y promover la funcionalidad de los individuos en su medio (Secretaría de Salud, 2001).

Sin embargo, un problema recurrente al que se enfrentan las instituciones de salud al llevar a cabo estas acciones, es el abandono del tratamiento una vez que los pacientes ingresaron a él. El abandono representa un serio problema, por un lado, para estas instituciones, debido a los pocos recursos que se destinan para el rubro de la salud y el desperdicio que significa el que los individuos abandonen los tratamientos, y por el otro, que resulta aun más importante y significativo es la falta de recuperación del individuo, lo cual puede llegar a provocar el desencadenamiento o mantenimiento de problemas de salud, sociales, laborales y familiares relacionados con el consumo de drogas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Debido a lo antes mencionado, resulta de gran importancia estudiar la naturaleza del fenómeno del abandono del tratamiento para poder llegar a la comprensión de éste y poder desarrollar así, acciones encaminadas a prevenir la deserción y promover el mantenimiento y finalización del tratamiento.

La presente investigación está contextualizada en el Programa de Terapia Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2000) y su objetivo de estudio es explorar las características de los sujetos que concluyeron el tratamiento y las de los que lo abandonaron una vez iniciado éste, con la finalidad de hallar posibles diferencias entre ambos grupos y llegar a una aproximación del conocimiento de los factores asociados con el abandono o retención en este tratamiento, esperando que con este conocimiento, puedan crearse en un futuro estrategias que permitan prevenir el abandono y promover la finalización del tratamiento.

A continuación se presenta una descripción de la temática abordada en la presente investigación:

En el capítulo 1 se exponen las características de la cocaína, su historia, las formas más comunes de consumo, y la epidemiología del consumo de ésta en los últimos años en la República Mexicana.

En el capítulo 2 se hace una descripción de los principales modelos y teorías que abordan las adicciones. En este sentido, también se describen las diversas modalidades de tratamiento de adicciones que actualmente son implementadas en México y las instituciones que las realizan.

En el capítulo 3 se describen brevemente los componentes el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína desarrollado por Oropeza (2000) en la facultad de Psicología, UNAM.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el capítulo 4 se realiza una revisión de la historia de los estudios del abandono del tratamiento de adicciones y se describen las principales aportaciones de éstos. Por otro lado, se resalta la importancia del estudio del abandono de tratamientos de adicciones en México.

En el capítulo 5 se describe el procedimiento metodológico realizado en esta investigación.

En el capítulo 6 se presentan los resultados encontrados del análisis comparativo entre el grupo que concluyó el tratamiento y fue dado de alta (grupo ST) y el grupo que abandonó el tratamiento (grupo NT). Así mismo, se muestra también el análisis de permanencia de los sujetos que abandonaron el tratamiento, para ello, se muestran los resultados de la comparación de dos grupos: el grupo NT1 (el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento después de asistir a la primera sesión) y el grupo NT2 (el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento en sesiones posteriores a la segunda).

En el capítulo 7 se presentan la discusión y las conclusiones del presente trabajo de investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CONSUMO DE COCAINA**

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CAPITULO 1  
CONSUMO DE COCAÍNA**

El objetivo del presente capítulo es, en primer lugar, mostrar un breve panorama del consumo de drogas, los conceptos más relevantes en este tema, las delimitaciones de los términos uso y abuso, para llegar así al tema central del presente capítulo: el consumo de cocaína. Se hace un breve recuento histórico del uso de la cocaína, se expone su acción farmacológica, las formas de uso comúnmente utilizadas, y finalmente, se hace una revisión acerca del consumo de cocaína en México en los últimos años, de acuerdo a los datos obtenidos a través de las últimas 3 encuestas nacionales, tratando así, de resaltar la importancia y la relevancia de las acciones llevadas a cabo en el país para enfrentar esta problemática.

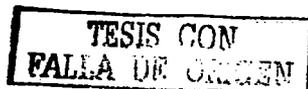
**1.1. Uso y abuso de drogas**

**Definición de droga**

El término droga, según la Norma Oficial Mexicana, se refiere a la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos elementos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas (Secretaría de Salud, 2000).

**Uso y abuso**

La delimitación de los conceptos uso, hábito y abuso de sustancias es una tarea muy controvertida que aún no ha quedado totalmente concluida. La Organización Mundial de la Salud, junto con otras asociaciones de salud han tratado de llegar a un consenso acerca de éstos términos, en general, se ha



optado por emplear indistintamente los términos usar o consumir. Por otro lado, el concepto de abuso de drogas es una frase alternativa que en ocasiones se usa con imprecisión, pero en la que básicamente se incluye como criterio un daño a la salud física o mental del consumidor, o un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida o se presenta de manera ocasional en periodos de consumo intenso (SSA, 1999).

De acuerdo con Lorenzo (1998), el uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social, el término uso significa sencillamente consumo, utilización o gasto de esa sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse como un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia.

Por otro lado, la OMS habla de *abuso* cuando se presenta un uso excesivo persistente o esporádico de sustancias psicoactivas fuera de una práctica médica aceptable. Sin embargo, debido a que esto llegó a considerarse muy ambiguo, se comenzó a reemplazar el término abuso con el de *uso dañino*, que incluye: un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud física o mental. Además, se enfatiza que este uso trae como consecuencias efectos adversos en la familia del usuario, la comunidad y la sociedad en general. Sin embargo, dentro del contexto del control internacional de drogas, la OMS utiliza el término *abuso* con la finalidad de ser consistente con los términos utilizados por las convenciones que emplean indistintamente los términos abuso, uso inadecuado o uso ilícito (SSA, 1999).

En este mismo sentido, el DSM-IV especifica y describe la existencia de 5 diferentes patrones de uso de cocaína: experimental, recreativo, circunstancial, intensificado y compulsivo (Ver tabla 1)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 1. Patrones de consumo de cocaína según el DSM-IV**

Patrón de DSM-IV	Tipo	Características	Propósito
	EXPERIMENTAL	-consumos fortuitos -tiempo muy limitado	
<b>EPISÓDICO</b> Consumo separado por dos o más días de no uso Atracones. Consumo de dosis altas en un periodo de horas/días	SOCIORECREACIONAL	-via intranasal -consumo entre amigos -mantiene sus actividades sociales	Lúdico Relaciones personales
	CIRCUNSTANCIAL-SITUACIONAL	-via intranasal -consumo autolimitado	Aumento de rendimientos: -en el área laboral -en el área deportiva -en el área sexual
<b>CRÓNICO</b> Consumo diario de dosis altas o bajas (sistemático)  Importante tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia de consumo La cocaína se convierte en el modelo organizador de la propia vida	INTENSIFICADO(HABITUAL)	-consumo en dosis bajas -consumo diario no existen consumos excesivos -mantiene vida laboral y social	Mantener rendimientos Aliviar tensión crónica
	COMPULSIVO	-via endovenosa o fumada -consumo en dosis bajas y altas -consumo varias veces al día -consumos excesivos frecuentes -grave repercusión física, psicológica, social	Mantener funcionamiento basal Evitar síntomas de abstinencia

Fuente: Lorenzo (1998)

En México, sin embargo, para instituciones como los Centros de Integración Juvenil, el consumo de drogas esta directamente relacionado con el uso o abuso de sustancias. El uso se refiere al consumo de sustancias o fármacos prescritos por médicos o especialistas y el abuso se refiere al consumo de sustancias o fármacos de manera deliberada, es decir, sin prescripción terapéutica (CIJ, s/f).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 1.2. Consumo de cocaína

### 1.2.1 Historia del consumo de cocaína

El origen del cultivo de la planta de coca en las laderas de los Andes ecuatorianos se remonta a 5000 años a. de C., y parece ser que los conquistadores incas aprendieron de los primitivos habitantes de esta zona la utilidad de mascar las hojas de coca, convirtiéndola en su planta divina. Es a partir de la conquista española que se difunde ampliamente su uso entre la población indígena.

Las primeras noticias que se tienen de su uso datan del año 1532, época en la que los incas mascaban hojas de coca para aumentar su resistencia al frío, al hambre y a la fatiga originada por el trabajo. En España fue introducida por los conquistadores a finales de siglo XVI como medicina y por su supuesta acción afrodisíaca, aunque su uso no se extendió hasta el siglo XIX cuando comenzaron las primeras investigaciones con fines científicos. En 1855 Gaedecke extrajo el alcaloide eritroxilina de las hojas de coca, y en 1860, Neimann aisló por primera vez la sustancia que denominó cocaína. A Von Anrep se deben los primeros estudios de las acciones farmacológicas de la cocaína. Los primeros estudios de Willstatter, en la primera década del siglo XX permitieron describir la estructura química de la cocaína (Lorenzo, 1998).

En 1884 Sigmund Freud se hizo consumidor de cocaína, al parecer, por una curiosidad científica y probablemente como automedicación de sus depresiones y dolores debidos al cáncer; a él también se le deben las primeras descripciones documentadas de los efectos tras la toma de la droga, describiendo la existencia de "buen humor, acompañado de una sensación de seguridad, de posesión de sí mismo, de fuerza y de aumento en la capacidad para trabajar". En su principal obra sobre cocaína "*Über coca*" Freud aconsejaba su uso no sólo en el caso de la depresión, sino del alcoholismo, de

la adicción a la morfina, del asma y de problemas gastrointestinales. Él utilizó cocaína para tratar la adicción a la morfina de su amigo Von Fleishl, quien padeció el primer caso documentado de psicosis cocaínica (Hegewicz, 1980).

Koller comenzó a utilizar la cocaína como anestésico local en oftalmología al comprobar sus propiedades vasoconstrictoras y anestésicas, y lo comunicó en el congreso de su especialidad en Viena, en 1884 (Hegewicz, 1980). Este uso fue la causa de numerosos estudios, sin embargo, en éste aspecto, su uso decayó al comprobarse que los efectos secundarios de la cocaína podían reducirse drásticamente con los nuevos anestésicos locales.

El uso de la coca con fines recreativos fue reintroducido en Europa a finales del siglo XIX por un químico y empresario llamado Mariani, quien elaboró una infusión de hojas de coca llamado *Vin Mariani* y afirmaba que éste era un excelente tónico para aliviar múltiples afecciones físicas y emocionales (Brailowski, 1998).

También se llegaron a elaborar bebidas no alcohólicas que contenían coca; así, la mezcla de coca con cola nítida (cola rica en cafeína) fue la base de la bebida *Coca Cola*, hasta 1904 en que fue "descocainizada" por las autoridades federales de Estados Unidos. En los comienzos del siglo XX se decidió controlar el cultivo de coca ya que al haberse aislado la cocaína los efectos de ésta, más agresivos que los de la hoja de coca, empezaron a crear los primeros problemas de adicción a la cocaína. El uso de cocaína aumentó considerablemente durante la 1ª guerra mundial. En los años veinte la drogadicción cocaínica estaba bastante extendida en muchos países de Europa, especialmente en Francia. A partir de los años treinta disminuyó su consumo, coincidiendo con un mayor uso de la heroína. En los años setenta su consumo aumentó de manera espectacular, pero es a partir de mediados de los años ochenta que la adicción a la cocaína constituye uno de los problemas sanitarios

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

más graves en el mundo occidental en el campo de las adicciones (Lorenzo, 1998).

### **1.2.2. Acción farmacológica de la cocaína**

La cocaína es un fuerte estimulante del Sistema Nervioso Central, aunque también se le ha utilizado en el campo de la Medicina como anestésico local. Hasta el momento es la única droga que se conoce que posee estas dos cualidades. La cocaína se puede consumir, como se verá más adelante, en diversas formas, pero sus presentaciones de venta generalmente son solamente dos: el clorhidrato de cocaína o polvo y la base libre o piedra (crack).

La cocaína ejerce sus acciones anestésicas locales (adormecimiento o bloqueo) de modo similar a la novocaína o xilocaína que se utilizan de manera rutinaria en las prácticas dentales, esto se logra al bloquear la conducción de impulsos sensoriales en las células nerviosas. El efecto suele ser más pronunciado cuando se aplica de manera directa a la piel o a las membranas mucosas (Lorenzo, 1998).

El clorhidrato de cocaína se ha utilizado como anestésico local en la cirugía nasal, de garganta y laringe. Por su efecto anestésico, cuando los consumidores de cocaína la inhalan, se les adormecen momentáneamente los conductos nasales y de garganta, este es un efecto muy conocido por los consumidores habituales. Algunas personas que comercian con cocaína, para reducir su pureza le agregan anestésicos locales como la procaina, lidocaína o tetracaína de manera que se puedan mantener los efectos esperados en la droga (Washton, 1995).

La cocaína no produce solamente un tipo de efecto en los neurotransmisores, sino que ejerce acciones múltiples en estos sitios. Su acción euforizante parece ser debida al bloqueo de la recaptación de dopamina, lo cual

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

causa un incremento de las concentraciones de esta sustancia en la hendidura sináptica, creando un aumento en la neurotransmisión en los sistemas mesolímbicos y mesocorticales dopaminérgicos asociados a la gratificación.

La cocaína estimula la actividad simpática de los nervios periféricos, dando lugar a un incremento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea, de la frecuencia respiratoria, de la temperatura corporal, de la glucosa sérica, así como dilatación pupilar. Estos cambios en la actividad simpática proporcionan al consumidor una sensación de estar más alerta y con mayor energía (Brailowsky, 1998).

Otro de los efectos estimulantes de la cocaína es la vasoconstricción, una contracción con disminución de calibre de los vasos sanguíneos que ayuda a prolongar la acción anestésica local de la droga haciendo que no sea absorbida con rapidez. Debido a este efecto, la cocaína se ha utilizado en medicina algunas veces para limitar el sangrado en intervenciones quirúrgicas delicadas de ojos y nariz (Lorenzo, 1998).

El consumo crónico de cocaína induce a la hipersensibilidad de los receptores catecolaminérgicos por lo que la anhedonia, síntoma frecuente en los farmacodependientes de este tipo de droga, podría explicarse por una suspensión de la transmisión dopaminérgica, causada por la inhibición de la retroalimentación en el autoreceptor, a partir de la hipersensibilidad dopaminérgica del mismo (Brailowsky, 1998).

#### *Tolerancia al efecto de la cocaína*

Existe gran diversidad de opiniones acerca de si los individuos desarrollan tolerancia tras el uso continuo de cocaína.

Algunos usuarios tienen la creencia de que la cocaína no genera dependencia y prefieren pensar que la administración de grandes dosis sólo se

relaciona con la búsqueda de una gran euforia y no con el hecho de que las mismas dosis dejan de tener la misma efectividad. La tolerancia es un estado de reducida respuesta a los efectos de la cocaína y es causada por previas administraciones. Se requiere un aumento de dosis para producir la misma sensación producida anteriormente por una dosis menor (Lorenzo, 1998).

La tolerancia puede incrementarse gradualmente aún cuando el sujeto deje de consumir cocaína por periodos más o menos prolongados, habiéndose observado el uso de dosis de hasta 8 o 10 gramos de clorhidrato de cocaína, lo cual llega a significar una dosis letal. También es posible que se produzca una tolerancia inversa, es decir, la producción de efectos tóxicos con dosis menores. De esta manera, pequeñas dosis en consumidores crónicos, aún después de cierto periodo de abstinencia, pueden desencadenar cuadros alucinatorios con características catatonoparanoídes (Washton, 1995).

### 1.2.3. Formas de consumo

Existen diversas formas de consumo de la cocaína, cada una de ellas con sus respectivas particularidades. A continuación se abordaran las tres más comunes entre los consumidores de cocaína: aspirada, fumada e inyectada por vía endovenosa.

#### *Aspirada*

La aspiración de la cocaína hacia las fosas nasales es el método más popular de consumo de cocaína.

Los consumidores de cocaína que utilizan esta forma de consumo, habitualmente preparan la droga sobre una superficie lisa y plana, cortan la sustancia con una hoja de afeitar hasta obtener un polvo muy fino y lo agrupan en líneas muy estrechas. Con un papel enrollado o un delgado tubo o popote aspiran la línea por la nariz.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuando es aspirada, la cocaína se absorbe por los pequeños vasos sanguíneos de la mucosa nasal. De ahí circula hacia el sistema circulatorio general y a la vena cava, hacia la aurícula y ventrículo derecho del corazón, los vasos pulmonares, la aurícula y ventrículo izquierdo del corazón y finalmente al cerebro. Aproximadamente después de cinco minutos de aspirar la cocaína se empieza a notar su efecto. La concentración de cocaína en sangre alcanza su máximo entre 15 minutos y una hora después de su uso, mientras que el efecto estimulante puede durar de 20 a 30 minutos. El ritual preparatorio de la cocaína por vía nasal, así como los rituales para el consumo fumado o endovenoso, parece que juegan un papel relevante en el proceso de condicionamiento y dependencia. Un sujeto que es adicto a la cocaína y se encuentra en proceso de recuperación puede sentir deseos muy intensos de consumir droga en cuanto se encuentra con algo que le recuerde el ritual de preparación de la sustancia o con una imagen de la droga.

Debido a los compuestos irritantes existentes en la cocaína que se vende en el mercado ilegal, el hecho de aspirarla de forma regular produce ulceraciones o incisiones en la membrana mucosa de la nariz, lo que puede causar sangrados nasales y, en algunos casos, perforación del tabique, con la aparición de un orificio en el cartilago que separa ambas fosas nasales (Washton, 1995).

### ***Fumada***

Para fumar la cocaína es necesario que ésta se encuentre en la presentación de piedra o crack; de hecho recibe este nombre a partir del característico sonido que hace la sustancia al entrar en contacto con el calor. El polvo de la cocaína no puede fumarse de forma eficiente debido a que se descompone cuando se calienta. Esto significa que la mayor parte de la droga activa se destruye a la temperatura de cualquier flama de fuego a la que sea expuesta. Cuando se fuma la cocaína entra inmediatamente en la circulación

pulmonar, evitando el sistema circulatorio periférico y alcanza el Sistema Nervioso Central en unos 8 o 10 segundos, produciendo una sensación de calor que se describe como intensamente placentera. Este estado de bienestar por fumar cocaína es poco duradero, de 2 a 5 minutos, seguido de una depresión que puede llegar a durar de 10 a 40 minutos (Brailowsky, 1998).

La depresión o "descenso" del crack es tan intenso como lo es su efecto euforizante y se instaura tan pronto como se limita este último. Los síntomas de descenso son los mismos que los que se producen tras aspirar cocaína (irritabilidad, depresión y ansiedad con deseo intenso de droga), pero aparecen de manera más violenta.

La base libre o el crack no son sustancias puras, muchas de las impurezas que se le agregan al elaborarla pasan al flujo sanguíneo y al cerebro en dosis más concentradas, haciéndose peligrosas y pudiendo desencadenar fácilmente una reacción tóxica.

Debido al descenso y a los deseos intensos de cocaína, los fumadores de crack encadenan frecuentemente sus consumos hasta por varios días. Los fumadores de cocaína pueden utilizar 10 veces más cocaína que la mayoría de los que la aspiran.

Debido a éstos usos prolongados los fumadores de cocaína, además de volverse rápidamente adictos, pueden presentar con frecuencia síntomas severos de enfermedad psiquiátrica (como ideas paranoides, depresión intensa e inestabilidad emocional). Como consecuencia de ello, son más propensos a realizar actos violentos, homicidas o suicidas (Washton, 1995).

Debido a las altas concentraciones que se acumulan en el cerebro, es más fácil que se produzcan crisis epilépticas y fallos cardíacos o respiratorios en los fumadores que en aquellos que acostumbran aspirar la cocaína.

Los ataques cardiacos con crisis de pérdida de conciencia son también muy frecuentes en estos usuarios; la presión sanguínea puede aumentar mucho debido al efecto vasoconstrictor de la cocaína, con riesgo para el flujo sanguíneo cerebral y cardiaco. Los problemas cardiovasculares preexistentes e incluso posibles patologías pueden ser agravados por la taquicardia o por las arritmias cardiacas.

Por otro lado, el hecho de retener el vapor a alta temperatura en los espacios respiratorios puede causar irritaciones importantes a nivel pulmonar, congestión pulmonar y expectoraciones de mucosidades de color negro. Cuando se irritan los pulmones por el hábito de fumar cocaína, existe una mayor vulnerabilidad a las infecciones bronquiales, a la neumonía y a otras patologías respiratorias. Hasta ahora se sabe que las células pulmonares resultan lesionadas por la exposición repetida a la cocaína y a sus impurezas, limitándose así, la capacidad de difusión y el intercambio del anhídrido carbónico por el oxígeno en las células sanguíneas, todo esto es manifestado por disnea y tos frecuente (Washton, 1995).

Cabe mencionar también que debido a la poderosa adicción que genera el fumar la cocaína, los deseos de consumo son muy intensos y las recaídas son más probables.

### ***Inyectada***

Debido a la solubilidad en agua del polvo de la cocaína, puede introducirse en una jeringa para inyectarse. Generalmente los usuarios disuelven la cocaína con agua en una cuchara, creando así, una solución acuosa. Esta solución se introduce en una jeringa y se inyecta directamente en una vena, desde la vena, la cocaína circula hacia la cavidad derecha del corazón, hacia los pulmones, a la cavidad izquierda del corazón y al cerebro, al que llega en aproximadamente 30-60 segundos después de la inyección. El efecto euforizante sucede casi tan rápidamente como con el consumo de cocaína

fumada y es similar en su intensidad. Este efecto también se desvanece rápidamente y, en la mayoría de los casos, está acompañado de una intensa sensación de descenso. Los niveles de cocaína en la sangre alcanzan su máximo después de 5 minutos de la inyección endovenosa.

De forma parecida a fumar crack, la inyección impulsa a repetir la dosis para evitar el descenso y obtener de nuevo la euforia. El riesgo de adicción y complicaciones médicas y psiquiátricas es tan alto para los consumidores por vía parenteral como para los fumadores de crack (Washton, 1995).

### **1.3. Epidemiología del consumo de cocaína en México**

En la década de los 70, el consumo de cocaína en México no era considerado como un problema de salud importante, para los años 80 el consumo de esta droga se extendió gradualmente, rebasando aquellas áreas consideradas como problemáticas (zonas fronterizas y lugares turísticos) y alcanzó también a ciertos grupos de la población considerados más vulnerables, como los jóvenes. En 1990 su consumo se incrementó de manera notable debido a un mayor control de la zona fronteriza norte y otras vías de acceso al narcotráfico, con lo cual esta droga se distribuyó en todo el país, dando por resultado mayor disponibilidad (Unikel, 1998)

Debido a ello, actualmente el consumo de cocaína en México representa un importante problema de salud pública que va en aumento. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1999) la cocaína ocupa el segundo lugar de importancia (Ver Tabla 2) en cuanto a consumo de drogas ilegales de refiere, tanto para hombres como para mujeres, exceptuando grupos de 12 a 17 años de edad, ya que éstos consumen inhalables en la misma proporción.

## CONSUMO DE COCAINA

Tabla 2. Consumo de drogas ilegales alguna vez por tipo de droga, edad y sexo

Sexo / edad	Marihuana %	Cocaína %	Inhalables %	Alucinógenos %	Heroína %
<b>Hombres</b>					
12-17	2.47	0.99	1.08	0.19	0.07
18-34	14.42	4.81	2.52	0.62	0.25
35-65	9.81	2.05	1.11	1.21	0.26
<b>Subtotal</b>	<b>10.40</b>	<b>2.97</b>	<b>1.70</b>	<b>0.72</b>	<b>0.21</b>
<b>Mujeres</b>					
12-17	0.45	0.22	0.20	0.06	0.01
18-34	0.79	0.56	0.17	0.18	----
35-65	0.62	----	----	----	----
<b>Subtotal</b>	<b>0.66</b>	<b>0.29</b>	<b>0.11</b>	<b>0.09</b>	<b>0.00</b>
<b>Total</b>	<b>4.70</b>	<b>1.45</b>	<b>0.80</b>	<b>0.36</b>	<b>0.09</b>

Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1999

En cuanto al consumo de cocaína por ocasión (Ver Figura 1), es notable considerar que la prevalencia de alguna vez en la vida es del 1.45% lo que equivale a casi 700 mil personas que han consumido cocaína por lo menos alguna vez en su vida.

Figura 1. Prevalencia del consumo de cocaína por ocasión

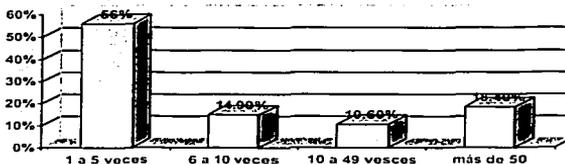


Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1999

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Respecto al número de veces que los usuarios han consumido cocaína en su vida (Ver Figura 2), un 56 %, que representa más de la mitad de la muestra, la ha consumido de 1 a 5 veces; por otro lado un 18 % la ha utilizado más de 50 ocasiones en su vida, lo que nos muestra que en este grupo existe un patrón de consumo continuado y probablemente persistente.

Figura 2. Número de veces que los usuarios han consumido cocaína en su vida



Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones, SSA,1999

En cuanto a la frecuencia del uso actual de cocaína, entre los sujetos que consumieron cocaína en el último mes (cerca de 99,202 personas), un 9 % (8,928) dijo haberla usado en ese periodo 20 o más días (Ver Tabla 3), lo que muestra también un patrón persistente del consumo durante ese mes.

Tabla 3. Proporción que uso la droga 20 días o más en el último mes

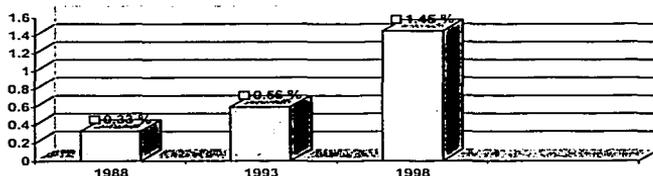
Total de usuarios en el último mes	Usaron 20 días o más
0.21 %	9 %

Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones, SSA,1999

Respecto al aumento en la prevalencia nacional del consumo de cocaína entre los años 1988, 1993 y 1998 (Figura 3), un dato muy significativo que se encuentra en este sentido, es que de 1993 a 1998 existe un importante

incremento, casi por triplicado, en el consumo de cocaína. De esta forma, es importante resaltar el hecho de que dentro de este periodo cerca de 430,000 personas se hayan iniciado en el consumo.

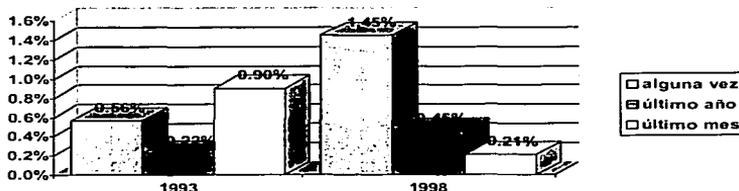
Figura 3. Comparativo de la prevalencia del consumo de cocaína (1988, 1993, 1998)



Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones, SSA,1999

En cuanto al comparativo entre 1993 y 1998 por ocasión de consumo (figura 4), es importante notar que aunque en el consumo en el último mes disminuyó de un 0.90% a un 0.21%, en las categorías último año aumentó de un 0.22% a un 0.45% y en la categoría alguna vez en la vida casi se triplicó al ir de un 0.56% a un 1.45%.

Figura 4. Comparativo por ocasión de consumo (1993, 1998)



Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones, SSA,1999

Si bien la cocaína no representa a la droga más utilizada en México (la marihuana es la droga ilegal que ocupa el primer lugar de consumo), sí representa la segunda droga más utilizada y la que presenta una tendencia al aumento más pronunciada en los últimos años. En este sentido, las acciones de tratamiento llevadas a cabo en México para atender esta problemática cobran gran importancia. En el siguiente capítulo se realiza una descripción de los recursos de tratamiento con los que actualmente se cuenta en México para combatir el problema adicciones en general y el de adicción a la cocaína en particular.

**TRATAMIENTOS EN EL  
MANEJO DEL CONSUMO  
DE DROGAS EN MEXICO**

---

## CAPITULO 2

### TRATAMIENTOS EN EL MANEJO DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Dentro del tema de las adicciones, un campo de estudio muy importante es el destinado a la comprensión del origen y mantenimiento de éstas. Mediante su estudio se ha podido llegar a algunas aproximaciones, a partir de las cuales se ha intentado dar explicación a los puntos anteriores; sin embargo, a partir de ellas también se han podido desarrollar modelos de intervención y tratamiento de las mismas. En este sentido, el objetivo del presente capítulo es exponer las corrientes teóricas más representativas actualmente dentro del campo de las adicciones, para más adelante, mostrar un panorama general de las modalidades terapéuticas desarrolladas actualmente por diversas organizaciones en México para contrarrestar las adicciones. En este sentido, se pone especial atención a la adicción a la cocaína, y en esta medida, se revisarán los recursos de los que disponen sus consumidores para ser tratados.

#### 2.1 Modelos y teorías en adicciones

Existen diversos modelos que intentan explicar la complicada naturaleza de las conductas adictivas, entre ellos, los más tradicionales son el Modelo de Enfermedad, el Modelo de Aprendizaje, el Modelo Psicoanalítico, el Modelo Familiar y el Modelo Biopsicosocial.

##### *Modelo de enfermedad*

Según este modelo existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como son el estrés ambiental y la exposición a las drogas. Las características de la adicción, de acuerdo a este modelo, son la pérdida de control del consumo, uso

continuado a pesar de consecuencias negativas (como los problemas familiares y sociales y patrones constantes de recaída ), (Lorenzo, 1998).

### *Modelo de aprendizaje*

Este modelo abarca varios enfoques teóricos como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, así como teorías cognitivo conductuales y de aprendizaje social.

Este modelo indica que la conducta humana es aprendida y no determinada por factores genéticos. Los problemas conductuales incluyen pensamientos, sentimientos y cambios psicológicos que pueden ser modificados mediante el mismo proceso de aprendizaje por el que fueron adquiridas las conductas en un primer momento. De acuerdo con lo anterior, las conductas adictivas representan malos hábitos que son susceptibles de ser cambiados, analizados y modificados mediante la aplicación de los principios de aprendizaje por los cuales fueron adquiridas.

Estos modelos ven, además, a las conductas adictivas como un continuo que va del uso controlado al uso compulsivo o adictivo. Esto significa que hay sujetos que, como resultado de los efectos reforzadores que produce el consumo de la droga, llegan a adoptar patrones disfuncionales de abuso, mientras que otros pueden ser capaces de usar las sustancias de manera moderada.

De acuerdo a este modelo el mismo proceso por el cual la conducta adictiva se desarrolló puede ser utilizado para ayudar a la persona a cambiar esa conducta no deseada (Margolis, 1998).

### *Modelo Psicoanalítico*

Las teorías psicoanalíticas contemporáneas señalan que el uso adictivo de alcohol y otras drogas es un mecanismo adaptativo por el cual el individuo responde, buscando una forma de autorregular o recompensar los déficits causados en la infancia debido a una relación padre- hijo desadaptativa. Esta idea parte del modelo de automedicación propuesto por Khantzian (1985, citado en Lorenzo, 1998). Este autor sugiere que se requiere de la existencia de un trastorno de personalidad y/o de un trastorno mental previo para que exista una adicción. Esta psicopatología provoca la necesidad de consumir drogas en un intento de alivio de la misma. De acuerdo con esta explicación, la psicopatología se modularía a través del consumo de drogas que lleva a cabo la persona. Sin embargo, esta tentativa de autoterapia (a través del consumo de drogas) resulta en extremo contraproducente, ya que a la larga desemboca en un efecto aún más grande que el primero, es decir, a éste último se le suma el problema de la adicción (Margolis, 1998).

### *Modelo Familiar*

El modelo familiar ve en la familia la mejor unidad de análisis, ésta es vista como una unidad gobernada por reglas. Normalmente estas reglas mantienen un balance u homeostasis dentro de la familia. La homeostasis se refiere a que la familia intenta siempre mantener un balance dentro del sistema. Cualquier acción o conducta de un miembro de ésta puede afectar el sistema entero. Para evitar que estas conductas desestabilicen a la familia, ésta última se ajusta al cambio con la finalidad de recuperar la homeostasis. En este sentido, algunas teorías familiares creen que el alcohol o la droga pueden fungir como una función adaptativa dentro de la familia ante una situación desestabilizante.

En este modelo también son importantes puntos de análisis los límites dentro de la familia. En familias donde algún miembro es alcohólico o adicto, tradicionalmente los límites o patrones de relación se encuentran seriamente dañados (Margolis, 1998).

### *Modelo Biopsicosocial*

Este modelo representa una aproximación integrada, es decir, toma en cuenta una amplia serie de factores que pueden intervenir en el consumo de drogas. Básicamente este modelo señala que algunos individuos poseen cierta disfunción bioquímica que los hace más susceptibles a los efectos del alcohol o drogas, a esto se une además, la expectativa que tiene el sujeto del efecto que la droga producirá en sí mismo, contribuyendo al deseo de su uso. Por otro lado, en el mantenimiento del consumo también intervienen las señales en el medio ambiente que se asocian con el uso de la droga y producen el deseo de la misma.

La autoeficacia juega también un papel importante en este modelo, ésta se refiere a la capacidad y la confianza que tiene los individuos para enfrentar ciertas circunstancias y emociones exitosamente. Cuando la estructura de la familia se ve afectada por desacuerdos u otra fuente de estrés, algunos individuos tratan de mantener cierto control usando alcohol o drogas.

En conclusión, este modelo se basa en la premisa de que factores bioquímicos, desordenes del self, factores condicionados o de aprendizaje, y factores tanto familiares o sociales contribuyen a la iniciación y el mantenimiento de las conductas adictivas (Margolis, 1998).

Cabe mencionar que gracias al desarrollo de los modelos antes mencionados, se han podido desarrollar diversas modalidades de tratamientos para enfrentar el problema de la adicción. Sin embargo, en México las

modalidades terapéuticas desarrolladas e implementadas, como se verá a continuación, no necesariamente siguen los modelos anteriormente descritos, además, en ocasiones no se cuenta siquiera con datos precisos acerca de los modelos que siguen las intervenciones desarrolladas en las instituciones dentro del país.

### **2.2. Tratamientos en el manejo del consumo de drogas en México**

Tomando en cuenta que en el México actual la farmacodependencia representa un grave problema de salud pública que va en aumento, diversas instituciones tanto en los sectores público, privado y social han enfocado su atención en crear programas y generar acciones tanto para prevenir, como para contrarrestar este importante problema.

#### **Norma Oficial Mexicana (NOM)**

En cuanto a los lineamientos que se deben seguir en México para implementar las diversas modalidades de tratamiento, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999) que está orientada a establecer los procedimientos y criterios para el tratamiento y control de las adicciones.

La NOM establece que el objetivo del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables. Por otro lado, la NOM reconoce como modalidades terapéuticas a las siguientes:

- **Modelo profesional:** ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por

profesionales de la salud a través de las modalidades farmacológicas y psicosociales.

- **Modelo de ayuda mutua:** Es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto para lograr y mantener la abstinencia. Generalmente estos programas están fundamentados en los doce pasos de AA. Se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de salud.
- **Modelo mixto:** Ofrece servicios profesionales médicos, psiquiátricos, psicológicos y de ayuda mutua en centros especializados denominados comunidades terapéuticas o casas de medio camino.
- **Modelos alternativos:** Son terapias basadas en la medicina tradicional y en el uso de la herbolaria y de alimentos con propiedades para el control del consumo de sustancias. También se utilizan otro tipo de intervenciones basadas en la fe, como son las "juras", las cuales involucran la acción de creencias religiosas como elemento fundamental para la abstinencia. (La NOM los considera siempre y cuando no pongan en riesgo la integridad física y psicológica de los pacientes).

Considerando los lineamientos propuestos por la Norma Oficial Mexicana, a continuación se describen brevemente las instituciones que prestan servicios de tratamiento en adicciones y cuáles son los modelos terapéuticos comúnmente utilizados por dichas instituciones.

## Tratamientos

De acuerdo al Directorio de Organismos 2000 elaborado por el CONADIC (s/f), a ese año se contaba con un registro de 2,034 organizaciones, ubicadas en 507 localidades del país, municipios y delegaciones en el D.F. De éstas 1,006 (el 50%) pertenecen al sector público; 964 (el 47%) al social y 64 (el 3%) al privado. En estas organizaciones se llevan a cabo acciones tanto de prevención como de tratamiento y rehabilitación.

### 2.2.1. Sector público

#### Secretaría de Salud

La SSA cuenta con 199 unidades de servicio especializado en el país: 80 en centros de salud, 7 clínicas especializadas, 72 en hospitales generales, 3 con servicio de internamiento, 28 en hospitales de psiquiatría, 8 en Institutos Nacionales y una unidad de rehabilitación. Aunque estas unidades están abiertas a todos los trastornos mentales, cuentan también con recursos para atender adicciones, principalmente cuando hay comorbilidad psiquiátrica.

En estos centros se da atención con diferentes tipos de psicoterapia; se cuenta con servicios ambulatorios y de internamiento:

- En el hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, para niños y adolescentes, se lleva a cabo el programa PAIDEIA para la atención de menores inhaladores.
- Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud de las delegaciones Xochimilco y Venustiano Carranza, en el Distrito Federal; cuentan con servicios de internamiento de corta estancia, desintoxicación y apoyo psicológico (Secretaría de Salud 2001).

### Centros de Integración Juvenil

Es una organización privada de participación pública mayoritaria. Apoya a la atención de problemas específicos de adicción a drogas ilegales. Trabaja con el usuario de drogas y su familia, promoviendo la rehabilitación y reinserción social del paciente.

Probablemente es la institución con mayor número de servicios dedicados específicamente a los casos de drogadicción. Cuentan con 54 centros (en 26 entidades federativas), donde ofrecen servicios preventivos y terapéuticos. En cuatro centros (de consulta externa especializada) cuentan con servicios de tratamiento ambulatorio del uso de drogas y otros tres cuentan con internamiento. La principal modalidad terapéutica es la psicoterapia breve (con un formato individual, grupal, familiar o de pareja), así como la farmacoterapia en los casos que lo requieran.

El modelo de atención es operado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. La consulta externa es la forma de servicio más frecuente, ya que en México (a diferencia de otros países) la mayor parte de los usuarios consume marihuana, cocaína, inhalables, alcohol, etc., problemática que puede atenderse a nivel ambulatorio. En esta variante de atención es posible proporcionar servicios de bajo costo sin necesidad de lista de espera. En hospitalización se atiende a pacientes que presentan cuadros de intoxicación por uso de sustancias psicoactivas, así como a aquellos que requieren del manejo de manifestaciones psicofisiológicas por síndromes de abstinencia y a quienes lo necesitan por la gravedad del cuadro o por el tipo de sustancias utilizada.

El modelo tanto para consulta externa como para hospitalización consta de cuatro etapas.

1. *Recepción*, se trabaja en la motivación y expectativas del paciente y en la aceptación del consumo de drogas como problema de salud que requiere atención.
2. *Diagnóstico*, permite identificar los factores de tipo orgánico, psicológico, familiar y social que influyen en el consumo de drogas, así como trastornos coexistentes que deben ser tratados en otras instituciones de salud. Se elabora de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV).
3. *Tratamiento y Rehabilitación*, desde diferentes marcos conceptuales y procedimientos técnicos se utilizan diversos enfoques terapéuticos que han mostrado eficacia: farmacoterapia, terapia individual, grupal y familiar, además de grupos de padres. En terapia individual se maneja el enfoque breve cognitivo conductual, en la familiar el sistémico y en la grupal el psicoanalítico, entre otros.
4. *Seguimiento*, se realiza al término del tratamiento con el propósito de prevenir recaídas o en su caso atenderlas oportunamente.

Las funciones del tratamiento de consumo de drogas son suprimir o reducir el uso de drogas; acortar el curso y evolución de la conducta adictiva asociada; identificar y tratar otros trastornos físicos y mentales; identificar y tratar relaciones familiares que propician la adicción y reintegrar al usuario a una vida productiva (citado en Oropeza, 2000).

### Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)

Como parte de las acciones realizadas por parte del INP para contrarrestar las adicciones se cuenta con el *Modelo de intervención breve para familiares de consumidores de alcohol y drogas*. Este modelo está dirigido a las comunidades rurales y se centra en la prevención de los problemas ocasionados por el abuso de alcohol y drogas de algún miembro de la familia.

Este modelo, junto con otros que se enfocan a atender a los familiares, es desarrollado en el Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), (Natera, 2001)

### **2.2.2. Servicios de tratamiento privados**

Diversos organismos de los sectores privado y social ofrecen distintas modalidades terapéuticas para los adictos, como el Hospital Español; la clínica San Rafael, el Centro de Rehabilitación Terapéutica para las Adicciones (CRETA) y la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencias (CESAD), en la ciudad de México; el Centro Integral de Atención a la Juventud, en el estado de Guanajuato y el Instituto Mexicano de Psicoterapia, en el estado de Morelos(SSA, 2001).

Otros servicios de estos sectores son: Asesoría Psicológica Katún, Fideicomiso para la Prevención de las Adicciones (FIPADIC) en el estado de Tlaxcala; Centro de Asesoría, Prevención y Rehabilitación de Adicciones (CAPRA) en el estado de Puebla, Fundación Juventud y Luz y Esperanza. Entre los abordajes más comunes en estos centros se incluye la participación de grupos de ayuda mutua para adictos y familiares (SSA, 2001).

En el estado de Baja California se encuentran el Centro de la Conducta y la Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones, cuyo trabajo terapéutico está dirigido a los adictos a heroína en el esquema de sustitución por metadona.

Algunas instituciones privadas ofrecen también programas de tratamiento y recuperación que incluyen una estancia prolongada con servicios profesionales y un programa de recuperación inspirado en el de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos; también brindan atención a la familia y prevención de recaídas. Ejemplos de estas clínica son Monte Fénix, el Centro de Integración para

Adictos y Familiares, en el D. F.,Oceánica, en Mazatlán, Sinaloa. Y Clínica Sol, en el estado de Guanajuato (citado en Oropeza, 2000).

### Fundación Oceánica

El Centro de Tratamiento Oceánica se fundó en 1993, con la finalidad de rehabilitar el Alcoholismo y la Adicción a otras Sustancias. El tratamiento ofrecido en Oceánica está basado en el modelo Betty Ford Center, el cual ha sido adaptado a la cultura mexicana. Una de sus metas es educar sobre la dependencia de sustancias adictivas en nuestro país. Busca crear conciencia en la sociedad de que la adicción a las sustancias es una enfermedad primaria, progresiva y mortal, que puede ser tratada exitosamente. Para la población de altos ingresos actualmente se cuenta con el Centro de tratamiento ubicado en Mazatlán (Sinaloa), con 40 camas. Oceánica apoya al Centro de Tratamiento "San José de la Palma" ubicado en el Estado de México (Oceánica, s/f).

### Monte Fénix

Monte Fénix es una institución fundada en 1979. En un principio se abocó a atender casos de alcoholismo y posteriormente abrió su tratamiento a otro tipo de sustancias.

Durante el Programa de Rehabilitación, el paciente participa en terapia individual y grupal, actividades terapéuticas y dinámicas con su familia. También asiste a pláticas educativas y grupos de autoayuda con la finalidad de promover la interacción con los otros. Simultáneamente, la familia recibe apoyo terapéutico con la finalidad de obtener una mayor comprensión de las dinámicas sanas que ayudan a prevenir una recaída y favorecen la recuperación. Esta fase del tratamiento tiene una duración aproximada de 4 a 6 semanas.

Posteriormente, el paciente participa durante un año en sesiones grupales y de prevención de recaídas una vez por semana junto con su familia durante seis meses (Monte Fénix, s/f).

### **2.2.3. Asociaciones civiles**

#### Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua, inspirados en el programa de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, desempeñan un papel importante dentro de los recursos de atención a los adictos en México. Tienen programas especializados en la atención de personas con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas. Estos grupos tienen albergues y granjas que brindan servicio las 24 horas del día (Alcohólicos Anónimos, s/f). Algunos de estos han desarrollado una red de centros en diferentes estados de la república. Entre ellos destacan: Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Jóvenes Oceanía, Fundación Sergio Berumen Torres, Grupo Compañeros Uno, Centro de Rehabilitación Nuevo Impacto, Grupos Primer Paso de AA para jóvenes Adictos, Grupo Jóvenes AA de 24 horas de Servicio Gratuito, Centros de Integración y Recuperación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción Mario Camacho Espíritu (CIRAD), Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción (CREAD) y Hacienda del Lago, en el estado de Jalisco. También colaboran en el campo de la prevención de la fármacodependencia, mediante el desarrollo de sesiones de información pública con la presentación de testimonios, entre otras actividades (citado en Oropeza, 2000).

#### Drogadictos anónimos

Drogadictos Anónimos es un grupo orientado a rehabilitar a adictos con base en la observación y vigilancia de su sobriedad. Proporcionan terapias orientadas a ofrecer apoyo emocional a grupos integrados por 10 personas.

Adicionalmente ofrecen talleres de lectura, panadería, imprenta, herrería, etc. Cuentan con 135 instalaciones en 64 localidades. Trabajan con base en el programa de los 12 pasos (SSA,2001).

### Narcóticos anónimos

Narcóticos Anónimos es una confraternidad o asociación sin fines de lucro compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se han convertido en un grave problema, NA tienen varios años de experiencia trabajando con adictos. No tienen ningún tipo de cuotas ni horarios. Emplean como herramientas los doce pasos que han usado otros adictos en recuperación. Estos grupos señalan que reuniéndose, hablando y ayudando a otros adictos, son capaces de mantenerse abstemios, se le confiere un importante valor terapéutico a la ayuda que un adicto le puede ofrecer a otro mediante su experiencia personal. El recién llegado es la persona más importante en cualquier reunión (Narcóticos Anónimos, s/f).

### Comunidad Terapéutica

Este modelo fue desarrollado por Jones en 1947. Ha contribuido de manera determinante al desarrollo de la terapia social y al uso del medio ambiente como un recurso que promueve el cambio deseado en los pacientes. Jones define a la comunidad terapéutica como una institución donde, tanto los recursos de ésta, como el equipo de trabajo y los pacientes se mancomunan concientemente para participar en el tratamiento de esto últimos. La comunidad terapéutica implica un programa de trabajo en el cual los pacientes participan activamente para satisfacer las necesidades de la comunidad. El trabajo desempeñado en la comunidad terapéutica es necesario e importante para la integridad del grupo, donde la satisfacción personal es equiparable con los objetivos grupales. Se concibe a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje emocional diseñado para facilitar e incrementar la capacidad de

adaptación del individuo. Este enfoque no es una forma adjunta de psicoterapia sino un complemento de tratamiento que se combina con la psicoterapia individual y la psicoterapia grupal (Centros de Integración Juvenil, s/f).

El modelo de comunidad terapéutica, muy difundido en otros países para la atención de los adictos, constituye una modalidad poco aplicada en México, con ejemplos como la Fundación Hogar Integral de Juventud; la Comunidad Terapéutica para Mujeres, de la Fundación Ama la Vida, la clínica SER, y algunas otras que están iniciando su funcionamiento (citado en Oropeza, 2000).

### **2.2.4. Universidad Nacional Autónoma de México**

#### Intervenciones Breves

Hace varios años en la Universidad Nacional Autónoma de México se están desarrollando programas diseñados para trabajar las adicciones. En ellos, el enfoque que predomina es el cognoscitivo conductual, con una modalidad de psicoterapia breve. Estos tratamientos se encuentran desarrollados principalmente en la Facultad de Psicología, UNAM (Ayala, 2000):

- *Modelo de detección temprana e intervención breve para adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y/o drogas* (Martínez, K.,2003.). Este modelo está dirigido a los adolescentes de comunidades urbanas y rurales que inician el consumo de sustancias como alcohol y/o drogas, buscando incidir en la disminución del patrón de consumo y de los problemas relacionados con él.

- *Programa de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas* (Barragán, L., Morales, S. y Ayala, H., 2002). Su objetivo es ofrecer tratamiento a aquellos usuarios o poliusuarios de drogas que presentan un consumo crónico.
- *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.* (Ayala, H., Echeverría, L. Sobell, M. y Sobell, L., 2001). Este modelo de tratamiento está basado en el modelo de auto cambio dirigido para bebedores problema, tiene la finalidad de incidir en el patrón de consumo y en el funcionamiento psicosocial del usuario.
- *Modelo de detección temprana e intervención breve cognitivo conductual para usuarios de cocaína* (Oropeza, R., 2000). Este programa está dirigido a disminuir el patrón de consumo de cocaína, así como los problemas relacionados con el mismo.

En general, dentro de los servicios de atención implementados en México predominan el modelo médico psiquiátrico (dándosele especial atención a la comorbilidad); el enfoque psicosocial; el modelo de Doce Pasos; en algunos centros se implementan actividades de desintoxicación y algunos programas se resalta la incorporación de las familias de los pacientes como parte de las intervenciones.

Si bien las diversas instituciones implementan múltiples modalidades terapéuticas, algo en lo que coinciden la gran mayoría de ellas, es en que no cuentan con fuentes disponibles donde se especifiquen claramente los lineamientos que siguen sus tratamientos, es decir, el número de sesiones que considera el tratamiento, los criterios tanto de inclusión como de exclusión para la admisión de pacientes y las estadísticas que describan la eficacia del tratamiento y las tasas de abandono del mismo.

Por otro lado, cabe mencionar que los tratamientos ofrecidos por éstas organizaciones se enfocan principalmente al manejo del alcoholismo o bien al del consumo de drogas en general, es decir, no se cuenta con modelos de intervención orientados específicamente al consumo de ciertos tipos de sustancias como la cocaína. En este sentido, el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2000) llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM marca una pauta en la implementación de acciones específicas para el consumo de drogas específicas.

Este tratamiento será descrito brevemente en el siguiente capítulo, abordando las principales características y estrategias por las que está conformado, debido a que, la presente investigación está contextualizada dentro de la implementación de dicha intervención.

**TRATAMIENTO BREVE  
PARA USUARIOS DE  
COCAINA**

---

## **CAPITULO 3**

### **TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS COCAÍNA**

En el presente capítulo se presenta una breve descripción del tratamiento Breve para usuarios de Cocaína (Oropeza, 2000), desarrollado en la Facultad de Psicología, UNAM. Se muestran algunas de las características de la terapia breve y del enfoque cognitivo-conductual, para describir posteriormente los componentes de este tratamiento en particular, las sesiones que lo conforman y sus criterios de inclusión y exclusión.

Este tratamiento es un modelo de intervención breve para sujetos con problemas de consumo de cocaína, se basa en las características de los modelos de intervención breve y se sustenta en los modelos cognitivo-conductuales para sujetos con problemas en el uso de cocaína con niveles bajos o medios de dependencia.

#### **Terapia Breve**

La terapia breve es un proceso sistemático y enfocado, que se sustenta en la evaluación, el involucramiento del cliente y la rápida implementación de estrategias de cambio. Con este modelo terapéutico es posible efectuar cambios importantes en las conductas del cliente en periodos de tiempo relativamente cortos. La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que la primera se enfoca más en el presente, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas efectivas en poco tiempo y se aboca a cambiar conductas específicas más que realizar cambios muy grandes.

La terapia breve usa ciertos procesos para cambiar un problema específico. Normalmente hay una teoría subyacente sobre las causas del problema y sobre la mejor forma de motivar a cliente para hacer un cambio

positivo. Existen diversos tipos específicos de terapias que han sido diseñadas para trabajarse en periodos de tiempo breve, como las cognoscitivo conductuales que en ocasiones sólo necesitan de cuatro sesiones.

### **Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) integra principios derivados de la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social y de la terapia cognitiva, conformando la base para aproximaciones más inclusivas para tratar los desórdenes de abuso de sustancias. Ésta aproximación combina elementos de los modelos cognitivos y conductuales, aunque en la mayoría de los escenarios de tratamiento de abuso de sustancias se consideran como terapias separadas. Esta aproximación se enfoca en el aprendizaje y la práctica de algunas habilidades de enfrentamiento. El énfasis se pone en el desarrollo de habilidades de enfrentamiento, especialmente al inicio de la terapia.

El modelo cognitivo conductual asume que los abusadores de sustancias tienen habilidades de enfrentamiento deficientes, prefieren no usar las que tienen o no pueden usarlas. También asume que durante su vida, estos consumidores han desarrollado una serie de expectativas sobre los efectos de la sustancia, basadas en las observaciones de amigos y conocidos que abusan de ellas para enfrentar situaciones difíciles, aunque estas expectativas dependen también de la propia experiencia sobre sus efectos positivos.

La TCC usa los procesos de aprendizaje para ayudar a los consumidores a reducir su consumo de drogas. Ayuda al cliente a reconocer las situaciones donde es probable que use sustancias, encontrando formas de evitarlas y enfrentándose más efectivamente en una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas a su abuso. Para lograr estas metas terapéuticas, la TCC incorpora

tres elementos centrales, que son el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas.

Según Carroll (1998, citado en Oropeza, 2000) las siguientes características de las TTC la hacen útil para el tratamiento de adicciones:

- ❖ Son tratamientos breves diseñados para las capacidades y los recursos de la mayoría de los programas clínicos.
- ❖ Se han evaluado extensamente en experimentos clínicos rigurosos y tienen un apoyo empírico sólido como tratamiento para el abuso de la cocaína. Los datos señalan la duración de sus efectos y su efectividad con abusadores más severamente dependientes.
- ❖ Son estructuradas, orientada a metas y se enfocan en los problemas inmediatos que enfrentan los abusadores de la cocaína que entran al tratamiento y que tratan de controlar su consumo.
- ❖ Son aproximaciones flexibles e individualizadas que puede adaptarse a un gran rango de pacientes, a una gran variedad de escenarios (pacientes internos y externos) y de formatos (individual y grupal).
- ❖ Son compatibles con otros tratamientos (ej. farmacoterapia)

### **Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína**

Este programa está basado en una intervención motivacional que pretende ayudar al paciente a comprometerse a cambiar su conducta, a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas derivados de su forma de consumo. Se espera que el paciente llegue a desarrollar una estrategia general de solución de problemas asociados con el consumo de cocaína que le permitan enfrentar otros cambios de estilos de vida o de conducta. En este tratamiento al usuario no se le considera como un "enfermo", sino como un sujeto que aprendió

## TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA

un hábito de conducta excesiva y que puede ser modificado a través del aprendizaje de nuevos hábitos.

El modelo se compone de 8 sesiones individuales con el terapeuta y se apoya en una serie de lecturas relacionadas con el proceso de cambio en su forma de consumir cocaína y tareas relacionadas con esas lecturas. Estas actividades buscan ayudar al paciente a lograr decidir cambiar, establecer una meta de abstinencia, analizar el deseo de la cocaína, evaluar situaciones de alto riesgo, y enfrentar los problemas con esta droga, todo esto con objeto de buscar un estilo de vida saludable.

Antes de iniciar las sesiones de tratamiento, se realiza una evaluación inicial general, que comprende:

- Datos psicosociales
- Historia de uso de cocaína.
- Medición y determinación de la severidad de la dependencia a la cocaína.
- Análisis del consumo de otras drogas
  
- Patrón de consumo de los 6 meses anteriores a la intervención (vía de administración)
- Identificación y medición de situaciones de riesgo relacionadas con el consumo
- Medición de las consecuencias derivadas del patrón de consumo

En la evaluación se utilizan los siguientes instrumentos:

- *Entrevista inicial.* Tiene como objetivo analizar diferentes áreas importantes de la vida del paciente: historia del consumo de sustancias (cocaína, alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas); problemas psicológicos, físicos, afectivos,

## TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA

emocionales, económicos y de salud relacionados con el consumo, satisfacción ante el estilo de vida.

- *Inventario Situacional de Consumo de Drogas (ISCD)*. Este instrumento arroja perfiles del uso individual de drogas de los últimos 12 meses. Mide la frecuencia de uso de drogas con respecto al contexto situacional de uso.

- *Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)*. Arroja un índice cuantitativo de problemas de drogas, incluyendo algunos síntomas de dependencia y otras consecuencias del abuso de drogas psicoactivas experimentadas en un periodo de 12 meses.

- *Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)*. Este instrumento arroja perfiles de la autoconfianza que percibe el usuario de no consumir drogas en determinadas situaciones.

- *Línea Base Retrospectiva (LIBARE)*. Este instrumento sirve para medir el patrón de consumo<sup>1</sup> de cocaína en un periodo retrospectivo de seis meses. Al usuario se le entrega un calendario que comprende los seis meses previos a la fecha de la sesión de admisión y se le pide que recuerde los días en que consumió y la cantidad consumida en cada ocasión.

- *Assessment Severity Index (ASI)*. Mide la severidad problema de cada paciente a través del análisis de seis áreas generales que comúnmente resultan en problemas de tratamiento. Estas seis áreas son abuso químico, médico, psicológico, legal, familiar/social y empleo/manutención.

- *Automonitoreo*. El automonitoreo diario de abuso de sustancias se utiliza para recolectar información sobre el consumo de cocaína y otras sustancias diariamente durante un periodo significativo. Con este instrumento el usuario va

<sup>1</sup> El patrón de consumo está considerado como la relación entre frecuencia y cantidad de cocaína consumida

## TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA

monitoreando diariamente su consumo de sustancias (especialmente de cocaína), y si consume, va señalando las situaciones en las cuales lo hizo, tratando de analizar los antecedentes y consecuentes.

### *COMPONENTES DEL TRATAMIENTO:*

- *Sesión motivacional.* La motivación inicial para que el usuario asista al tratamiento de cocaína es uno de los predictores de retención de corto plazo a través de la mayoría de los grupos.

- *Análisis de los resultados de los instrumentos.* Se revisa cuál es el patrón de consumo utilizando los resultados de la evaluación inicial. Se analiza su consumo de la última semana a través de los registros de automonitoreo que diariamente llena, y a lo largo de todas las sesiones de tratamiento. Se le da retroalimentación sobre la acción de la droga en el organismo y los riesgos que conlleva.

- *Análisis funcional.* Se enseña al sujeto a identificar los antecedentes (pensamientos, sentimientos y circunstancias) y consecuencias de su forma de consumo. Al principio del tratamiento, el análisis funcional juega un rol crítico para ayudar al paciente y al terapeuta a medir los determinantes o situaciones de riesgo que son probables que lleven al uso de cocaína; se ofrece retroalimentación para algunas de las razones de por qué el sujeto usa cocaína (ej. enfrentarse con dificultades interpersonales, experimentar riesgos o euforia no disponibles de otra manera en la vida del sujeto). Al final del tratamiento, el análisis funcional de episodios de uso de cocaína ayuda a identificar aquellas situaciones o estados en los cuales el sujeto todavía tiene dificultades de enfrentamiento.

- *Balance decisional.* En esta parte, el sujeto establece cuáles son sus razones para cambiar su patrón de consumo por medio de un proceso de balance decisional. En el se especifican cuáles son los costos y los beneficios de cambiar

su patrón hacia la abstinencia, así como los costos y beneficios de seguir consumiendo cocaína como se ha hecho hasta ahora.

- *Establecimiento de metas.* Busca motivar al sujeto para que elija, con ayuda del terapeuta, la meta de la abstinencia para las siguientes semanas. Se plantea la importancia que esta meta tiene para él y cuál es su nivel de confianza para alcanzarla.

- *Identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína.* Se enseñan al sujeto estrategias para que reconozca, evite y enfrente sus pensamientos con relación con el uso y deseo de la cocaína. Usualmente, la ambivalencia se manifiesta en pensamientos sobre el consumo de cocaína y estos pueden ser difíciles de manejar.

- *Enfrentarse al deseo de la cocaína.* Se enseñan estrategias al sujeto para que identifique los disparadores que le hacen desear consumir cocaína con la finalidad de que los evite o enfrente. Es importante que los usuarios reconozcan que experimentar algún deseo es normal y muy común. Debido a la frecuencia y variedad de circunstancias en que se auto-administra la cocaína, una gran cantidad de estímulos se han apareado con el abuso de la cocaína. Estos pueden actuar como señales condicionadas o disparadores del deseo de consumir cocaína. Esta identificación de las señales debe hacerse de manera prolongada en el tratamiento.

- *Habilidades de rechazo.* Se ofrecen al sujeto habilidades para que evalúe la disponibilidad de la cocaína, aprenda a romper el contacto con distribuidores, y adquiera habilidades de rechazo.

- *Decisiones aparentemente irrelevantes.* Se discuten las decisiones aparentemente irrelevantes que se relacionan con las situaciones de riesgo y

desarrollan cursos de acción. Las decisiones aparentemente irrelevantes se refieren a aquellas decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que llevan al paciente cerca o a las situaciones de mucho riesgo, aunque estas no parezcan relacionadas con el uso de la cocaína.

- *Solución de problemas.* Se enseñan al sujeto los pasos básicos para la solución de problemas y se tratan de aplicar a posibles situaciones de riesgo. Debido a que al transcurrir el tiempo, el repertorio de enfrentamiento y de solución de problemas de los usuarios se ha reducido de manera tal, que la cocaína y el abuso de otras sustancias se ha convertido en el medio principal y general de enfrentar los problemas, muchos usuarios son incapaces de resolver sus problemas cuando surgen y los ignoran hasta que estos hacen crisis.

- *Identificación de situaciones de riesgo.* El sujeto identifica situaciones de riesgo de consumo de cocaína. A pesar de los mejores esfuerzos del paciente, una gran variedad de circunstancias imprevistas pueden surgir y llevar a situaciones de riesgo. Sin embargo, también los eventos positivos pueden llevar a situaciones de riesgo. Como tales eventos pueden ocurrir en cualquier momento, tanto durante o después del tratamiento, se motiva a los usuarios a desarrollar un plan emergente de afrontamiento al cual se pueda referir y que pueda usar si ocurre alguna crisis.

- *Probabilidad de recaídas.* Se analiza la probabilidad de que el sujeto tenga alguna recaída. Se enfatiza la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de enseñanza y no como fracasos o indicadores de un fracaso evidente del programa de tratamiento.

- *Seguimientos.* Al mes, tres, seis y doce meses después de haber dado de alta al usuario, se hacen sesiones de seguimiento para determinar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo y las consecuencias negativas que se derivan de este comportamiento adictivo.

### SESIONES DE TRATAMIENTO

#### Admisión:

- Introducción al tratamiento
- Historia de uso de cocaína
- Objetivo del usuario
- Contrato del tratamiento
- Formato de pre-selección

#### Evaluación:

- Línea retrospectiva
- Enseñar a monitorear el uso de la cocaína
- Instrumentos

#### Primera Sesión "Balance Decisional":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Análisis de los resultados de los instrumentos
- Balance decisional
- Establecimiento de metas
- Introducción al análisis funcional

#### Segunda Sesión "Manejo del consumo de cocaína":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Análisis funcional
- Situaciones de riesgo

Tercera sesión "Identificar y enfrentar pensamientos sobre cocaína":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína

Cuarta sesión "Identificar y enfrentar el deseo de cocaína":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Identificar y enfrentar el deseo de la cocaína

Quinta sesión "Habilidades asertivas de rechazo":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Habilidades de rechazo y asertividad

Sexta sesión "Decisiones aparentemente irrelevantes":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Decisiones aparentemente irrelevantes

Séptima sesión "Solución de problemas sociales":

- Revisión de la lectura y tarea
- Automonitoreo
- Solución de problemas
- Sesiones adicionales

Octava sesión "Reestablecimiento de metas y planes de acción":

- Revisión de la lectura y tarea

- Automonitoreo
- Probabilidad de recaídas y planes de acción
- Restablecimiento de metas
- Retroalimentación terapeuta-usuario, usuario-terapeuta

Seguimientos:

- Uno, tres y seis meses

### ***CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN***

Los criterios de inclusión al tratamiento son:

1. Pacientes que acudan a solicitar atención de consulta externa para trabajar su problema de consumo de cocaína
2. Hombres y mujeres mayores de 18 años
3. Que sean consumidores que se inician o que tienen un consumo moderado o medio de cocaína
4. Sujetos usuarios de cocaína (primariamente) y que consuman moderadamente alcohol, cigarros o marihuana
5. Sujetos poliusuarios cuya droga primaria sea la cocaína y secundariamente alguna otra (excepto opiáceos)
6. Sujetos que sepan leer y escribir
7. Sujetos cuya escolaridad mínima sea secundaria terminada

Los criterios de exclusión al tratamiento son:

1. Pacientes con complicaciones médicas graves
2. Pacientes con alteraciones cognitivas severas que impidan su participación adecuada
3. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión

El desarrollo de tratamientos dirigidos al consumo de cocaína, como el descrito anteriormente, representa un paso importante dentro de las acciones realizadas en México para contrarrestar el creciente problema de la adicción. Sin embargo, esfuerzos de esta naturaleza, en ocasiones se ven frustrados por el abandono por parte de los pacientes. Si bien la adicción representa un problema de urgente atención, la deserción del tratamiento también representa una situación a la que se le debe poner especial atención, debido a los elevados costos que representa, tanto para los pacientes (en su salud física y mental), como para los sectores que invierten recursos en el desarrollo e instrumentación del tratamiento.

**ABANDONO Y RETENCION  
EN TRATAMIENTOS DE  
CONSUMO DE DROGAS**

---

**CAPÍTULO 4**  
**ABANDONO Y RETENCIÓN EN TRATAMIENTO**

El abandono del tratamiento implementado en cualquier problema de salud, es un fenómeno que repercute y afecta tanto en los sectores que invierten recursos como en los sujetos que no alcanzan una mejoría en torno a su problemática. En este aspecto, el objetivo del presente capítulo es describir, en primer lugar, las razones asociadas con las creencias de salud que poseen los sujetos y que probablemente inciden en que éstos no acudan a los servicios de salud, pensando también en que estas creencias podrían estar asociadas con abandono del tratamiento. Por otro lado, se hace una revisión de la literatura acerca del fenómeno del abandono y la finalización del tratamiento de adicciones, describiendo los principales hallazgos encontrados por éstas.

**4. 1. Creencias de salud y asistencia a los servicios de atención**

Los problemas de salud mental actualmente constituyen una proporción significativa de la demanda de servicios de salud, sin embargo, es importante mencionar que aunque éstos problemas representen un aumento en la demanda de servicios, no todas las personas que requieren servicios de salud acuden a ellos o al acudir no todas siguen las indicaciones terapéuticas o concluyen con el programa de tratamiento. La proporción de personas cuyos problemas de tipo psicológico muestran una severidad que amerite la búsqueda de ayuda profesional especializada es menor, en términos probabilísticos, que la que no los requiere (Velázquez, Sánchez, Lara y Senties, 2000).

En la intervención con el paciente, es importante preguntarse primero qué tipo de paciente se está atendiendo, es decir, es necesario contemplar qué valores y normas posee el paciente en relación con el padecimiento, los problemas con él vinculados, así como la ayuda que se solicite para su solución.

Desde el ámbito de la sociología médica, se ha tratado ampliamente este tema, señalándose que las medidas terapéuticas y preventivas, tomadas por los individuos o grupos, se relacionan con los valores, conocimientos y creencias que regulan su conducta acerca de su salud y de su enfermedad (considerada ésta en términos de dolencia, es decir, de experiencia subjetiva de alteraciones de salud). A este modelo responden las decisiones de los usuarios en la dirección, cantidad y calidad de su atención (Turull, 1984) .

Según el modelo de creencias de salud (Sarafino,1994) la probabilidad de que los sujetos tomen medidas ante problemas de salud depende de dos evaluaciones que éstos hacen: por un lado, la amenaza que representa el problema de salud y por otro, los pros y los contras que representaría tomar medidas en pro de la salud.

Respecto a la amenaza que puede representar un problema de salud, las personas los evalúan en tres principales aspectos:

- Seriedad del problema. Las personas evalúan que tan severas son las consecuencias orgánicas y sociales si el problema no es tratado oportunamente.
- Susceptibilidad percibida. Las personas evalúan qué tan probable es que el problema llegue a avanzar y a agravarse.
- Tomar acciones en el momento apropiado. Las personas a las que se les alerta sobre el potencial problema de salud presentan más probabilidad de tomar acciones de salud que aquellas que no son alertadas.

Si bien Turull afirma que las decisiones de los individuos en cuanto a la atención de sus problemas de salud obedecen a las creencias que éstos tienen de su estado de salud o enfermedad. En este sentido, es posible pensar que tanto la asistencia como el mantenimiento en tratamiento, pueden estar

relacionados con las creencias que los sujetos tienen acerca de la magnitud de su problema y de las consecuencias que éste podría traer en un futuro.

Por otro lado, aún cuando se busque un servicio especializado, el acceso a éste y la permanencia en él suele estar condicionado por múltiples factores, entre los que pueden destacar las variables relacionadas con los individuos como las antes mencionadas concernientes a las creencias de salud, otras como variables sociodemográficas, de personalidad, culturales, etc. y, por otro lado, de cobertura institucional, entre otros.

El objetivo de los servicios de salud ofrecidos en diversas instituciones (tanto de prevención como de rehabilitación) es promover y/o restaurar la funcionalidad del individuo y de quienes lo rodean.

En la implementación de un tratamiento se espera que éste sea efectivo para el paciente, que éste último muestre una mejoría en cuanto a su problema hasta reestablecerse y que posea la suficiente funcionalidad en su medio para que sea dado de alta. En este sentido el abandono del tratamiento representaría por un lado el riesgo de problemas o recaídas que lleven a disfuncionalidades progresivamente más incapacitantes y por el otro, un desperdicio de recursos tanto económicos como profesionales (Velázquez, 2000)

Pensando en la optimización de estos recursos es importante estudiar y entender el fenómeno del abandono, principalmente en los tratamientos dirigidos a rehabilitar conductas adictivas, ya que éstas últimas representan un importante problema de salud que en la actualidad va en aumento.

A continuación se presentará un breve recuento histórico de las investigaciones que se han llevado a cabo el área de abandono y retención o permanencia en tratamientos de conductas adictivas, resaltando también los hallazgos a los que se han aproximado estas investigaciones.

### 4. 2. Abandono y retención en tratamientos de adicciones

Debido a que el abandono del tratamiento es un hecho que afecta a todas las áreas de las ciencias de la salud, especialmente en los trastornos crónicos que requieren seguimiento y atención prolongados amerita un gran interés en su estudio.

El interés en la comprensión de este fenómeno comenzó en hospitales para tuberculosos e instituciones psiquiátricas, en las que el abandono del tratamiento representaba la vuelta a la sociedad de pacientes no controlados y eventualmente peligrosos (Caballero, 1993).

Sparr (1993, citado en Saucedo, 1997) encontró que de 1620 pacientes a quienes se les brindaba atención psiquiátrica, un 8% de ellos no asistieron a las citas subsecuentes programadas. Cuando estos abandonos se relacionaron con el diagnóstico por parte del personal médico se pudo observar que la mayoría de quienes habían abandonado el tratamiento habían sido diagnosticados con trastornos de estrés postraumático o con diagnóstico de abuso o dependencia a drogas.

Es notable que el abandono es un hecho especialmente frecuente en los programas para consumidores de sustancias adictivas, como lo destacara el trabajo de Baekeland y Lundwall (1975) donde describen que las tasas de abandono son especialmente altas en los programas libres de drogas<sup>1</sup> (82% ), en comparación con los programas de desintoxicación ambulatoria (26-29%) o desintoxicación hospitalaria (23-24%).

---

<sup>1</sup> En estos programas no se implementan fármacos como la metadona para mantenimiento o desintoxicación y la psicoterapia es usada como herramienta principal.

En este sentido, ellos definen abandono como cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) Cuando los pacientes dejan de asistir al tratamiento;
- 2) Cuando se rehúsan a regresar;
- 3) O bien, cuando son expulsados del tratamiento por falta de cooperación o pobre respuesta al mismo.

Cabe destacar que dentro de dicha definición éstos investigadores consideran la necesidad e importancia de considerar las causas que llevan a los sujetos a cualquiera de éstas formas de abandono.

Un estudio realizado por O'Malley (1972) resalta que sólo el 3% de los heroínómanos que acudían a una clínica psiquiátrica ambulatoria en la que se implementaban tratamientos de diversas modalidades (psicoterapia individual, de grupo y desintoxicación con metadona) llevaron a cabo la segunda visita que les fue aconsejada independientemente del tipo de tratamiento recomendado.

Algunas investigaciones han encontrado una asociación importante entre el abandono y resultados negativos en cuanto al problema de adicción. Baekeland y Lundwall, (1975) realizando el seguimiento de pacientes encontraron que aquellos que abandonaron un tratamiento de alcohol tuvieron peores resultados en comparación de aquellos sujetos que concluyeron el tratamiento. En este mismo sentido, en una investigación realizada por Walker, Donovan, Kivlahan y O'Leary (1983, citado en Maciel, 1996) se encontró que mientras el 70.2% de los alcohólicos que completaron un programa de tratamiento permanecieron abstemios durante un periodo de 9 meses, sólo el 23.4% de aquellos que desertaron del tratamiento pudieron lograr una abstinencia semejante.

Así mismo, el tiempo de permanencia de los consumidores en tratamiento parece tener relación con el nivel de mejoría. En este sentido, Welte, Haynes,

Sokolow y Lyons (1981, citado en Maciel, 1996) establecieron que pacientes alcohólicos que permanecieron en tratamiento psicoterapéutico más de sesenta días tuvieron mejores resultados durante los ocho meses siguientes de haber abandonado el tratamiento en comparación con aquellas personas que desertaron antes de los sesenta días.

Ahora bien, en cuanto a la investigación de las características de los sujetos que abandonan el tratamiento, Baekeland y Lundwall (1975) reportan, a partir de la revisión hecha a estudios de abandono, que en los clientes más jóvenes existe una alta proporción de abandono del tratamiento, ya que en 16 de 51 estudios (31.4%) la edad representaba un factor asociado con el mantenimiento en el tratamiento. En este sentido, ellos postularon que una edad joven está asociada con una mayor movilidad geográfica y con menos posibilidades de tener una familia nuclear u otras vinculaciones de comunidad que puedan estabilizar al cliente y apoyar a los objetivos de tratamiento. Joe (1975, citado en Maciel, 1996) encontró que pacientes jóvenes y solteros tenían altos niveles de abandono; sin embargo, por cuestiones metodológicas no queda claro si el abandono tiene más relación con ser joven, con ser soltero o bien la combinación de ambas.

En este sentido, un estudio realizado en Washington (Wickizer y cols., 1994) con un programa ambulatorio para jóvenes con problemas de abuso de drogas se encontró que el mantenimiento en el tratamiento estuvo relacionado con dos principales variables: los ingresos familiares y el número de hijos en casa. Por otro lado, también encontró que cuando la primera droga de abuso era la marihuana o el alcohol hubo mayores niveles de retención.

Newman y Tamerin (1971, citado en Rubinstein, 1997) realizaron un estudio en el que compararon un grupo de sujetos adultos alcohólicos contra un grupo de adolescentes consumidores de drogas atendidos en el mismo tratamiento hospitalario de desintoxicación y encontraron que éstos últimos

presentaron más abandonos y más fracasos terapéuticos en comparación con los adultos. Estos autores refieren que los jóvenes atendidos (cuyas edades fluctuaban entre los 15 y los 20 años) se sentían menos motivados para dejar de consumir, ya que la recuperación de la adicción representaba para ellos más una pérdida que una ganancia; en cambio, los sujetos adultos presentaban más probabilidad de responder favorablemente al tratamiento y concluirlo ya que las experiencias de pérdidas relacionadas con su consumo los motivaba a cambiar. También se tomaron en cuenta las relaciones sociales establecidas en ambos grupos y se encontró que los jóvenes solían tener malas relaciones laborales, si es que tenían empleo, y no tenían relaciones interpersonales significativas (incluso en su hogar), por otro lado el grupo de adultos presentó mejores relaciones interpersonales y vínculos más estrechos que los motivaran a concluir el tratamiento.

Con respecto a otros factores sociales, Baekeland y Lundwall (1975) determinaron que los clientes que son solteros y que no tienen una estabilidad ocupacional están más propensos a abandonar el tratamiento. Un estudio realizado por Sayre, Schmitz, Stotts y Averill, (2002) dentro de un tratamiento ambulatorio de prevención de recaídas en adicción a la cocaína (con 165 sujetos) mostró que aquellos que lo abandonaron (65%) eran en su mayoría solteros, o bien, separados de su pareja ( 79.6%) y su nivel de estudios era mas bajo con respecto a los sujetos que lo concluyeron. Estos autores concluyen que el estatus marital es una variable importante, ya que denota el establecimiento de relaciones funcionales y redes de apoyo con que cuentan los pacientes; en cuanto al nivel de estudios, los autores consideran que los individuos con pocos años de educación abandonan el tratamiento probablemente porque tienen más dificultad para completar las evaluaciones, para expresarse en terapia o bien pueden tener sentimientos de inferioridad en la relación terapeuta-paciente. Means (1989) encontró que los problemas familiares, sociales, el aislamiento social y la inestabilidad en cuanto al lugar de residencia predecían altas tasas de abandono.

Craig, Rogalski y Veltri (1982) compararon en un estudio a 75 pacientes que completaron un tratamiento de desintoxicación a opiáceos con 75 pacientes que los abandonaron y encontraron que, dentro de las variables sociodemográficas, las variables estatus de empleo y estatus marital estaban relacionadas con las tasas de abandono; sin embargo, estos autores argumentan que las variables del sujeto no son las únicas que están relacionadas con el abandono, hay también variables por parte del centro de tratamiento que están relacionadas con el abandono, como el número de pacientes que son atendidos al mismo tiempo, el número de días que el equipo terapéutico no asistía y si es que en el tratamiento se prescribía metadona.

En cuanto a las tasas de retención Sayre, Schmitz, Stotts y Averill, (2002), encontraron que aquellos sujetos con un consumo previo más prolongado (9.6 años en promedio) permanecían más tiempo en el tratamiento. Así mismo, Beckman y Rardsley (1986, citado en Maciel, 1996) establecieron que pacientes con sueldos más altos, con seguro médico y con tratamiento en una institución privada tenían mayor posibilidad de permanecer en el tratamiento en comparación con el grupo que no contaba con estos beneficios. Así mismo, Means (1989) encontró que el contar con niveles más altos de educación, con relaciones funcionales, con involucramiento en grupos familiares, laborales y otras organizaciones, promueven estilos de vida saludables, libres del consumo de drogas y por lo tanto también se promueve la continuación del tratamiento.

Gainey, R., R., (1993) encontró en un estudio con 110 usuarios de cocaína que ingresaron a un tratamiento ambulatorio que los sujetos con más edad en comparación con clientes jóvenes, presentaron mayor probabilidad de completar el tratamiento. Se encontró también que el género y otros indicadores sociodemográficos no estuvieron asociados con la finalización del tratamiento. Por otro lado, las personas que vivían solas, utilizaban múltiples sustancias y se encontraban involucradas en actividades ilegales presentaron más probabilidad de abandonar el tratamiento.

Wickizer (1994) encontró que en general los clientes con más edad, con más años de educación y con una historia de consumo más larga, presentaban más probabilidad de concluir cuatro principales tipos de tratamientos estudiados (tratamiento hospitalario intensivo, tratamiento hospitalario a largo plazo, tratamiento ambulatorio intensivo y casa de recuperación<sup>2</sup>).

En un estudio Carroll (1993) se encontró como predictores de retención en un tratamiento ambulatorio con una muestra de 94 usuarios de cocaína variables como la comorbilidad con trastornos psiquiátricos no relacionados con el uso de drogas y la severidad de éstos padecimientos psiquiátricos. También se encontró que los sujetos con altos niveles de severidad psiquiátrica tendían a permanecer más tiempo en el tratamiento.

Jiménez (1998) analizó las diferencias por género en un grupo de 126 asistentes a un tratamiento para bebedores problema (63 hombres y 63 mujeres) y encontró que los sujetos que concluyeron el tratamiento eran en su mayoría mujeres, siendo los varones quienes fueron más propensos a abandonar el tratamiento, también el interés por concluir el tratamiento y, por lo tanto, dejar el consumo estaba relacionado para ambos grupos con las experiencias de pérdidas que han sufrido y que han estado relacionadas con el consumo (laborales, familiares, académicas, etc.). Por otro lado, aquellas mujeres que concluyeron el tratamiento mostraron tener un mayor nivel de estudios y sentirse más independientes.

En este mismo sentido, en una investigación realizada con 87 mujeres en un tratamiento residencial de abuso de drogas (Kalling, K., D., Logan, S., M. y Simpson, D., 2001) se encontró que aquellas mujeres con mayor nivel de estudios (bachillerato o más), aquellas que no sufrieron arrestos durante los seis

---

<sup>2</sup> En este tratamiento se ofrece un cuidado transicional para los clientes, comienza con un tratamiento hospitalario y finaliza con un tratamiento ambulatorio.

meses previos al tratamiento y aquellas que mostraron conductas y actitudes menos desviadas presentaron más probabilidad de completar el tratamiento. Además, se encontró también que aquellas mujeres que no eran casadas, tenían consigo 2 o más hijos con ellas en el tratamiento y reportaron el consumo de cocaína como su principal problema presentaron menos probabilidad de concluir el tratamiento, sin embargo estas últimas diferencias no resultaron significativas debido al tamaño de la muestra.

Maciel (1996) analizando las características de un grupo de 30 bebedores problema que abandonaron el tratamiento encontró que éstos tenían una mayor inestabilidad laboral, un estatus socio-económico menor y un patrón de consumo e historia de consumo en general más severa con respecto al grupo de 30 sujetos que si concluyó el tratamiento, por su parte, éste último estuvo integrado en su mayoría por personas solteras, del sexo femenino y que en particular reportó estar más insatisfecho con su estilo de vida.

Con respecto a los consumidores de cocaína y dentro de este contexto de abandono del tratamiento, es importante saber qué concepción tienen los usuarios tanto del uso de esta sustancia como del uso de servicios de salud. Un estudio realizado en México con 70 usuarios de cocaína a quienes se les entrevistó (Ortiz, 1997) , indicó que en general los consumidores consideran que el consumo de cocaína representa un medio para olvidar sus problemas, adquirir seguridad, facilitar sus relaciones interpersonales y afectivas, les ayuda a sobrellevar largas jornadas de trabajo y les permite disfrutar más de las actividades en general. Respecto alas consecuencias del consumo, entre las más fuertes consideran a los problemas familiares y económicos, la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores y con mayor frecuencia.

Dentro de las modalidades de tratamiento, el 75% consideró que los grupos de autoayuda son la mejor alternativa, debido a que están integrados por personas que han tenido la misma experiencia, por ello los comprenden mejor y

son más solidarios. Por otro lado, consideraron que los servicios que proporcionan las instituciones de tratamiento son limitados, ya que no existen servicios especializados, los profesionales no saben como tratarlos y los enfoques son muy generales, es decir, emplean la misma terapia para usuarios de marihuana o inhalantes que para los usuarios de cocaína. La excepción respecto a la importancia de los servicios ofrecidos la señalan los usuarios que han tenido la oportunidad de asistir a una terapia personalizada privada y a grupos de autoayuda. Según Ortiz (1997) un tratamiento efectivo para usuarios de drogas debe conocer las necesidades de los individuos y sus problemas, mediante el uso de diagnóstico con fines evaluativos, para determinar las modalidades del tratamiento más apropiado.

Estadísticas de los Centros de Integración Juvenil (s/f) muestran que hasta 1999 fueron registrados 3.995 egresos de los cuales el 47% se debieron a la interrupción del tratamiento por parte de los usuarios, aunque cabe mencionar que a pesar de que los sujetos no lo terminaron, la mayoría tuvo un moderado avance terapéutico. Por otro lado, también muestran que el 14% de los 350 egresos del tratamiento residencial en el año 1999 se debieron al abandono del tratamiento o a la frecuente inasistencia a éste.

Cabe destacar que cuando el sujeto abandona el tratamiento por consumo de drogas no alcanza, en ocasiones, ni siquiera una mínima recuperación de su problema, lo que puede estar asociado algunas veces con situaciones como la desintegración familiar, la inactividad ocupacional, el abandono escolar, la delincuencia, etc. Por otro lado, la inversión de recursos tanto económicos como profesionales en programas terapéuticos constituye un gasto infructuoso, por una parte, por la escasez de recursos destinados al rubro de la salud mental, y por otra, al no haber resultados tangibles de la recuperación de usuario (Caballero, 1993).

De acuerdo a Saucedo, (1997) la inasistencia genera grandes problemas debido a la interrupción del tratamiento del paciente, produciendo serias consecuencias adversas tanto de tipo médico como psicológico, al mismo tiempo que afecta el funcionamiento eficaz de los servicios de atención, incrementa los costos de operación y genera el aumento excesivo del tiempo de consulta.

Ya en el capítulo 1 se mencionó el creciente problema que representa el consumo de cocaína en México. En el capítulo 2, se pudo observar que en el país casi no existen tratamientos específicos dirigidos al manejo del consumo de drogas específicas. En el presente capítulo, se hace notar la importancia de la existencia, de acuerdo a la percepción de los pacientes, de tratamientos especializados en el manejo del consumo de cocaína. En este sentido, el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína desarrollado por Oropeza (2000) es uno de los pocos tratamientos que atiende a estas necesidades por parte de los consumidores.

También es importante notar que, si bien no se cuenta con muchos tratamientos específicos; en la instrumentación de cualquier tratamiento en el país, casi no existen registros o estadísticas que muestren, por un lado la eficacia de los tratamientos, y por otro, las tasas de deserción en los mismos. En este sentido, tampoco se cuenta con muchas investigaciones orientadas a conocer y explicar el fenómeno del abandono de los tratamientos en el consumo de drogas.

Por ello, en el presente estudio se exploran algunas variables que, de acuerdo a la literatura e investigación dentro del fenómeno del abandono de tratamientos para consumidores de drogas, podrían estar relacionadas con el abandono o con el mantenimiento y finalización del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Estas variables son características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad y situación laboral) y características del patrón de consumo (grado de consumo, total de años de consumo, frecuencia de

consumo, cantidad consumida por ocasión, y el patrón de consumo durante los seis meses previos a la asistencia al tratamiento). Mediante su estudio se intenta llegar a una aproximación que explique este fenómeno, esperando así, poder llevar a cabo en un futuro estrategias que prevengan el abandono y promuevan el mantenimiento en el tratamiento.

## **METODO**

---

## **MÉTODO**

### **SUJETOS**

Se analizaron los datos de 37 sujetos que asistieron al programa de Terapia Breve para Usuarios de Cocaína. Se conformaron dos grupos, donde el primer grupo estuvo integrado por los sujetos que finalizaron el tratamiento (n=20), los cuales asistieron a las dos sesiones de evaluación y a las 8 sesiones de tratamiento (grupo ST) y el segundo, por los sujetos que abandonaron el tratamiento (n=17) después de haber asistido a la primera sesión de tratamiento (grupo NT).

### **MUESTRA**

La muestra fue de tipo accidental tanto para el grupo de usuarios que finalizaron el tratamiento como para aquellos sujetos que lo abandonaron.

### **INSTRUMENTOS**

#### ***1. Ficha de identificación.***

Tiene como objetivo explorar los datos sociodemográficos del usuario tales como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, situación laboral y nivel de ingresos económicos.

#### ***2. Cuestionario de Entrevista Inicial***

Esta entrevista fue desarrollada específicamente para este tratamiento (Oropeza, 2001). Tiene como objetivo analizar diferentes áreas importantes de la vida del paciente: historia del consumo de sustancias (cocaína, alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas); problemas psicológicos, físicos, afectivos, emocionales, económicos y de salud relacionados con el consumo. Así mismo, en esta entrevista los usuarios indican la frecuencia de su consumo y la cantidad consumida por ocasión.

### **3. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)**

Este instrumento consta de 20 reactivos( ver Anexo 1), arroja un indice cualitativo de problemas de drogas experimentadas en un periodo retrospectivo de 12 meses y el grado de dependencia que presenta el sujeto (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza y Ayala, 2001).

Los reactivos se califican de la siguiente manera:

-Una respuesta de sí = 1

-Una respuesta de no =0, exceptuando los reactivos 4 y 5 en los que la respuesta *no* tiene un valor asignado de 1.

La forma en que el CAD se interpreta es la siguiente:

0 = Sin problemas

1-5 = Leve

6-10 = Moderado

11-15= Sustancial

16-20= Severo

### **4. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)**

Este instrumento sirve para medir el patrón de consumo de cocaína (relación entre frecuencia y cantidad de consumo) en un periodo retrospectivo de seis meses (Ayala y Echeverría s/l). Al usuario se le entrega un calendario que comprende los seis meses previos a la fecha de la sesión de admisión y se le pide que recuerde los días en que consumió y la cantidad consumida en cada ocasión (Ver anexo 1).

### **DISEÑO**

Se utilizó un diseño de tipo pre-experimental de investigación ex-pos-facto, ya que las variables independientes no fueron manipuladas por el

investigador y se realizó una observación sistemática de éstas al momento en que los usuarios comenzaron el tratamiento.

## PROCEDIMIENTO

Para realizar el presente trabajo se tomaron en cuenta los datos de 37 sujetos que solicitaron atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" y "Acasulco", ambos pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM, en el Programa de Terapia Breve para Usuarios de Cocaína, en el período de Marzo de 2000 a abril de 2003. Estos datos comprenden a los instrumentos que se les aplicaron en la sesión de Admisión y Evaluación del programa (ver Anexo 1).

En la sesión de admisión se les aplicó un Cuestionario de Preselección (Ver anexo 1) con la finalidad de conocer si los usuarios cumplían con los criterios de inclusión para ingresar al tratamiento (mayoría de edad, saber leer y escribir, escolaridad mínima de secundaria y ser consumidores que inician o que tienen un consumo moderado o medio de cocaína).

La forma en que se seleccionó a la muestra de los usuarios que concluyeron el tratamiento (grupo ST) fue tomando en cuenta a los primeros 20 que lo concluyeron. La forma en que se seleccionó al grupo de usuarios que no concluyeron el tratamiento (grupo NT) fue tomando en cuenta al total de sujetos que abandonaron el tratamiento después de haber asistido a la primera sesión. Cabe mencionar que el abandono es considerado como la deserción a partir de la primera sesión de tratamiento (no se considera abandono cuando los sujetos dejan de asistir en las sesiones de admisión y/o evaluación).

Habiéndose obtenido los datos en ambos grupos se realizó la captura de los mismos en el programa estadístico SPSS y se procedió a realizar el análisis

estadístico, de forma comparativa, utilizando estadística descriptiva (índices de frecuencias y porcentajes) entre los grupos ST y NT.

Aunado a lo anterior, se utilizó estadística no paramétrica para buscar posibles diferencias entre los grupos NT y ST. En este aspecto, se utilizó la prueba estadística Ji-cuadrada, la prueba T de Student y la prueba U-Mann Whitney.

Un segundo análisis se realizó tomando en cuenta el tiempo de permanencia de los sujetos que abandonaron el tratamiento (grupo NT). Para llevar a cabo dicho análisis se consideraron dos grupos: el primer grupo (NT1) estuvo conformado por el total de sujetos que abandonaron el tratamiento después de haber asistido a la primera sesión de éste y el segundo grupo (NT2) estuvo integrado por los sujetos que abandonaron el tratamiento después de la segunda sesión.

Los datos de éstos últimos dos grupos únicamente se compararon por medio de estadística descriptiva.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **RESULTADOS**

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**RESULTADOS**

Los resultados de la presente investigación, se presentan en dos partes: la primera parte comprende al análisis del abandono y finalización del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, donde se realiza la comparación de las características sociodemográficas, del grado de consumo, del patrón de consumo y de la existencia de tratamientos previos por consumo de drogas del grupo ST (los sujetos que finalizaron el tratamiento, n=20) con el grupo NT (sujetos que abandonaron el tratamiento, n=17).

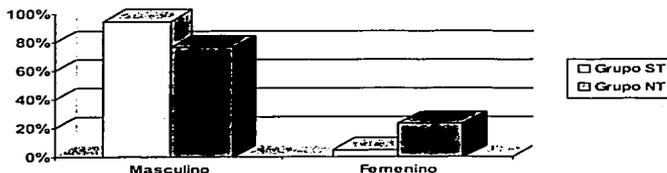
Cabe mencionar que en el análisis realizado por medio de estadística no paramétrica, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en la comparación entre los grupos ST y NT, por lo que los resultados obtenidos a partir de las pruebas estadísticas no se incluyen en esta sección (estos resultados se encuentran en el anexo 2).

La segunda parte de los resultados, comprende el análisis del tiempo de permanencia de los sujetos que abandonaron el tratamiento; es decir, en esta parte se comparan de la misma forma que en el análisis anterior, las características de dos grupos: el grupo NT1 (el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento y sólo alcanzaron a asistir a la sesión 1 de éste, n=9) con el grupo NT2 (el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento después de la segunda sesión, n=8).

En la comparación del grupo ST con el grupo NT (Ver Figura 5), se puede observar que en cuanto al sexo, estos dos grupos difieren, presentando el grupo ST una mayor proporción de hombres (95%) con respecto al grupo NT(76.5%), por otro lado, la proporción de mujeres en el grupo NT es mayor (23.5%) que en el grupo ST (5%).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 5 . Sexo del grupo ST y NT



La edad en ambos grupos es muy semejante, mostrando una media en el grupo ST de 25.95 años y en el grupo NT una de 24. 88 (Ver Tabla 4), esto indica que el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento son, en promedio, un año más jóvenes que los sujetos que lo finalizaron.

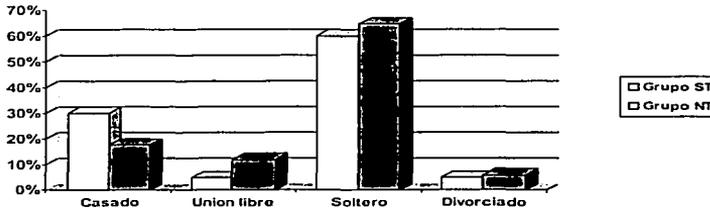
Tabla 4. Edad promedio del Grupo ST y NT

EDAD	GRUPO ST	GRUPO NT
Media	25.95	24.88
Desviación estándar	5.67	4.96

Con respecto al estado civil, el grupo ST se encuentra conformado en su mayoría por personas solteras (60%), sin embargo, aunque esto mismo sucede en el grupo NT, es decir, aunque el grupo de los sujetos que abandonaron el tratamiento está conformado en su mayoría por sujetos también solteros, la proporción de éstos es mayor (64.7%) con respecto al grupo ST. Por el contrario, el grupo ST presenta una mayor proporción de sujetos casados (30%) en relación con el grupo NT (17.6%). Las categorías unión libre y divorciado presentan proporciones muy semejantes (Ver Figura 6).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 6. Estado civil del Grupo ST y NT



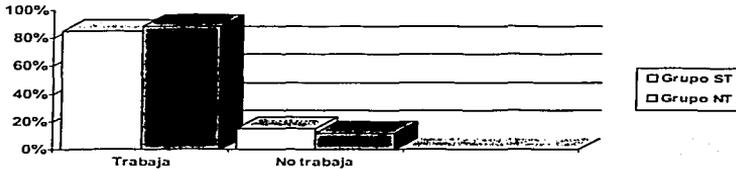
En cuanto a la escolaridad de ambos grupos (Ver Tabla 5), éstos no muestran grandes diferencias. El grupo ST presenta una media del total de años de estudio de 11.75 años y el grupo NT una de 12.76 años. En este sentido, es interesante notar que el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento contaba, en promedio, con un año más de estudios que el grupo que si concluyo el tratamiento.

Tabla 5. Escolaridad del Grupo ST y NT (años de estudio)

ESCOLARIDAD (AÑOS)	GRUPO ST	GRUPO NT
Media	11.75	12.76
Desviación Estándar	3.04	2.75

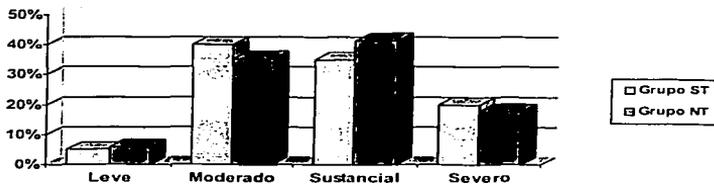
La situación laboral reportada por los usuarios es muy semejante en ambos grupos, el grupo ST cuenta con un 85% de sujetos que trabajan y grupo NT con un 88% , en tanto que el grupo ST cuenta con una proporción de 15 % de sujetos que no trabajan y el grupo NT con un 12% (Ver Figura 7).

Figura 7. Situación laboral del grupo ST y NT



Con respecto al grado de consumo (Ver Figura 8), las proporciones en consumo leve son muy similares, presentando el grupo ST un 5% de sujetos con este consumo y el grupo NT un 5.9%. Por otro lado, se puede observar que el 40% de los sujetos del grupo ST presentan un consumo moderado, en este sentido, el grupo NT presenta una proporción de 35.3% personas con consumo moderado. Sin embargo, en este último grupo la categoría que muestra una mayor proporción (40%) es la de consumo sustancial, misma que se presenta en un 35% en el grupo ST. En cuanto al consumo severo, un 20% de los sujetos del grupo ST lo presentan, en tanto que el Grupo NT lo presenta en un 17.6%.

Figura 8. Grado de consumo del Grupo ST y NT (obtenido a través del Cuestionario de Abuso de Drogas)



Dentro de la Historia de consumo, en la Tabla 6 puede observarse que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

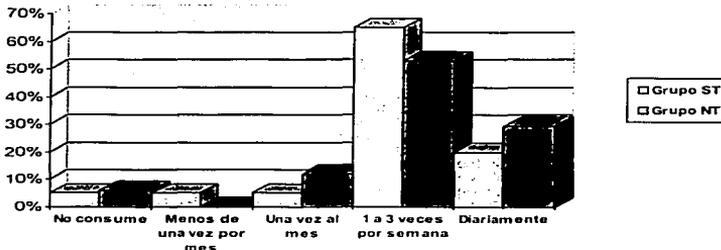
ambos grupos presentan una media similar en el total de años de consumo. Por un lado, el grupo ST presenta una media de 5.17 años y, por otro, el grupo NT presenta una de 4.91 años.

**Tabla 6.** Total de años de consumo del grupo ST y NT

AÑOS DE CONSUMO	GRUPO ST	GRUPO NT
Media	5.17	4.91
Desviación Estándar	3.27	3.36

En cuanto al patrón de consumo de los usuarios (Ver Figura 9), se puede observar que un 65% de los sujetos del Grupo ST consume cocaína de 1 a 3 veces por semana, en este sentido, los sujetos que tienen esta misma frecuencia de consumo en el grupo NT representan una proporción de 52.9%, siendo ésta menor con respecto al grupo ST. Con respecto a los sujetos que consumen diariamente, en el grupo NT se encuentra una proporción mayor con respecto al grupo ST, debido a que en el primero se presenta en un 29.4% de sujetos y el grupo ST presenta en un 20% de los sujetos.

**Figura 9.** Frecuencia de consumo del grupo ST y NT



Ahora bien, con respecto a la cantidad consumida por ocasión, es interesante notar que, en este sentido, en ambos grupos no se encuentran diferencias muy grandes (Ver Tabla 7), ya que el grupo ST presenta una media de 2.08 gramos por ocasión y el grupo NT presenta una media de 2.20 gramos por ocasión.

Cabe mencionar que, aunque el grupo NT sólo esté 0.12 gramos en promedio por encima que el grupo ST y esta es una cantidad pequeña, tal vez sería importante considerarla por el tipo de sustancia del que se trata.

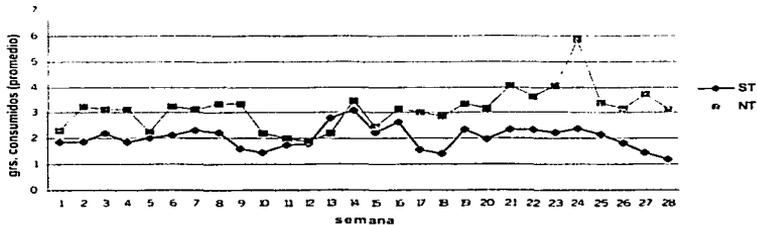
Tabla 7. Promedio de la cantidad consumida por ocasión del grupo ST y NT

CANTIDAD CONSUMIDA (GRAMOS)	GRUPO ST	GRUPO NT
Media	2.08	2.20
Desviación Estándar	1.73	1.99

En este mismo sentido, a través de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), se obtuvo el consumo semanal promedio de los dos grupos durante los seis meses previo al inicio del tratamiento (28 semanas). Como puede observarse en la Figura 10, el grupo de los sujetos que abandonó el tratamiento (grupo NT) presenta en general un consumo semanal más alto con respecto al grupo que sí concluyó el tratamiento (grupo ST). Esos datos resultan consistentes con el hecho de que en la media general de la cantidad consumida por ocasión, el grupo NT se encuentre por encima del grupo ST.

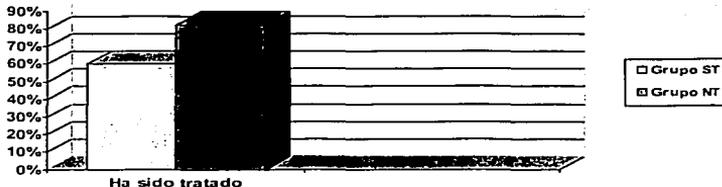
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 10. Promedio del consumo semanal durante los seis meses previos al inicio del tratamiento



En cuanto a la historia de los tratamientos recibidos previamente por los usuarios (Ver Figura 11), se encuentra que en el grupo NT hay una mayor proporción de sujetos que recibieron, previo a éste tratamiento, por lo menos un tratamiento por consumo de drogas con respecto al grupo ST. El grupo NT presenta una proporción de 82.4% sujetos tratados previamente y, por su parte, en el grupo ST han sido tratados previamente un 60% de los sujetos.

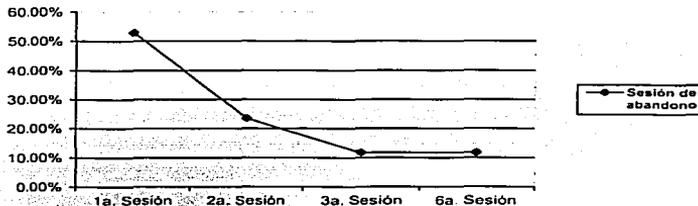
Figura 11. Tratamientos previos por consumo de drogas del Grupo ST y NT



## ANÁLISIS DE PERMANENCIA DEL GRUPO NT

En la figura 12 se presenta el porcentaje de sujetos que abandonaron en cada sesión de tratamiento. Es importante mencionar que 52% de los sujetos que abandonaron el tratamiento, lo hicieron después de haber asistido a la primera sesión. 23.5% abandonaron el tratamiento en la segunda sesión, 11.7% abandonaron el tratamiento en la tercera sesión y el otro 11.7% (2 sujetos) lo hizo en la sexta sesión. En estos dos últimos casos, los pacientes casi concluyeron el tratamiento, cabe mencionar que las razones por las que lo abandonaron en uno de ellos fue por cambio de lugar de residencia y en el otro por falta de cooperación e interés hacia el tratamiento.

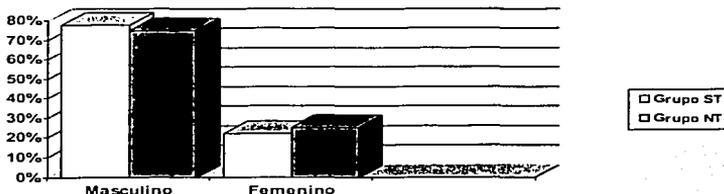
Figura 12. Sesión en la que los sujetos del grupo NT abandonaron el tratamiento



El sexo, en ambos grupos, muestra proporciones muy similares (Ver Figura 13). Por un lado, el grupo NT1 muestra una proporción de 77.8% hombres y 22.2% mujeres, por otro lado, el grupo NT2 presenta una proporción de 75% hombres y un 25% mujeres. En este sentido se puede decir que no se encuentran diferencias importantes en ambos grupos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 13. Sexo del grupo NT1 y NT2



En cuanto a la edad, es posible notar en la Tabla 8 ciertas diferencias en el promedio de edad de ambos grupos, el grupo NT1 presenta una media de 25.6 años y el grupo NT2 una media de 24 años. Es interesante notar que el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento a partir de la segunda sesión de tratamiento son, en promedio, más de un año más jóvenes que el grupo que sólo asistió a la primera sesión de tratamiento. En este sentido, éstos resultados no se muestran consistentes con lo descrito en el análisis anterior, ya que se observa que las personas que abandonaban el tratamiento son más jóvenes que las personas que finalizaron el tratamiento y, en esta muestra en particular, las personas más jóvenes son las que permanecen más tiempo en éste .

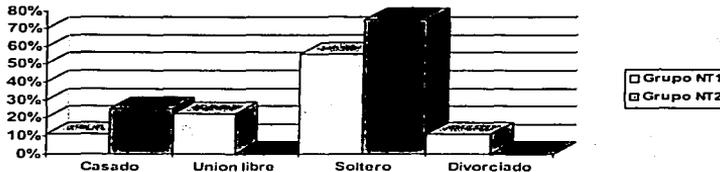
Tabla 8. Edad promedio del grupo NT1 y NT2

EDAD	NT1	NT2
Media	25.66	24
Desviación Estándar	6.59	2.20

Con respecto a la comparación del estado civil de los sujetos que abandonaron el tratamiento (Ver Figura 14), se encontró que en el grupo NT2 existe una mayor proporción de personas solteras (75%) en comparación con el grupo NT1(55.6%). Es decir, aunque cabe mencionar también que el grupo NT2

presenta una mayor proporción de personas casadas (25%) en comparación con el grupo NT1 (11.1%), esto resulta un tanto consistente con el hecho de que en la comparación de los grupos ST y NT, el primero mostró una mayor proporción de sujetos casados con respecto al segundo. En cuanto a las personas que viven en unión libre, solo se presentaron 2 casos en el grupo NT1, lo cual representa un 22.2% y un caso de persona divorciada (11.1%). Por otro lado, en el grupo NT2 no existieron sujetos con estos estados civiles.

Figura 14. Estado civil del Grupo NT1 y NT2



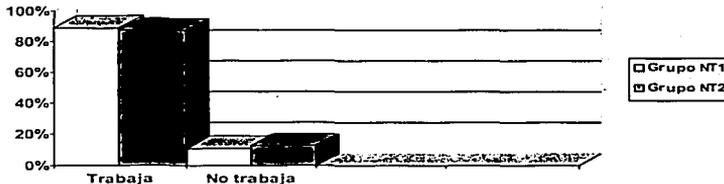
En cuanto a la escolaridad de los sujetos, el grupo NT1 muestra una media de 13.66 años de estudio y el grupo NT2 una media de 11.75 ( Ver Tabla 9), lo que resulta consistente con el análisis de los grupos ST y NT, ya que los sujetos con más años de educación fueron los que abandonaron el tratamiento, y en esta comparación se encuentra que las personas con mayor número de años de estudio fueron las que permanecieron menos tiempo en el tratamiento.

Tabla 9. Escolaridad del Grupo NT1 y NT2

ESCOLARIDAD (AÑOS)	GRUPO NT1	GRUPO NT2
Media	13.66	11.75
Desviación Estándar	12.59	2.71

Los grupos NT1 y NT2 presentan proporciones muy similares en cuanto a situación laboral se refiere ( Ver Figura 15). En el grupo NT1 un 88.9% de los sujetos trabaja y en el grupo NT2 un 87.5% también trabaja. Con respecto a los sujetos que no trabajan, en el grupo NT1 hay una proporción de 11.1% y en el grupo NT2 una de 12.5%.

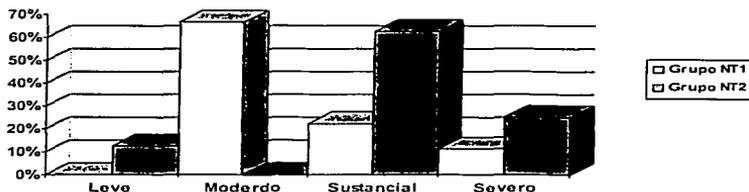
**Figura 15. Situación laboral del Grupo NT1 y NT2**



En cuanto al grado de consumo que presentan los grupos NT1 y NT2 (Ver Figura 16), en el grupo NT1 ningún sujeto presenta consumo leve y en el grupo NT2 un 12.5% lo presenta. Uno de los datos que cabe resaltar es que respecto al consumo moderado existe una importante diferencia entre ambos grupos, en el grupo de los sujetos que sólo llegaron a la primera sesión de tratamiento (NT1) hay una proporción de 66.7% sujetos con ese consumo, mientras que en el grupo NT2 no existe ningún sujeto con consumo moderado; en cambio, en éste último grupo un 60 % de los sujetos presentan un consumo sustancial, mientras que un 22.2% lo presenta en el grupo NT1, es decir, más de la mitad de los sujetos que pertenecían al grupo que permaneció más tiempo en el tratamiento tuvieron un consumo sustancial. Con respecto al consumo severo, 11.1 % lo presenta en el grupo NT1 y en el grupo NT2 se presenta en un 25% de los casos. De forma semejante se encuentra que una cuarta parte de los sujetos que permanecieron más tiempo presentaban un consumo severo. A partir de lo anterior es posible observar que el grupo de sujetos que permanecieron más

tiempo en el tratamiento estuvo conformado principalmente por sujetos con grados de consumo más elevados en comparación con el grupo que permaneció menos tiempo en el tratamiento.

**Figura 16.** Grado de consumo del grupo NT1 y NT2 (obtenido a través del Cuestionario de Abuso de Drogas)



Dentro de la historia de consumo, no se encuentran diferencias importantes en el total de años de consumo que presentan los grupos NT1 y NT2 (Ver Tabla 10). El grupo NT1 presenta una media de 5 años de consumo y el grupo NT2 presenta una de 4.81 años de consumo.

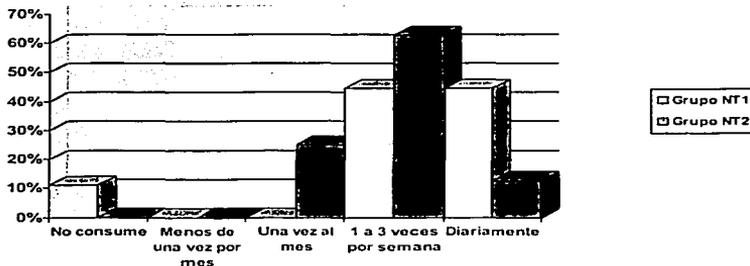
**Tabla 10.** Promedio de los años totales de consumo del grupo NT1 y NT2

AÑOS DE CONSUMO	GRUPO NT1	GRUPO NT2
Media	5	4.81
Desviación Estándar	3.74	3.13

En lo que respecta al patrón de consumo (Figura 17), se encontró que el grupo NT1 presenta proporciones iguales para la frecuencia de consumo 1 a 3

veces por semana y diariamente (44%). Sin embargo, en la primera categoría, el grupo NT2 está por encima con respecto al grupo NT1 ya que presenta una proporción de 62.5% sujetos que consumen cocaína de 1 a 3 veces por semana, por otro lado el consumo diario en éste grupo sólo se presenta en un sujeto (12.5%).

Figura 17. Frecuencia de consumo del Grupo NT1 y NT2



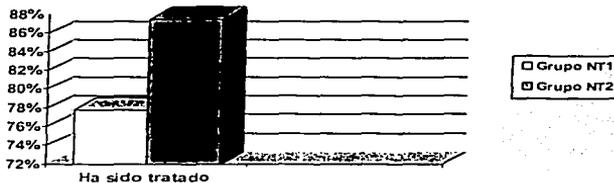
En cuanto a la cantidad consumida por ocasión, se encuentran ciertas diferencias entre los grupos (Ver Tabla 11). Por su parte, el grupo NT1 presenta una media de 1.94 gramos de cocaína consumida por ocasión y el grupo NT2 presenta una media de 2.5 gramos por ocasión, es decir, los sujetos que permanecen más tiempo en tratamiento consumen en promedio más cocaína que los sujetos que permanecen menos tiempo en el mismo. Sin embargo, estos resultados no son muy consistentes con lo encontrado en la comparación de los grupos ST y NT, ya que éste último presentaba una cantidad mayor de cocaína consumida por ocasión.

**Tabla 11.** Cantidad promedio consumida por ocasión en el Grupo NT1 y NT2

CANTIDAD CONSUMIDA POR OCASIÓN (GRAMOS)	GRUPO NT1	GRUPO NT2
Media	1.94	2.5
Desviación Estándar	2.22	1.79

Con respecto a los tratamientos previos los grupos NT1 y NT2(Ver Figura 18), se encuentran que en el grupo NT1 un 77.8% de los sujetos han recibido tratamiento previo por consumo de drogas y un 22.2% no ha recibido tratamiento, por su parte, en el grupo NT2 87.5% de los sujetos han sido tratados previamente, mientras que el 12.5% no han sido tratados. En este sentido, una mayor proporción de los sujetos que permanecieron más tiempo en el tratamiento en comparación con los sujeto que permanecieron menos tiempo recibió tratamiento previo por consumo de drogas.

**Figura 18.** Tratamientos previos por consumo de drogas del Grupo NT1 y NT2



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **DISCUSION Y CONCLUSIONES**

---

**CAPÍTULO 7  
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El llevar a cabo acciones para que las personas que consumen drogas logren dejar éstos hábitos, son muy importantes. Sin embargo, como se vio en el capítulo 2, en México no existen suficientes instituciones y programas que atiendan adicciones específicas, como la adicción a la cocaína, es por ello que el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, descrito ya anteriormente en el presente trabajo, constituye un paso importante en este sentido.

No obstante, la deserción representa, tanto para éste tratamiento, como para sus usuarios, un obstáculo importante. En primer lugar, es posible que los pacientes no alcancen una recuperación siquiera mínima con respecto a su problemática de consumo de cocaína; en segundo lugar, la inversión de recursos tanto económicos como profesionales resultan un gasto infructuoso, si no es posible observar resultados tangibles en la efectividad del tratamiento y, por lo tanto, en la recuperación de los usuarios.

En este sentido, es importante la realización de esfuerzos orientados al estudio de este fenómeno, esperando que con ellos se puedan crear estrategias que permitan llevar a cabo una intervención más eficaz y productiva para los usuarios, y que éstas a su vez, permitan prevenir la deserción del tratamiento y promover la permanencia y finalización de éste. De acuerdo con lo anterior, la presente investigación se abocó a analizar las características de los sujetos que finalizaron y de los que abandonaron un Tratamiento Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína (Oropeza 2000), el cual comenzó a ser implementado en el 2001, en la Facultad de Psicología de la UNAM, en el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" y "Acasulco".

Las variables que se analizaron son variables que, de acuerdo a la literatura revisada en el presente estudio, representan factores que pueden

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

estar relacionados con la finalización o con el abandono del tratamiento. Estas variables son: datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, escolaridad y situación laboral) ; variables relacionadas con el consumo de los sujetos (grado de consumo, años totales de consumo, frecuencia de consumo, cantidad de cocaína consumida por ocasión y el promedio de consumo semanal durante los seis meses previos al inicio del tratamiento) y existencia de tratamientos previos por consumo de drogas. Estos datos fueron obtenidos durante las sesiones de admisión y evaluación, previas a la iniciación del tratamiento.

Se realizó un análisis comparativo entre dos grupos: el primero, conformado por los sujetos que concluyeron el tratamiento (grupo ST, n=20) y el segundo, conformado por los sujetos que lo abandonaron (grupo NT, n=17). Cabe mencionar que es probable que debido al tamaño de la muestra no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones realizadas; sin embargo, al realizar el análisis a través de estadística descriptiva, fue posible observar ciertas diferencias entre los grupos ST y NT. En primer lugar, se encuentra que la proporción de mujeres en el grupo NT es mayor en comparación con el grupo ST, lo cual indica que del total de mujeres que han sido atendidas en el tratamiento, la mayoría lo han abandonado, aunque esto no resulta definitivo, ya que cabe mencionar que existe una muy pequeña proporción de mujeres que han asistido a este tratamiento en comparación con los hombres. Así mismo, es posible observar que existe una proporción mayor de éstos últimos en el grupo que finalizó el tratamiento que en el que lo abandonó. Estos resultados no son consistentes con la investigación realizada por Maciel (1996), donde el grupo que finalizó un Tratamiento Breve de Auto Control Dirigido para Bebedores Problema, implementado también en la Facultad de Psicología de la UNAM, contaba con una mayor proporción de mujeres (17%) en comparación con el grupo que lo abandonó (3%). Jiménez (1998), por otro lado, encontró a través de la realización de otro estudio en este mismo tratamiento, que los sujetos que lo

concluyeron eran en su mayoría mujeres, siendo los varones quienes fueron más propensos a abandonar el tratamiento.

En relación con la distribución por sexo de los asistentes al tratamiento para usuarios de cocaína, es relevante mencionar que de alguna manera esto es consistente con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA, 1999), en la que se encuentra que la proporción de hombres consumidores de cocaína es mayor (2.05%), en comparación con la proporción de mujeres (0.29%).

En cuanto a la edad, es posible observar que los sujetos del grupo NT son en promedio un año más jóvenes que los sujetos que finalizaron el tratamiento, lo cual en cierto sentido resulta consistente con lo hallazgos encontrados por Baekeland y Lundwall (1975) donde reportan que en los clientes más jóvenes existe una alta proporción de abandono del tratamiento. Cabe mencionar, sin embargo, que en este sentido la diferencia en cuanto a edad resultó estadísticamente no significativa y que el promedio de edad de ambos grupo (ST y NT) oscilaba entre los 24 y 26 años de edad, por lo cual no sería muy factible pensar que debido a que el grupo que abandonó el tratamiento este constituido por personas más jóvenes, esto esté relacionado, como lo argumentaran éstos autores, con el hecho de que las personas jóvenes tienen menos estabilidad y menos posibilidades de apoyo a los objetivos de tratamiento. Otro punto que cabe mencionar, en cuanto a la edad de los usuarios, es que de acuerdo a la ENA (SSA, 1999) la mayor proporción de consumidores de cocaína se encuentra en el grupo de edad de 18 a 34 años tanto en hombres (4.81%) como en mujeres (0.56%), lo cual, en cierto sentido apoya el hecho de que, en esta investigación en particular, los grupos ST y NT no muestren diferencias en cuanto a la edad, ya que los pacientes pertenecen, en general, a este grupo de edad donde se encuentran la mayoría de los usuarios de cocaína.

Los sujetos solteros presentan una mayor proporción en el grupo NT en comparación con el grupo ST y, por el contrario, éste último grupo presenta una mayor proporción de personas casadas en comparación con el grupo de sujetos que abandonaron el tratamiento. Esto resulta acorde con lo encontrado por Baekeland y Lundwall (1975), ya que mediante su investigación estos autores determinaron que los clientes que son solteros están más propensos a abandonar el tratamiento. Por otro lado, Sayre, Schmitz, Stotts y Averill, (2002) encontraron que aquellos sujetos que abandonaron un tratamiento ambulatorio de prevención de recaídas en adicción a la cocaína eran en su mayoría sujetos solteros, o bien, separados de su pareja.

La escolaridad, no representa una diferencia importante en los grupos ST y NT. Es posible observar que el grupo NT cuenta, en promedio, únicamente con un año más de escolaridad, en comparación con el grupo ST. Sayre, Schmitz, Stotts y Averill, (2002) mencionan que sujetos con niveles más bajos de escolaridad tienen más propensión a abandonar el tratamiento. Así mismo Means (1989) encontró que el contar con niveles más altos de educación se encontraba relacionado con niveles más altos de retención en tratamiento, lo cual no es consistente con lo encontrado en el presente estudio.

La situación laboral no resulta un factor que muestre alguna diferencia entre ambos grupos. De acuerdo a lo encontrado por Maciel (1996), los sujetos que abandonaron el tratamiento presentaban en general mayor inestabilidad laboral en comparación con los sujetos que lo concluyeron. Por su parte, en este estudio no se encuentran hallazgos relacionados con éste hecho.

Los factores relacionados con el consumo presentan características interesantes, en primer lugar el grado de consumo obtenido a través del Cuestionario de Consumo de Drogas muestra que en el grupo NT existe una mayor proporción de sujetos con consumo Sustancial en comparación con el grupo ST, por otro lado, éste último presenta una mayor proporción de personas

con consumo Moderado en relación con los sujetos del grupo NT. En segundo lugar, se encuentra que en los años totales de consumo no existen prácticamente diferencias, sin embargo, en la frecuencia de consumo el grupo ST presenta una mayor proporción de consumo de 1 a 3 veces por semana en comparación con el grupo NT, en tanto que éste último presenta en el consumo diario una proporción mayor en comparación con los sujetos del grupo ST.

En cuanto a la cantidad consumida, aunque el grupo NT se encuentra, en promedio, sólo 0.12 gramos por encima del grupo ST y esta diferencia no resultara estadísticamente significativa, cabe mencionar que debido al tipo de sustancia, una cantidad de 0.12 gramos probablemente puede representar una cantidad que merezca consideración dentro del consumo.

Probablemente el dato más significativo en este sentido, se encuentra representado por el patrón de consumo obtenido a través de la Línea Base Retrospectiva, que muestra que las medias de los consumos semanales durante los seis meses previos al inicio del tratamiento son más altas en el grupo NT en comparación con el grupo ST. Lo cual indica que en esta muestra en particular, los sujetos que abandonaron el tratamiento presentaban un grado más elevado de consumo, en cuanto a la cantidad semanal, en relación con el grupo que si concluyó el tratamiento. Este hallazgo no resulta consistente con lo encontrado en otras investigaciones, por ejemplo, Wickizer (1994) encontró que los clientes con una historia de consumo más larga, presentaban más probabilidad de concluir cuatro principales tipos de tratamientos estudiados (tratamiento hospitalario intensivo, tratamiento hospitalario a largo plazo, tratamiento ambulatorio intensivo y casa de recuperación). Por otro lado, Sayre, Schmitz, Stotts, y Averill, (2002) encontraron que aquellos sujetos con un consumo previo más prolongado y severo permanecían más tiempo en tratamiento.

Ahora bien, en este mismo sentido, es importante notar que los sujetos del grupo que abandono el tratamiento presentan un consumo, en general, más

fuerte que el grupo que si terminó el tratamiento. En este aspecto, tal vez seria posible considerar que, debido a la magnitud del consumo, probablemente a este grupo le resulto más difícil dejar de consumir, y por lo tanto, adherirse a las metas del tratamiento que se dirigen a la abstinencia.

Por último, se puede observar que en cuanto a la historia de tratamientos previos, el grupo que no terminó el tratamiento presentó una mayor proporción de sujetos que recibieron tratamientos previos por consumo de drogas, en comparación con el grupo que sí finalizó. Este dato resulta interesante en el sentido de que éstos sujetos ya contaban con una experiencia previa en tratamiento. Lo que cabría aclarar en este punto, es que desafortunadamente no se contó con los datos para conocer qué tipo de resultados obtuvieron los sujetos con dichos tratamientos y si es que en estos tratamientos fueron dados de alta o si es que los abandonaron y, en este caso, conocer la razón por la que lo hicieron.

En un segundo análisis, acerca de la permanencia en tratamiento de los sujetos que lo abandonaron, fue posible observar (Ver Figura 12) que más de la mitad de ellos lo hicieron después de haber asistido a la primera sesión (grupo NT1) y el resto en sesiones posteriores (grupo NT2), sin embargo, cabe mencionar que de todos los sujetos que no concluyeron el tratamiento, sólo dos abandonaron en la sexta sesión, los 15 restantes no alcanzaron a llegar por lo menos a la primera mitad del tratamiento.

Al realizar el análisis, se encontró que características como el sexo son muy semejantes en ambos grupos. Respecto a la edad, el grupo que abandono después de la segunda sesión (NT1) es, en promedio, un año más joven en relación con el grupo de sujetos que abandonaron después de asistir a la primera sesión de tratamiento ( NT2). En cuanto al estado civil, el primer grupo presenta una mayor proporción de sujetos solteros con respecto al segundo grupo, sin embargo, cabe mencionar que el mismo fenómeno ocurre con las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

personas casadas, por lo que posiblemente este no es un factor que pueda estar relacionado con la permanencia en el tratamiento.

En cuanto a la escolaridad, el grupo NT1 presenta, en promedio, mayor número de años de estudio que al grupo NT2, por otro lado, la situación laboral es muy semejante en ambos grupos.

Con respecto al grado de consumo, el grupo NT1 presenta una mayor proporción de sujetos con consumo moderado, con relación al grupo NT2, en tanto que éste último presenta mayores proporciones en consumo sustancial y severo en comparación con el grupo NT1. Ambos grupos presentan, en promedio, el mismo número de años de consumo, sin embargo, en cuanto a la frecuencia de consumo el grupo NT2 presenta una mayor proporción de sujetos que consumen de 1 a 3 veces por semana, mientras que el grupo NT1 muestra una mayor proporción de sujetos con consumo diario, en comparación con el grupo NT2. En este mismo sentido, en relación con la cantidad de consumo, el grupo que abandono el tratamiento después de la segunda sesión consume por ocasión, en promedio, cerca de medio gramo más de cocaína en comparación con el grupo que abandono después de la primera sesión de tratamiento. Esta cantidad de consumo por sí misma representa ya una cantidad considerable, debido al tipo de sustancia psicoactiva de la que se trata.

En cuanto a la historia de consumo, el grupo que permaneció más tiempo en tratamiento, presentan una mayor proporción de sujetos que fueron tratados previamente con respecto al grupo que abandono el tratamiento después de asistir a la primera sesión.

En resumen, a partir de las características antes mencionadas es posible notar que los sujetos que abandonaron, pero que permanecieron más tiempo en el tratamiento, tenían un consumo mas fuerte, más frecuente y presentaban mayores cantidades de cocaína consumida por ocasión, lo que no resulta muy

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

consistente con los datos encontrados en las comparaciones realizadas entre el grupo ST y NT. Sin embargo, cabe mencionar que, como se dijo anteriormente, la gran mayoría no permaneció mucho tiempo en tratamiento (cerca del 88% llegó apenas a la primera mitad del programa de tratamiento), así que, cuando se habla de permanencia no es posible hacer una gran discriminación entre las circunstancias del grupo que abandonó el tratamiento después de la primera sesión y el que abandonó a partir de la segunda sesión de tratamiento.

Esta investigación presentó ciertas limitaciones, la primera de ellas, que se mencionó al principio del presente capítulo, es el tamaño de la muestra. La N estudiada es pequeña para poder realizar inferencias; a partir de ella, sin embargo, es importante mencionar que debido al tipo de muestra del que se trata (usuarios de cocaína) es difícil, en particular en este tipo de programas orientados a rehabilitar conductas adictivas, la captación de los pacientes.

En este sentido, cabe mencionar que una de las dificultades a las que se enfrentó en el inicio de su instrumentación éste tratamiento, fue el contar con pocos terapeutas entrenados para ofrecer el servicio. Sin embargo, actualmente se cuenta con un equipo más amplio de terapeutas capacitados para instrumentar el tratamiento, con lo cual se espera que ésta limitación, en cuanto a la capacidad de captación y atención de pacientes, se vea reducida al máximo.

Otra de las limitaciones en el presente estudio es que durante la entrevista inicial no se llegaron a indagar los resultados que pudieron tener los pacientes con tratamientos previos, si es que los hubo, y las razones de abandono, si es que se hubiera dado el caso. En este sentido, se recomienda que en las entrevistas que se efectúen en un futuro en la parte de evaluación se realice el cuestionamiento de esta área, ya que permitirá conocer las percepciones y experiencias previas que han tenido los sujetos con otro tipo de tratamientos por consumo de drogas.

Otro factor en el que se cree que se debe ahondar, está relacionado con las razones por las cuales el paciente decide dejar el tratamiento, es decir, qué argumentos proporciona como motivos para no continuar con él. En este aspecto, se recomienda contar con seguimientos de los pacientes que abandonan el tratamiento y que aborden esta área. Cabe mencionar que, aunque los pacientes son buscados telefónicamente para conocer si desean continuar o no con el tratamiento y se intenta llevar a cabo un rescate de los mismos, no se cuenta con un formato de entrevista que indague las razones por las cuales abandonan. En este sentido, se desconoce si es que los pacientes abandonan el tratamiento porque experimentan mejoría o porque no le son satisfactorios los resultados obtenidos hasta el momento del abandono. En este último aspecto, si se contara con esta herramienta, se podrían realizar mejoras en el tratamiento o en el estilo de los terapeutas para implementar el mismo, si es que, ésta fuera la causa del abandono. Cabe mencionar en este punto que, como parte del proyecto general Desarrollo y Evaluación de un Modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2000) se siguen realizando hasta la fecha investigaciones orientadas a realizar modificaciones y mejoras en el tratamiento.

Otro aspecto que valdría la pena abordar, es el relacionado con las expectativas que los pacientes tienen acerca del tratamiento y la motivación con la que cuentan para llevar a cabo un cambio en su consumo. En este aspecto, se recomienda el llevar a cabo exploraciones más profundas en la entrevista de admisión, orientadas a conocer qué es lo que los pacientes esperan del tratamiento y qué tanto desean o que tanta motivación tienen para el cambio.

Se cree también que es importante tener un conocimiento más profundo de las características de los sujetos que presentan más probabilidad de abandonar el tratamiento, para así, tener la oportunidad de aplicar estrategias alternas que promuevan el que ellos permanezcan en tratamiento hasta ser dados de alta por el terapeuta. Al mismo tiempo, se recomienda continuar la

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

---

realización de futuros trabajos con poblaciones más grandes que la utilizada en el presente estudio, las cuales permitan obtener datos significativos, si es que los hubiere, en las características identificadas previamente en este estudio respecto al abandono del tratamiento.

Finalmente, es importante mencionar que la presente investigación fue realizada con el objetivo de aproximarse al entendimiento del fenómeno de la finalización y el abandono de éste tratamiento que está dirigido a usuarios de cocaína. No obstante, los resultados mostrados en ella no son definitivos, ya que en éste trabajo sólo se presenta un primer abordaje de este fenómeno, pues el tratamiento es relativamente reciente y se sigue llevando a cabo hasta la fecha, junto con otras líneas de investigación en esta área, como parte de la realización del proyecto "Desarrollo y Evaluación de una Intervención Breve para Usuarios de Cocaína".

## REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos. *www.aa24horas.org* . Página de Internet. Mexico.
- Ayala, H., Echeverría, L. Sobell, M. y Sobell, L. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical Review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-785.
- Barragán, L., Morales, S. y Ayala, H. (2002). Modelo de Intervención para usuarios crónico dependientes de alcohol y otras drogas. *Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual*.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Caballero, M. L., (1993). Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes. *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaidas y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Carroll, K. M., Power M.D. Bryant, K. y Rounsaville, B. J. (1993). One- year follow-up status of treatment- seeking cocaine abusers : Psychopatology and dependence severity as predictors of outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 71-79.
- Centros de Integración Juvenil (s/f). *Alternativas de rehabilitación en salud mental*. México: CIJ.

- Centros de Integración Juvenil (s/f). Estadísticas de los servicios ofrecidos por los CIJ. [www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx). Página de Internet. México
- CONADIC(s/f). [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx). Página de Internet. México
- Craig, R.J., Rogalski, C y Veltri, D. (1982). Predicting treatment Dropouts from a drug abuse rehabilitation program. *The international Journal of the Addictions*, 17(4), 641-653
- De las Fuentes, M. y Villalpando, J. (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gainey, R.R., Wells, E. A., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. *International Journal of the Addictions*, 28(6), 487-505.
- Hegewicz, E. (1980). *Escritos sobre la cocaína de Sigmund Freud*. Barcelona: Anagrama
- Jiménez Silvestre Karina (1998). *Diferencias por género en un grupo de personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Kalling, K.,D., Logan, S., M. y Simpson, D. (2001) Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *American Journal of drug and alcohol abuse*. USA
- Lorenzo, P. (1998). *Drogodependencias*. España: Médica Panamericana.

- Maciel, R. M. (1996). *Características de los bebedores problema que abandonan un tratamiento*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Margolis, R. y Zwebnw, J. (1998). Treating patients with alcohol and other drug problems: an integrated approach. *American Psychological Association, Washington, D.C.*
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Proyecto de Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Means, L. B. , Small, M. A., Capone, T. J., Condren, R., Peterson, M. y Hayward, B. (1989) Client demographics and outcome in outpatient cocaine treatment. *International Journal of the Addictions*. 24(8), 765-783.
- Monte Fénix(s/f). [www.super.net.mx/montefenix/](http://www.super.net.mx/montefenix/) . Pagina de Internet. México.
- Narcóticos Anónimos (s/f) [www.na.org.mx](http://www.na.org.mx). Página de Internet. México
- Natera, G. y Valencia, E: (2001) Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). En Ayala, H y Echeverría, L. Eds., *Tratamientos de Conductas Adictivas*, Facultad de Psicología, UNAM, 93-106.
- Oceánica (s/f) [www.oceanica.com.mx](http://www.oceanica.com.mx). Pagina de Internet. México
- O' Malley, J. E., Anderson, W. H y Lazare, A.(1972). Failure of outpatient treatment of drug abuse: I. Heroin. *American Journal of Psychiatry*, 128, pp.865-868

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Oropeza, R. (2000). *Desarrollo y Evaluación de un Modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*. Proyecto de Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J., Rodríguez, E., González, L. y Unikel, C. (1997) Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. *Salud Mental*, 20, Suplemento, julio, 8-14.
- Rubinstein B., E. (1997). *Algunas consideraciones sobre la deserción del tratamiento de la fármaco-dependencia*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM
- Sarafino, Edward E. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. EUA: Jonh Wiley & sons Inc.
- Saucedo, M., Cortés, M., Salinas, F., y Berlanga, C. (1997). Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 20, Suplemento, octubre, 13-18.
- Sayre, L., Schmitz, J., Stotts, A. y Averill, P. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(1), 55-72.
- Secretaría de Salud (1999) . *Encuesta Nacional de adicciones, 1998*.
- Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. D. O. de la F.12 de Abril del 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Secretaría de Salud: (2007) Programa de acción: Adicciones fármaco-  
 Director: A. Provincial  
 Dirección: C. WINDOWS Application  
 México: C:\WINDOWS\Application  
 Datos: Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
 CAPÍTULO 7

Turull, E. (1984). El tratamiento de las incapacidades relacionadas con el  
 consumo de alcohol. *Salud Mental*, 7(1), 82-94.  
 Comentarios:  
 Fecha de creación: 23/07/03 12:48 P.M.  
 Cambio número: 10

Unikel, C., Galván, J., Solano, A., Villatoro, J., Ortiz, A., Rodríguez, E. (1998)  
 Guardado el: 14/06/03 9:16 P.M.  
 Guardado por: el consumo de cocaína en México y su presencia entre las  
 clases menos favorecidas. *Salud Mental*, 21(2), 29-36.  
 Tiempo de edición: 87 minutos  
 Impreso el: 14/06/03 11:55 A.M.  
 Última impresión completa

Velázquez, J., Lara, M., Senties, H., (2000) El abandono del  
 tratamiento farmacológico: *Revista de  
 Psicología*, 18 (2), 316-340.

Washton, A. (1995) *La adicción a la cocaína*. España: Editorial Paidós

Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., Frederick, M., Koepsell, T., Krupski, A. y Stark, K. (1994) Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. *American Journal of Public Health*, 84(2), 215-221

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## **ANEXO 1: INSTRUMENTOS**

**CUESTIONARIO DE PRESELECCIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones: marque en el cuadro correspondiente la respuesta del usuario, ya sea sí o no.

CUESTIONARIO DE PRESELECCIÓN	SI	NO
1. Mayor de 18 años		
2. Saber leer y escribir		
3. Tiene domicilio permanente		
4. ¿Después de algunas horas o días de haber dejado de consumir cocaína, experimenta alguno de los siguientes síntomas?:		
a. Compulsión por usarla	a.	
b. Inquietud física	b.	
c. Locuacidad	c.	
d. Irritabilidad	d.	
e. Anorexia	e.	
f. Insomnio	f.	
g. Susplicacia	g.	
h. Depresión	h.	
5. La droga primaria de abuso es heroína		
6. ¿La principal vía de administración de la droga es inyectada?		
7. Actualmente acude a algún tipo de psicoterapia o tratamiento para problemas emocionales o de salud mental		
8. Actualmente acude a algún tipo de tratamiento para resolver su problema con el abuso de cocaína, alcohol y/o drogas		
9. Está dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en una evaluación, ocho sesiones de tratamiento y cuatro sesiones de seguimiento		

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SÍ o NO. Entonces, marque la respuesta apropiada que está al lado derecho del reactivo.

Recuerde que estos reactivos se refieren a los últimos 12 meses

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS DAST – 20	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones medicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Su pareja (o familiares) se queja constantemente por su involucramiento con el uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

**LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)**

FECHA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_ DÍA / MES / AÑO

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

ANO 2003

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
E					1	2	3
N	4	5	6	7	8	9	10
E	11	12	13	14	15	16	17
R	18	19	20	21	22	23	24
O	25	26	27	28	29	30	31

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
F	1	2	3	4	5	6	7
E	8	9	10	11	12	13	14
B	15	16	17	18	19	20	21
R	22	23	24	25	26	27	28
E							
O							

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
M	1	2	3	4	5	6	7
A	8	9	10	11	12	13	14
R	15	16	17	18	19	20	21
Z	22	23	24	25	26	27	28
O	29	30	31				

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
A				1	2	3	4
B	5	6	7	8	9	10	11
R	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
L	26	27	28	29	30		

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
M						1	2
A	3	4	5	6	7	8	9
T	10	11	12	13	14	15	16
O	17	18	19	20	21	22	23
O	24	25	26	27	28	29	30
	31						

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
J		1	2	3	4	5	6
U	7	8	9	10	11	12	13
N	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	25	26	27
O	28	29	30				

**TESIS CON  
FALLA DE ORDEN**

**ANEXO 2: RESULTADOS DE LAS  
PRUEBAS ESTADÍSTICAS  
APLICADAS**

---

TESIS CON  
FALLA DE ALIEN

105

Resultados de las pruebas en la comparación entre los grupos ST y NT

**Tabla 12. Significancia de la comparación de sexo entre los grupos ST y NT**

Sexo	Valor	Grados de libertad	Significancia
X <sup>2</sup>	2.700	1	.100

**Tabla 13. Significación de la comparación de edad entre los grupos ST y NT**

Edad	Valor	Grados de libertad	Significancia
T	.603	35	.550

**Tabla 14. Significancia de la comparación de estado civil entre los grupos ST y NT**

Estado civil	Valor	Grados de libertad	Significancia
X <sup>2</sup>	1.114	3	.767

**Tabla 15. Significancia de la comparación de sexo entre los grupos ST y NT**

Años de estudio	Valor	Grados de libertad	Significancia
T	-1.056	35	.298

**Tabla 16. Significancia de la comparación de situación laboral entre los grupos ST y NT**

Situación laboral	Valor	Grados de libertad	Significancia
X <sup>2</sup>	.082	1	.774

**Tabla 17. Significancia de la comparación de grado de consumo (obtenido a través del CAD) entre los grupos ST y NT**

Grado de consumo	Valor	Significancia
U	166.500	.910

**Tabla 18. Significancia de la comparación del total de años de consumo entre los grupos ST y NT**

Total de años de consumo	Valor	Grados de libertad	Significancia
T	.241	35	.811

**Tabla 19. Significancia de la comparación de frecuencia de consumo entre los grupos ST y NT**

Frecuencia de consumo	Valor	Significancia
U	159.0	.703

**Tabla 20. Significancia de la comparación de cantidad de cocaína consumida por ocasión entre los grupos ST y NT**

Cantidad consumida por ocasión	Valor	Grados de libertad	Significancia
T	-.193	35	.848

**Tabla 21. Significancia de la comparación de tratamientos previos por consumo de drogas entre los grupos ST y NT**

Tratamientos previos por consumo de drogas	Valor	Grados de libertad	Significancia
X <sup>2</sup>	1.403	1	.236

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**